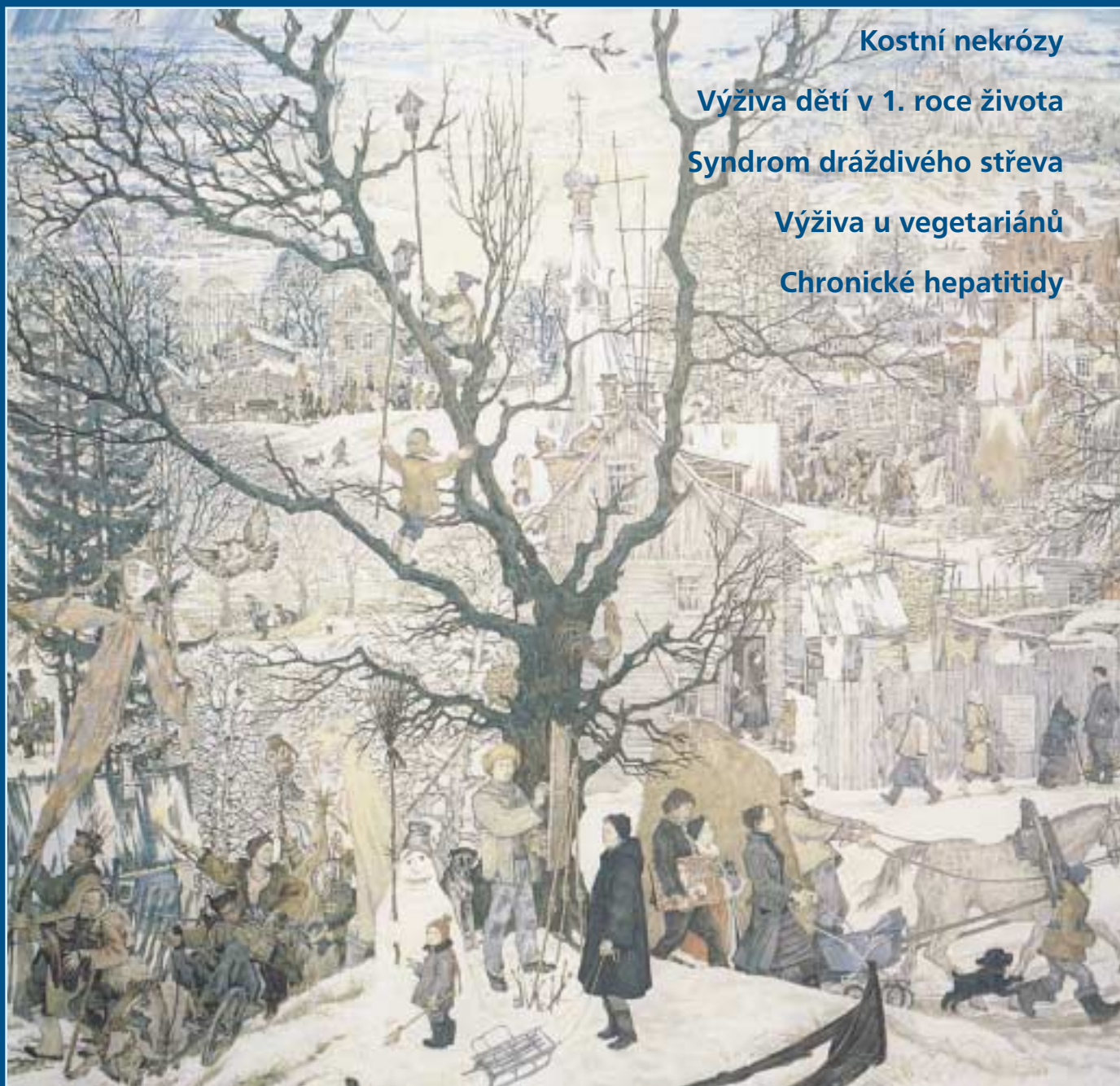


prosinec 2001 ■ číslo 10 ■ ročník 1

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Kostní nekrózy

Výživa dětí v 1. roce života

Syndrom dráždivého střeva

Výživa u vegetariánů

Chronické hepatitidy



VOX PEDIATRIAE



**Redakční rada
a Vydavatelství MEDIX
přeje všem členům
SPLDD ČR
a OSPDL ČLS JEP
vše nejlepší
v roce 2002**

**Pf
2002**

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství
MEDIX

Adresa vydavatelství:
V Pláni 23, 142 00 Praha 4
tel.: 02/617 111 33, tel./fax: 02/4172 1069
e-mail: vox@imedix.cz

Časopis garantován
Sdružením praktických lékařů
pro děti a dorost ČR
zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem
ve spolupráci s Odbornou společností
praktických dětských lékařů ČLS JEP
zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:
MUDr. Pavel Neugebauer
MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Jiří Liška, CSc.
MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

Adresa redakce:
Klimentská 11, 115 60 Praha 1
tel./fax: 02/24 80 25 49
e-mail: centrum@detskylekar.cz

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.
Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.
Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem
MK ČR E 10971
ISSN 1213 - 2241

Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.
Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.

Inzerce:

Veronika Drahovzalová
Klimentská 11, 115 60 Praha 1, tel./fax: 02/24 80 25 49
mobil: 0602 873 761, e-mail: centrum@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za listopad	5
Zpráva o činnosti Koalice ambulantních lékařů	5
Úmluva na ochranu lidských práv...	6
Metodika „Sledování a vyhodnocení činnosti PL pro 2. pol. 2001“	8
Informace k vykazování a proplácení II. očkování	11
Platné průkazy zdravotních pojišťoven	12
Projekt iZIP připravuje start	13
Seznam registrovaných zástupců OSPDL ČLS JEP	13



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP	14
MUDr. J. Košťál	
Kostní nekrózy u dětí a dospívajících	15
MUDr. B. Procházka, MUDr. H. Halašková	
Výživa dětí v 1. roce života	17

Zákon o odpadech	příloha
-------------------------	---------

Doc. MUDr. M. Sedláčková, CSc.	
Syndrom dráždivého střeva	21
MUDr. P. Frühauf, CSc.	
Kojenecké koliky	24

MUDr. V. Holeček, MUDr. J. Liška, CSc., MUDr. J. Racek	
Výživa u vegetariánů	27

MUDr. V. Volf	
Chronické hepatitidy v pediatrické praxi	29

MUDr. M. Černý	
Plasmon „O“	32



Aktuality	34
Řádková inzerce lékařů	38



Vážené kolegyně, kolegové,
dostáváte do ruky desáté – poslední letošní číslo Vašeho profesního a odborného časopisu VOX PEDIATRIAE.

Na stránkách tohoto nově koncipovaného časopisu k vám přicházely informace profesní, odborné, legislativní a nechyběly také aktuální informace vybrané z časopisů české mediální scény. Všechny tyto informace si kladly za cíl zlepšit váš pohled na profesní problematiku, která se bezprostředně dotýká managementu vaší praxe a jsou na ní závislé možné ekonomické dopady její příjmové stránky.

Záměrem odborné části časopisu bylo rozšířit váš obzor o příslušné odborné téma tak, jak stanovil ediční plán. Podařilo se nastartovat pravidelnou rubriku kazuistik a v rámci vzájemné informovanosti též rubriku inzertní. Podařilo se také uskutečnit na stránkách VOX PEDIATRIAE záměr o užší spolupráci Výborů OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR, i když se to neobešlo bez částečných osobních animozit.

Když v prosinci roku 2000 Výkonný výbor rozhodl o vydávání VOX PEDIATRIAE jako měsíčníku, nikdo z těch, kteří se tohoto úkolu chopili, netušil, jaké časové břímě na sebe bere. Nikdo z členů Redakční rady neměl předchozí zkušenosti s vydáváním časopisu. Když nyní bilancujeme dosavadní práci, věřte, že s údivem a i s určitým pocitem hrdosti nad tím, jak jsme dokázali ztvárnit naše myšlenky, listujeme zpětně jednotlivými čísly. Zejména také proto, že některé skeptické hlasy z řad členů Sdružení upozorňovaly na možnost zvýšené pasivity našich kolegů v souvislosti s maximem pravidelných informací zveřejňovaných ve VOX PEDIATRIAE.

Jsem osobně rád, že velká účast členů na právě proběhlé X. celostátní konferenci SPLDD jasně ukázala, že tomu tak není.

Pokud i vy sdělíte alespoň část entuziasmu spolu s členy Redakční rady nad dílem, které se nám společně podařilo, patří se vyslovit poděkování nejen jim, ale také pracovníkům MEDIXu, bez jejichž profesionálního zázemí a přístupu by VOX PEDIATRIAE postrádal svoji charakteristickou tvář. Osobně bych chtěl také poděkovat všem inzerujícím farmaceutickým firmám a autorům odborných článků, bez jejichž účasti by bylo velmi obtížné zajistit vydávání časopisu v takovéto kvalitě.

Dovolte mi též, vážené kolegyně a kolegové, abych jménem Redakční rady vám i vašim blízkým popřál příjemné prožití vánočních svátků a v novém roce 2002 hodně zdraví, pracovních úspěchů a osobní spokojenosti.

S přáním všeho dobrého

MUDr. Milan Kudyn
vedoucí redakční rady

**Afektivní poruchy v dětství
a adolescenci**

Dětský autismus

**Roztroušená skleróza
mozkomíšní**

EEG - Biofeedback



**seznam
inzerujících
firem...**

HEINZ

LÉČIVA

**ORION
DIAGNOSTICA**

iZIP



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc listopad

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc ve znamení bilancování činnosti SPLDD za uplynulé období na výroční X. Konferenci, měsíc přinášející další změny Licenčního řádu ČLK a volby jejího nového Předsednictva, měsíc intenzivních jednání s VZP, snaha o dořešení problematiky vykazování a úhrady druhého očkování v jednom dni, měsíc, ve kterém jsme byli seznámeni s výsledky zavedení bonifikačního systému pro praktické lékaře, ale také měsíc, ve kterém jsme si při jednáních s VZP objasňovali platnost již uzavřených dohod a kdy jsme se snažili dořešit některá konkrétní témata, jako například zástupy v ordinacích praktických lékařů.

3-4.11.2001 - Sjezd ČLK - podrobné informace lze získat na webových stránkách ČLK www.lkcr.cz, pro nás důležitý další ústupek ve smyslu odborné způsobilosti, usnadnění rekvalifikací v „příbuzných oborech“, větší problém pro dospělé praktiky, zařazení blok primární péče bez účasti zástupce PLDD, obdobně i v problematice LSPP, v panelové diskusi prezident ČLK Dr. Rath varoval před úskalími oddělení ambulantního a nemocničního fondu, vyslovena až extrémně podpora zákona o zdravotnickém zařízení především z důvodu možnosti údajného dědění praxí (dle mého názoru řešeno pouze na přechodnou dobu - 1/2 roku ukončení činnosti praxe z důvodu úmrtí, jinak bez podstatných změn od současnosti) a dále kladen výrazný akcent na zřízení dozorců a správních rad - vyřeší financování nemocnic? (odměna členům těchto rad navržena ve výši šestinásobku průměrného platu v příslušném lůžkovém zařízení)

5.11.2001 - další setkání skupiny zástupců organizací v péči o děti a dorost - diskutováno zavádění nových neonatologických screeningů (KH, CAH, PKU), dále diskutována problematika regi-

strace novorozenců - nové těhotenské průkazky se začleněním registrujícího PLDD, dále rámcově zmíněna organizace LSPP pro děti a dorost, diskutována byla také možnost ustavování tzv. krajských konzultantů (preferována cesta z dolu). Mezi další informace bylo zařazeno vyhodnocení obloženosti dětských lůžkových oddělení v ČR (často pod 50%), dále problematika KÚ a DD, rámcová informace o dopadu nového očkovacího kalendáře, přítomni byli dále seznámeni s průběžnou informací o zavádění možnosti domácí plicní ventilace, o stavu koncepce oboru, všem přítomným byla předána „Signální zpráva o rodině“

6.11.2001 - se zástupci Ministerstva obrany byla diskutována podoba nového dotazníku branže zohledňující změnu legislativy, tj. neprovádí se vyšetření, ale pouze zapisuje výsledek poslední PP

9.11.2001 - na VZP proběhla schůzka k problematice vykazování a úhrady druhého očkování v jednom dni (výsledky jsou předmětem sdělení na jiném místě časopisu)

10.11.2001 - X. výroční Konference SPLDD ČR (informace byly zveřejněny již v předchozím čísle)

13.11.2001 - jednání Koalice ambulantních

zařízení (podrobněji informujeme na jiném místě)

14.11.2001 - schůzka na VZP k vyhodnocení bonifikačního systému pro praktické lékaře za 1. pololetí roku 2001 a k diskusi předložená Metodika „sledování a vyhodnocení činnosti praktických lékařů pro 2. pol. roku 2001“ (podrobnější informace budou předmětem samostatného sdělení)

23.11.2001 - schůzka ustavené analytické komise při SPLDD - již druhé setkání nově konstituované pracovní komise, již za širší účasti, své zástupce stále nedodaly některé regiony, členové této komise byli seznámeni s výsledky bonifikačního systému za 1. pol. a byl jim předán program, který obsahuje data o jednotlivých ZZ ovšem v kódované formě. Byly vysloveny první podrobnější podněty a náměty pro činnost této komise. Výstupy budou průběžně předávány k využití Výkonnému výboru a Předsednictvu.

26.11.2001 - na VZP proběhla další schůzka, která měla vnést světlo především do problematiky zástupců a asistentů (zápis bude po ověření a odsouhlasení zveřejněn).

Zpráva o činnosti Koalice ambulantních lékařů

Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů, Praha 13. 11. 2001

Program:

1. Novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění
2. Metodika statistického šetření nákladovosti privátních ambulantních praxí
3. Seminář s komerčními pojišťovkami
4. Různé

1. Novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

Návrh poslance MUDr. Cabrnocha na vypuštění tzv. „paragrafu Fischerové“ z novely zákona nebyl schválen, na zrušení paragrafu prostřednictvím Ústavního soudu se pracuje. Výrok Ústavního soudu by mohl kontroverzní paragraf buď zrušit nebo změnit jeho výklad. Nejschůdnější cesta jak podpořit požadavek přímých plateb, je rozšířit přílohu zákona č. 48/1997 o seznam výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění pro ambulantní sféru.

Úkol: shromáždit podklady pro vypracování seznamu výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

2. Metodika statistického šetření nákladovosti privátních ambulantních praxí praktických lékařů

Metodika byla projednána s VZP a v případě, že bude šetření provedeno, bude sloužit jako podklad pro cenová jednání.

3. Seminář se zástupci komerčních pojišťoven

MUDr. Pekárek informoval o připravovaném semináři k projednání možnosti zařadit další položky hrazené z veřejného zdravotního pojištění do přímých úhrad. Účast na semináři byla již přislíbena Českou pojišťovnou ZDRAVÍ. Její zástupce osloví ostatní komerční pojišťovny. Seminář se uskuteční v úterý 18. 12. 2001 od 18.00 hodin ve velké učebně Vzdělávacího střediska ČSK a předpokládá se vystoupení každého zástupce Koalice s úvodním slovem.

4. Různé

- MUDr. Dvořák seznámil přítomné s problémy, které působí gynekologům současný Sazebník výkonů s bodovými hodnotami, obsahující dva špatně vykalkulované kódy. Podle poslední informace by měl nový Sazebník vstoupit v platnost od 1. 4. 2002.
- MUDr. Pekárek upozornil na změny v připravované novele vyhlášky o věcných a technických požadavcích na vybavení ZZ.
- MUDr. Neugebauer informoval o připravované společné schůzce se zástupci odborných pediatrických společností.

Další jednání: úterý 18. 12. 2001 od 17.00 hodin v pracovně Dr. Pekárka a od 18.00 ve velké učebně Vzdělávacího střediska ČSK.



Několik dotazů k praktické aplikaci tzv. „Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Jelikož Česká republika ratifikovala tuto Úmluvu, dovoluujeme si přinést k tomuto tématu několik otázek a odpovědí.

Dotaz: „Jaké je přesné datum vstoupení této Úmluvy v platnost?“

Odpověď: Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně vstoupila v platnost dne 1.10.2001. Tato Úmluva byla jménem České republiky podepsána ve Štrasburku dne 24.června 2001 a ratifikační listina byla uložena u depozitáře Úmluvy dne 22.června, dle článku 33, odst.4 této úmluvy vstupuje Úmluva v platnost pro signatáře, který k ní přistoupil prvního dne měsíce následujícího po uplynutí tří měsíců od data uložení ratifikační listiny. Zveřejněna byla v částce 44 Sbírky mezinárodních smluv, pod číslem 96/2001Sb.m.s., rozeslána pak dne 2.10.2001.

Dotaz: „V jakém vztahu je tato Úmluva k zákonům ČR?“

Odpověď: Významná je skutečnost, že tato Úmluva byla Parlamentem České republiky schválena podle článku 39, odst.4, Ústavy České republiky jako **mezinárodní smlouva o lidských právech ve smyslu článku 10 Ústavy České republiky**. Článek 10 Ústavy České republiky uvádí „Ratifikované a vyhlášené mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách, jimiž je Česká republika vázána, jsou **bezprostředně závazné a mají přednost před zákonem.**“

Z toho vyplývá, že mezinárodní smlouvy, které má Ústava v citovaném článku na mysli, **nepotřebují žádnou legislativní transformaci do vnitrostátního práva České republiky jako podmínku** k tomu, aby z nich v konkrétních právních vztazích vyplývala oprávnění jednotlivců. Znamená to tedy, že k provedení takových mezinárodních smluv není nezbytně třeba vydávat nové nebo měnit dosavadní zákony, i když na druhé straně je žádoucí dosáhnout stavu, kdy zákony budou s uvažovanými mezinárodními smlouvami

v dokonalém souladu.

Tato Úmluva má tedy v případě rozporu s běžnými zákony (nikoli však zákony, které jsou součástí ústavního pořádku) **přednost** a to musí být uplatněno v případném soudním řízení u každého příslušného soudu v České republice – existuje zde i reálná možnost přenesení sporu až k mezinárodnímu soudu pro lidská práva.

Článek 26 Úmluvy umožňuje omezení práv a ochranných ustanovení stanovených v této Úmluvě pouze jsou-li stanovena zákonem a zároveň jsou nezbytná v demokratické společnosti v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných.

V našem případě splňuje tyto podmínky ustanovení §23, zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který uvádí :

– v odstavci 3) *Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k **záchraně života nebo zdraví dítěte** anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a **odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu.** Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem k své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.*

– v odstavci 4) ***Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče***

a) *jde-li o nemoci **stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,***

b) *jestliže osoba jevící známky **duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo***

c) *není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného **vyžádat si jeho souhlas** a jde o neodkladné výkony **nutné k záchraně života či zdraví,***

d) *jde-li o **nosiče** ve smyslu zákona § 53 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví*

Toto ustanovení lze považovat za oprávně-

nou výjimkou ve smyslu čl. 26 Úmluvy oproti obecnému pravidlu dle čl. 5 – *Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.* Odstavec 3), §23, zák.č.20/1966 Sb. (záchrana života nebo zdraví dítěte) je pak výjimkou oproti čl.6, odst.2) Úmluvy – *Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce...*

Dle mého názoru splňují výše uvedená ustanovení §23, zákona 20/1966Sb., o péči o zdraví lidu obě podmínky dle článku 26 Úmluvy

1. jsou stanovena zákonem

2. jsou nezbytná v demokratické společnosti v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných

Dalším Vámi konkrétně uváděným výkonům se věnuji níže.

Dotaz: „Je stanoveno datum, dokdy musí být vnitrostátní právo smluvních stran v souladu s Úmluvou, resp. zda je bezprostřední účinnost ustanovení Úmluvy ve vnitrostátním právním řádu?“

Odpověď: Z výše uvedeného vyplývá, že vnitrostátní právo je uvedeno do souladu s Úmluvou ode dne její platnosti. Úmluva je nedílnou součástí právního řádu České republiky. Zároveň je dána i bezprostřední závaznost a přednost před zákony – s výše uvedenou výjimkou dle čl.26 Úmluvy (zde by se zřejmě našly i výjimky další – oznamovací povinnost v trestním řízení atd. – zaměřil jsem se pouze na výjimky ve vztahu k poskytování zdravotní péče).

Dotaz: „Jsou ustanovení formulující práva jednotlivce automaticky účinná?“

Odpověď: Ustanovení formulující práva jednotlivce jsou účinná (tj. dovolatelná) – opět s výše uvedenými výjimkami dle čl.26 Úmluvy.



Dotazy: **Týkající se Tzv. Souhlasu (čl. 5 Úmluvy):**

“Může pacient nedat souhlas k preventivní prohlídce?”

“Může pacient nedat souhlas k dispenzární prohlídce?”

“Může pacient nedat souhlas k očkování?”

Odpovědi: Zákon č.20/1966Sb., v §9, odst.4), uvádí, že každý je povinen v zájmu svého zdraví a zdraví spoluobčanů povinen podrobit se v případech stanovených obecně závaznými právními předpisy zdravotnickým prohlídkám a diagnostickým zkouškám, léčební nemocní společensky zvláště závažných, asanačním, desinfekčním, a jiným opatřením na ochranu před nákazou.

Je zde tedy splněna první podmínka dle čl.26 – upraveno zákonem, ovšem podmínka druhá – nezbytnost v demokratické společnosti v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných, dle mého názoru vždy splněna být nemusí. Rozdíl oproti Úmluvě je ve formulaci „v zájmu svého zdraví“ – zákon tedy umožňuje, odlišně od Úmluvy, omezení volby pacienta i v případě, kdy nedochází k zásahu do práv jiných, ale jedná se pouze o jeho zdraví.

Je tedy nutno zaměřit se na konkrétní případy stanovené obecně závaznými předpisy a zaměřit se na to, zda jsou naplněny obě podmínky čl.26 Úmluvy .

Preventivní a dispenzární prohlídka

Zákon č.20/1966Sb., v §22, odst.2), uvádí : „každý je povinen podrobit se v rámci dispenzární péče nebo obecně prováděných preventivních akcí podle směrnic Ministerstva zdravotnictví na vyzvání příslušných zdravotnických zařízení preventivním prohlídkám, vyšetřením a diagnostickým zkouškám, které nejsou spojeny s nebezpečím pro zdraví.“

Zde je dle mého názoru otázkou, zda je splněna podmínka první – tj. úprava zákonem. Úprava směrnicí MZ ČR, byť je odkaz uveden v zákoně, není totožná s úpravou v zákoně (obdobně zrušení Zdravotního řádu-vyhlášky MZ ČR, nálezem Ústavního soudu).

Rozhodně však není splněna podmínka druhá – tj. zájem bezpečnosti veřejnosti, ochrany veřejného zdraví atd.

Domnívám se tedy, že **zde existuje rozpor mezi Úmluvou a předmětným ustanovením**

§22, zák.č.20/1966Sb., a tudíž má právní úprava Úmluvy (čl.5 a násl.) přednost. **Pacient tedy může nedat souhlas k preventivní či dispenzární prohlídce.**

Očkování

Zákon č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví uvádí v § 46, odst.1): „Fyzická osoba, která je hlášena k trvalému pobytu na území České republiky, a cizinec, jemuž byl na území České republiky povolen dlouhodobý pobyt, jsou povinni podrobit se v prováděcím právním předpise upravených případech a termínech stanovenému druhu pravidelného očkování. Prováděcím právním předpisem stanovené skupiny fyzických osob a fyzické osoby, které mají být zařazeny na pracoviště s vyšším rizikem vzniku infekčních onemocnění, jsou povinny podrobit se ve stanoveném rozsahu stanovenému druhu zvláštního očkování.“

Prováděcím právním předpisem je vyhláška MZ ČR č.439/2000Sb., o očkování proti přenosným nemocem. Zde na rozdíl od výše uvedených podmínek se domnívám, že je-li záměrem zabránit nejen onemocnění určité osoby infekční chorobou, ale i zabránění případného rozšíření této choroby na další osoby, je splněna podmínka čl.26 – minimálně jde o ochranu veřejného zdraví.

Je ovšem nepochybně posuzovat vždy individuálně, zda obě podmínky jsou splněny – např. u očkování proti tetanu chybí opět podmínka druhá.

Opět zde může být zpochybňována úprava pouze vyhláškou, byť na základě zmocnění ze zákona – to by ovšem bylo záležitostí soudu.

Domnívám se, tedy že u **očkování proti infekčním nemocem dle výše uvedené vyhlášky, nelze výkon odmítnout s odkazem na čl.5 Úmluvy, neboť čl.26 Úmluvy toto omezení umožňuje.** Nejde tedy o rozpor s Úmluvou, ale o postup touto Úmluvou za určitých podmínek umožněný (upozorňuji však na skutečnost, že ne všechna očkování podmínku druhou splňují).

Zde bych pouze opět upozornil na ustanovení zákona §23, zákona č.20/1966 Sb., ohledně možnosti provést výkon i bez souhlasu zákonných zástupců (rodičů) a dále pak na ustanovení zákona č.94/1963 Sb., o rodině (zejména §§ 31, 37, 44, atd.). Zákonní zástupci tedy v celé řadě případů nemohou zabránit provedení výkonu u dítěte, ačkoli u shodného výkonu, měl-li být proveden osobě způsobilé k právním úkonům tato

by ho odmítnout mohla. Zde je tyto odlišnosti dána výše uvedeným zákonem č.20/1966 Sb., a dále pak umožněním výjimky čl.26 Úmluvy – ochrana práv a svobod jiných (souhlas dává zákonný zástupce, ovšem odmítnutí může zasáhnout do práv či svobod dítěte).

Dotaz: **„Ke čl. 10 odst. 63: Data týkající se zdraví tvoří zvláštní kategorii a platí pro ně zvláštní pravidla i při automatickém zpracování – jaká? (předávání dat statistice, hygieně, zdravotním pojišťovnám, polici, soudu, OSSZ apod.)“**

Odpověď: Zde je v dotazu zřejmě chybně uvedeno číslo článku – máte pravděpodobně na mysli **čl.10 Úmluvy**, který uvádí, že každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o jeho zdravotním stavu. Domnívám se, že **současná právní úprava v České republice** (mám na mysli zejména zákon č.260/2001 Sb., který novelizoval zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ale i zákony týkající se statistické služby, zdravotních pojišťoven, orgánům sociálního zabezpečení atd.) **není s tímto ustanovením v rozporu.** Ke způsobu zpracování dat – zákon 101/2000 Sb., o ochraně údajů v informačních systémech klasifikuje tyto údaje jako citlivé a upravuje poměrně přísně způsob nakládání s nimi. Speciální úpravou zdravotnické dokumentace je pak výše uvedený zákon č.260/2001 Sb., kde je podle mého názoru opět velmi přísně vedení dokumentace řešeno.

