

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