Pokládám tedy právní úpravu v ČR za vyhovující tomuto článku, samozřejmě nelze vyloučit, že vzhledem k velkému množství právních předpisů upravujících výjimky z mlčenlivosti některý z nich zasahuje do práv na ochranu soukromí více než je nezbytné, ale k podrobnějšímu posouzení by bylo nutné detailně prostudovat všechny tyto předpisy.

Dotazy:

MUDr. Tomáš Soukup
místopředseda SPLDD ČR

Odpovědi:

Mgr. Jakub Uher





Metodika „Sledování a vyhodnocení činnosti praktických lékařů pro 2. pololetí 2001“

Všeobecná zdravotní pojišťovna i ve 2.pololetí 2001 pokračuje v zavádění bonifikačního systému pro praktické lékaře, který je založen jednak na sledování vybraných nákladů na zdravotní péči pro pojištěnce VZP registrované u praktického lékaře, jednak na sledování vybraných ukazatelů indikujících dobrou praxi. Cílem bonifikačního systému je i nadále motivovat praktické lékaře k tomu, aby maximálně optimalizovali léčebný proces a péči o pacienta, a tak přispěli k hospodárnému využívání finančních prostředků v celém zdravotním systému.

■ CÍL BONIFIKAČNÍHO SYSTÉMU:

I v 2.pololetí 2001 budou praktičtí lékaři motivováni, aby účelným způsobem pečovali o své pacienty, tzn. aby bylo dosaženo co nejlepších výsledků (vztaženo ke zdravotnímu stavu pacienta) za co nejnižších nákladů na zdravotní péči. Pro praktického lékaře by tedy z dlouhodobého hlediska mělo být výhodnější:

- pravidelně provádět preventivní prohlídky (protože náklady na prevenci jsou vždy nižší než náklady na léčbu onemocnění)
- účelně svého pacienta provádět zdravotním systémem (aby pacienti „nezneužívali“ péči odborných specialistů, komplementu, atd..)
- včas svého pacienta odeslat na potřebná vyšetření k odborným specialistům, pokud si to žádá jeho zdravotní stav (tzn. aby praktičtí lékaři za účelem přechodného snížení nákladů nepřebírali léčbu odborných specialistů do svých rukou)
- účelně provádět preskripci léčivých přípravků a PZT
- vést pacienta ke zdravému životnímu stylu a prevenci

■ ZMĚNY A DOPLNĚNÍ PRO 2. POLOLETÍ 2001:

Zásadní změnou, ke které ve 2.pololetí 2001 dochází, je zavedení sledování kvality poskytované zdravotní péče u praktických lékařů. Z hlediska VZP ČR je důležité, aby byla poskytována kvalitní zdravotní péče s co nejnižšími náklady.

VZP na 2.pololetí 2001 zavádí sledování tří kritérií (či ukazatelů), pomocí nichž lze, alespoň částečně, posoudit chování praktického lékaře. V dalším období pak VZP připra-

vuje zavedení dalších ukazatelů indikujících dobrou praxi, které budou v průběhu 2.pololetí 2001 pouze sledovány a zpětně vyhodnocovány, ale nebudou mít přímý vliv na výši bonifikace.

Základní změnou zavedenou ve 2.pololetí 2001 je to, že bonifikace se bude skládat ze 3 samostatných složek, a to:

- bonifikace okresní – porovnání nákladovosti praktických lékařů v rámci okresu z celkových celorepublikových dat
- bonifikace celostátní – (porovnání nákladovosti praktických lékařů v rámci České republiky)
- bonifikace „dobré praxe PL“ – nově zavedena, která bude počítána v závislosti na vyhodnocení již výše zmíněných kritérií „kvality“ či lépe kritériích „dobré praxe praktického lékaře“.

Velmi významnou změnou v celostátní a okresní bonifikaci je zohlednění vlivu věku pro jednotlivé nákladové skupiny, čímž bude zaručena maximální objektivizace posuzování nákladovosti registrovaných pojištěnců jednotlivých praktických lékařů.

Dále byly sledované náklady z 1.pololetí 2001 rozšířeny o sledování nákladů na ošetrovací dny při hospitalizaci na standardních lůžkách ve vybraných odbornostech a na ošetrovací dny čerpané na lůžkách následné péče – viz níže.

■ POPIS STANOVENÍ VÝŠE BONIFIKACE PRO 2. POLOLETÍ 2001:

Bonifikace (tedy „odměna“ za účelné hospodaření s finančními prostředky na zdravotní péči) je složena ze tří základních částí:

- okresní bonifikace, která porovnává sledované náklady na registrované pojištěnce daného praktického lékaře s průměrem daného okresu

- celostátní bonifikace, která porovnává sledované náklady na registrované pojištěnce daného praktického lékaře s celostátním průměrem

- bonifikace „dobré praxe PL“, která posuzuje lékaře z hlediska kritérií „kvality“

Protože je celková výše jak okresního tak celostátního bonusu vypočtena podle skutečného počtu pojištěnců VZP, je v případě dětských praktických lékařů nutno zohlednit objektivně nižší počet registrovaných pojištěnců. Proto bude základ pro bonifikaci u odbornosti 002 korigován koeficientem „k“ ve výši 1,25.

■ A) STANOVENÍ OKRESNÍ BONIFIKACE:

Výše okresní bonifikace je závislá na:

- počtu pojištěnců VZP ČR registrovaných u praktického lékaře k 31.12. 2001 (dle údajů Kapitačního centra)
- porovnání celkových sledovaných nákladů na pojištěnce VZP ČR registrované praktickým lékařem za zdravotní péči čerpanou v rámci ČR a věkově standardizovaných celkových sledovaných nákladům v rámci okresu
- poměrném kapacitním číslu daného lékaře (ZZ)

Výpočet okresní bonifikace:

$$\text{BONUS}_{\text{OKRES}} = \text{PP} * \text{BK} * \text{k} * \text{a} * \text{M}$$

PP počet registrovaných pojištěnců VZP ČR v konkrétním zdravotnickém zařízení k 31.12.2001



BK koeficient, který je stanoven dle tabulky pro přiřazení bonusu (nákladové pásmo) – viz níže

k koeficient zohledňující odbornost praktického lékaře

pro odbornost 001 k = 1

pro odbornost 002 k = 1,25

a okresní základní bonusová sazba ve výši 5 Kč

M..... koeficient přiřazený dle výše PKČ daného lékaře (ZZ)

Tabulka koeficientů BK:

Procento nákladovosti	koeficient BK
do 90% včetně	1,50
od 90% do 100% včetně	1,25
od 100% do 110% včetně	1,00

Procento nákladovosti je stanoveno jako podíl celkových sledovaných nákladů za zdravotní péči čerpanou v ČR registrovanými pojištěnci daného zdravotnického zařízení k věkově standardizovaným celkovým sledovaným nákladům v rámci okresu (v procentech)

Tabulka koeficientů M (kritérium výše PKČ):

PKČ daného lékaře (ZZ)	koeficient M
pod 0,6	0
0,6 – 0,8	0,80
nad 0,8 (včetně)	1,00

Koeficient výše PKČ zohledňuje lékaře (ZZ), která mají vysokou dostupnost péče pro pojištěnce VZP.

Stanovení okresní bonifikace:

Vyhodnocení okresní bonifikace ve 2. pololetí 2001 vychází stejně jako celostátní bonifikace z vyhodnocení údajů za péči čerpanou pojištěnci v rámci celé České republiky (nemá vliv to, zda registrovaný pojištěnec sledovaného lékaře čerpá péči v rámci daného okresu nebo jinde v ČR, neboť i náklady za zdravotní péči čerpanou mimo okres jsou přiřazeny k nákladům registrovaných pojištěnců sledovaného lékaře)

B) STANOVENÍ CELOSTÁTNÍ BONIFIKACE:

Výše celostátní bonifikace je závislá na:

■ počtu pojištěnců VZP ČR registrovaných u praktického lékaře k 31.12. 2001 (dle údajů Kapitačního centra)

■ porovnání celkových sledovaných nákladů na pojištěnce VZP ČR registrované prak-

tickým lékařem za zdravotní péči čerpanou v rámci ČR a věkově standardizovaných celkových sledovaných nákladům v rámci ČR

■ poměrném kapacitním číslu daného lékaře (ZZ)

Výpočet celostátní bonifikace:

$$BONUS_{STÁT} = PP * BK * k * a * M$$

PP počet registrovaných pojištěnců VZP ČR v konkrétním zdravotnickém zařízení k 31.12.2001

BK koeficient, který je stanoven dle tabulky pro přiřazení bonusu (nákladové pásmo) – viz níže

k koeficient zohledňující odbornost praktického lékaře

pro odbornost 001 k = 1

pro odbornost 002 k = 1,25

a celorepubliková bonusová sazba ve výši 10 Kč

M..... koeficient přiřazený dle výše PKČ daného lékaře (ZZ)

Tabulka koeficientů BK:

Procento nákladovosti	koeficient BK
do 90% včetně	1,50
od 90% do 100% včetně	1,25
od 100% do 110% včetně	1,00

Procento nákladovosti je stanoveno jako podíl celkových sledovaných nákladů za zdravotní péči čerpanou v ČR registrovanými pojištěnci daného zdravotnického zařízení k věkově standardizovaným celkovým sledovaným nákladům v rámci ČR (v procentech)

Tabulka koeficientů M (kritérium výše PKČ):

PKČ daného lékaře (ZZ)	koeficient M
pod 0,6	0
0,6 – 0,8	0,80
nad 0,8 (včetně)	1,00

Koeficient výše PKČ zohledňuje lékaře (ZZ), která mají vysokou dostupnost péče pro pojištěnce VZP.

C) STANOVENÍ BONIFIKACE „dobré praxe PL“:

Výše bonifikace „dobré praxe PL“ je závislá na:

■ počtu pojištěnců VZP ČR registrovaných u praktického lékaře k 31.12. 2001 (dle údajů Kapitačního centra)

■ zhodnocení kritérií „dobré praxe PL“ (u odbornosti 001 je to kritérium „počtu preventivních prohlídek“ a kritérium „počtu provedených screeningů kolorektálního karcinomu“, u odbornosti 002 je to kritérium „počtu preventivních prohlídek“ u dětí od 3 let)

$$BONUS_{OPT} = PP * a * N * M$$

PP počet registrovaných pojištěnců VZP ČR v konkrétním zdravotnickém zařízení k 31.12.2001

a základní bonusová sazba ve výši 5 Kč

N..... koeficient přiřazený dle vyhodnocení „kvalitativních“ ukazatelů

Odbornost 001:

■ kritérium počtu preventivních podmínek (J)

■ kritérium počtu provedených screeningů kolorektálního karcinomu u pojištěnců od 50-ti let (K)

Odbornost 002:

■ kritérium počtu preventivních podmínek (J)

M..... koeficient přiřazený dle výše PKČ daného lékaře (ZZ)

Tabulka koeficientů N odbornost 002:

Procento preventivních prohlídek	koeficient J
pod 17 %	0
od 17% do 22% včetně	1,00
nad 22%	1,10

Tabulka koeficientů M (kritérium výše PKČ):

PKČ daného lékaře (ZZ)	koeficient M
pod 0,6	0
0,6 – 0,8	0,80
nad 0,8 (včetně)	1,00

Koeficient výše PKČ zohledňuje lékaře (ZZ), která mají vysokou dostupnost péče pro

Tabulka koeficientů N odbornost 001:

Kritérium „počtu preventivních prohlídek“ – J		Kritérium počtu provedených screeningů kolorektálního karcinomu u pojištěnců od 50-ti let – K		
		Pod 15 %	od 15% do 20% vč.	nad 20%
	pod 17 %	0	0,4	0,6
	od 17% do 22% vč.	0,4	1	1,05
	nad 22%	0,6	1,05	1,1



pojištění VZP.

■ SLEDOVANÉ NÁKLADY:

Náklady na čerpanou zdravotní péči, které ve 2. pololetí 2001 budou sledovány v rámci okresní a celostátní bonifikace, jsou členěny do 4 základních skupin:

- přímé platby (kapitační platba a úhrada za péči praktických lékařů poskytovaná nad rámec kapítace)

- náklady na vybranou indukovanou péči praktickým lékařem, což jsou náklady za vybranou zdravotní péči na pojištění VZP registrované u praktického lékaře sledovaného zdravotnického zařízení, kde žadatelem je praktický lékař

- náklady na vybranou neindukovanou péči praktickým lékařem, což jsou náklady na nevyžádanou a nepředepsanou zdravotní péči praktickým lékařem pro jeho registrované pojištěnce, přičemž tato péče může být vyžádána či předepsána jiným zdravotnickým zařízením

- náklady na vybranou hospitalizační péči

■ PODROBNÝ POPIS JEDNOTLIVÝCH SKUPIN NÁKLADŮ:

Přímé platby:

- Kapitační platba:

Kapitační platba sledovaného ZZ za vyhodnocované období (1. pololetí 2001)

- Péče nad rámec kapítace

Úhrada za poskytnutou zdravotní péči registrovaným pojištěncům nad rámec kapítace, kde bodové ohodnocení poskytnuté péče je v ceně 0,80 Kč/bod. Péče je vykazována na dokladech VZP ČR 01 a 03 smluvní odborností 001 nebo 002 (hlavičková odbornost).

Náklady na vybranou indukovanou péči praktického lékaře:

(jedná se o praktickým lékařem (sledovaným zdravotnickým zařízením) vyžádanou zdravotní péči, kde IČZ žadatele je totožné s IČZ sledovaného ZZ)

- Vyžádaná péče u ambulantních specialistů:

- Sledovaným ZZ vyžádaná zdravotní péče pro své registrované pojištěnce u ambulantních specialistů, vykázaná na dokladech VZP 06 a 03. Z této péče jsou vyčleněny následující odbornosti:

- 128 – Pracoviště hemodialýzy
- 204 – Tělovýchovné lékařství
- 208 – Lékařská genetika
- 304 – Neonatologie
- 305 – Psychiatrie

306 – Dětská psychiatrie

307 – Gerontopsychiatrie

308 – Léčby alkoholismu a jiných toxikomaníí

309 – Sexuologie

402 – Klinická onkologie

403 – Radioterapie a radiační onkologie

505 – Kardiochirurgie

506 – Neurochirurgie

601 – Plastická chirurgie

603 – Gynekologie a porodnictví

604 – Dětská gynekologie

605 – Čelistní a obličejová chirurgie

607 – Ortopedická protetika

705 – Oftalmologie

708 – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

901 – Klinická psychologie

- Vyžádaná péče komplementu:

- Sledovaným ZZ vyžádaná zdravotní péče pro své registrované pojištěnce u pracoviště komplementu (odbornosti 222, 801–807, 812–823), vykázaná na dokladu VZP 06 a 03.

- Vyžádaná péče u pracoviště radiodiagnostiky:

- Sledovaným ZZ vyžádaná zdravotní péče pro své registrované pojištěnce u pracoviště radiodiagnostiky (odbornosti 809), vykázaná na dokladu VZP 06 a 03.

- Vyžádaná domácí péče:

- Sledovaným ZZ vyžádaná domácí péče pro své registrované pojištěnce u zařízení domácí péče (odbornost 911 a 925) vykázaná na dokladu VZP 06 a 03.

- Vyžádaná péče fyzioterapie:

- Sledovaným ZZ vyžádaná zdravotní péče pro své registrované pojištěnce u pracoviště fyzioterapie (odbornost 902 a 918) vykázaná na dokladu VZP 06 a 03.

- Náklady na léky a PZT předepsané registrovaným pojištěncům: Nepatří sem léky a PZT podléhající schválení revizního lékaře.

Náklady na vybranou neindukovanou péči:

(jedná se o praktickým lékařem (sledovaným zdravotnickým zařízením) nevyžádanou zdravotní péči, kde IČZ žadatele je rozdílné od IČZ sledovaného ZZ)

- Zdravotní péče čerpaná u jiných praktických lékařů a LSPP:

Sledovaným ZZ nevyžádaná zdravotní péče poskytnutá registrovaným pojištěncům sledovaného ZZ, vykázaná na dokladech VZP 01, 03, 05, 06, kde odbornost poskytovajícího je 001, 002 a 003.

- Zdravotní péče čerpaná u ambulantních specialistů:

Sledovaným ZZ nevyžádaná zdravotní péče poskytnutá registrovaným pojištěncům sledovaného ZZ, vykázaná na dokladech VZP 01, 03, 05, 06, kde poskytovajícím je pracoviště odborného specialisty (nepatří sem odbornosti vyjmenované výše)

- Zdravotní péče komplementu:

Sledovaným ZZ nevyžádaná zdravotní péče poskytnutá registrovaným pojištěncům sledovaného ZZ pracovištěm komplementu, vykázaná na dokladech VZP 01 (řádek dokladu 01 s uvedenou řádkovou odborností žadatele, je-li žadatel ze stejného zdravotnického zařízení jako poskytovatel), 03, 06, kde odbornost poskytovajícího je 222, 801–807, 812–823.

- Zdravotní péče radiodiagnostiky:

Sledovaným ZZ nevyžádaná zdravotní péče poskytnutá registrovaným pojištěncům sledovaného ZZ, vykázaná na dokladech VZP 01 (řádek dokladu 01 s uvedenou řádkovou odborností žadatele, je-li žadatel ze stejného zdravotnického zařízení jako poskytovatel), 03, 06, kde odbornost poskytovajícího je 809.

- Zdravotní péče fyzioterapie:

Sledovaným ZZ nevyžádaná zdravotní péče poskytnutá registrovaným pojištěncům sledovaného ZZ pracovištěm fyzioterapie, vykázaná na dokladech VZP 03, 06, kde odbornost poskytovajícího je 902 a 918.

- Léky a PZT předepsané registrovaným pojištěncům jiným ZZ než registrujícím: (kromě léků a PZT podléhajícím schválení revizního lékaře a kromě léků, které byly předepsány pracovištěm odborností, které byly vyčleněny ze sledování – viz výše)

Pozn: Náklady na vybranou indukovanou péči praktického lékaře a náklady na vybranou neindukovanou péči praktickým lékařem jsou pro účely vyhodnocení sledované nákladovosti oceněny hodnotou bodu 1,00 Kč.

pro odbornost 001:	Pro odbornost 002:
1H1, 1F1	1H1, 1F1
1H3, 1F3	1H3, 1F3
1H5, 1F5	1H5, 1F5
1H7, 1F7	1H7, 1F7
1H9, 1F9	1H9, 1F9
2H5, 2F5	2H5, 2F5
2H9, 2F9	2H9, 2F9
4H4, 4F4	3H1, 3F1
5H1, 5F1	4H4, 4F4
6H6, 6F6	4H5, 4F5
7H1, 7F1	5H1, 5F1
7H6, 7F6	5H2, 5F2
	6H6, 6F6

**Náklady na vybranou hospitalizační péči:**

■ hospitalizace na standardních lůžkách (sledují se náklady na OD nejsou započítány režijní náklady)

Pozn. Výběr odborností byl navržen v návaznosti na výčet odborností ambulantní specializované péče, která je zahrnuta do sledování nákladů.

■ hospitalizace na lůžkách následné péče odborností 9H9, 9F9, 9U7, sledují se bodové ohodnocení OD, do kterého nejsou započítány body za režii. Pro účely vyhodnocení nákladů se použije hodnota bodu 1,- Kč.

VYHODNOCOVANÉ UKAZATELE**„DOBŘÍ PRAXE PL“:**

■ Počet preventivních prohlídek ku počtu registrovaných pojištěnců Sleduje se procento preventivních prohlídek na pololetí u odbornosti 001 (přičemž preventivní prohlídky mají být prováděny vždy 1x za dva roky u dospělých osob). U odbornosti 002 bude také sledován počet preventivních prohlídek a to u dětí od 3 let, kdy prevence má být prováděna stejně jako u dospělých osob 1x za dva roky.

■ Počet výkonů screeningu kolorektálního karcinomu ku počtu registrovaných pojištěnců nad 50 let. Sleduje se procento výkonů screeningu kolorektálního karcinomu na pololetí u odbornosti 001 ve věkové skupině nad 50 let včetně.

■ Ukazatel „poměrného kapacitního čísla“: VZP ČR upřednostňuje praktické lékaře, kteří pracují 5 dní v týdnu minimálně 25 hodin týdně tedy lékaři s PKČ rovno 1,00.

SLEDOVANÉ UKAZATELE**„DOBŘÍ PRAXE PL“, které nemají vliv na výši bonifikace:**

■ Poměr počtu pojištěnců odeslaných praktickým lékařem za ambulantní specialistou ku počtu registrovaných pojištěnců

■ Poměr počtu registrovaných pojištěnců ošetřených home – care ku počtu registrovaných pojištěnců hospitalizovaných na lůžkách následné péče pro registrované pojištěnce:

■ Poměr bodové hodnoty vyžádaných výkonů, které jsou obsahem kapitační platby a tudíž by neměly být vykazovány resp. vyžadovány) ku počtu registrovaných pojištěnců.

■ Počet návštěv registrujícího lékaře u registrovaných pojištěnců ku počtu registrovaných pojištěnců.

Materiál VZP

Informace k vykazování a proplácení II. očkování

Výchozí body:

- zavedení nového schématu očkování
- kombinace dvou očkování v jednom dni přestává být výjimečným stavem
- neprovázaná změna legislativy - neřešeny možné dopady
- proplácení činnosti z fondu všeobecného zdravotního pojištění řešeno vyhláškou
- tou je tzv. Seznam výkonů s bodovými hodnotami
- aby došlo k nárokovatelnému proplácení, je nutno zařadit výkon do tohoto Seznamu
- na zařazení není právní nárok, je předmětem dohodovacího řízení
- dočasné zařazení do tzv. interního číselníku možné pouze zdravotní pojišťovnou

Jak šel čas:

- od začátku platnosti nové očkovací vyhlášky problém převážně u VZP
- od 1.7. opakované ataky ze strany SPLDD k řešení problému
- k pomoci vyzýváno i MZ ČR, to je však k výzvám hluché
- konec prázdnin-MUDr. Pečenka, vrchní ředitel úseku zdravotní péče VZP vydává pokyn:
- volně přeloženo, druhé očkování = jedna jehla a jedna stříkačka navíc, tj. 3 body
- neřečeno, kde nakupovat za socialistické ceny (3 body = 3x0,80 Kč = 2,40 Kč !!!)
- zvolený postup hodnocen vedením SPLDD jako urážka práce PLDD
- nikoliv některými našimi členy, kteří na návrh přistupují a podepisují i dodatek
- tím ztížena pozice pro jednání
- až začátkem listopadu znovu usedáme s VZP k jednomu stolu
- navržena změna úhrady očkování na 18 bodů s označením kódu za čistě materiálový
- tzn. VZP přistoupila na hrazení oprávněných materiálových nároků
- práce lékaře nadále nehrazena!!!

Výhled:

- pracovní skupina při dohodovacím řízení odsouhlasila změnu výkonů 02110 a 02120
- z uvedených výkonů odděleno klinické vyšetření
- tím odstraněna překážka souběžného vykazání s prevencí
- kódy bude možno vykázat při každém očkování !!!
- odsouhlaseno zařazení této změny do nejbližší novely vyhlášky, resp. Seznamu

Závěr:

- 3.Q.01 - 2. očkování v jednom dni možno i zpětně vykázat kódem 02111 hodnota výkonu 3 body, omezení 1x na jedno rodné číslo !!!
Možno vykázat zpětně.
- 4.Q.01 - 2. očkování v jednom dni možno i zpětně vykázat kódem 02111 hodnota výkonu 18 bodů, omezení 2x na jedno rodné číslo !!!
Možno vykázat zpětně.
- 1.Q.02 - 2. očkování v jednom dni možno i zpětně vykázat kódem 02111 hodnota výkonu 18 bodů, omezení 2x na jedno rodné číslo!!!
- 2.Q.02 - snad již v platnosti novela vyhlášky, resp. Sazebníku každé očkování vykazáno příslušným kódem

Pozn.: kód 02111 lze vykázat i při provedení preventivní prohlídky a současné aplikaci dvou očkování, kód 02110 nikoliv (obsahuje dosud klinické vyšetření, které je součástí prevence).

Ponaučení:

- důkladně zvažovat, kdy použít kombinaci 2 očkování v jednom dni!!!
- 2 očkování v jednom dni nejsou uloženy žádným předpisem !!!

MUDr. Pavel Neugebauer
MUDr. Hana Cabrnová



Platné průkazy zdravotních pojišťoven

■ VZP ČR

Platnost stávajících průkazek VZP je prodloužena do 31. 12. 2004.

U cizinců rozlišuje VZP pět kategorií:

1. **Cizinci s trvalým pobytem v ČR.** Rozsah péče je stejný, jako u našich občanů (dle zákona č. 48/97 Sb.). Poskytnutou péči účtujeme VZP jako u běžného zákonného pojištěnce.

Průkazka VZP: růžová jednostranná.

2. **Cizinci bez trvalého pobytu v ČR, zaměstnání u zaměstnavatele registrovaného v ČR.** Rozsah péče a její účtování VZP je stejné jako v bodě 1.

Průkazka VZP: zelená jednostranná s časově omezenou platností.

Upozornění: U držitelů těchto „zelených“ průkazek by si měl lékař ověřit na registru pojištěnců, zda je pacient opravdu pojištěnec VZP ČR. Množí se totiž případy, kdy zaměstnavatel zaměstnance k určitému datu přihlásí jako pojištěnce a ten obdrží „zelenou“ průkazku. Po několika dnech však toto pojištění zaměstnavatel zruší, ale průkaz VZP neodevzdá, a proto může dojít k jeho zneužití.

3. **Cizinci s přechodným pobytem v ČR.** Jsou pojištěni dle smlouvy o Smluvním zdravotním pojištění (dále SMP). Tato skupina má dále tři typy:

a) **Průkazka zelená oboustranná, s označením SMP.** Je na ní uvedeno číslo pojištěnce „xx79... nebo xx78...“ Péči účtujeme zvláštní dávkou i fakturou VZP. Léky hradí pacient a VZP je proplatí. **Rozsah péče ve stomatologii se vztahuje pouze na úrazy.**

b) **Průkazka zelená oboustranná, s označením Z.** Péči účtujeme odděleně zvláštní dávkou VZP. Léky hradí pacient a VZP mu je proplatí. **Rozsah péče ve stomatologii se vztahuje pouze na akutní péči do limitu 5000 Kč za rok.**

c) **Průkazka žlutá oboustranná, uvedeno číslo pojištěnce „xx80... nebo xx81...“** Jedná se o Krátkodobé smluvní zdravotní pojištění (KSP). Péči můžeme účtovat VZP fakturou, ale i přímou platbou od pojištěnce, kterému pak VZP vámi vystavený účet proplatí. Léky nejsou hrazeny VZP, platí je pacient sám. **Rozsah péče ve stomatologii se vztahuje pouze na akutní péči do limitu 5000 Kč.**

4. **Občané Slovenské republiky, pojiště-**

ni nebo zaměstnání v ČR. Rozsah péče je dán druhem sjednaného pojištění. Druhy smluvního pojištění jsou stejné jako u ostatních cizinců. 5. Občané Slovenské republiky, kteří jsou pojištěni pouze ve zdravotní pojišťovně Slovenské republiky. Rozsah péče se vztahuje jen na nutnou a neodkladnou péči. Péči účtujeme buď přímou platbou pacientovi, nebo fakturou odeslanou zdravotnickým zařízením do mateřské zdravotní pojišťovny v SR.

Průkazka: Slovenská zdravotní pojišťovna.

Zvláštní skupinu tvoří **cizinci, kteří jsou v ČR umístěni v policejních celách a nebo jsou povinni se sdružovat jen v určitých místech** (do doby jejich vyhoštění z ČR). Jim poskytnutá péče je hrazena z rozpočtu MZ ČR.

Jelikož je toto dělení poměrně komplikované, zřídila VZP Centrum informací, kde můžete ověřit platnost průkazek pojištěnců VZP ČR.

Poskytuje službu

po – pá 8.00 až 16.00 hodin

tel.: (02) 21 75 21 75, fax: (02) 21 75 49 51

e-mail: info@vzp.cz,

adresa: Orlická 4/2000, Praha 3.

Pro urychlené ověřování informací připravuje VZP ČR internetový program, který bude určen k ověřování příslušnosti pojištěnce k VZP.

■ ZP Ministerstva vnitra ČR

1. **Cizinci s trvalým pobytem.** Mají stejné průkazky jako čeští pojištěnci.

2. **Cizinci s přechodným pobytem.** Délka platnosti průkazky je omezena na dobu trvání přechodného pobytu. Na průkazce je zřetelně toto datum vyznačeno.

Ověření registrace pojištěnce

na tel.: (02) 727 375 66.

■ Oborová ZP zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Pojištění cizinců stejné jako u předchozí ZP MV ČR.

Ověření registrace pojištěnce

na tel.: (02) 830 22 111 (129).

■ Česká národní ZP

Cizí státní příslušníci mají zatím stejné průkazky jako občané ČR, ale v nejbližší době se připravuje jejich odlišení.

Ověření registrace pojištěnce

na tel.: (02) 613 87 111, linka 412, 413.

■ Vojenská ZP

Ověření registrace pojištěnce

na tel.: (02) 663 11 911,

nebo na webových stránkách:

www.VoZP.cz.

■ Hutnická ZP

Ověření registrace pojištěnce

na tel.: (069) 29 24 797.

■ ZP Metal–Aliance

U cizinců je omezena platnost průkazek vždy do konce kalendářního roku.

Ověřování registrace pojištěnce se provádí dle čísla uvedeného na průkazce,

tel.: (0312) 228 282 – 5.

■ ZP Škoda

Ověření registrace pojištěnce

na tel.: (0326) 81 71 56 – 57.

■ Revírní ZP

U cizinců je platnost průkazky jeden rok. Každého půl roku se však platnost pojištění ověřuje.

Ověření registrace pojištěnce

na tel.: (069) 625 63 49.

Poznámka: Komplikace s úhradou za provedené ošetření se mohou nyní vyskytnout i u občanů ČR, a to v těchto případech:

a) Došlo vzhledem k vycestování do zahraničí k přerušení pojištění, které již po návratu nebylo obnoveno. Tuto skutečnost lze ověřit v registru příslušné OP VZP.

b) Pacient změnil zdravotní pojišťovnu a má pak dvě průkazky od různých ZP. Zatím nebylo jeho povinností neplatnou průkazku ZP vracet!

MUDr. Zdeňka Srpová
oddělení pro kontakt
se zdravotními pojišťovnami ČSK

Převzato z časopisu LKS č. 7–8/2001.

**izip****Projekt iZIP připravuje start**

Po dvou letech příprav je projekt, který známe všichni pod zkratkou iZIP – internetový přístup ke Zdravotním Informacím Pacienta, připraven odstartovat.

Projekt nabídne pacientům bezplatné zřízení zdravotní knížky pacienta na Internetu. Do knížky budou moci zapisovat všichni poskytovatelé stručné informace o poskytnuté zdravotní péči. Knižka nebude nahrazovat zdravotní dokumentaci. Číst v knížce bude moci pouze pacient, případně ti lékaři, kterým pacient poskytne toto oprávnění.

Cílem projektu je zlepšení kvality poskytované zdravotní péče a lepší využívání finančních prostředků.

Již v lednu se do projektu budou moci přihlásit jednotlivá zdravotnická zařízení, lékaři a další zdravotničtí pracovníci. Stejně tak se budou moci přihlásit i pacienti. Při svém startu nabídne projekt iZIP ve spolupráci se svými partnery pro registrované lékaře řadu výhod, zaměřených zejména na zlepšení technické vybavenosti ordinací soukromých lékařů pro práci s daty.

Další informace na www.izip.cz, také však v dalších číslech našeho časopisu.

IZIP, spol. s r.o.

Václavské náměstí 21, 110 00 Praha 1

IČO 26433109, DIČ 004-26433109

E-mail: izip@izip.cz , www.izip.cz

**Seznam regionálních zástupců OSPDL ČLS JEP**

	Adresa	telefon	mobil	e-mail	fax
Praha Struková Nora	Praha 4, Soukalova 3355, PSČ 143 00	02 / 4014366	0604/273536		
Středočeský Procházka Bohuslav	Kutná Hora, Radnická 635, PSČ 284 01	0327 / 514155	0606/610224		
Východočeský Hanousek Ladislav	Hradec Králové, Srdínkova 338, PSČ 500 02	049 / 5610707	0604/876857	i.hanousek@wo.cz	
Severočeský Holý Vladimír	DS Libouchec, PSČ 403 35		0603/256929	holyped@volny.cz	
Západočeský Liška Jiří	Plzeň, Mulačova nem. s.r.o., Dvořákova 17, PSČ 320 02	019 / 7423059	0605/837695	liska.jiri@atlas.cz	019/7376028
Jihočeský Marek Jiří	Veselí n/Lužnicí 589/1, PSČ 391 81	063 / 581084	0606/345480	marekjiri@volny.cz	
Jihomoravský Soukup Tomáš	Mikulov, Piaristů 26, PSČ 692 01	0625 / 513777	0604/602611		
Severomoravský Charvátová Marcela	Ostrava - Poruba, B. Martinů 812, PSČ 708 00		0603/257084		



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 7.11.2001

přítomni:

MUDr. Cabrnchová

MUDr. Seifertová

MUDr. Liška, CSc.

MUDr. Adamová

MUDr. Krejčík

MUDr. Hanousek

MUDr. Marek

MUDr. Kolářová

1) Dopisem hlavního hygienika ČR jsme informováni o **termínech očkování Polio 2002: 18.3. – 29.3.2002 a 13.5. – 24.5. 2002.**

2) Dr. Liška ověří, kdo vydává certifikaci akcí v regionech. Akce pořádané OSPDL ČLS JEP by měly mít automaticky přidělené kredity ČLK.

3) Výbor odsouhlasil finanční ohodnocení pro autory prezentovaných studií:

Kojení: Dr. Procházka, Dr. Halašková

Preskripce ATB v primární péči: Dr. Marek

4) Výbor navrhuje **vytvořit poradní sbory – řešitelské týmy** pro aktuální problematiku.

5) 31.10. 01 proběhla na MZČR tisková konference na téma péče o dítě v ČR. Na téma terénní péče o děti a dorost prezentovala příspěvek Dr. Cabrnchová.

6) Na Neonatologickém sjezdu, kde byl Dr. Liška, vzniklo doporučení k propouštění novorozenců z porodnice ne dříve než za 96 hodin od porodu.

7) Zpráva z jednání na Ministerstvu zdravotnictví 5.11.01 (Dr. Cabrnchová):

- budou upraveny Vyhlášky MZ ČR pro rescreening hypothyreozu u dětí s nízkou porodní hmotností v ordinaci PLDD / výkon prošel do nového seznamu zdravotních výkonů a bude platit od června 2002/

- screening phenylketonurie

- již nebude podmínka zátěž mléčnou stravou 72 hodin, tzn. bude stačit screening na porodnici

- připravuje se nový screening pro kongenitální adrenální hyperplazii

- doporučuje se nově pro včasný záchyt poruchy sluchu na porodnici u dětí s nízkou porodní hmotností vyš. otoakustických emisí (BAEP)

- přítomni byli seznámeni s obsahem Signální zprávou o stavu rodiny (např. vzrůstá počet dětí z neúplných rodin až na 20%, vzrůstá počet druhorozených dětí, počet dětské populace celkově výrazněji nestoupá).

- probírána možnost domácí ventilace

- stále není zcela jasno, jak dál se zdravotním a očkovacím průkazem, další schůzka bude ještě v prosinci

- probírána problematika dispenzární péče

- trváme na formulaci, která je v návrhu záko-

na a v koncepci pediatrie: „Dispenzární péče je metoda PLDD spočívající v aktivním přístupu k vybraným diagnózám“.

- byla otevřena problematika péče o děti cizinců pobývajících na našem území. Výbor se tím bude více zabývat.

- hlavní hygienik MUDr. Michal Vít svolává pracovní skupiny při MZ ČR pro implementaci dokumentu WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“. Za naší odbornost jsou jmenováni Dr. Cabrnchová a Dr. Seifertová,„

8) Argumenty pro zdravotní pojišťovny k zavedení nového placeného kódu vyšetření CRP v našich praxích, OSPDL spolu se SPLDD předkládá změny očkovacích kódů a uvedený výkon CRP vyšetření na nejbližší Dohodovací řízení k novému seznamu zdravotních výkonů. Dr. Marek zpracoval **využití CRP** ve své praxi. Zkušenosti bude prezentovat na konferenci Všeobecného lékařství 16.–17.11. v Ostravě.

9) **Očkování INFANRIX** s acelulární pertusoidní složkou je vhodné využít v širších indikacích. Lze nabídnout rodičům jako alternativu při očkování DTP při dodržení doporučených indikací. Upřesnění indikací bude členům OSPDL distribuováno.

10) Na regionálních vzdělávacích akcích rozdáváme krátký dotazník o novém očkování. Jde nám o průzkum z terénu o méně obvyklých reakcích po očkování. Již se sešli odpovědi ze západních Čech, severních Čech a částečně východních Čech. Zpracováním výstupu pověřen Dr. Hanousek.

Výbor jednal o předání našich připomínek z terénu k novému očkování SÚKLU a hlavnímu hygienikovi. Zatím se zdá, že **méně obvyklé reakce po očkování** se objevují po aplikaci Tetractu (DTP + HiB). Připomínkována problematika očkování 11-ti letých (ve dvanáctém roce života), kdy v jednom roce probíhá očkování Engerixem a současně také TBC. Dopisem kontaktován hl. hygienik prostřednictvím místopředsedy zdravotního výboru Parlamentu ČR MUDr. M. Cabrncha.

11) Po opakovaných jednáních se zástupci výrobců Engerix a Tetract jsme ujisti, že v republice je očkovacích látek dostatek (dle počtu dětí). Jsou-li stále regiony, kde vážně distribuce, je chyba pravděpodobně v řadách samotných pediatrií, kteří se někde předzásobují na úkor ostatních.

12) Výbor projednal návrh programu vzdělávacího kurzu očkování pro dětské lékaře pořádaný OSPDL a IPVZ. Přikláníme se k intenzivnímu programu nejlépe v jednom dni a pořádaném ve více regionech. Vhodné je zařazení právních aspektů při pravidelném očkování.

13) Výbor se shoduje, že je potřeba dozdělat v oblasti dětské gynekologie ve spolupráci s gy-

nekologicko – porodnickou společností. Dr. Cabrnchová bude o této problematice dále jednat.

14) Proběhla diskuse nad návrhy zákonů o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a příslušnými vyhláškami.

Výbor se sjednotil na stanovisku, že příprava budoucího PLDD bude z velké části svým obsahem totožná s náplní oboru pediatrie, část bude specifická svou náplní pro obor respektující problematiku primární péče a roli praktického lékaře pro děti a dorost. Podporuje myšlenku zavedení nového základního oboru praktický lékař pro děti a dorost, rovnocenné postavení s praktickým lékařem pro dospělé (vlastní obor, vlastní náplň postgraduálního vzdělávání, vlastní atestace). Během postgraduální přípravy je potřeba diskutovat za jakých podmínek a při doplnění si jakého rozsahu vzdělání je možný přechod mezi oběma obory.

Další jednání na půdě IPVZ, ČLK a to i na téma školitelů se budou odvíjet dle výsledku projednávání zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolávání

15) Připravuje se **pediatrický kongres v Teplících** v září 2002. Přípravou je pověřen Dr. Škvor z Ústí nad Labem. Přípravou sekce z primární péče je výborem pověřen Dr. Liška.

16) Dr. Liška se zúčastnil konference stomatologů o fluoridaci u dětí. Ani mezi zubaři není stále jednotný názor. Fluor je různě těž obsažen ve vodách. Bude nutný diferencovaný přístup. Doporučení bude řešit Stomatologická komora.

Stomatologická komora podává informace, že péče o chrup u dětí se zhoršuje a že prevence je nutná již od útlého věku. Dle informací PLDD v terénu ale není dostatek dětských stomatologů.

17) Na konferenci SPLDD v Brně pověřena Dr. Cabrnchová přednesením zprávy o činnosti OSPDL, vhodná účast dalších členů výboru.

18) Doporučené postupy jsou postupně zveřejňovány na www stránkách ČLS JEP: www.cls.cz

19) SPLDD ve spolupráci s OSPDL zahájily prezentaci na: www.detskylekar.cz

20) **WONCA Europe kongres** (Světová organizace praktických lékařů a učitelů praktického lékařství) 9.–13. června 2002 v Londýně. Případná účast bude projednána na dalším výboru.

21) Přijetí nových členů OSPDL:

MUDr. Lošanová

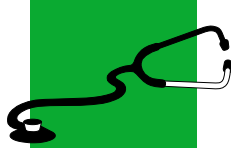
MUDr. Bouchalová

Zapsala:

MUDr. Seifertová

Ověřila:

MUDr. Cabrnchová



Kostní nekrózy u dětí a dospívajících

MUDr. J. Košťál

Ortopedická klinika FN Plzeň

Kostní nekrózy u dětí a dospívajících jsou charakterizovány odumřením kostní tkáně nejčastěji v segmentálním úseku skeletu na podkladě ischémie a následným charakteristickým průběhem onemocnění. Orientačně bychom si kostní nekrózy mohli rozdělit podle příčiny na:

a) Kostní nekrózy ze známých příčin, ty mohou vzniknout na podkladě:

- 1) **záření** – např. po RTG záření, ale i gama či jiném jaderném záření
- 2) **tepelných výkyvů** – např. spáleniny, omrznutí, úrazy elektrickým proudem
- 3) **chemickým** – při otravách arsénem či fosforem
- 4) **mechanickým** – kdy dochází k útlaku výživné artérie zvenčí, např. při traumatech, kompartment syndromu či zúžení cévy exostózou. Při synovialitidách kyčle tlakem synoviální tekutiny také může dojít ke kostní nekróze, tzv. osteochondróze epifýzy stehenní kosti (známé více pod názvem Perthesova choroba)
- 5) **hnisavých či specifických zánětlivých procesů** – buď přímým tlakem hnisu na výživné artérie, či na podkladě septických mikroembolů či bakteriálních toxinů

b) Kostní nekrózy z neznámých příčin (idiopatické či spontánní):

Jejich etiologie není zcela objasněna. Prokázáno však je, že jde prakticky vždy o důsledek ischémie, která se buď opakuje, nebo trvá delší časový interval. Uvažujeme o mikroembolizaci tukem či jiným trombem nebo embolem. Někteří autoři uvažují o zvýšení perivazálního tlaku v tukové dřeni a tím vznikající kompresi cév. Zvýšený výskyt bývá pozorován i u poruch lipidového metabolismu, u dny, při onemocněních jater. Známé jsou kostní nekrózy u alkoholiků. Méně známé jsou pak u potápěčů (při kesonové nemoci) a naopak u zkušebních výškových pilotů, tradují se i u posádek výškových stratosférických balónů.

■ Patologická anatomie:

Stádium iniciální: V prvním stádiu nenalézáme změny ani makroskopicky, ani na RTG. Histologicky je vidět pouze pyknóza jader kostních buněk. Tento stav může trvat i velmi dlouho, řádově měsíce. Kostní dřevina bývá suchá a drobná. Teprve později dochází ke karyolýze a po zmizelých jádrech zbývají prázdné prostory. Tomuto stavu říkáme onkózis.

Stádium nekrózy (komprese): V dalším stádiu dochází vlivem trvalého zatěžování ke kompresi lamel již nekrotické kosti a vzniku infrací. Na RTG tento stav vidíme jako kondenzaci kosti.

Stádium rezorpce: V pokračujícím stádiu dochází ze zdravé tkáně k prorůstání cév a přísunu osteoklastů, které nekrotickou kost odbourávají. Tento proces nazýváme resorpcí, která se na RTG projevuje nepravidelným až skvrnitým projasněním sytého kostního stínu, který někdy může i zcela vymizet.

Stádium reparace: Prakticky současně s procesem resorpce dochází k reparativním pochodům na podkladě činnosti osteoblastů, také nepravidelně a také ložiskovitě. V této fázi je kost mechanicky oslabena a dojde-li k zátěži, může dojít k trvalé deformitě. Rodičům říkáme, že kost je měkká a poddajná jako tvaroh.

Stádium zhojení (či konečné deformity): Ke zhojení dojde postupnou činností osteoblastů. Buď dojde k úplnému vyhojení ve správném tvaru, nebo ve vzniklé deformitě. Na RTG snímku se zhojení projeví postupnou normalizací kostní sytosti a vymizením ložiskovitých projasnění.

V dětském věku je známa řada jednotek, které jsou považovány za aseptické nekrózy. Aseptické nekrózy se vyskytují většinou v určitém věku (kdy je cévní zásobenění relativně nejchudší) a mají i svůj typický průběh. Charakteristické je, že dochází k poruše enchondrální osifikace. Např. při chondromalácii češky dochází k poruše v kloubu, ale je známa vyvolávající příčina a po jejím odstranění obtíže mizejí. Historicky postupně vznikala nejružnější rozdělení aseptických nekróz, podle věku, podle anatomických krajín, klinického průběhu a také stupně poznání jejich klinického průběhu, způsobu léčení či následků. Jako příklad si uvedeme dělení dle Sieferta a Saltera.

Dělení dle Sieferta:

1. artikulární (morbus Calvé-Legg-Perthes, Freiberg-Köhler)
2. neartikulární (apofyzární, trakční – morbus Osgood-Schlatter, m.Haglund-Sever)
3. fyzární (morbus Scheuermann, morbus Blount)

Dělení dle Saltera:

1. osteochondrózy při postižení primárních jader
2. osteochondrózy při postižení sekundárních jader, postižení tlakových epifýz

3. osteochondrózy při postižení trakčních epifýz (apofyzární)

4. tangenciální aseptická nekróza tlakových epifýz – osteochondritis dissecans

Podle anatomické krajiny: uvedeme přehled nejznámějších (podle autorů):

■ nekróza hlavičky stehenní kosti

m.Calvé-Legg-Perthes

■ člunková kost na noze

m.Köhler I.

■ hlavičky metatarzů

m.Freiberg-Köhler II.

■ sternální konec klíčku

m.Friedrich

■ akromiální konec klíčku

m.Werder-Alnor

■ hlavičky kosti pažní

m.Haas

■ hlavička (capitulum) humeru

m.Panner

■ trochlea humeru

m.Hegemann I.

■ hlavička radia

m.Hegemann II.

■ distální epifýza radia

m.de Cuveland

■ distální epifýza ulny

m.Bruns

■ karpální kůstky

m.Caffey

■ hlavičky metakarpů

m.Dietrich

■ os lunatum

m.Kienböck

■ falangy

m.Tiemann

■ acetabula

m-Perthes

■ synchondróza ischiopubická

m.van Neck

■ trochantery stehenní kosti

m.de Cuveland

■ apex pately

m.Sinding-Larsen-Johanson

■ base pately

m.Müller

■ proximální epifýza tibie

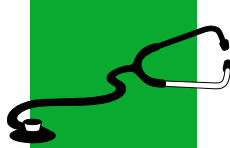
m.Blount

■ tuberozita tibie

m.Osgood-Schlatter

■ apofýza kalkanea

m.Haglund-Sever



- talus
 - m.Vogel-Mouchet**
- os tibiale externum
 - m.Haglund**
- základní článek palce nohy
 - m.Tiemann**
- sezamská kůstka palce a prvního paprsku nohy
 - m.Smith-Lepoutre**

Ke kostním nekrotám se tradičně ještě řadily:

- snížená těla obratlů
- vertebra plana – **m.Calvé**, která však vznikají na jiném podkladě, nejčastěji jde o eozinofilní granulom, m.Hodgkin apod. – kyphosis dorsalis juvenilis – **m.Scheuermann**
- osteochondrózis dissecans – **osteochondritis dissecans König**

Aseptické nekrózy jsou tedy známé pod jmény svých objevitelů a význam jednotlivých postižení v žádném případě není stejný. U některých vystačíme pouze se sledováním a vysazením větší fyzické zátěže, jiné dlouhodobě odlehčujeme, a ještě jiné léčíme velice intenzivně, často i operujeme. Určitě nejznámější a nejzávažnější je aseptická nekróza hlavice stehenní kosti – m.Calvé-Legg – Perthes. Proto se o ní zmíníme poněkud podrobněji.

■ MORBUS

CALVÉ – LEGG – PERTHES

Jde o onemocnění, popsané třemi výše uvedeny autory současně v r. 1910. Všichni jasně diferencovali chorobu od tehdy velmi častého TBC postižení kyčelního kloubu a dokonce někteří v patogenezi uvažovali o mikroembolizaci. Jde o onemocnění kyčelního kloubu, způsobené poruchou prokrvení proximální epifýzy stehenní kosti s variační šíří věku od 3 – 14 let.

RTG chorobu popsal Waldenström v r. 1922 a rozdělil ji na 4 stádia:

první – stádium synovialitydy – RTG obraz je negativní

druhé – stádium nekrózy – je patrna kondenzace hlavice („svítí“)

třetí – stádium fragmentace – je patrný rozpad a odvápnění

čtvrté – stádium reosifikace – dochází k reparačním změnám, obnově normální kostní struktury.

Zpravidla se Perthesova choroba hojí jako coxa magna, případně s deformitou jako coxa plana.

Epidemiologicky se udává 4 – 5 x častější postižení chlapců. Celkově se nemoc v populaci vyskytuje v poměru 1:1200 – 1:4000 živě narozených dětí. U většiny pacientů kolísá začátek choroby mezi 5. – 8. rokem věku. Děti bývají drobnější, velmi živé, menší tělesné váhy. V 10 – 15% případů je popisován výskyt Perthesovy choroby oboustranně.

Etiologicky se všichni autoři shodují na poruše krevního zásobení epifýzy stehenní kosti, která může být nejrůznějšího původu. Jisté je, že nejde o onemocnění vrozené ani dědičné, i když jisté práce uvádějí zvýšený rodinný výskyt a to i mezi jednovaječnými dvojčaty. Jistá genetická dispozice tedy úplně vyloučena není. Nepochybný vztah ke vzniku onemocnění má i transitorní synovialitis v předchorobí (dle prof. Dungla až v 10% případů)

Patogeneticky je na začátku ischemická příhoda ne zcela jasně etiologie, která vede k rozvoji aseptické nekrózy. Dochází k dočasné zástavě enchondrální osifikace, zatímco chrupavčitá část díky výživě difuzí synovie dále roste. V další fázi dochází k obnově cévního zásobení a novotvorbě kosti. V závislosti na vzájemném vztahu hlavice a acetabula dochází k formování hlavice do různých tvarů. Pokud nepůsobí síly na hlavici koncentricky, dochází k její deformitě. Tohoto zjištění plně využíváme při léčení, ať již konzervativním, tak i operačním. Důležitým předpokladem zachování sféricity hlavice je neomezený rozsah pohybů.

Klinicky je jen mírná nebo žádná bolest v třísele, někdy bolesti kolena na stejné straně a zcela typické pro Perthesovu chorobu je bezbolestné kulhání, které trvá mnoho týdnů i měsíců. Zejména v těchto případech často dochází k pozdnímu ortopedickému vyšetření a tím i pozdnímu zahájení léčení. Při současné synovialitidě může být bolestivá addukční a flekční kontraktura v kyčelním kloubu.

Diferenciálně diagnosticky musíme odlišit parainfekční synovialitidy nejrůznější etiologie (včetně tuberkulózní), úrazové změny, juvenilní revmatoidní artritidu. Méně časté až vzácné jsou tumory či revmatická horečka. Myslet však na ně musíme.

Diagnostika se opírá o anamnézu, klinické vyšetření, rentgenologické vyšetření (zde kromě klasické AP projekce necháme zhotovit ještě Lauensteinovu projekci – což je snímek v zevní rotaci a semiflexi v kyčli). Přínosem je sonografické vyšetření, které komparací se zdravou stranou může pomoci diagnostikovat zvýšenou synoviální náplň kyčelního kloubu. Další možnou (ale nikoli nezbytnou) metodou je magnetická rezonance, na některých pracovištích je užívána při diagnostice Perthesovy choroby i kostní scintigrafie.

Průběh onemocnění je dlouhodobý, léčení trvá v průměru 30 měsíců s odchylkou 12 měsíců oběma směry. Důležitý je věk v době začátku onemocnění a stupeň postižení kyčelního kloubu. Obecně platí, čím je pacient mladší než 6 let při začátku onemocnění, tím je prognóza lepší, doba léčení kratší a většinou vystačíme s léčením konzervativním. Neplatí to však stoprocentně. U velmi malé části nemocných proběhne onemocnění inaparentně a je diagnostikováno nejčastěji náhodně při snímkování z jiné příčiny (např. při úrazu).

Léčení rozdělujeme na:

a) konzervativní – od pouhé observace v nejniž-

ších věkových kategoriích, přes odlehčování berlami, nošení ortéz (dnes Atlanta dlahy), až k dlouhodobým pobytům v léčebnách a lázních (nejznámější je léčebna Luže – Košumberk, kde se tomuto onemocnění věnují mnoho desítek let).

b) operační – jehož cílem je vyřadit dítě z jeho normálního prostředí na co nejkratší dobu a umožnit mu pokud možno co nejčasnější návrat k normální pohybové aktivitě. Dalším požadavkem chirurgického léčení je minimalizovat riziko sekundární koxartrózy.

Při léčení je vedoucí myšlenkou princip containment terapie, zavedený koncem 60. a hlavně v 70. letech R.B.Salterem. Principem je zanoření biologicky tvárné hlavice do kulovitého prostoru acetabula tak, aby při přestavbě (osifikaci) nemohlo dojít k její deformaci.

Výkony, řídicí se tímto principem, můžeme rozdělit do tří skupin:

1. varizační osteotomie proximálního femuru, kdy se nekrotická hlavice dostává do acetabula (více se zanoří). Nevýhoda – další zkrácení končetiny.

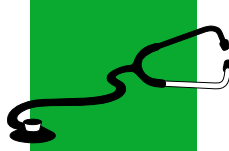
2. redirekční pánevní osteotomie, nejčastěji supraacetabulární inominátní Salterova osteotomie pánve (případně trojí osteotomie Steelova). Nevýhoda – sice vyrovná délku končetiny, je dodržen princip containment, ale neúměrně se zvýší tlak na již dost tangovanou hlavici a může dojít k totálnímu kolapsu a sekundární těžké deformitě hlavice.

3. proto jsou nyní nejčastěji užívány kombinace osteotomie pánve a proximální části stehenní kosti, tzv.supercontainment, které minimalizují jednotlivé dílčí nevýhody té které metody.

Prognóza – je tím lepší, čím je dítě v době vzniku nemoci mladší, vzhledem k lepší remodelaci hlavice. Dívky jsou postiženy méně často, avšak prognóza výsledku je horší. Jako důvod se nejčastěji uvádí menší schopnost remodelace vzhledem k vyššímu stupni kostní zralosti. Dívky jsou obecně před chlapci v kostní zralosti v předstihu.

■ Závěr

Léčení Perthesovy choroby a kostních nekrotám obecně v poslední době výrazně pokročilo. Výsledky jsou výrazně lepší, což je důležité zejména pro vznik následků, zejména sekundární koxartrózy. Je to díky rozvoji techniky (zlepšená diagnostika – MRI, scintigrafie, CT, arthrografie, sonografie), ale díky rozvoji operativy a zavádění nových progresivních operačních metod na předních ortopedických pracovištích v České republice.



Výživa dětí v prvním roce života

MUDr. B. Procházka¹⁾, MUDr. H. Halašková²⁾

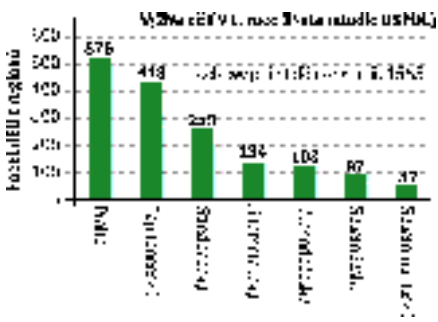
1) PLDD Kutná Hora, 2) PLDD Praha

Cílem studie bylo získat na podkladě dotazníků vyplněných PLDD reprezentativní přehled o skutečném stavu výživy dětí v prvním roce života v ČR. Dotazník obsahoval v první části údaje o regionu, matce (její věk, dosažené vzdělání, rodinný stav), dále o dítěti (porodní hmotnost), pobyt na rooming in, časový interval od porodu do prvního přiložení k prsu, kojení v prvním a druhém půlroce života, čas a důvod zavedení dokrmu, doba prvního zařazení příkrmu do výživy. V poslední části byly dotazy zaměřené na zdroj informací o významu, technice kojení a podporu kojení ze strany registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost. Dotazník byl rozmnožen, předán regionálními zástupci OSPLD na setkání školitelů na podzim roku 2000. Většina vyplněných dotazníků byla předána zpět anonymně.

Výsledky

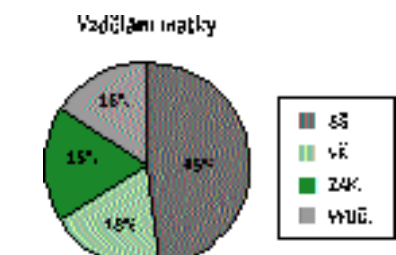
Graf č. 1

Během jara tohoto roku jsme získali a zpracovali celkem 1585 dotazníků ze 7 regionů.



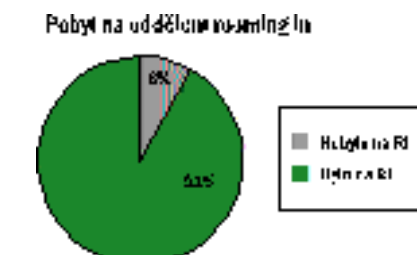
Graf č.3

Znázorňuje vzdělání matky – téměř polovina všech matek měla středoškolské vzdělání, ostatní skupiny (základní, vysokoškolské, vyučené) zastoupeny celkem srovnatelně. Průměrný věk matky při porodu byl 27 let a 5 měsíců (významný posun během posledních deseti let).



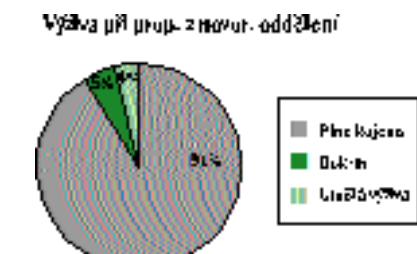
Graf č.5

Pobyt společně s matkou- rooming in



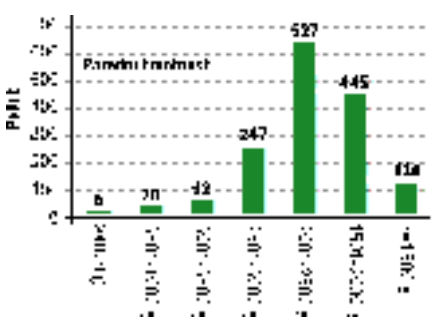
Graf č.6

Výživa dětí při propuštění z novorozeneckého oddělení – 96% procent dětí je kojeno (5% s dokrmem).



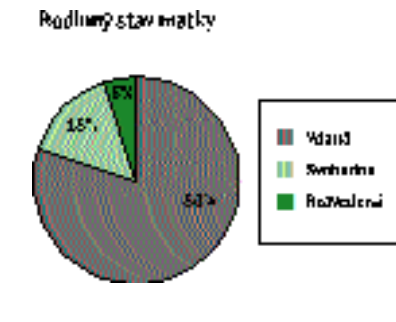
Graf č.2

Znázorňuje zastoupení jednotlivých vahových skupin dětí při porodu, průměrná hmotnost – 3380g.



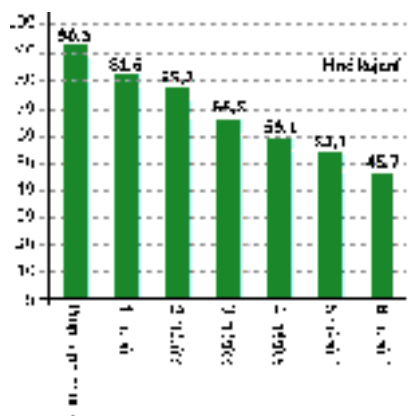
Graf č.4

Rodinný stav matky



Graf č. 7

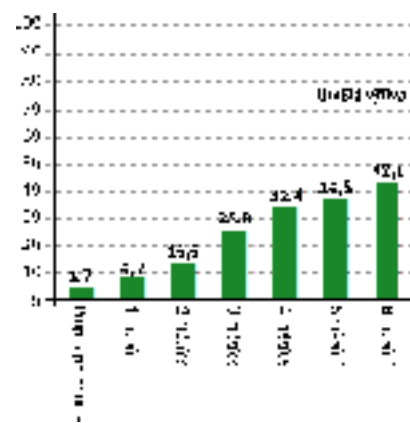
Znázorňuje procento dětí plně kojících během prvních šesti měsíců. Z původních 91% dětí plně kojících při propuštění z porodnice zůstává plně kojících v 6 měsících téměř 46%.





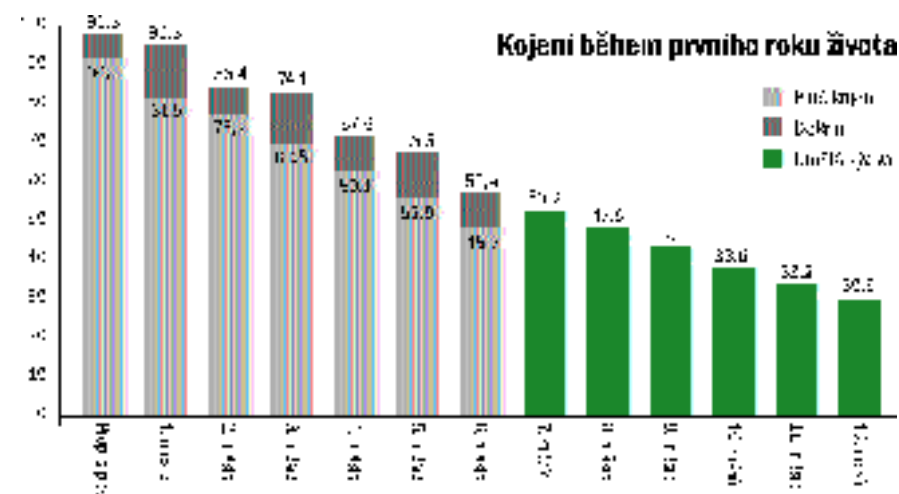
Graf č. 8

Znázorňuje opačně postupný nárůst dětí, které dostávají umělou výživu.



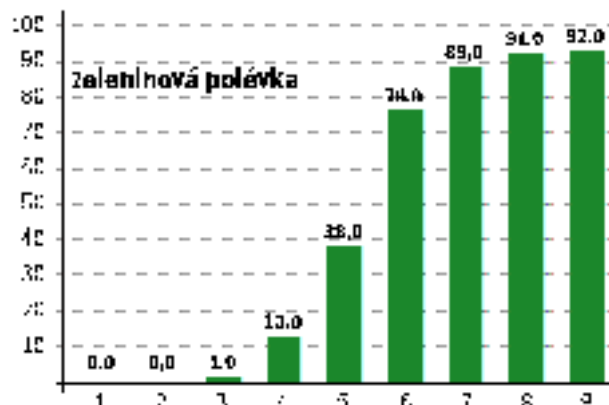
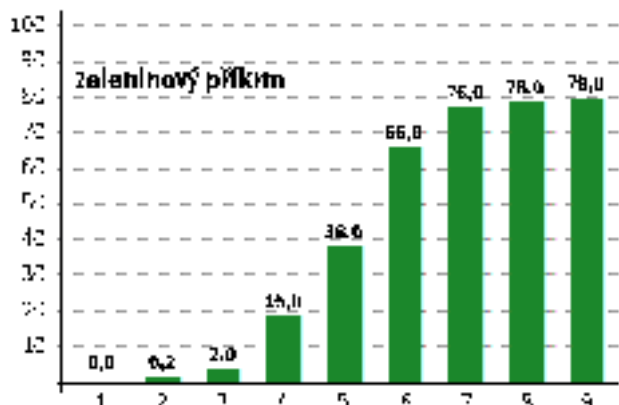
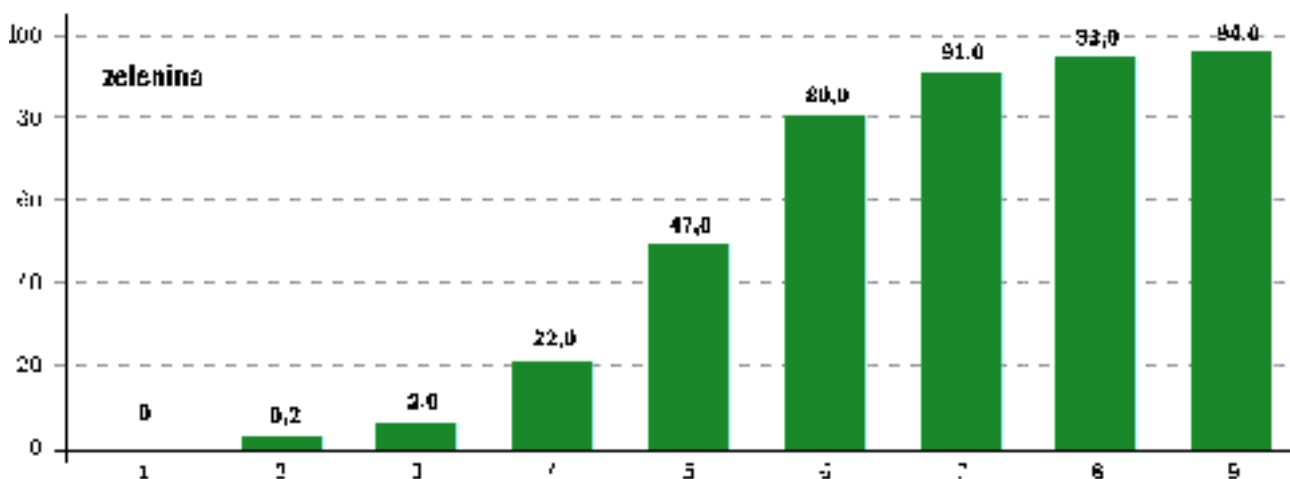
Graf č.9.

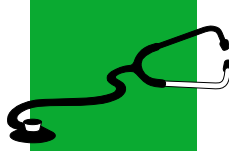
Je graf, který přehledně shrnuje výživu během celého prvního roku. Údaje v pravé polovině známe z předcházejících údajů, údaje v levé polovině znázorňují postupný pokles kojení (již není specifikováno plné kojení či kojení s dokrmem), ve 12 měsících věku je ještě kojeno poměrně vysoké procento dětí - 30%.



Graf č.10

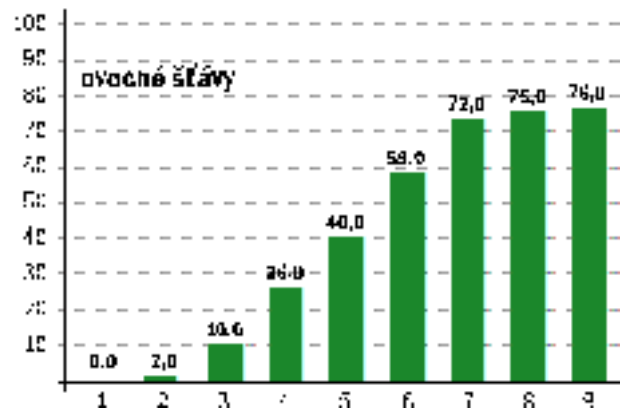
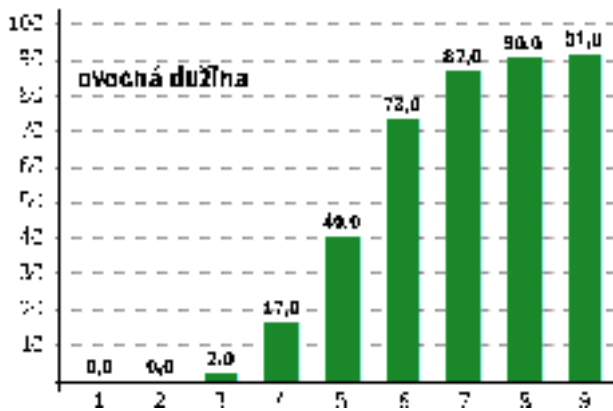
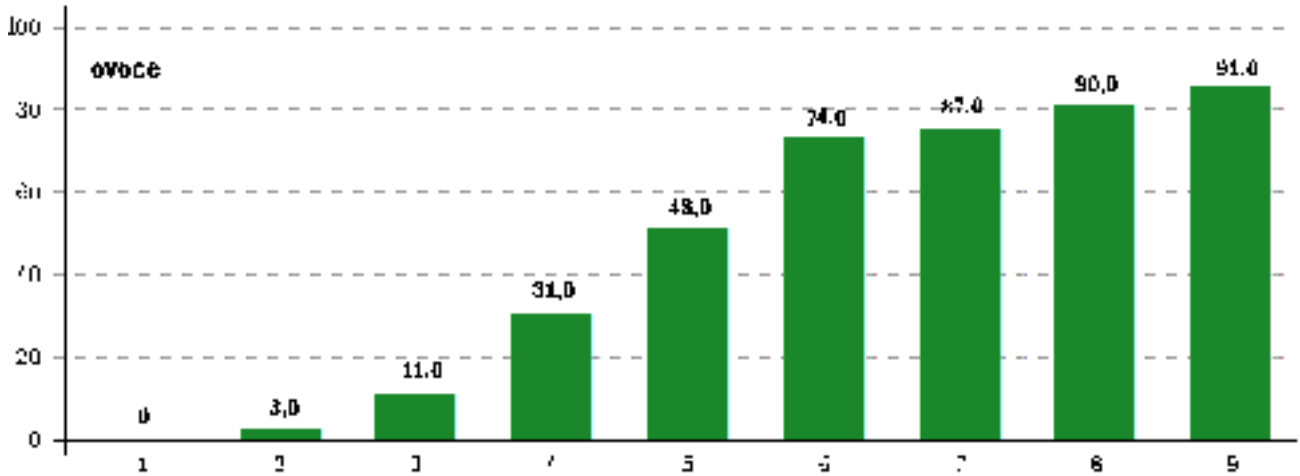
Znázorňuje zavádění zeleniny do jídelníčku kojence jednak celkově, jednak specificky pro zavádění zeleninového příkrmu a zeleninové polévky.





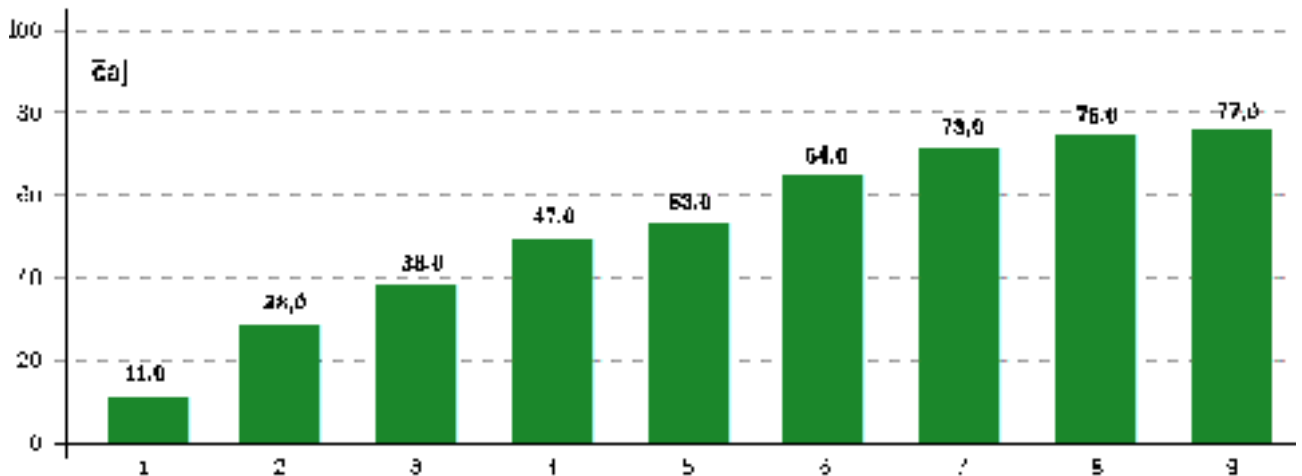
Graf č. 11

Ukazuje obdobně zavádění ovoce do stravy v prvních měsících života. Zde opět patrný významný časový posun od ještě nedávných dob, kdy se standardně podávaly ovocné šťávy již od 6 týdnů.



Graf č.12 - 1. část

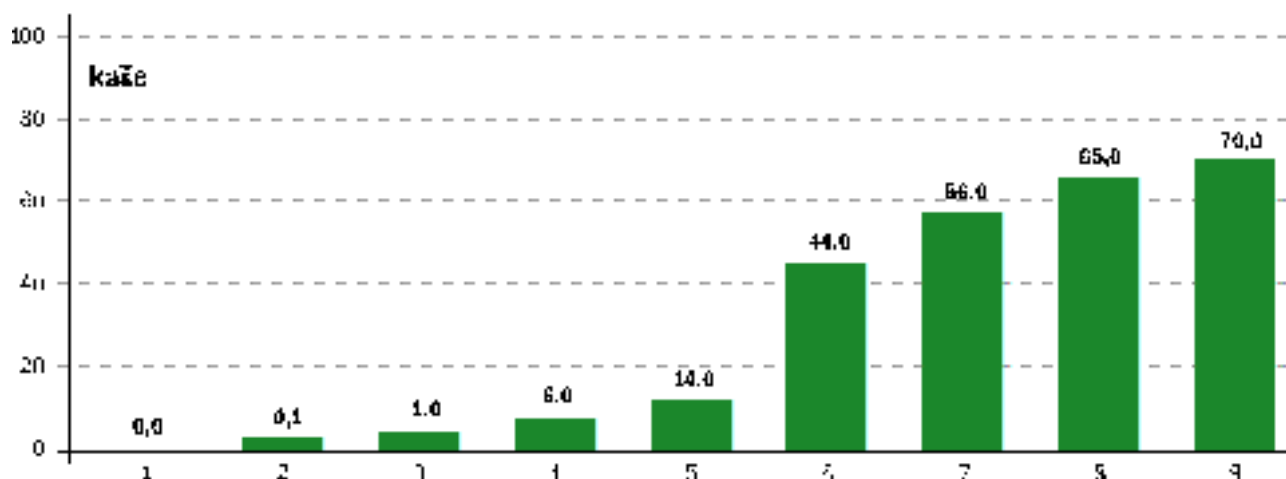
Znázorňuje podávání čaje a zavádění kaše do výživy.





Graf č.12 - 2. část

Znázorňuje podávání čaje a zavádění kaše do výživy



Závěr

- Touto dotazníkovou studií na velkém počtu dětí byl jednoznačně potvrzen významně vzestupný trend v zastoupení kojení ve výživě dětí do jednoho roku, jak vidíme denně ve svých ordinacích.
- Dokumentovali jsme časové posuny v zavádění zeleniny, ovoce a kaše během posledních let.
- Zaznamenali jsme zvýšení průměrného věku matky při narození dítěte na čísla běžná v západní Evropě.
- Autoři chtějí velmi poděkovat velkému množství kolegů, kteří byli ochotni svůj čas věnovat získávání informací ze svých praxí a vyplňování poměrně složitých dotazníků.

Katedra pediatrie IPVZ společně s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP

pořádá kurzy pro kontinuální postgraduální vzdělávání na **téma očkování**, které jsou určeny především pro PLDD, ale i ostatní zájemci jsou vítáni. Kurzy budou mít hodnocení v klasifikaci ČLK 16 kreditů a účastníci obdrží certifikát IPVZ o vzdělání v dané specializaci. Účastníci dostanou abstrakta přednášek. Kurzy se konají na koleji IPVZ v Praze v kinosále a jsou dvoudenní. Přednášet budou významní odborníci.

Témata kurzu: Historie očkování, tvorba vakcín, současný stav očkování u nás a ve světě, imunologická podstata očkování, kontraindikace očkování, výhled ve vývoji a uplatnění nových vakcín u nás a ve světě. Současný očkovací kalendář v ČR a jeho uplatnění v pediatrické praxi. Součástí kurzu bude i panelová diskuse s představiteli resortu, PLDD, odborníky zabývajícími se očkováním v praxi a právníky.

Název kurzu: 220050 **Očkování u dětí**

Data konání - **11.1. a 12.1., 15.2. a 16.2., 22.3. a 23.3., 12.4. a 13.4., 17.5. a 18.5., 14.6. a 15.6.2002.**

Zájemci o ubytování se musí hlásit 3 týdny před zvoleným termínem, účastníci, kteří nechtějí ubytování se mohou hlásit 1 týden před zvoleným termínem, je možno se přihlásit i na místě po složení poplatku, ale protože o kurzy je velký zájem nemusí být v kinosále již volné místo.

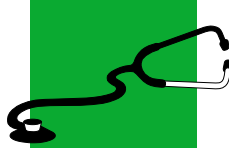
Přihlášky: buď e-mailem na adrese prihlasky@ipvz.cz, nebo písemně, telefonem a faxem na katedře pediatrie IPVZ, Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4, tel.číslo - 02 41721238.

Za katedru pediatrie IPVZ

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc., vedoucí katedry

Za OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová, předsedkyně



Syndrom dráždivého střeva, funkční průjem a zácpa u dětí

Doc. MUDr. M. Sedláčková, CSc.

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

Souhrn

Exploze lékařských informací v posledních letech varuje před uváděním prostých encyklopedických výčtů onemocnění gastrointestinálního traktu (GIT) u dětí, protože takovéto seznamy mohou hrubě opomíjet vývojové aspekty. Některé příznaky, které by u dospělého odstartovaly řetězec diagnostických postupů jsou u dětí zejména v nižších věkových kategoriích chápány jako známky určitého stadia věkové nezralosti. Proto není překvapující, že funkční obtíže, vycházející z oblastí GIT nejsou u dětí provázány poruchami vývoje (např. u průjmu batolat), anebo že spouštěcím mechanismem může být odpověď na vnitřní nebo vnější podněty, která odpovídá věku, ale je nepřiměřená (např. funkční retence stolice jako následek bolestivé defekace nebo nesprávného vedení k náviku udržování čistoty).

Diagnostika některých funkčních poruch GIT závisí na výpovědní schopnosti dítěte, tj. na věku, od kterého je dítě schopno své potíže interpretovat. Proto nelze zařadit břišní obtíže dětí pod určitou věkovou hranici např. do syndromu dráždivého střeva, ale to neznamená, že takový syndrom u malých dětí neexistuje. Předškolní věk dítěte však obvykle neumožňuje, aby byly k dispozici detailnější údaje, podle kterých by bylo možno příznaky dítěte zařadit do skupiny funkčních poruch právě ve smyslu syndromu dráždivého střeva.

■ Syndrom dráždivého střeva u dětí a dospívajících

Děti, které jsou již ve věku, ve kterém jsou již schopné upřesnit své břišní obtíže, které souvisejí s defekací nebo se změnou stolice mohou být již zařazeny do skupiny funkčních poruch GIT ve smyslu syndromu dráždivého střeva. Příznaky, které odpovídají tomuto zařazení má 10–20% dospívajících. U syndromu dráždivého střeva se vyskytují bolesti břicha, průjem a zácpa. Recidivující bolesti břicha (RBB) neorganického původu vůbec se vyskytují asi u 10% školních dětí. Pro syndrom dráždivého střeva je však charakteristické, že bolest je spojená s poruchami stolice nebo jejího vyprazdňování.

Děti a dospívající s příznaky syndromu dráždivého střeva lze rozdělit do tří základních skupin:

- s převažujícími bolestmi břicha
- s vedoucím příznakem průjemové stolice
- se zácpou

U některých pacientů se někdy mohou vyskytovat všechny tyto příznaky, u jiných převládá zvláště jen jeden příznak.

Farmakoterapie je zde kontroverzní a u žádného z příznaků nebývá přesvědčivě účinná. U jednotlivého pacienta může být

zaměřena na nejdominantnější příznak. Podávání některých léků by mělo být vyhrazeno jen pro zvláště indikované případy. Jsou to např. **orální antacida a anticholinergika**, která (pokud na ně dítě není precitlivělé) mohou příznivě u dítěte ovlivnit břišní bolest. Je u nich nutno vyzkoušet optimální dávkování a jsou-li bolesti postprandiální, musí se užívat 30 minut před jídlem, což snižuje jejich kompliance. Podávání **antagonistů H2-receptorů**, event. **inhibitorů protonové pumpy žaludku** při funkčních bolestech břicha u dětí a dospívajících (v rámci syndromu dráždivého střeva) by mělo být indikováno po racionální úvaze jen gastroenterologem, právě tak jako při převaze průjmů podávání některých vybraných protiprůjmových látek, jako je např. loperamid. Také podávání látek, vázících žlučové sole (cholestyramin) a léků, které podporují gastroduodenální motilitu při zácpě (metoclopramid, cisaprid) by mělo být indikováno odborníkem.

Průjem a zácpa u dětí nejsou vzácné. Navzdory všem znalostem o fyziologii gastrointestinálního traktu, které se v posledních letech nahromadily a navzdory všem diagnostickým metodám, kterými nyní disponujeme, zůstávají děti s průjmem nebo zácpou bez organické

příčiny trvalým *crux medicorum* a zahrnují se do skupiny funkčních poruch gastrointestinálního traktu u dětí.

■ Funkční průjem u dětí

Funkční průjem v dětském věku (rovněž nazývaný: průjem batolat, chronický nespecifický průjem, dráždivé tlusté střevo) začíná již v kojeneckém nebo v předškolním věku. Výskyt je obvykle vyšší u chlapců, kteří bývají popisováni jako hyperaktivní, destruktivní a těžko vychovatelní. Průjemové stolice se vyskytují intermitentně, jsou nejen řídké, ale mohou obsahovat i hlen a zbytky potravin (hrách, mrkev). Obtíže **nejsou ve spánku** a bývají provokovány stresem. Vymezují spontánně ve školním věku. Při normálním kalorickém příjmu potravy děti normálně prospívají.

Na vzniku funkčních průjmů u dětí se podílí řada mechanismů: střevní transport, enzymy střevního kartáčového lemu, syntéza prostaglandinů a střevní motorická aktivita, ale patrně i intolerance některých složek potravy. Navzdory probíhajícím výzkumům není jejich patofyziologie úplně jasná a o jejich patogeneze jsou dosavadní znalosti omezené. Velká část příznaků, které jsou s průjmem



spojeny je způsobena poruchami střevní **motorické aktivity**. Motorická aktivita střeva je ovlivněna jak psychogenně, tak i organicky. Výsledkem poruch komplexních **kontrolních** mechanismů gastrointestinální motorické aktivity jsou stavy, které se klinicky projeví poruchou střevní motility. Poruchy střevní motility mohou být způsobeny jak **organickým** onemocněním těchto mechanismů jako takových (jejichž výsledkem je např. střevní pseudoobstrukce), tak také poruchami **humorálního prostředí** nervosvalového aparátu a poruchami jejich ovlivnění **centrální nervovou soustavou** (CNS). Zatímco není prokázáno, že by u dráždivého střeva organické onemocnění postihovalo přímo střevní nervovou a svalovou tkáň, je zřejmé, že je zde **přítomna** porucha humorálního prostředí a CNS. Je to patrné z toho, že např. potravinové alergie a jiné imunologické odpovědi mohou narušovat humorální prostředí a tak navozovat poruchy motorické aktivity střeva, jejichž výsledkem je vznik podobných příznaků, jako jsou u dráždivého střeva. CNS moduluje střevní motorickou aktivitu. Je známo, že takové stavy, jako jsou strach nebo jiné stressové emoce ovlivňují gastrointestinální motilitu.

Funkční průjem u dětí má omezené trvání. Není ale vyloučeno, že se v dalších věkových obdobích dětí s RBB a průjmem vyskytne zácpa.

Rodinná zátěž recidivujícími funkčními střevními poruchami se podle literárních údajů vyskytuje nejméně v 67% u jednoho z rodičů. Terapie není nutná. Je třeba vyloučit: přejídání (zvl. nadbytek ovocných šťáv, sorbitolu, uhlovodanů při nízkém příjmu tuků), potravinové alergie při možné přítomnosti potravinové alergie, abusus laxativ v předchozím období a jiné další látky, urychlující střevní motilitu. Vyskytne-li se zároveň infekce močových cest, je třeba zvýšit hygienická opatření a tuto infekci léčit. Je-li přítomná dysmikrobie v tlustém střevě, je možno provést umělé osídlení nepatogenními bakteriemi, které může příznivě ovlivnit i imunologický stav. Jestliže dítě prospívá, není pravděpodobná přítomnost malabsorpce. Medikamentózní terapie u dětí a dospívajících, u kterých nelze v primární praxi vyloučit organické onemocnění (zvl. chronická zánětlivá onemocnění) patří do rukou dětského gastroenterologa.

■ Funkční zácpa u dětí

U dětí se zácpa jako symptom vyskytuje velmi často a může být způsobena různými odlišnými příčinami. Jejich projevy se liší od projevů dospělých. Důvodem je fakt, že dětský or-

ganismus se s věkem vyvíjí a poruchy defekace mohou být proto v různém věkovém období spojeny s poruchami vývoje některých regulačních mechanismů nejen z oblasti gastrointestinálního ústrojí, ale i extraintestinálních systémů. Také poruchy adaptace na vnitřní i vnější prostředí mohou vést k různým stavům, které se projeví u dětí poruchami fyziologické defekace.

Normální frekvence defekací u dětí je různá v různém věku. Kojenci mají průměrně 4 stolice denně v prvním týdnu života s variacemi v počtu 1–9. Některé kojené děti nemají stolicí několik dní i déle. Frekvence defekace se postupně snižuje na střední hodnotu 1,7 stolic denně ve věku 2 let a na 1,2 stolice denně ve věku 4 let. Po 4. roce života se obvykle počet stolic nemění. Váha a konsistence stolice se mění v závislosti na dietě, je zde tedy velmi nesnadná kvantifikace a určení významu těchto parametrů jako kauzální příčiny zácpy.

V publikovaných zprávách se udává, že se stížnostmi na zácpu se obrací na pediatra 3% všech ambulantních dětských pacientů a 25% pediatrických gastroenterologických konzultací se týká zjištěných poruch defekace. Poměr mezi pohlavími během života kolísá. Mladí chlapci mívají častěji zácpu než mladé dívky, ale po pubertě se poměr obrací. Výskyt zácpy u dětí nezávisí na příslušnosti k sociální vrstvě, je nezávislý na velikosti rodiny nebo pořadí dítěte v rodině a na věku rodičů. Incidence zácpy je častější, jestliže rodiče, sourozenci nebo dvojče mají zácpu. Je čtyřikrát častější u monozygotních než dizygotních dvojčat.

Jestliže se při podrobném vyšetření dítěte se zácpou nenajde strukturální **etiologie zácpy**, jedná se o **funkční zácpu** a tato je u dětí vůbec nejčastější formou zácpy.

Vzhledem k tomu, že frekvence defekace kolísá s věkem a rovněž vzhledem k tomu, že někteří autoři nerozlišují u dětí funkční zácpu a funkční retence stolice, není známa frekvence funkční zácpy u dětí.

Podle klasifikačních Římských kritérií II z r. 1999 (Gut, 1999, 45(Suppl II):1166–67) lze u dětí rozlišovat čtyři skupiny funkční zácpy. Jsou to:

- A. Dyschézie kojenců
- B. Funkční zácpa
- C. Funkční retence stolice
- D. Funkční enkopréza bez retence stolice

Tato klasifikační kritéria zácpy u dětí přinášejí užitek především těm, kteří se touto problematikou zabývají výzkumně nebo při epidemiologickém průzkumu (mezinárodní standardy).

Pro praktické pediatrie je užitečná potud, pokud bude používána rámcově a nebude spojována s násilným dělením jednotlivých klinických forem neorganické zácpy. Různé formy funkční zácpy se mohou v praxi mísit a mohou plynule přecházet jedna v druhou.

Z didaktických důvodů se v tomto sdělení uvedených kritérií přidržujeme.

■ A. Dyschézie kojenců

Děti mají příznaky bolestí břicha před defekací a bolestivou defekací a jejich stolice je tuhá, bobkovitá nebo velmi segmentovaná. Tyto potíže se často objevují při přechodu z kojení na umělou výživu. Nejčastěji se vyskytují v prvních měsících života a během několika měsíců spontánně vymizí.

Patofyziologickým podkladem je nejspíše porucha koordinace zvýšeného nitrobřišního tlaku s relaxací pánevního dna při defekaci.

Diagnózu podpoří kompletní anamnéza včetně údajů o výživě a somatickém vývoji, dále fyzikální vyšetření včetně jednoho diagnostického rektálního vyšetření k vyloučení anorektálních abnormalit (malformace, anální stenóza, dislokovaný anus, tumor (sakrační teratom). Nedoporučuje se opakované vyšetřování anorekta a manévrů k jeho stimulaci (zavádění teploměru apod.), které mohou navodit u dítěte arteficiální poškození a jsou jako nepříjemné zážitky dítěte potenciálně škodlivé.

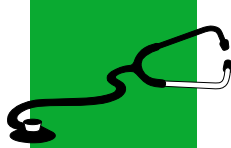
Léčebná opatření nejsou obvykle nutná vzhledem k očekávané úpravě uvedené poruchy. Rodiče je nutno informovat o problematice obtíží těchto dětí a vyžádat si jejich spolupráci. Někdy se ale nelze obejít bez nutnosti změkčování stolice k umožnění nebolestivé defekace. Zvýšení příjmu ovocných šťáv, ovoce a vláknin v potravě nebo použití osmoticky aktivních nevstřebatelných cukrů (laktulóza) nebo dalších látek (metylcelulóza) pomáhá překonat toto období. Podávání minerálních olejů se u kojenců nedoporučuje.

Nelze opominout, že výskyt dyschézie je možný i u batolat a u nich je pak vysoké riziko vzniku třetí neorganické formy zácpy – funkční retenční zácpy. Více než polovina předškolních dětí s encoprézou nebo se zadržováním stolice měla v anamnéze bolestivé defekace před třetím rokem života.

■ B. Funkční zácpa

Funkční zácpu způsobují dosud exaktně neupřesněné poruchy střevní motility.

Pro praktické pediatrie mohou být **anamnestické údaje a fyzikální vyšetření** většinou dostatečným vodítkem k rozhodnutí, zda



má být dítě se zácpou dále vyšetřováno.

Do anamnézy je nutno zahrnout **psychosociální anamnézu**, tj. informace o struktuře rodiny, interpersonálních vztazích, a **rodinnou anamnézu** se zaměřením na familiární výskyt karcinomu střev nebo střevní polypózy a pod.

Z **organické příčiny zácpy** (střevní neuromuskulární poruchy, anatomická nebo metabolická onemocnění) jsou podezřelí: neprospívání, bolesti břicha, intermitentní, zvl. krvavý průjem střídající zácpu u kojence, zvracení, trvalá distenze břicha, teploty, enteroragie a jiné nenormální příznaky u dítěte. Děti s m. Down vyžadují zvláštní pozornost.

Fyzikální vyšetření (břicho, záda, páteř, hluboké šlachové a kremasterické reflexy) a aspekce perinea a perianální oblasti směřuje k detekci abnormalit, tj. k identifikaci organického původu zácpy.

Vyšetření per rectum zhodnotí anatomické poměry (velikost rekta a přítomnost změn jako je skrytý rozštěp páteře), tonus zevního svěrače, nález v ampule rekta (konsistenci přítomné stolice, zvl.fekaloidu a její lokalizaci uvnitř rekta).

Laboratorní, bioptická, radiologická a manometrická vyšetření nejsou **nutná v případech, že není podezření na organickou příčinu zácpy**. Přítomnost okultního krvácení ve stolici je však vhodné stanovit u všech kojenců se zácpou, u všech dětí s podezřením na organický původ zácpy a u dětí s rodinnou anamnézou střevního karcinomu nebo polypózy.

Jednoduchá **léčba** funkční zácpy neexistuje. Vyžaduje komplexní přístup a týmovou spolupráci lékaře, rodičů a dítěte. Důležitá je výchova celé rodiny, která musí být podrobně o problematice informována tak, aby došlo event. k demystifikaci zácpy.

Mnoho dětí na léčbu neodpovídá a má dále chronické problémy navzdory terapeutickým režimům, které zahrnují dietní intervenci, farmakoterapii a problematický „biofeedback“. Dietní opatření spočívají v revizi příjmu tekutin, podávání ovocných šťáv s fruktózou a sorbitolem (švestky, hrušky), které zvyšují obsah vody ve stolici. Doporučují se např. ječmen, kukuřičný sirup. Dále se podávají laktulóza a sorbitol (osmotické laxativum). Po zavedení tuhé stravy je vhodné podávat potravu s odpovídajícím množstvím vody a vlákniny (věk v rocích + 5 = počet gramů vlákniny v potravě na den). Je-li přítomen fekaloid, je nutné jeho odstranění.

Neúspěch léčby bývá multifaktoriální, ale nepochybně je dán mimo jiné také tím faktem, že dosud není známa exaktní patofyziologie zácpy u dětí.

■ C. Funkční retence stolice

Je-li defekační aktivita spojena s **bolestí nebo strachem z defekace**, vyvíjí se u dětí retence stolice, která nemá organický podklad. Nevyšší výskyt je ve třetím a dále v sedmém roce života dítěte, tj. v období náviku udržování čistoty a v období první školní docházky. Tento typ zácpy bývá někdy nazýván **psychogenní zácpa nebo psychogenní megacolon**. U převahy dětí byly totiž identifikovány psychologické problémy, které měly negativní vliv také na výsledek léčby.

Vědomé zadržování stolice, která se hromadí v rektu je častou příčinou doprovodného mimovolního odcházení stolice a špinění stolicí, tzv. **enkoprézy**. Následkem je však nejen enkopréza, ale i doprovodné příznaky jako jsou křeče v břiše, zvýšená podrážděnost dítěte, nechutenství anebo dyspepsie. Vědomé zadržování stolice se stává časem automatickou reakcí.

Není jasné, zda tato porucha je primární nebo jestli je to výsledek dlouhotrvající zácpy a střevní stázy. U dětí se zácpou a enkoprézou většinou ale stolice prochází tlustým střevem normálně a efektivně do rekta, kde se hromadí. Vyvíjí se distenze střeva a zvyšuje se tlak v lumen rekta, které časem zvyšují práh pro anorektální inhibiční reflex. Následkem je necitlivost rekta na podněty k vyprázdnění stolice, která však může být i primární. V těchto případech se pozoruje anamnéza zácpy už do prvních měsíců života. Výsledkem poruchy evakuace stolice pak může být **megarectum**. Megarectum může zkracovat anální kanál, který může být redukován až na mukokutánní část anu. Krátká pasáž stolice v této části (jen sfinkterická) umožňuje stálé unikání stolice.

Některé z těchto dětí mají transit stolice střevem zpóźděný. V jiných případech může být vyvolávajícím momentem akutní epizoda zácpy nebo zkušenost s bolestivou defekací např. při anální fissuře.

U částí dětí je enkopréza spojena s enurézou a s infekcí močových cest. Anamnéza, doba vzniku obtíží, psychologické faktory a chování dítěte pomáhají určit diagnózu. Po vyloučení organických příčin zácpy (včetně neurologického vyšetření zvl. čítí v anorektální krajině) se zjistí při digitálním vyšetření dilatace rekta s velkým množstvím nahromaděné stolice, event s fekaloidem. Indikace k vyšetření per rectum je sporná u dětí s bolestivou defekací.

Anorektální manometrie, sonografie sfinkteru ani radiologické vyšetření nejsou nutná.

K terapeutickým opatřením patří především odstranění fekaloidu, je-li přítomen.

U batolat jsou jakékoliv anální manipulace obvykle spojeny s nesnášenlivostí, proto se používají s velkou zdrženlivostí. Názory na střevní výplachy nejsou jednotné. Užívání výplachů při přítomnosti fekaloidu a neúspěchu orální léčby podporuje fakt, že fekaloid je obstrukční fenomén a jeho odstranění vede k okamžité úlevě. U kojenců lze dosáhnout změkčení stolice glycerinovými čípkami. Intenzivní výplachy, minerální oleje a stimulační laxativa se v této věkové kategorii nedoporučují. Dietní opatření jsou stejná jako u funkční zácpy. U dětí starších může být použita jak orální, tak i rektální medikace, včetně výplachů, pokud je dobře tolerují. Úspěšné je u nich i orální podávání minerálních olejů (lubricans) ve vysokých dávkách, elektrolytové roztoky polyethylen glykolu nebo obojí. V začátku léčby jsou doporučována i laxativa jako magnesium hydroxyd, magnesium citrát, laktulóza, sorbitol, senna nebo bisacodyl, i když jejich účinek nebyl prokázán v kontrolovaných studiích. Stimulační laxativa (senna, bisacodyl) jako **krajní opatření** mají být podávána krátkodobě u vybraných pacientů a pak umožňují hladký, nebolestivý průběh defekace a umožní návik vyprazdňování stolice.

Cisaprid (prokinetikum) je úspěšné laxativum u některých, ale ne u všech pacientů. Elektrolytové roztoky polyethylen glykolu v malých dávkách mohou být úspěšné jako dlouhodobá terapie u dětí, neodpovídajících na běžnou léčbu. K léčbě se využívá i již zmíněná „biofeedback“ terapie.

Je třeba vzít v úvahu, že u některých dětí dochází po medikamentózní terapii k progresivnímu snižování tlaku v rektu. Protože normální tlak v rektu je nezbytný pro relaxaci vnitřního sfinkteru rekta, chybí pak jeho relaxace. Při neúspěšnosti konzervativní léčby je nutno léčit tento stav odpovídající chirurgickou léčbou.

■ D. Funkční neretenční enkopréza

Většina dětí s enkoprézou bez retence stolice má denní vyprazdňování stolice a přesto se často zcela vyprazdňují do spodního prádla. Nemívají obtíže, které jsou spojeny se zácpou a při fyzikálním nebo rtg vyšetření není přítomna nahromaděná stolice ve střevě. Funkční neretenční enkopréza bývá přítomna převážně u školních dětí a je manifestací emočních poruch.

Terapeutická opatření spočívají v odstranění příčin, které jsou v kauzálním vztahu k enkopréze, takže týmová spolupráce si vyžaduje obvykle i přítomnost psychologa.



Při všech uvedených gastrointestinálních poruchách je nutná konzultace pediatrického gastroenterologa v případech, kdy je terapie u praktického lékaře neúspěšná, jestliže je podezření na organický původ obtíží anebo když je nutný komplexní přístup např. při abnormalitách laboratorních vyšetření (funkce štítné žlázy, poruchy metabolismu kalcia apod.).

■ Závěr

Z dosavadních výzkumů vyplývá, že výživa a životní prostředí v období narození dítěte může mít dlouhodobý vliv na další vývoj gastrointestinálního traktu u kojenců. I když mnoho vývojových stupňů střevní motoriky se u lidí vyskytuje již v prenatálním věku a i když vlastnosti vegetativní reaktivity jsou stabilizované již v raném dětství, není jasné, jaký může být vliv organických, mechanických nebo emocionálních faktorů na vývoj střevní motorické aktivity u dětí různého věku. Úlohu, jakou u těchto stavů hraje přirozený vývoj dítěte na straně jedné a naučené chování na straně druhé, lze demonstrovat na příkladu nesprávného nácviku udržování čistoty, které může navodit poruchy střevní motility.

Funkční poruchy GIT mohou začínat převapivě a mohou ovlivňovat autonomní kontrolní vlastnosti střeva v raném věku dítěte. Menší funkční odchylky mohou být později zřetelnější a mohou vyústit v dlouhotrvající symptomatické poruchy, jako jsou neorganické břišní bolesti, funkční průjmy a funkční zácpa.

Je pravděpodobné, že vývoj především neinvazivních technik, které se podílejí na vysvětlení příčin funkčních gastrointestinálních poruch u dětí (manometrie, nukleární scintigrafie) v budoucnu určí, které z těchto poruch jsou primárními (možná i dědičnými) defekty střevní motility a které jsou sekundárními manifestacemi jiné systémové poruchy. V souvislosti s klinickou aplikací pak bude mnohem jasněji definována také úloha centrálního nervového systému při modulaci střevní motility. Objasnění patofyziologických mechanismů vzniku funkčních gastrointestinálních poruch u dětí z vývojového hlediska pomůže nepochybně k porozumění stejných stavů, které se vyskytují i u dospělých lidí.

Kojenecké koliky

MUDr. P. Frühauf, CSc.

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

Stejně jako v předchozí edici i v posledním, 16. vydání asi nejrenomovanější učebnice pediatrie (2), jsou kojenecké koliky (KK) definovány jako náhle vzniklý křik, více či méně kontinuální, který může perzistovat několik hodin, bývá provázen zrudnutím v obličejí s cirkumorální bledostí. Břicho je distendované a napjaté, dolní končetiny jsou přitaheny k bříšku, přechodně mohou být v extenzi. Nohy jsou chladné a ruce sevřené. Tato ataka může končit až úplným vyčerpáním dítěte, někdy končí dříve odchodem stolice nebo větrů. KK se vyskytují u dětí mladších 3 měsíců.

Z hlediska výzkumu KK je asi nejvíce akceptována definice Wessela (17), který popisuje KK jako paroxysmus dráždivosti, neklidu nebo pláče trvající více než 3 hodiny denně, více než 3 dny v každém týdnu, přinejmenším 3 týdny v období od 2. týdne do 4. měsíce. Při užití těchto kritérií hodnotil Wessel chování 48% kojenců v uvedeném věku jako KK.

Termín KK je sice používán pro popis chování kojence v prvních měsících, ale nelze na základě dosavadních výzkumů doložit, že se jedná o koliky. Ve sdělení týkajícím se dětských funkčních gastrointestinálních nemocí, která publikuje závěry pediatrického pracovního týmu ze setkání v Římě v r. 1997 je dokonce uváděno, že nejsou žádné důkazy, že na manifestaci KK se účastní gastrointestinální trubice (13). Proto je navrhováno popisovat chování těchto kojenců jako pláč, neklid a distress.

Výskyt KK je uveden v tabulce, není však používáno jednotné kritérium KK.

Brazelton s pomocí záznamů chování (3)

zjistil, že vrchol křiku se objevuje u normálních kojenců v 6. týdnu věku a trvá v průměru 2,95 hodiny denně, s vrcholem ve večerních hodinách a postupným ústupem v pozdějším kojeneckém období.

Jsou publikovány práce, které ukazují statisticky významný rozdíl mezi skupinou normálních kojenců a dětí s KK (8).

Symptomy a jejich výskyt při KK, které splňují Wesselova kritéria lze shrnout do tabulky (15):

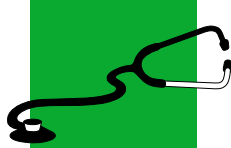
Z hlediska současných informací o KK lze konstatovat, že se jedná o pojem, jehož pa-

tab. č. 2

Symptomy a jejich výskyt při KK	
hodnocený parametr	%
anamnéza:	
bolestivý pláč/křik	100
pláč/křik > 15 min.	100
těžko k utišení	100
náhlý začátek pláče/křiku	98
odchod plynů	89
problémy s jídlom	56
špatný spánek	47
fyzikální nálezy:	
hypertonie	86
pláč	58
zrudnutí	56
flexe DK	56
distenze břicha	44
neztížitelnost	28
opistotonus	20

tab. č. 1

Výskyt KK			
autor	stát	rok	prevalence %
Wessel	USA	1954	48
Illingworth	Anglie	1957	20
Boulton	Austrálie	1979	41
Thomas	Austrálie	1981	35
Hide	Anglie	1982	16
Carey	USA	1984	10
Lothe	Švédsko	1989	17,4



tofyziologie je různá (12). Existují doklady pro to, že část KK je manifestací intolerance bílkoviny kravského mléka, dále je prokázáno že u kojenců s kolikami je zvýšená absorpce alfa-laktalbuminu (porušená permeabilita sliznice), soudí se, že přijímání určitých potravin kojící matkou vede k výskytu KK (zelenina, kravské mléko, česnek, čokoláda). Byly prokázány vyšší hladiny motilinu u kojenců s KK. Podle další teorie, která vysvětluje zlepšení KK po třetím měsíci, je vyšší hladina serotoninu (jeho hladina u KK je v moči vyšší), která není korigována melatoninem, který stoupá až ve 3. měsíci.

Psychologové dokazují vztah KK k mateřské anxiety a stresovému vztahu kojeneček – matka. Další vysvětlení je hledáno v nevhodné péči o dítě hyperstimulujícího charakteru. Existuje rovněž koncept tzv. obtížného dítěte (neadaptabilita, vysoká intenzita odpovědi).

Na základě empirických pozorování, že KK jsou ukončeny flatulencí bylo uvažováno o poruše absorpce cukrů na základě průkazu zvýšené exkrece vodíku ve vydechaném vzduchu jako míry malabsorpce u dětí s KK. Nebylo však prokázáno snížení KK po úpravě diety (snížení laktózy ve výživě). Spekuluje se o zvýšené senzitivitě k distenzi střeva plyny, spolykaným vzduchem nebo jiných důvodech. Soudí se, že část pacientů, s KK má ezofagitidu jako následek gastroezofageálního refluxu.

Diferenciální diagnostika kojenečké neklidu zahrnuje: otitidu, dislokaci kyčle, korneální poškození nebo dráždění (řasa), trauma včetně týraní, frakturu, gastrointestinální poruchu (reflux, kolitis), narůstající intrakraniální tlak.

Diagnostický a terapeutický přístup k dítěti s KK tedy spočívá ve zhodnocení anamnézy a fyzikálním vyšetření, které by mělo vyloučit jinou patologii (viz. výše). Podstatné pro další rozhodování je zhodnocení charakteru pláče, stolice, jídelníčku a obtíží při krmení.

Z tohoto hlediska lze hodnotit kojence jako snadno utižitelného, kterému pomáhá postup doporučený Taubmanem (14):

Nikdy nenechte své dítě křičet.

Pokuste se zjistit co je příčinou neklidu a zvažte tyto možnosti:

- 1) Dítě je hladové a chce jíst.**
- 2) Dítě chce sát, i když nemá hlad.**
- 3) Dítě chce být chováno.**
- 4) Dítě se nudí a chce stimulovat.**
- 5) Dítě je unaveno a chce spát.**

Jestliže pláč pokračuje dále více než 5 minut, zkuste ovlivnit jinou z výše uvedených

možností. Rodiče sami zváží pořadí intervencí. Není třeba se obávat překrmení a rozmazlení.

Pokud není úspěch tohoto postupu a dítě jeví známky meteorismu je vhodné zvážit intervenci tímto směrem. K dispozici jsou speciality s dimeticonem v sirupové formě, je však popisován i příznivý efekt čajů obsahujících heřmánky, fenýkl, majoránku nebo mátu, u nichž je ceněn spazmolytický a karminativní efekt (16). Tyto čaje musí samozřejmě splňovat požadavky kladené na výživu malého kojence (z cukrů pouze laktóza).

U dětí s anamnesticky udávanými obtížemi se stolicí (tužší, méně častá, velké úsilí při defekaci) je možno zvážit obohacení stravy vlákninou (sojové formule, formule nebo přísady k mateřskému mléku k ovlivnění regurgitací, které obsahují polysacharidovou vlákninu).

Kojenci s anamnézou zvracení a nechutenství, kteří naplňují kriteria KK jsou suspektní z existence gastroezofageálního refluxu, resp. jím vyvolané ezofagitidy. Charakteristické je probouzení za 1 – 2 hodiny po jídle s projevy iritability. Při této úvaze je vhodné obrátit se na specialistu, který disponuje metodami (jícnová pH metrie, endoskopie), které dokáží tuto suspekci objektivizovat nebo vyvrátit.

Při stávajícím pohledu na etiologii KK se soudí, že asi 2/3 KK jsou vlastně fyziologickou variantou křiku, která bývá zvládána výše popsáním postupem s režimovými opatřeními, ovlivněním meteorismu, a úpravou stravy, pokud jsou zaznamenány. Dalších asi 10 % je připisováno rodičovské anxiety. Je publikováno, že KK výrazně ovlivňují emocionální stav matky (9). Z tohoto aspektu je velmi

hodnocena pozitivní interakce pediatra a rodiny při vysvětlování KK, což má samo o sobě terapeutický efekt. Další z hlediska pravděpodobnosti výskytu nevelkou skupinou (asi 10%), jsou projevy poruchy GIT (dráždivé střevo a gastroezofageální reflux).

Při vysvětlení původu KK, jež mají povahu dlouhotrvajícího křiku, kde výše uvedená režimová opatření a léčba nemají úspěch je třeba zvážit KK jako projev alergie na bílkovinu kravského mléka (18). Pro tuto úvahu jsou velmi dobré doklady. Hill publikoval práci (5), v níž uvádí, že 44 % kojenců s alergií mělo v průběhu diagnostické reexpozice kravským mlékem projevy kompatibilní s charakteristikou KK. V poslední publikované studii povahy randomizované dvojité zaslíbené studie je popisováno snížení průměrné doby pláče o 63 minut v průběhu jednoho dne po podání proteinového hydrolyzátu jako náhrady fyziologické výživové formule (11).

Baar (1) pozoroval, že KK u kojenců mladších než 6 týdnů hůře reagují na výše uvedená výchovná a režimová doporučení. Naopak bylo prokázáno, že kojenečtí s KK mladší než 6 týdnů odpovídají většinou dobře na hypoalergenní dietu (6). Rovněž bylo zaznamenáno, že starší kojenci s neztišitelným křikem a iritabilitou reagují změnou chování na hypoalergenní dietu (7). Přehled některých studií popisujících příznivý efekt dietní manipulace je uveden v tabulce.

Tvrzení v předchozím odstavci vedly k hypotéze, že KK jsou tranzitní intolerance bílkovin stravy, které se spojují s poruchami motility v prvních týdnech života, vedou k distresu, který může perzistovat v důsledku poruchy interakce rodič – kojeneček (10).

tab. č. 3

Přehled některých studií popisujících příznivý efekt dietní manipulace

studie/počet dětí	Rok	výchozí výživa	dieta	efekt
Evans/20	1981	MM	redukce některých jídel matky	zlepšení v závislosti na redukcí
Jakobsson/10	1983	MM	eliminace mléka u matky	1/3 zlepšena
Lothe/60	1989	formule	hydrolyzát, soja	1/2 zlepšena 1/5 zlepšena
Hill/17	1992	MM	dieta se snížením alergenů u matky	u 53 % snížení stres. chování
Lucassen/43	2000	formule	hydrolyzát formule	pokles pláče o 63 min./den více u hydrolyzátu



V této souvislosti je třeba zmínit výsledky retrospektivní studie zjišťující výskyt alergje na bílkovinu kravského mléka v Praze (4), která konstatuje incidenci 0,67% kojenecké populace. Toto číslo se výrazným způsobem liší od literárních údajů, které udávají podle prospektivních studií s ověřením reexpozičním testem, incidenci 2,2 – 2,8%. V této souvislosti je potřeba konstatovat, že jistě nelze KK zúžit na problém alergje, ale je rovněž třeba si položit otázku, zda rozdíl mezi daty týkajícími se alergje na bílkovinu kravského mléka v ČR a ve světě není v tom, že v rámci diferenciálně diagnostické úvahy v souvislosti s KK nebereme tuto diferenciálně diagnostickou možnost v úvahu.

Jak již bylo uvedeno výše, většina KK je zřejmě krajní fyziologickou variantou chování kojence s dobrou prognózou. Vnímání svého dítěte jako příjemného a normálního tvora se v průběhu KK mění a je uváděno, že 70% matek má v tomto období agresivní myšlenky a fantazie, některé dokonce připouštějí myšlenku na vraždu dítěte (9).

Z hlediska pediatra KK znamenají četné telefonáty, časově náročné návštěvy v ordinaci, kde se setkává s unavenou, iritovanou, frustrovanou a depresivní matkou, která má pocit neschopnosti, a s neklidným, rudým, křičícím kojencem. Bohužel neexistuje žádný spolehlivý laboratorní test ani lepší termín než v současné době užívaná „kolika“.

Základem přístupu je pochopitelně pečlivá anamnéza a fyzikální vyšetření, které by mělo vést k vyloučení již zmíněných diferenciálně diagnostických možností.

Brazelton doporučuje provést návštěvu v domácnosti dítěte s KK. V průběhu této návštěvy, kdy je vhodné aby byl přítomen i otec, má být vysvětlena příčina KK, obvyklý průběh a perspektiva. Je třeba aby rodiče vypovídali o svých pocitech. Výsledkem této komunikace by mělo být zlepšení emočního stavu matky, změna jejího myšlení. Je vhodné doporučit návštěvu přátel nebo příbuzných. Další návštěvy podle Brazeltona slouží ke kontrole dítěte i posílení vztahu mezi rodinou a lékařem i k posouzení nutnosti prodlužovat event. medikaci či dietní opatření.

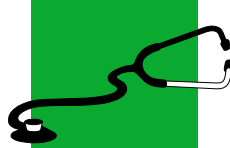
Soudí se, že schopnost pediatra se vcítit do problémů rodiny s KK, odkrýt pocity rodičů v průběhu KK jsou základem další psychosociální prosperity rodiny a akutní pomoci rovněž snižuje nebezpečí možného týrání kojenců s KK.

Literatura:

- 1) Barr, RG, McMullan, SJ, Speiss, H, et al.: *Carrying as colic „therapy“: A randomized . control trial, Pediatrics, 87, 1986, s. 623.*
- 2) Behrman, RE, Kliegman, RM, Jenson, HB: *Nelson Textbook of Pediatrics, 16.vydání, W.B.Saunders comp., Philadelphia 2000, s. 167.*
- 3) Brazelton, TB: *Crying in infancy, Pediatrics, 29, 1962, s. 579.*
- 4) Frühauf, P: *Výskyt alergje na bílkovinu kravského mléka v Praze, Lékařské listy 2001, č. 1, s. 34.*
- 5) Hill, DJ, Firer, MA, Shelton, MJ, et al.: *Manifestation of milk allergy in infancy: Clinical and imunological findings, J Pediatr, 109, 1986, s. 270.*
- 6) Hill, DJ, Hosking, CS: *Infantile Colic and Food Hypersensitivity, J Pediatr Gastroenterol Nutr, 30, 2000, Suppl. 1, s. 67.*
- 7) Hill, DJ, Hudson IL, Sheffield, LJ, Shelton, MJ, Hosking CS: *A low allergen diet is significant intervention in infantile colic: Results of community-based study, J Allergy Clin Immunol, 96, 1995, s.886.*
- 8) Hill, DJ, Menahem, S, Hudson, I, et al.: *Charting infant distress: An aid to defining colic, J Pediatr, 12, 1992, s. 755.*
- 9) Levinsky, S, Cooper, R: *Infant Colic Syndrome – Maternal Fantasies of Aggression and Infanticide, Clin Pediatr, 39, 2000, s. 395.*
- 10) Lothe L, Ivarson, SA, Ekman, R, Lindberg T: *Motilin and infantile colic, Acta Paediatr Scand, 79, 1990, s. 410.*
- 11) Lucassen, PLBJ, Assendelfl, WJJ, Gubbels, JW, et al.: *Infantile Colic: Crying Time Reduction With Whwy Hydrolysate: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial., Pediatrics, 106, 2000, s. 1349.*
- 12) McCormick, DP: *The Challenge of Colic, Clin Pediatr, 39, 2000, s 401.*
- 13) Rasquin-Weber, A., Hyman, PE, Cucchiara, S, Fleisher, DR, Hyams, JS, Milla, PJ, Staiano, A.: *Childhood functional gastrointestinal disorders, Gut, 45, 1999, Suppl. II, s. 160.*
- 14) Taubman, B: *Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction, Pediatrics, 74, 1984, s. 998.*
- 15) Treem, WR, Hyams, JS, Blamkschein, E, et al.: *Evaluation of the effect of fiber-enriched formula on infant colic, J Pediatr, 119, 1991, s. 695.*
- 16) Weizman, Z, Alkrinawi, S, Goldbarb, D, et al.: *Efficiency of herbal tea preparation in infantile colic, J Pediatr 104, 1984, s. 951.*
- 17) Wessel, MA, Cobb, CJ, Jackson, EB, et al.: *Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called „colic“, Pediatrics, 14, 1954, s. 421.*
- 18) Wolke D, Gray, P, Meyer R: *Excess infant crying: A control study of mothers helping mothers, Pediatrics, 94, 1994, s. 322.*

Rodinný lékař je výrazným krokem zpět

Obrázek rodinného lékaře, který pečuje o nemocné členy rodiny, navštíví je i doma s pěkně vybaveným kufříkem, je pro mnohé lidi lákavý. Za tyto služby by byla nejedna rodina ochotna i platit. Jak se na tuto službu dívá pediatr? „Nedovedu si v našich podmínkách představit, že by lékař pečoval o kojence a staré lidi dohromady. U nás je to kromě erudovanosti lékařů také otázka prostorového a personálního vybavení,“ říká místopředseda Sdružení praktických dětských lékařů ČR Milan Kudyn. Představa, že by se péče o všechny věkové kategorie takhle spojila, by byla podle něj z pohledu kvalitní péče o dítě velkým krokem zpět. V anglosaských zemích působí tzv. GP (general practician) praxe. K takovému lékaři chodí všichni. Poslední dobou je ale odmítají navštěvovat rodiče s malým dítětem. Žádají péči vyškoleného pediatra. „Péče o dítě do patnácti let by měla patřit do rukou pediatra,“ říká Kudyn. Specializace pro dětský věk je dnes už nezbytná. U nás spíše dochází k tomu, že lékař v malé obci, který má málo dětských pacientů, si dodělá atestaci všeobecného lékařství. Jeho kolega, co léčí dospělé, si doplní vzdělání obor dětského lékařství. Mohou se pak zastupovat. Lze odhadnout, jaká čeká rodinné lékaře budoucnost? „Je možné, že za 20 let tady tento obor vznikne. Byla by to ale otázka příslušného vzdělání na poskytování péče takového odborného rozsahu. Je to také nutnost vícezdrojového financování takovéto péče,“ vysvětluje Kudyn. Na prvním místě je totiž podle něj kvalita. V duchu primární péče by se spíš mohl prosadit model dvou oborů: lékař pro děti a dorost a lékař všeobecný.



Výživa u vegetariánů s ohledem na matku a dítě

MUDr. V. Holeček¹⁾, MUDr. J. Liška, CSc.¹⁾, MUDr. J. Racek²⁾

1) Mulačova nemocnice, Plzeň; 2) Ústav klinické biochemie a laboratorní diagnostiky LF UK a FN Plzeň

Člověk je po tisíciletí všežravcem a proto mu vegetariánský způsob života nedodává obvykle všechny živiny v dostatečném a dobře vstřebatelném množství. Vegetariáni podle způsobu výživy se dělí na 4 druhy:

- e) semivegetariáni, kteří nejedí červené maso, ale někdy jedí ryby nebo drůbež
- f) laktoovovegetariáni, nejedí maso vůbec, ale jedí mléko, mléčné výrobky i vejce
- g) laktovegetariáni, nejedí maso ani vajíčka
- h) vegani, striktně nejedí žádné živočišné produkty

Je obtížné sledovat délku života u všežravců a vegetariánů, protože vegetariáni častěji patří mezi nemajetnější vrstvy obyvatelstva. Ve statistikách se častěji uvádí delší přežívání u všežravců. Vegetariáni bývají hubenější a snad proto též trpí méně často revmatickou artritidou.

V této práci se budeme zabývat látkami, jejichž konzumpcí a množstvím v organizmu se vegetariáni liší od kontrolních skupin nevegetariánů.

■ BIOCHEMICKÉ FUNKCE A VÝŽIVA U VEGETARIÁNŮ:

Někteří rodiče podávají vegetariánskou stravu dokonce malým dětem. Zde je třeba důkladně sledovat, zda děti dostávají dostatek proteinů, minerálů, zvláště železa, vitaminů, především vitamínu B12. V případě nedostatečného přívodu nutných látek jsou častější infekční onemocnění, zvracení, průjem, nechutenství, celiakie, alergie na kravské mléko, ekzémy, astma, ale i diabetes. U vegetariánů jsou častější poruchy menstruace. Důvody jsou asi v energetické nerovnováze spojené s nižší tělesnou hmotností nebo cvičením, v psychosociálních a kognitivních funkcích a v dietních složkách. Flavonoidy, jejichž konzumace je u vegetariánů vyšší, procházejí placentou. Příjem velmi vysokých dávek může být škodlivý. Z velkého nadbytku flavonoidů může dojít k mutagennímu účinku, z antioxidantů se stávají prooxidační flavonoidy, které katalyzují tvorbu volných radikálů, dochází k inhibici některých klíčových enzymů v hormonálním metabolismu. Vegetariánky mají nižší příjem bílkovin, sodíku a vápníku, nasycených mastných kyselin a cholesterolu, mají méně vitamínu D a B12, více energie hradí příjmem glycidů, mají vyšší příjem nenasycených mastných kyselin, kyseliny listové, vitamínu C a mědi. Vegetariáni, zvláště s vyšším příjmem soji, ořechů a různých lesních plodů, tedy s příjmem rostlinných lignanů, isoflavonoidů a difenolických fytoestrogenů trpí méně často karcinomy závislémi na hormonech. Endogenní tvorba estradiolu, který zvyšuje riziko karcinomu prsu, však vegetariánskou stravou ovlivněna není. Vyšší příjem fytoestrogenů u těhotných vegetariánek však může poškodit reprodukční systém u novorozenců mužského pohlaví, proto je u nich častější hypospadie. Je pozorováno, že těhotné vegetariánky mají děti s nižší tělesnou hmotností a rodí dříve. Nedostatek vitamínu B12 v průběhu těhotenství je spojován s demyelinizací, hlavně v míše. Děti bývají retardované. Vegetariánská strava má nízký přívod tuků, může však mít vyšší příjem toxických aflatoxinů.

■ BÍLKOVINY A AMINOKYSELINY:

Vegetariánská strava, obsahující především rostlinné bílkoviny, **má hůře stravitelné bílkoviny**, takže jsou méně dostupné aminokyseliny a tím je snížena i syntéza bílkovin a albuminu, jehož hladina je nižší. Homocystein, což je rizikový faktor aterosklerózy, v plasmě stoupá s klesajícím příjmem živočišných bílkovin ve stravě. U veganů je v 18 % případů hypoproteinemie. Nedostatek methioninu vede ke snížení hladiny glutathionu, nejdůležitějšího intracelulárního antioxidantu, a tím vzniká řada zdravotních rizik.

■ KARNITIN:

Je nutný pro intramitochondriální přenos vyšších mastných kyselin a tím pro jejich odbourávání. Vyskytuje se hlavně v živočišné stravě, proto je u vegetariánů jeho hladina nízká. K určité adaptaci na nedostatek karnitinu však zřejmě časem u vegetariánů dochází.

■ ACIDOBAZICKÁ ROVNOVÁHA:

Nevegetariáni přijímají více energie a pH jejich krve je trochu vyšší. Vylučování vápníku močí je vyšší u nevegetariánů.

■ LIPOPROTEINY, VOLNÉ RADIKÁLY, ANTIOXIDANTY A ATEROSKLERÓZA:

Vegetariáni pak mají méně omega-3 mastných kyselin a jsou rezistentnější k oxidaci LDL-choles-

terolu. Záleží však na množství konzumovaných ryb. Oxidovaný LDL-cholesterol podporuje aterosklerózu. Vegetariáni mají nižší hladiny triacylglycerolů, cholesterolu, LDL-cholesterolu, nižší aterosklerotický index, pokud dodržují principy stravování déle než 6 let. To snižuje nebezpečí aterosklerotických změn. Vegetariáni mají vyšší hladinu β-karotenu, vitamínu C, a E.

Obezita se u vegetariánů vyskytuje málokdy. **Vegetariáni požívají více vlákniny. Tato složka potravin byla dříve velice doporučována, ale v poslední době se o jejím příznivém vlivu začíná pochybovat. Prevence před karcinomem GIT je sporná, vláknina, kyselina fytová a kyselina šťavelová snižují absorpci a využitelnost především železa, vápníku a zinku.**

■ TĚŽKÉ KOVY:

Ve vegetariánské stravě je obvykle více těžkých kovů, zvláště kadmia, jehož hladina v řadě případů překračuje tolerovatelné hodnoty. Biologický poločas eliminace kadmia je 7 – 30 let, **takže dochází k jeho kumulaci**. Ale i příjem radioaktivních látek je u vegetariánů vyšší.

■ ŽELEZO:

Jeho hladina bývá u vegetariánů výrazně nižší, zvláště pak u žen. U 41 – 45% je hladina železa pod fyziologickými hodnotami, ale jen 3% dívek ve věku od 14 – 19 let má anemii. Vegetariáni mají nižší koncentraci ferritinu a hemoglobinu. Hemové železo v živočišných tkáních je dobře resorbovatelné, zatímco železo z rostlin se vstřebává poměrně špatně. U vegetariánů je nutné ke zlepšení hematologických parametrů kontrolovat příjem železa. Z hematologických parametrů je dále u vegetariánů snížený hematokrit, MCH (mean corpuscular hemoglobin), počet bílých krvinek, neutrofilů, vyšší bývá počet lymfocytů.

■ VÁPŇÍK:

Přestože některé rostliny obsahují absorbovatelný vápník, jsou na druhé straně látky, které snižují retenci vápníku, jako např. soli, bílkoviny a kofein.

■ HOŘČÍK:

Vegetariáni vylučují močí méně magnesia.

**JÓD:**

Příjem jódu u laktovegetariánů je obvykle nízký, rovněž vylučování jódu močí je nižší. Hrozí tedy potenciální nebezpečí z deficitu jódu.

SELEN:

Příjem selenu je různý, záleží především na jeho obsahu v půdě. U nás je ho relativně nedostatek, což ovšem platí i pro nevegetariány. Nedostatek selenu se projevuje zvýšeným výskytem karcinomů, ale i rychlejším průběhem kardiovaskulárních chorob. Zvláště varující jsou hodnoty v séru pod 80 µg/l.

ZINEK:

Příjem zinku může být u správně se stravujících vegetariánů dostatečný, obvykle je však v průměru jen 6 mg/den, takže hladina zinku zvláště u žen bývá pod dolní hranici normálu. **Biologická dostupnost zinku ve vegetariánské stravě je nižší.**

MĚĎ:

Zde obvykle nedochází k poklesu hladiny, protože vegetariáni mají dostatečný přísun mědi v potravě.

VITAMINY:

Ve vegetariánské stravě je vyšší příjem vitamínů než u nevegetariánů, kromě vitamínu D a B12. Vyšší je i příjem omega-6 polyenových mastných kyselin. S menším příjmem masa klesá hladina vitamínu B12. Zvýšený příjem karotenoidů u vegetariánů (zvláště při konzumaci vaječných žloutků, které obsahují hodně luteinu) může vést ke karotenodermii připomínající žloutenku.

ZÁVĚR:

Vegetariánská strava snižuje výskyt kardiovaskulárních chorob, snižuje obezitu, obsahuje více některých antioxidantů, jako β-karotenu, vitamín C a E, ale na druhé straně obsahuje více soli, má určitá rizika z nedostatku některých životně důležitých látek. Především je třeba se soustředit na nedostatek železa a tím na deficit hemoglobinu, dále bílkovin, albuminu, karnitinu, vitamínů B6, D a B12, vápníku, jódu, případně selenu. Vegetariáni mívají nižší hladinu nejdůležitějšího intracelulárního antioxidantu – redukovaného glutathionu, mají častěji hyperhomocystinemii. Je nutná kontrola zvláště v těhotenství a v dětství vzhledem k nedostatečnému přísunu bílkovin a železa a nadbytečnému přísunu fytoestrogenů. Též zvýšený příjem aflatoxinů a kadmia může být problémem.

Česká pediatrická společnost ČLS JEP,
I. klinika dětského lékařství LF, MU v Brně
a II. klinika dětského lékařství LF, MU v Brně
srdečně zvou všechny PLDD, klinické pediatri, SZP
a další pracovníky ve zdravotnictví na

III. TEYSCHLŮV PEDIATRICKÝ DEN

kteřý se bude konat v sobotu 16. února 2002
v Kongresovém centru MU v Brně,
Lékařská fakulta, Komenského náměstí č. 2, Brno.

Akce je garantována ČLK.

Téma konference: **ALERGICKÁ ONEMOCNĚNÍ DĚTÍ**
Téma sesterské sekce: **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U DĚTÍ S ALERGIÍ**

Existuje hygienická hypotéza astmatu u dětí?
Imunita a atopie
Imunologické faktory mateřského mléka a atopie
Pylové alergie + pylová služba
Úvodní fáze alergenové imunoterapie u dětí
Astma u dětí – obecný pohled
Astma bronchiale a sport
Tělesná zdatnost a astma bronchiale
Výživové zvyklosti dětských astmatiků
Výskyt a prevence osteoporózy u astmatiků
Astma v těhotenství
Potravinové alergie u dětí
Kožní projevy alergických onemocnění
Role otolaryngologa v terapii alergických onemocnění
Oční manifestace alergických onemocnění u dětí
Lázeňská léčba

K tématům obou sekcí je možné přihlásit pouze posterová sdělení, přihlášky a abstrakta posterového sdělení prosíme zaslat písemně, faxem, e-mail do 10.1. 2002 .

Účastnický poplatek: lékaři: 150 Kč, SZP: 50 Kč je možné poukázat na účet u KB Brno-město č.úctu: 85636621/0100, variab. symbol: 1124000201 nebo lze zaplatit v hotovosti při prezentaci.

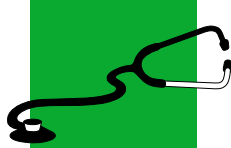
Ubytování je možné zajistit v IDP VZ v Brně, Vinařská 6, cena: 250 Kč/lůžko/noc.

Kontaktní adresa: Věra Langrová, I. dětská klinika, vlangrov@fnbrno.cz

MUDr. Milena Burianová, mburian@med.muni.cz

I. dětská interní a onkol. klinika, Dětská nemocnice FN Brno

Černopolní 9, 662 63 Brno, Tel.: (05) 45122 237, fax (05) 45122 238



Chronické hepatitidy v pediatrické praxi, diagnostika a léčba

MUDr. V. Volf

Klinika dětí a dorostu FN KV a 3. LF UK Praha

Souhrn:

Chronické hepatitidy u dětí a jejich následky (jaterní cirhóza a hepatocelulární karcinom) představují závažný zdravotnický problém. V současnosti je popsána celá řada virů a mikrobů způsobujících postižení jaterního parenchymu. Mezi klasicky hepatotropní patogeny patří především viry lidských hepatitid. Odhaduje se, že až 15–30% transplantací jater se provádí v důsledku chronických hepatitid B a C, přičemž hepatitidy B a C jsou celosvětově nejčastějšími krví přenášenými onemocněními. Autor se zabývá diagnostickými a terapeutickými postupy u chronických hepatitid v dětském věku.

Klíčová slova:

chronická hepatitida, děti, interferon

Chronická hepatitida je definována jako pokračující zánět jater, kdy nedojde k restituci jaterního parenchymu v předem očekávané době.

Tato doba je arbitrárně stanovena minimálně na šest měsíců, častěji však na jeden rok (8). Tato definice má však svá omezení. Především ne všichni pacienti prodělali dříve jasnou akutní hepatitidu, mnoho nemocných může mít přímo symptomy a znaky chronické hepatitidy. U dětí s chronickou hepatitidou bývá akutní začátek rozpoznán častěji než u dospělých. Rovněž progresivní zánětlivá jaterní onemocnění bývá pozorováno poměrně velmi brzy, kdy symptomy trvají často méně než deset týdnů. Někteří autoři proto doporučují větší opatrnost při používání časových kritérií obvyklých pro dospělé (3). Hlavní snahou je diagnostikovat léčitelné jaterní onemocnění co nejdříve.

Chronické hepatitidy se obvykle dělí do dvou kategorií – chronická perzistující hepatitida a chronická aktivní hepatitida. Nejsou-li časová kritéria splněna, je diagnóza chronické hepatitidy určována výhradně histologicky.

Chronická perzistující hepatitida (CPH) je relativně příznivé onemocnění s malými nebo žádnými symptomy. Pacienti mívají obvykle zvýšenou hladinu aminotransferáz s anamnestickým údajem o prodělané akutní hepatitidě. Jiní mají nespecifické symptomy jako je únavnost, nevolnost, nechutenství či

pocit tlaku pod pravým žeberním obloukem. K diagnóze pak vede náhodný nález zvýšených hodnot aminotransferáz zachycených při screeningovém vyšetření. Játra nebývají zvětšena a ikterus a splenomegalie jsou vzácné. Diagnóza se určuje jaterní biopsií, kdy nacházíme ostře ohraničené portobiliární prostory s kulatobuněčnou zánětlivou infiltrací, struktura acinů je zachována a nekrózy hepatocytů jsou zcela ojedinělé. Podobný histologický obraz však může být v klidové fázi chronické aktivní hepatitidy.

Chronická aktivní hepatitida (CAH) je závažné onemocnění, které vede často k trvalému poškození jater a k cirhóze. Vyskytuje se spíše u dospívajících a u mladých dospělých. CAH bývá ještě dělena na mírně aktivní a vysoce aktivní formu. První bývá častěji spojena s infekcí HBV nebo HCV, druhá s autoimunitním procesem (4). Mírně aktivní chronická hepatitida je mezitypem mezi CPH a chronickou hepatitidou vysoce aktivní. Přechod mezi jednotlivými formami chronické hepatitidy není vzácností. Pokud se jedná o histologický obraz u CAH, je porušena architektura acinů včetně limitující membrány, portální prostory jsou rozšířeny chronickou zánětlivou infiltrací a vazivovou proliferací, která zároveň přechází do okolí. Specifické jsou nekrózy na periférii acinů a zánětlivá ložiska v parenchy-

mu.

Autoimunitní chronická aktivní hepatitida je onemocnění, jehož příčina není zcela jasná. Jedna z definic říká, že se jedná o klinický syndrom diagnostikovatelný na základě klinických, laboratorních a histologických nálezů, které nejsou vysvětlitelné specifickým etiologickým agens. Jiná definice hovoří o jaterním onemocnění, u kterého se vyskytují ve vysokých titrech autoprotílátky s vyloučením těch případů, kde se jedná o sekundární změny. Další definice mluví o viry indukované a autoimunitními mechanismy způsobené hepatitidě. Tato choroba se může projevit již v dětském věku, kdy má většinou klinické projevy akutní hepatitidy (únavnost, nechutenství, nauzea, ikterus, hepatomegalie) a potom kdykoli později do 4.–5. dekadý života, kdy v klinickém obrazu dominují spíše nespecifické příznaky, které jsou typické pro chronickou hepatitidu.

Poléková chronická hepatitida. Existuje velké množství chemických látek, které poškozují játra. Některé z nich jsou skutečně toxiny zasahující játra přímo či nepřímo. **Přímé** hepatotoxiny poškozují hepatocyty fyzikálně-chemickým působením na membrány, následkem čehož vzniká nekróza nebo steatóza. Příkladem je fosfor nebo chloroform.



Nepřímé hepatotoxiny poškozují hepatocyty selektivní interferencí s metabolickou nebo exkretční funkcí jater. Strukturální poškození je až na druhém místě. Poškození vede ke steatóze, nekróze nebo kombinaci obou lézí. K této skupině patří některá cytostatika a antibiotika (metotrexát, 6 merkaptopurin, tetracyklin), aflatoxin, alkaloidy hub etanol. Jiná skupina chemických látek (léků) je jen potencionálně hepatotoxická. Chemické látky mohou vyvolat akutní poškození parenchymu jater (cytotoxické poškození) nebo způsobí cholestázu (cholestatické poškození), nejčastěji se však obě formy kombinují. K poškození jater nemusí dojít pouze při otravě, ale také iatrogeně následkem nežádoucí vedlejší reakce při terapii pacienta nebo nevhodným používáním léku. Počet léků, které mohou játra poškodit, se stále zvyšuje. Tento přírůstek není vyvolán pouze zaváděním nových léků, ale také poznáním, že léky již dříve dlouho používané mohou játra poškozovat.

Granulomatózní hepatitida. Má různou etiologii a je pro ni charakteristická přítomnost granulomů, které jsou lokalizovány v periportálních prostorech nebo v jejich blízkosti. Granulomy jsou složeny z epiteloidních buněk, obrovských vícejaderných buněk Langhansova typu, makrofágů, lymfocytů a plazmocytů. Vyskytují se u Crohnovy choroby a u Hodgkinovy nemoci. Jinou příčinou mohou být infekce (tuberkulóza), parazitární onemocnění (toxokaróza) a léky (sulfonamidy).

Nespecifická reaktivní hepatitida bývá označována zánětlivá reakce, která provází extrahepatální onemocnění. Vyskytuje se zejména při zánětlivých onemocněních trávicího ústrojí – jako je Crohnova choroba či ulcerózní proktokolitida. Prognóza je určována závažností základního onemocnění.

Indikace jaterní biopsie u dětí:

v novorozeneckém a kojeneckém věku

V současnosti je popsána celá řada virů a mikrobů způsobujících poškození jaterního parenchymu u dětí. Mezi klasicky hepatotropní patogeny patří především viry lid-

ských hepatitid, kdy je do současné doby bezpečně popsáných a klasifikovaných 5 typů (A–E) (7,1). U nově objevených agens (virus hepatitidy G–HGV) nebylo dosud jednoznačně prokázáno, zda se jedná o skutečné patogeny, které způsobují jaterní zánět samostatně nebo zda se jedná pouze o náhodný nález při koinfekci u jaterních onemocnění jiné etiologie (virová hepatitida C). Virové hepatitidy typu A (HAV) a E (HEV) mají větší akutní průběh s typickými příznaky. Po akutní fázi následuje úzdrava. Do chronicity tyto hepatitidy nepřecházejí. Akutní virová hepatitida typu B (HBV) má zpravidla těžší průběh než HAV. Do chronicity přechází HBV asi v 5–10% případů. Většinou se jedná o pacienty s mírným průběhem akutní fáze, u nichž nedošlo k dostatečné aktivaci imunitního systému a tudíž ani k eliminaci infekčního agens. U hepatitidy typu C (HCV) je bezpříznakový průběh onemocnění velmi častý a choroba přechází do chronicity asi v 70% případů. Podle některých zdrojů dokonce až v 90% (8). Virus hepatitidy typu D (HDV) se v lidském organismu replikuje pouze v přítomnosti viru hepatitidy B. Kliniky se tato infekce projevuje buď jako náhlé zhoršení stavu u chronické HBV (superinfekce) nebo jako těžká akutní hepatitida (koinfekce). Spontánní vyhojení je možné, stejně jako přechod do chronicity a následného nosičství obou virů.

Virová strategie přechodu do chronicity není ještě plně objasněna. Obecně však viry používají dva mechanismy (6):

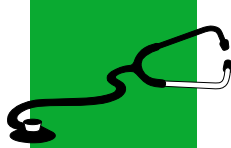
1. unikají kontrole imunitního systému hostitele
2. eliminují virostatické účinky látek, které se produkují v rámci protivirové obrany hostitelským organismem

Organismus hostitele se virové infekci brání řadou více či méně specifických opatření. Již v 60. letech bylo zjištěno, že buňky vystavené virové infekci produkují minimálně jeden rozpustný faktor, který „interferuje“ s virovou replikací u nově infikovaných buněk. Tento solubilní působek byl nazván **interferon** (IFN) (2,11). Interferony jsou spolu s lymfokiny, růstovými faktory a hormony součástí komplexního fyziologického systé-

mu, který chrání buňky před infekcí a nádorovým bujením. Interferony nemají jen protivirový účinek, ale působí imunomodulačně na řadu imunitních buněk a mají antiproliferační účinek na buňky obratlovců. V současné době se interferony dělí do dvou podskupin, na typ I a typ II.

Antiproliferační, imunostimulační a virostatické účinky IFN předurčují tyto látky k širokému terapeutickému využití. K léčbě se používají rekombinantní IFN, které jsou připravované metodami genového inženýrství, tedy bez použití biologických materiálů. V polovině 80. let způsobilo zavedení IFN do léčby doslova revoluci v terapii chronických virových hepatitid. Interferony jsou v současnosti indikovány u chronické hepatitidy typu B a C a užívají se i k léčbě chronické hepatitidy D (5). Na interferon je citlivý také virus hepatitidy G. Nově se zkouší i léčba akutních virových hepatitid B a C. Zcela nevhodné je však používání IFN u autoimunitních hepatitid, kdy vede k další aktivaci procesu a léčba může mít i fatální následky.

Rozhodnutí, kdy a kterého pacienta je vhodné léčit interferonem, je komplexní a zahrnuje celou řadu faktorů. Mezi objektivní kritéria patří elevace hodnot sérových aminotransferáz po dobu delší než 6 měsíců. U HBV pozitivita HBsAg, HBeAg a přítomnost HBV DNA v séru. U HCV jsou k léčbě indikováni pacienti s pozitivním HCV RNA (PCR) a anti HCV. Účelné je stanovit vyšší virémie před zahájením léčby. Vhodné je též stanovení genotypu viru hepatitidy C (nižší úspěšnost léčby při genotypu 1b) (9). K posouzení rozsahu jaterního poškození je nutno provést před zahájením léčby jaterní biopsii. Tak je možné posoudit poškození jaterního parenchymu, aktivitu zánětu a stadium fibrózy (hodnocení podle Knodella). Vzhledem k možným komplikacím léčby je nezbytně nutné komplexní interní vyšetření (krevní obraz, krvácivost, srážlivost, hladina hormonů štítné žlázy, základní imunologické vyšetření). Součástí indikační rozvahy je zhodnocení celkového stavu pacienta a posouzení jeho vhodnosti k léčbě. Je třeba posoudit, zda je pacient schopen absolvovat celou léčbu, zda bude docházet na kontroly, dodržovat životosprávu



atd. Léčba interferonem je pro pacienta náročná nejen z hlediska somatického, ale i psychického. Je to léčba dlouhodobá, často s řadou nežádoucích a pro pacienta nepříjemných účinků („flu-like“ syndrom, únava, subfebrilie až febrilie, průjmy, zvracení, padání vlasů, deprese, poruchy spánku) a její konečný efekt nelze předem odhadnout (10,12). Proto nedílnou součástí vstupních vyšetření musí být i pohovor s pacientem a rodiči, vysvětlení léčebné strategie a požadavků, které budou na nemocného během léčby kladeny.

Pro léčbu interferonem v indikaci chronické HBV nebo HCV nebylo zatím stanoveno definitivní léčebné schéma (5,9,10,11). Velmi zjednodušeně lze konstatovat, že čím déle léčba trvá a čím vyšší dávky IFN použijeme, tím větší je šance na úspěch. Vzhledem k nežádoucím účinkům závislým na dávce a vysoké finanční nákladnosti léčby jsou zkoušena různá dávkovací schémata s ohledem na iniciační odpověď, trvalou odpověď a snášenlivost léčby. Cílem terapie je zastavit replikaci viru a iniciovat sérokonverzi. Při úspěšné léčbě chronické hepatitidy typu B proto vymizí HBeAg a HBV DNA z krevního séra a objeví se anti HBe i anti HBs protilátky. Před vymizením HBV DNA dojde u některých pacientů k dalšímu přechodnému vzestupu hodnot ALT a AST, který může korespondovat i s klinickým zhoršením obtíží. Toto znovuzplanutí onemocnění je důsledkem aktivace imunitní odpovědi hostitele a pravděpodobně koreluje s eliminací infikovaných hepatocytů. U řady pacientů s chronickou HBV se tento fenomén při léčbě vůbec neobjeví a k sérokonverzi přesto dojde. K sérokonverzi může ovšem dojít i po ukončení léčby. Pacienty s chronickými virovými hepatitidami je nezbytně dlouhodobě sledovat i po ukončení terapie interferonem.

Otázka ideální dávky a nevhodnější délky podávání je nadále předmětem intenzivního klinického výzkumu. Obecně platí, že jednotlivé dávky pro léčbu chronické HBV jsou vyšší a doba léčby kratší než při léčbě chronické HCV. Většina autorů doporučuje u dětí dávky v rozmezí 3–5 milionů jednotek 3x týdně subkutánně (případně intramuskulárně). Ně-

kteřá pracoviště preferují aplikaci interferonu denně. Ohledně délky podávání se nejčastěji doporučuje 4–6 měsíční schéma. Jsou však i práce prosazující delší podávání (12–18 měsíců), které se uplatňuje především u chronické HCV.

Úspěšnost léčby IFN u chronické HBV je přibližně 40%, u HCV 20–35%. Dojde-li k sérokonverzi, je riziko relapsu chronické HBV po ukončení terapie IFN malé. Tím se výsledky léčby chronické HBV liší od léčby chronické HCV, kde je relaps po ukončení terapie velmi častý (až 50%). Většina autorů se rovněž shoduje v názoru, že má-li dojít k úplné odpovědi na léčbu, stane se tak zpravidla během prvních měsíců.

Chronické hepatitidy a jejich následky (cirhóza a hepatocelulární karcinom) představují závažný zdravotní problém. Odhaduje se, že asi 15–30% transplantací jater u dospělých se provádí v důsledku chronické HCV. Hlavním cílem léčby interferonem je zabránit rozvoji pozdních následků. Přes nesporný přínos interferonu v léčbě chronických virových hepatitid je efektivnost léčby stále neuspokojivá. Úsilí je nyní zaměřeno k zefektivnění léčby. Nová dávkovací schémata, stejně jako ukončování terapie po 3 měsících u non-responderů již byly zmíněny. Budoucnost léčby spočívá v kombinované terapii. Již dnes se u dospělých používá v léčbě virové hepatitidy C dvojkombinace interferon-ribavirin. Pro chronickou hepatitidu B probíhá celoevropská multicentrická studie léčby s použitím famcycloviru. K nadějným virostatikům patří lamivudin, lobukavir a adefovir. Bohužel nelze tuto kombinovanou léčbu, vzhledem k častým nežádoucím účinkům, zatím použít v léčbě chronických hepatitid u dětských pacientů (8).

Závěrem je možno říci, že léčba interferonem v monoterapii či v budoucnosti v kombinaci s jiným virostatikem představuje v současnosti jedinou skutečně efektivní léčbu chronických hepatitid. Přes veškerou náročnost a nákladnost je to léčba, která může dlouhodobě nemocné dítě vrátit zpět do života. V rukou erudovaného odborníka je tato léčba bezpečná. Případné komplikace, jsou-li včas rozpoznány, jsou

zvladatelné. Proto by léčbu interferonem měla zajišťovat specializovaná centra s možností dokonalé diagnostiky a s dostatkem zkušeností.

Literatura:

- 1) Ahmed A, Keeffe EB. Treatment strategies for chronic hepatitis C: update since the 1997 National Institutes of Health Consensus Development Conference. *J Gastroenterol Hepatol* 1999, 14:S12–S18
- 2) Alberti A. Treatment of acute hepatitis C with interferon. *Interferons and Cytokines* 1994, 25:21–24
- 3) Alter MJ, Kruszon-Moran D, Nanan OV, McQuillan GM, Gao F, Moyer LA, Kaslow RA, Margolis HS. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994. *N Engl J Med* 1999, 341(8):556–563
- 4) Bonino F, Oliveri F, Colombatto P, Brunetto MR. Impact of interferon- α therapy on the development of hepatocellular carcinoma in patients with liver cirrhosis: results of an international survey. *J Viral Hepat* 1997, 4:79–82
- 5) Booth JCL, Brown JL, Thomas HC. The management of chronic hepatitis C virus infection. *Gut* 1995, 37:449–454
- 6) Houghton M. Hepatitis C viruses. In: Fields BN, Knipe DM, Howley, et al., eds. *Fields Virology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996:1035–52
- 7) Hu KQ, Tong MJ. The long-term outcomes of patients with compensated hepatitis C virus-related cirrhosis and history of parenteral exposure in the United States. *Hepatology* 1999, 29(4):1311–1316
- 8) Mareček Z, Nevorál J. Klinický obraz chronických virových hepatitid. In: Helcl J, Chalupa P, Ježek P, Mareček Z, Nevorál J, Němeček V. *Chronické hepatitidy v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Maxdorf, 1997:21–307
- 9) Nomura H, Tsuchiya Y, Maruyama T, Miki K, Yokota T, Okubo H. The effects of a high dose, short course of interferon on hepatitis C. *J Gastroenterol Hepatol* 1999, 14(1):85–89
- 10) Shiffman M, Pockros PJ, Reddy RK, Wright TL, Reindollar R, Fried MW, Purdum PP, Everson G, Pedder S. A controlled, randomized, multicenter, ascending dose phase II trial of pegylated interferon alfa-2A (PEG) vs standard interferon alfa-2A (IFN) for treatment of chronic hepatitis C. *Gastroenterology* 1999, 116 Part 2:1275
- 11) Thomas HC. Chronic hepatitis C: The role of interferons in chronic viral hepatitis. *Consultant serie (4) No.2*. Gardiner-Caldwell Communications, 1994
- 12) Zeuzem S. The benefit of combination therapy in interferon non-responders. Abstract presented at the European Association for the Study of the Liver, Naples, Italy, 1999



Plasmon „O“

novinka v umělé výživě nedonošených novorozenců

MUDr. M. Černý

Novorozenecké odd. s JIRP, FN Motol, 2. LF UK, Praha

Péče o novorozence zaznamenala během posledních dvaceti let výrazný pokrok, stejně tak i technické vybavení jednotek intenzivní péče. Objevují se nové přípravky pro parenterální i enterální výživu, jsou dostupné léky vyráběné např. rekombinantní technologií. Přesto se dosud nepodařilo vyrobit v laboratorních podmínkách ekvivalent mateřského mléka (vzhledem k jeho imunologickým vlastnostem to zatím není možné). Mateřské mléko je pro novorozence všech váhových kategorií i pro kojence nejfyziologičtější a nejzdravější potravou. V případech, kdy matka nemá laktaci, jsme nuceni vybrat jednu ze standardních formulí, kterých je u nás k dostání poměrně široké spektrum. Výživa novorozenců narozených před termínem má svoje zvláštnosti, které jsou dány stupněm funkční a enzymatické nezrlosti zažívacího traktu a umělá mléka musí tedy splňovat speciální požadavky.

V tomto sdělení se chceme podělit o naše první zkušenosti s podáváním nového typu mléka s názvem Plasmon „O“ (výrobce firma Heinz-Plasmon, Itálie, dovozece do ČR H.J. Heinz CR/SR a.s.). Toto mléko je určeno především pro děti s nízkou porodní hmotností, jeho dalším pokračovatelem jsou počáteční formule Sunar baby, eventuálně počáteční hypoalergenní formule Sunar HA 1 a pro děti s projevy gastroesofageálního refluxu Plasmon AR 1.

Mléko je distribuované v tetrabalení po 485 ml již obnovené, resp. připravené k použití v tekuté podobě. Jedná se o mléko, které se zařazuje do skupiny speciální výživy, určené pro děti nedonošené či obecně pro novorozence s nízkou porodní hmotností. Jeho složení je velmi obdobné jiným mlékům pro nezralé novorozence: má navýšenou energetickou hodnotu, nižší osmolaritu, vyvážený poměr mastných kyselin s dlouhým řetězcem, částečně adaptovanou bílkovinu, obohacení vitaminy, minerály a stopovými prvky a nukleotidy. Přesné složení viz tabulka 1. Toto mléko používáme 4 měsíce, zatím pouze na JIP pro novorozence s porodní hmotností pod 2 000 g, bylo použito u 30 novorozenců. Po otevření bylo balení uchováno v lednici při 4°C 24 hod., i když výrobce garantuje bakteriologickou čistotu po dobu 48 hod. skladování načatého balení.

Během podávání tohoto mléka se nevyskytly žádné problémy s jeho tolerancí (v porovnání s jinými typy mlék pro nezralé novorozence), váhové přírůstky byly odpovídající (cca 200 g/týden), infekční komplikace nebyly rovněž zaznamenány.

tab. č. 1

Průměrná výživová hodnota výrobku na 100 ml			
Energetická hodnota	343 kJ/82 kcal	Důležité vitaminy:	
Bílkoviny	2,3 g	A	80 µg
Syrovátková bílkovina/kasein	53 : 47	E	1,6 mg
Sacharidy	8,3 g	B1	78 µg
- laktóza	5,8 g	B2	96 µg
- maltodextrin	2,5 g	B6	97 µg
Tuky	4,4 g	B12	0,2 µg
MCT	0,9 g	PP	800 µg
Kyselina linolová	500 mg	Kys. pantothenová	340 µg
Kyselina alfa-linolenová	60 mg	Kys. listová	55 µg
Kyselina gamma-linolenová	36 mg	C	14 mg
DHA	22 mg	D3	1,2 µg
Minerální látky	0,4 mg	Biotin	2 µg
Důležité minerální látky:		K1	7 µg
Ca	84 mg	Taurin	6,8 mg
P	42 mg	Cholin	10 mg
Mg	7,8 mg	L-karnitin	2 mg
Fe	1,1 mg	Nukleotidy	4,1 mg
Zn	750 µg	- adenosin monofosfát	1,5 mg
Cu	75 µg	- uridin monofosfát	1 mg
I	20 µg	- cytidin monofosfát	0,7 mg
Mn	6 µg	- inosin monofosfát	0,5 mg
Se	2 µg	- guanosin monofosfát	0,4 mg
Na	31 mg	Osmolarita	200 mOsm/l
K	88 mg		
Cl	52 mg		

V rámci nemocničního ošetřování novorozenců a kojenců je umělé mléko připravováno většinou v mléčné kuchyni. Je s tím spojena často řada problémů, jednak s kvalitou takto připraveného mléka, se změnami teplot během transportu na jednotlivá oddělení, ale hlavním rizikem je možnost bakteriální kontaminace.

Domnívám se, že Plasmon „O“, zatím jediné připravené mléko v tekuté podobě, které se dováží do ČR, plně vyhovuje potřebám novorozeneckých jednotek intenzivní péče. Může se podávat nezralým novorozencům nezávisle na jejich gestačním věku. Doba, resp. délka jeho podávání není přesně vymezená a rozhodnutí záleží výhradně na neonatologovi či pediatrovi. Možná, že by se používáním plně připraveného mléka odstranily

i některé problémy, které vyvstávají při přípravě instantních (sušených) mlék mimo oddělení a jejich dalším transportem. Tento typ mléka by rovněž mohl vyřešit přípravu stravy pro novorozence při pobytu rodiny mimo domov v nestandardních podmínkách.

Při návštěvě zahraničních pracovišť jsem „závidl“ používání těchto připravených, tekutých mlék na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče a jsem rád, že se i u nás objevila tato „první vlaš-tovka“ v podobě Plasmonu „O“.

heinz



Aktuality

Ministerské alibi

Pacienti by se měli zajímat o zdravotní stav svého lékaře. Aby je pak nezaskočilo, když jejich ošetřovatel a důvěrník nenadále zemře a oni se ocitnou na holičkách, bez možnosti nechat se preventivně prohlédnout či získat recept na potřebné léky. Českému zdravotnictví totiž dlouhá léta chybí zákon, který by řešil, co s opuštěnou kartotékou. Je součástí dědického řízení? Není? Může nový zájemce převzít ihned ordinaci včetně klientely? Nemůže! Ministr zdravotnictví Bohumil Fišer se teď bije v prsa: Chtěl jsem to vyřešit novým zákonem o zdravotnickém zařízení, ale zlí poslanci jej shodili se stolu, přestože byl skvělý. Pan ministr má jen půl pravdy. Ano, zákon to řešil. Možná byl i dobrý. Ale s jeho přípravou úředníci tak dlouho otáleli, tak dlouho v něm opravovali množství nalezených hrubých chyb, až Fišer promeškal vhodnou dobu k jeho předložení. Pár týdnů před volbami se zákony skutečně stávají předmětem politických her. To je už taková česká tradice. Vláda, zvláště ta menšinová, s tím musí počítat. Vymlouvat se teď na poslaneckou nevělu, když jsem předtím roky trpěl mizernou prací svých legislativců, je trapné alibi.

Odškodné za úrazy je čtyřikrát vyšší

Lidé, kteří se v novém roce zraní v práci nebo jim způsobí bolest někdo jiný, budou mít nárok na vyšší odškodnění než dosud. Ministr zdravotnictví Bohumil Fišer včera podepsal novou vyhlášku. Ta stará platila šestatřicet let a částky, které za úrazy přisuzovala, byly směšně nízké. Například za ztrátu nohy postižený dodnes dostává 27 tisíc korun, za ztrátu zraku 66 tisíc. Sazby, na něž budou mít lidé zákonný nárok nyní, jsou zhruba čtyřnásobné. Právo žádat bolestné – a v případě dlouhodobého nebo trvalého poškození i odškodné – má každý bez ohledu na to, zda je sám pojištěn. Náhradu platí ten, kdo třeba zavinil dopravní nehodu, nebo zaměstnavatel, na jehož pracovišti se stal úraz nebo si tam někdo přivodil nemoc z povolání. Bolestné se naopak nevztahuje na poranění, která není třeba léčit, či na krátkodobou psychickou újmu.

Tvrdě se lobbvalo

O novou vyhlášku se vedl boj. Původně v ní totiž nebylo ustanovení, které dnes lidem výslovně umožňuje, aby se obrátili na soud – a tam žádali třeba dvacetkrát tolik. „Soudy toho citlivě využívaly a u mladých lidí při zvláště těžkých úrazech přiznávaly deseti, patnácti až osmnáctinásobek základní sazby,“ uvedla jedna z největších kritiků předlohy, právnička Dagmar Burešová. Podle ní je třeba individuálně rozlišovat mezi tím, zda postiženým je dvacetiletý vrcholový sportovec, nebo osmdesátiletá babička. Vrátil do vyhlášky paragraf o soudech nakonec doporučila ministerstvu zdravotnictví legislativní rada vlády. „Ministr vyhlášku podepsal a soudy tam vrátil,“ uvedl včera Fišerův mluvčí Otakar Černý. Ve vyhlášce je podle něho i mož-

nost, aby se ten, kdo úraz zavinil, dohodl s postiženým mimosoudně na mírném zvýšení částky garantované státem. Vydání vyhlášky předcházela silný lobbying. Jeden z právníků si například postěžoval, že pojišťovny tlačí na ministerské úředníky, aby tam paragraf o soudním vymáhání nedávali – to proto, aby pojišťovny nemusely vyplácet velké sumy. Ministr Fišer naopak nepřímo obviňoval z lobbování advokáty a říkal: „Soudy by neskončily. Jenom by měly menší možnosti ty částky měnit. A tím se samozřejmě snižuje možnost pro právníky, protože jejich odměna se odvíjela od toho, kolik vysoudili.“

Boom zatím nepřišel

Podle lékařů dnes soudní spory o výši odškodného tak časté nejsou. „Říkalo se, že až právníkům skončí restituce, vrhnou se na doktory. Ale boom se dosud nekonal,“ řekl ředitel Fakultní nemocnice v Hradci Králové Leoš Heger. Zatím není jasné, zda po zvýšení odškodného zdraží pojišťovny pojistky, které si platí zaměstnavatelé, řidiči nebo také nemocnice, které mohou při léčení poškodit pacienty. „Zvážíme to až podle toho, jak bude nový systém fungovat, kolik bude náhrad a podobně,“ uvedl mluvčí České pojišťovny Michal Urban.

Platné regulační mechanismy jsou protichůdné

Ambulantní specialisté se dnes ocitají ve složité situaci. O tom, zda odmítnou vzít do své péče nového pacienta, rozhodují na základě složitých regulačních mechanismů zdravotních pojišťoven. LN proto přináší další příspěvek na toto téma.

Považuji za nutné uvést na pravou míru některé nepřesnosti, jež se v objevily 27. 11. v příloze Zdraví. Dnes platí sedm regulačních mechanismů, jež jsou mnohdy navzájem protichůdné.

a) Korekční koeficient (KORKO): Lékař smí pracovat 12 hodin denně každý kalendářní den. Problém je, že každý pojišťovnou hrazený výkon je časově ohodnocen v Sazebníku výkonů určitým počtem minut. Pokud lékař provede výkon rychleji, avšak čas na výkon zůstává stejný, skončí za zhruba sedm hodin a pak již další pacienty nesmí vzít. Pokud by tak učinil, je každé čtvrtletí proveden součet časů, které v měsíci provedl, a pokud je KORKO větší, je mu čas navíc negativně ohodnocen a neproplacen.

b) Regulační za léky: Lékař nesmí překročit o více jak 10 % objem léků, než bylo předepsáno v jeho odbornosti za uplynulé čtvrtletí všemi specialisty na území Česka. Nikdy nikdo ale neví, kolik je uvedena částka pro tři měsíce dopředu, a nelze proto stanovit, za kolik může daný lékař léčit.

c) Regulační za předepsané prostředky zdravotní techniky – léčebné pomůcky atd. Platí totéž jako u b).

d) Regulační objemem péče – to je, kolik péče poskytne za čtvrtletí svým pacientům. Opět je lékař srovnáván se všemi kolegy v oboru



v celé republice. Tato regulace nerespektuje rozdíly ve vybavenosti jednotlivých ambulancí v oboru. Lékař, který je vybaven nezbytným přístrojovým souborem, je na tom nepoměrně lépe než jeho kolega, který díky své vyšší specializaci má přístroje složitější a poskytuje sofistikovanější péči.

e) Regulace objemem péče dané ambulance za tzv. historické období. Zpravidla to, co daná ambulance provedla na výkonech pro nemocné za období loňského čtvrtletí. Pokud lékař objem výkonů provedených v období minulém překročí o více než 10 procent, je trestán pokutou.

f) Totéž platí pro množství předepsaných léků, kdy je srovnáván se svou preskripcí v loňském a nynějším roce. Pokud překročí o více jak 10 procent toto číslo, je mu strženo 50 procent z překročené částky a peníze za léky pro své pacienty musí uhradit zvláštní kapsy. Pokud by se čtenáři jevil výčet opatření jako nepřehledný, je nutné mu přitakat. Podle mne jde o úmysl zdravotních pojišťoven, aby se v nich nikdo nevyznal a lékař vždy do některé z těchto regulací patřil. Nelze se proto divit, že ambulantní specialisté nikoli z pohodlnosti, ale z prosté úvahy o vlastní beztrestnosti regulačními mechanismy ordinují jen pokud jim tyto regulační mechanismy dovolí.

I proto v usnesení posledního sjezdu České lékařské komory lékaři žádají zrušení všech regulačních mechanismů jako naprosto svévolného diktátu úředníků zdravotních pojišťoven a trvají na tom, že stačí výše uvedený korekční koeficient jako jediný, který je sám o sobě schopný „ubrzdit“ nadbytek poskytování výkonů. Je tedy poněkud scestné tvrzení představitelů různých občanských sdružení o tom, že lékaři odmítají pacienty z pohodlnosti či fiktivní pracovní vytíženosti. Neproplacené ošetření

Bohužel i akutní pacient, kterého je lékař povinen vyšetřit, mu výše uvedeným mechanismem nemusí být zaplacen, byť právě v těchto případech musí lékař použít v nejvyšší míře své „know-how“, tedy podat maximálně soustředěný lékařský výkon. Jako poslední poznámku je nutné uvést, že právě známí a zkušení lékaři, kteří jsou více vyhledáváni pro svou kvalitu, budou mít na svou ambulanci vyšší tlak na vyšetření, budou mít plně vytížené své regulační mechanismy a velmi snadno se tak dostanou do situace, kdy je začne pojišťovna trestat. Druhým a velmi palčivým problémem je zajištění pohotovostní lékařské služby mimo řádnou ordinační dobu. Lékařská služba první pomoci je nejvíce zneužívanou službou v Česku. Podle střízlivých odhadů je cca 80 procent zásahů této služby zcela zbytečných. Jde zejména o návštěvy pacientů, kteří „neměli čas“ v řádné ordinační době navštívit svého lékaře, či o občany, jimž se nechce na noční směnu. Za služby nikdo nic v hotovosti neplatí. Za tuto službu je lékař skvěle oceněn částkou 80 Kč hrubého na hodinu. Nelze se divit, že stále méně lékařů chce tuto službu vykonávat, a proto si někteří čtenáři vašeho listu oprávněně stěžují.

Pojišťovna zvýhodní péči o zdraví

Za péči o vlastní zdraví dostanou klienti České národní zdravotní pojišťovny příspěvek na vitaminy, brýle, očkování či rehabilitaci. Podle

ředitele pojišťovny Jiřího Beka dostanou lidé záznamové knížky, do nichž budou sbírat body za docházku na pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře, zubaře a gynekologa. Body dostanou i dárci krve a též ti, kteří čerpají méně zdravotní péče, než je celostátní průměr jejich věkové skupiny. Za určitý počet bodů pak budou zmíněné výhody. Dosavadní praxe v zemi nijak nevýhodňuje lidi, kteří se o své zdraví starají – a naopak ani nepostihuje ty, kteří na preventivní prohlídky nechodí, ačkoli léčba zanedbaných potíží stojí mnohdy víc. „Lidé mají v tomto směru jen práva, žádné povinnosti, bohužel,“ potvrdila mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Kateřina Zamastilová.

Zemřel lékař.

Pacienti jsou „ztraceni“.

Pokud ošetřující lékař nečekaně ukončí praxi, zákony neřeší, co dál se zdravotní dokumentací Mezera v zákonech může pacienta minimálně na několik týdnů připravit o poskytování zdravotní péče.

Ve slezském Jeseníku zemřel praktický lékař. Se zdravotní dokumentací jeho klientů pozůstalí naložili jako s běžným majetkem a prodali ji místní soukromé nemocnici. Pacienti se tak nedobrovolně ocitli v područí úplně jiné instituce. Mají samozřejmě právo svého praktického lékaře změnit. Ve skutečnosti to ale vůbec není snadné. Okolní lékaři mají většinou naplněnou klientelu a současný systém proplácení úhrad za ošetřování pojišťovnami je odrazuje nabírat nové. Za více práce a vyšší provozní náklady s novými klienty dostanou v rámci kapitační platby zaplacen s ročním zpožděním. Případ odhalil další mezeru v české legislativě. Pokud lékař nena-dále ukončí provozování své praxe, neexistuje návod, jak zajistit pacientům kontinuitu péče. I kdyby se podařilo rychle najít nástupce, nový lékař musí znovu získat na provozování praxe licenci a smlouvu se zdravotními pojišťovnami. To obvykle trvá několik týdnů až měsíců. Po tu dobu mají klienti, kterým se nepodaří převést registraci na jiného praktika, nárok na péči jen v akutních případech.

Zákon skončil v parlamentu

Ministr zdravotnictví Bohumil Fišer chtěl nesrovnalost vyřešit v rámci nového zákona o zdravotnickém zařízení. Sněmovna ale předlohu minulý týden odmítla už v prvním čtení a Fišerovi legislativci nový návrh do voleb připravit nestihnou. Právní vakuum tedy potrvá minimálně další rok. „Otázku, co s pacienty v takovém případě, skutečně naše zákony zatím neřeší. Není nástroj, jak lidem pomoci,“ souhlasí prezident České lékařské komory David Rath. Zákony neřeší zásadní rozpor. Zatímco osobní údaje osob v kartotéce jsou majetkem pacientů, otázkou je, komu patří kartotéka sama, tedy médium, na němž jsou údaje zaznamenány. Lékaři tvrdí, že je jejich vlastnictvím, neboť je výsledkem jejich mnohaletého úsilí. Pozůstalí jeseníckého lékaře s ní proto tak naložili. Nejsou sami. „Obdobné případy se objevují každou chvíli. Nedávno jsme řešili podobný případ prodeje kartotéky na jižní Moravě. Výsledkem absence zákona je, že intimní data pacientů putují nekontrolovaně k novým nabyvatelům,“ podotýká Rath. Zákon, na jehož přípravě se komora podíle-



la, měl umožnit rodině zemřelého, aby klientelu převedla buď na jiného lékaře v rodině, nebo i na cizího za úplatu, ale za přesně stanovených podmínek. Nový nabyvatel by automaticky získal původní licenci i smlouvy. „Pacienti mají bohužel smůlu, poslancům chyběla politická vůle tento zákon přijmout. Ministerstvo je přesvědčeno, že předložilo kvalitní předlohu,“ tvrdí mluvčí Fišerova resortu Otakar Černý.

Rada má prázdné ruce

V jesenickém případě se sice pacienti neocitli zcela na dlažbě, jejich situace však není nijak růžová. Nemocnice má totiž problém sehnat praktického lékaře, který by ordinaci provozoval. Proti transakci se postavil i okresní zdravotní rada Radovan Novotný. Vyzval dokonce ředitele, aby zdravotní dokumentaci lékařově rodině vrátil. Ten však odmítl. „Naprostě s tím nesouhlasím, zákon mi ale nedává žádné pravomoci, jak to vyřešit,“ říká o prodeji kartotéky nemocnici Novotný. Za nepřijatelné považuje, aby se zdravotní dokumentace stala předmětem obchodování pozůstalých. Nemocnice navíc podle něj nemá zasahovat do této sféry zdravotní péče, protože hrozí monopolní chování. Nemocniční praktický lékař totiž pravděpodobně bude své klienty posílat na odborná vyšetření zas jen ke svému zaměstnavateli.

Ibuprofen snižuje riziko Alzheimerova

Dlouhodobější užívání ibuprofenu, naproxenu a genericky shodných léků snižuje významně riziko Alzheimerovy choroby, která postihuje mozkové funkce zejména u starších lidí. Napsal to americký tisk s odvoláním na studii nizozemských vědců. Sedm let trvající výzkum u téměř sedmi tisíc osob starších 54 let ukázal, že pravděpodobnost propuknutí mozkové choroby u lidí užívajících uvedené léky denně po dobu nejméně dvou let se snížila o osmdesát procent ve srovnání s těmi, kteří takové léky nikdy nebrali. Vědci zároveň varují před svévolným braním léků bez lékařského schválení, protože mohou vyvolat životu nebezpečné krvácení do žaludku.

Češi často trpí nádorem střev – mají to v genech

Pokud by se měla jednotlivým národům přisuzovat nějaká typická nemoc, tak u Čechů by to byla rakovina tlustého střeva a konečníku. Na toto nádorové onemocnění, druhé nejčastější jak u mužů (po rakovině plic), tak u žen (po rakovině prsu), se totiž umírá nejvíce právě v České republice. Ročně je to šest tisíc lidí. Choroba je typická pro Evropu a Ameriku a lidi z velkých měst. I tak je v Česku dvakrát častější než například v USA. Lékaři zatím nedokážou přesně popsat, jak tento typ rakoviny vzniká, přišli však na to, že dědičné faktory tu hrají větší roli než třeba životní styl či strava. Neboli: tuto nemoc mají Češi velmi pravděpodobně v genech. Specialista Miroslav Zavoral z Ústřední vojenské nemocnice potvrdil, že u rakoviny konečníku byla prokázána souvislost s vysokou konzumací piva, která je pro Čechy typická. Japonci zase trpí nejčastěji rakovinou žaludku, Islandčané nádorem plic.

Nádor střev máme v genech

Smutný český primát potvrdila i studie amerických vědců

Češi mají dědičný sklon k tomu, aby onemocněli rakovinou tlustého střeva a konečníku. Výskyt tohoto typu nádoru je v Česku nejvyšší na světě a v mezinárodním srovnání na něj umírá rovněž nejvíce Čechů: ročně šest tisíc lidí. Dalších osm tisíc pacientů touto chorobou rok co rok onemocní. „Zřejmě jde o onemocnění, které máme z velké části v genech – bohužel,“ vysvětloval včera důvody tohoto „českého primátu“ Miroslav Zavoral, primář druhé interní kliniky z Ústřední vojenské nemocnice v Praze. Tuto hypotézu podle něho dokládá i závěr studie amerických vědců. „Před lety zkoumali zvýšený výskyt tohoto onemocnění v určitých oblastech států Nebraska a Arkansas. A zjistili, že to byli potomci českých emigrantů,“ podotkl primář. Češi vedou světové statistiky už deset let. Lékaři proto včera znovu apelovali, aby lidé udělali vše pro to, aby se na nemoc přišlo včas – pak je totiž v devadesáti pěti procentech případů vyléčitelná. „U žádného jiného typu rakoviny toto neplatí,“ řekl Zavoral. Zachytit nemoc včas lze poměrně jednoduchým testem, který už rok hradí všem lidem starším 50 let zdravotní pojišťovny. Zjišťuje se při něm přítomnost krve ve stolici, která může (ale nemusí) být příznakem nádoru. Je-li nález pozitivní, podstoupí pacient endoskopické vyšetření. Teprve to diagnózu potvrdí či vyvrátí. Podstoupit tento test by měli lidé jednou za dva roky. Přestože vyšetření nebolí a je zadarmo, absolvoval je za uplynulý rok jen jeden člověk z deseti. Ministerstvo zdravotnictví přesto doufá, že se přístup pacientů i praktických lékařů k tomuto problému změní, a hodlá v příštích letech investovat 320 milionů korun do vybavení celkem jedenadevadesáti zařízení, která by prováděla zmíněná endoskopická vyšetření. O zavedení preventivního programu se před rokem zasadila Nadace Dagmar a Václava Havlových Vize 97. „Považuji to za velmi důležité. Impulzem pro mě byla i skutečnost, že touto chorobou onemocněl i můj tatínek,“ uvedla včera Dagmar Havlová, která se provdala za prezidenta republiky krátce poté, co se léčil pro změnu na rakovinu plic.

Češi stůňou dvakrát více:

- Rakovinou tlustého střeva a konečníku onemocní v České republice 75,5 osoby na každých sto tisíc obyvatel (data z roku 1997)
- V USA onemocní 31 osob na každých sto tisíc obyvatel (data z roku 1995)

Lékař na zavolání?

To vás může přijít na tisíce

Mít „svého“ lékaře permanentně na mobilu, na internetu či jako spojku pro sjednávání operací v nemocnici – to je výhoda, za kterou se dnes už mnohde platí. Třeba i dvaadvacet tisíc korun ročně, jak vyplývá ze smlouvy jednoho pražského pediatra s jeho klientem. A bude se možná platit ještě častěji. Česká lékařská komora chce do konce roku vydat katalog služeb, v němž lékaři naleznou přehled, za co všechno mohou od pacientů žádat peníze. Někteří lékaři už to dělají, protože poskytování takových služeb je pro ně způsob, jak si přivydělat nad rámec honorářů od pojišťoven. Podmínkou v zákoně je, že lékař nesmí inkasovat peníze za něco, co je standard, tedy co mají lidé kryto zdravotním pojištěním. A to je mnohdy problém, proto-



že zákony nemluví jasně. „Je v tom dnes chaos,“ připustil prezident lékařské komory David Rath. Když lékař vybírá registrační poplatky od všech pacientů za přijetí do péče, je to porušení zákona. Když má však doktor klientelu, které za určitý, obvykle roční paušální obnos sám sjednává třeba vyšetření u kolegy vyšší specializace, a vedle toho má klientelu „jiné kategorie“, kterou léčí bezplatně, zato bez výhod, je to podle Ratha zcela legitimní. „Náš katalog bude jasným přehledem, co pojišťovny nehradí, a co tedy lze nabízet jako nadstandardní službu,“ řekl šéf komory. Definitivní verzi katalogu posoudí právníci komory. Všeobecná zdravotní pojišťovna přesně neví, jak má platby za takové služby hodnotit. „Zákon jasně neříká, co je standard a co nadstandard, o lékaři na mobilu se nezmínuje. Ale zřejmě to je péče, kterou si vyžádal pacient, a my bychom se tím asi začali zabývat jedině v případě, že by lékař účtoval totéž jemu i nám,“ řekla mluvčí Kateřina Zamastilová. Lékařská komora už několik let neúspěšně prosazuje vyšší finanční spoluúčast pacientů. Katalog může být pro lékaře motivem, aby jako zdroje příjmů využívali aspoň tyto možnosti. Původně byly v katalogu vyčísleny i finanční částky, které by si mohli lékaři účtovat. Ceník, který komora zveřejnila k diskusi na svých internetových stránkách, však napadl Úřad pro ochranu hospodářské soutěže, který to označil za nepřipustné kartelové jednání. Komora proto vydá katalog zřejmě bez konkrétních cen. „I tak to bude dobré jako přehled, protože lidem se tu pořád říká, že je zdravotnictví bezplatné, což samozřejmě není pravda,“ uvedl místopředseda Sdružení praktických dětských lékařů Milan Kudyn. Komora tvrdí, že katalog nebude pro lékaře povinnou výzvou typu: začněte vybírat. Někteří lékaři už dávají pacientům svůj telefon bez nároku na honorář. Zájem pacientů zaplatit si službu prý není velký, ale je. Rath zná advokáta a otce tří dětí, který lékaři „na mobilu“ platí ročně deset tisíc. Podobný postup už před časem doporučilo svým členům Sdružení praktických dětských lékařů. Lékař, který si přál zůstat v anonymitě, si například účtuje ročně deset tisíc za „nonstop mobil servis“, osm tisíc za zajištění kontaktu s nemocnicí, deset tisíc za prohlídky kojence v bytě – nebo to vše dohromady za roční paušál 22 500 korun. Obdobné služby nabízí i Milan Kudyn. „Zájem mělo asi deset klientů,“ řekl.

Jaké taxy navrhovala lékařská komora

- Konzultace po telefonu či internetu: 10 Kč za minutu, minimálně 50 Kč
- Návštěva doma na výslovnou žádost pacienta u odborností, kde návštěvní službu nehradí pojišťovna (netýká se například praktických): 300 Kč
- Vyžádaná asistence u výkonu, který provádí jiný lékař: 100 Kč za 20 minut
- Konzultace nesouvisející se zdravotním stavem (např. zdravý životní styl, hodnocení možností studia): 100 Kč za 15 min

Když řeší ceny zdraví a života soud, vždy se bojuje o miliony

Kolik stojí lidské zdraví? A rovnou život? Podle vyhlášky několik desítek tisíc, podle právníků miliony. „Ohodnotit lidský život? To je ab-

surdní. K nějaké cifře ale dojít musíte,“ říká advokát Petr Pavelka, který svým klientům pomáhal částku už několikrát stanovit. Zastupoval několik lidí, kteří se z krevních konzerv v nemocnici nakazili virem HIV. Jednou u soudu pak určil cenu podle dvougeneračního domku. „Klient, jehož čekala smrt, potřeboval zajistit rodinu s malými dětmi – proto ta analogie,“ zdůvodňuje advokát někdejší návrh na dvoumilionové odškodné. Loni skončil Pavelkův mediálně nejznámější případ. Pěťadvacetiletý muž žádal po Fakultní nemocnici v Plzni odškodnění za to, že mu lékaři v roce 1986 jako desetiletému dítěti trpícímu hemofilií vpravili do žil zahraniční krevní derivát, který byl infikovaný virem HIV. Tehdy se krev dárců povinně netestovala a muž skončil v invalidním důchodu. Soud se vlekl šest let. „Mladík nakonec dostal necelý milion,“ potvrdil Petr Pavelka. Navrhovaná částka původně činila o šest set tisíc víc. Dosud nejvyšší vysouzené odškodné činilo přes dva miliony. Před rokem je soud přiřkl malému chlapci, který se při transfuzi krve nakazil hepatitidou C. Stalo se to v červnu 1990, kdy se ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze narodil jako nedonošený. Aby jej lékaři udrželi při životě, dali mu několikrát transfuzi krve i krevní plazmu. V pěti letech však u něho lékaři zjistili chronickou žloutenku typu C – zatím nevléčitelné virové onemocnění jater, které u pětiny nemocných přeroste ve smrtelnou cirhózu. Virus této žloutenky byl ve světě objeven teprve v roce 1989 a podobně jako u viru HIV se na něj krevní konzervy dlouho netestovaly. Vedení nemocnice se proto hájilo, že lékaři žádné povinnosti nezanedbali. Chlapcova rodina původně požadovala šest milionů. „Zdraví mu sice nevrátí, ale mohou mu trochu zpříjemnit život. Možná bude časem potřebovat transplantaci jater,“ uvedla matka. Odškodné stanovil advokát František Novotný. „Částka byla padesátinásobkem sumy, kterou stanoví vyhláška,“ podotkl. „Vycházel jsem z věku dítěte. Ta nemoc zásadně ovlivní celý jeho život,“ dodal František Novotný. Je přesvědčen, že neustanou soudní spory, v nichž se bude bojovat o mnohem vyšší odškodné, než stanoví vyhláška. Ať už ministerstvo zdravotnictví určilo jakékoli ceny zdraví a života.

Cena léku: pět set, nebo také nic

Než v lékárně zaplatíte vysoký doplatek za lék, zeptejte se lékárníka či lékaře, zda byste ho někde jinde nemohli pořídit levněji. To je jediná rada pro pacienty v době, kdy zcela legálně platí, že co lékárná, to mnohdy jiná cena léku. Rozdíly dosahují desítek, ale u dražších léků třeba i stovek korun. Například v lékárně v Praze na Velké Ohradě měla původně jedna z pacientek zaplatit za čtyři balení léku na snižování cholesterolu SimvaCard dohromady dva tisíce korun, zatímco dříve doplácela po dvou korunách čtyřiceti haléřích. V nedaleké lékárně v Nových Butovicích, kam se pak vydala na radu lékaře, nakonec neplatila vůbec nic. Další žena, tentokrát z Rakovníka, doplatila za lék Lipostat v lékárně na tamějším Husově náměstí 255 korun, ale v Tyršově ulici ho sehnala s doplatkem padesátikorunovým. Lékárníci tvrdí: Rozdíly v žádném případě nejdou do našich kapes. Bylo by lepší, kdyby ceny byly všude stejné. Ale dnes je to nereálné, chyba je v systému. Bohužel ani lékař,



který předepisuje recept, ani lékárník nemusí mít přehled, kolik se kde doplácí. Důvodů, proč se ceny liší, je více.

1. Příliš časté změny v úhradách. Tedy částkách, které za medikamenty proplácení zdravotní pojišťovny. Ty se mění každého čtvrt roku a většinou směrem dolů. Pojišťovny tak tlačí výrobce, aby i oni zlevňovali, jinak by byl lék neprodejný. Jenže lékárníci mají mnohdy ještě zásoby nakoupené za původní ceny a mají právo je za ně doprodat. To byl také případ SimvaCardu. „Měli jsme ten pětisetkorunový doplatek v počítači. Ale po pacientech v takových případech doplatek většinou nechceme. Pak jde ovšem ztráta na náš účet,“ uvedla Jiřina Bártková, vedoucí lékárny, kde byl doplatek za lék 500 korun. „Dokud se budou úhrady měnit každé čtvrtletí, bude to tak pořád,“ dodala.

2. Lékárna sežene lék u distributora levněji. To byl případ Lipostatu. „Nízký doplatek padesát korun jsme ale měli jen krátce, sehnali jsme totiž léky, jimž měla zakrátko vypršet záruční lhůta,“ uvedla rakovnická lékárnice Jaroslava Roučková. Podle mluvčího lékárnické komory Jan Horáčka existují ještě další důvody rozdílných cen:

3. Nerovné podmínky lékáren. „Velká lékárna odebírá množství léků a distributori jí pak dávají množstevní rabat. Malá lékárna na malém městě ale nemá šanci a léky v ní jsou pak dražší,“ uvedl Horáček.

4. Přetahování mezi lékárnami. Podle Horáčka některé lékárny nevybírají přechodně žádné doplatky, platí ztrátu ze svého, a když si přetáhnou pacienty, ceny zase zvednou.

5. Nekalé praktiky výrobců léků, kdy dealeri tlačí na lékárníky, aby doplatky snížili na svůj úkor. „Uvedu konkrétní příklad: přišel zástupce firmy XY a ptal se, jak moc jde na odbyt jejich lék. Řekl jsem, že moc ne, doplatek je vysoký. Opáčil, ať ho snížím. Jinak prý řekne panu doktorovi, aby pacienty posílal s receptem do jiné lékárny, kde se už dohodl,“ líčí svou zkušenost lékárník Horáček. S něčím podobným se setkala i lékárnice z Husova náměstí v Rakovníku. Lékárnická komora se už dlouho snaží prosadit, aby léky měly vždy po jeden rok pevnou cenu ve všech lékárnách. „Lékařství by nemělo být předmětem konkurence v tom, jaké tam pacienti platí doplatky, není to vůči nemocným etické,“ tvrdí Horáček. Tento návrh však opakovaně naráží na protiaargumenty - například ten, že ceny léků a tedy i doplatky by se tak na celý rok vždy zablokovaly, a nemohly by tudíž ani zlevnit. „Jsme pro pevné ceny, ale jen v případech, že bude zaručeno, že někdo ty ceny skutečně dobře dohodne. Dnes je to tak, že ceny jsou někdy zbytečně vysoké - a ty by se tak jenom zafixovaly,“ uvedla Ludmila Honzáková z Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Stejně ceny léků?

- Více než polovina lidí (54%) velmi vadí rozdílné doplatky v různých lékárnách, ALE 18 procent je naopak vítá jako projev konkurence,
- Největší počet lidí (39%) nikdy nevyhledává lékárnu s nejnižším doplatkem, ALE čtvrtina to naopak dělá pokaždé a 37% někdy.

I N Z E R C E

Redakční rada upozorňuje, že v nově zřízené rubrice INZERCE je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod.

Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.

Přijmeme dětského lékaře

Dětského lékaře přijme Zdravotní středisko Pernink - okres Karlovy Vary. Dětský obvod splňuje kritéria pro přidělení statutu malá praxe. Byt 2 + 1 k dispozici. Tel.: 0607 244 730.

Hledám zástup v ordinaci PL

Praktický lékař pro děti a dorost hledá zástup v ordinaci od V. 2002 asi na 4 měsíce - operace. Praha 4, tel. ordinace: 02 - 791 90 10, tel. domů večer: 02 - 7277 0630.

Dětská lázeňská léčebna hledá pediatra

Dětská lázeňská léčebna Lázně Kynžvart (Karlovarský kraj, spádové město Mariánské Lázně) přijme do trvalého pracovního poměru lékaře s atestací I.stupně z pediatrie i před dokončením (případně i důchodce na výpomoc).

Nabízíme:

Velice dobré platové podmínky
Přidělení služebního bytu 2+1 nebo 4+1
Krásné a zdravé prostředí
K dispozici bazén, sauna, fitness v areálu léčebny

Léčebna je zaměřena na léčbu nespecifických onemocnění dýchacích orgánů a nemocí kožních. Kapacita léčebny 305 lůžek, 130 zaměstnanců. Bližší informace najdete na stránkách http://web.telecom.cz/detska_lecebna případně podá ředitelka léčebny na tel.0165/672160

Hledám zástup v ordinaci PLDD na letní období

Hledám dětskou lékařku se soukromou praxí z Prahy 6,5,13 eventuelně okolí (Praha západ), která má zájem o reciproční zástup v ordinaci v době letních prázdnin. Zkrácené ordinace hodiny, vzájemné dojíždění do ordinací. Zn.: Dohoda
Tel.: 0602 315 126

Hledám pediatra - asistenta

Hledám praktického lékaře pro děti a dorost jako zaměstnance - asistenta na úvazek 0,5 do ordinace PLDD v Praze na 2-3 roky. Možnost pozdějšího převzetí praxe v rámci programu generační výměny. Zn.: tel - 02/66010119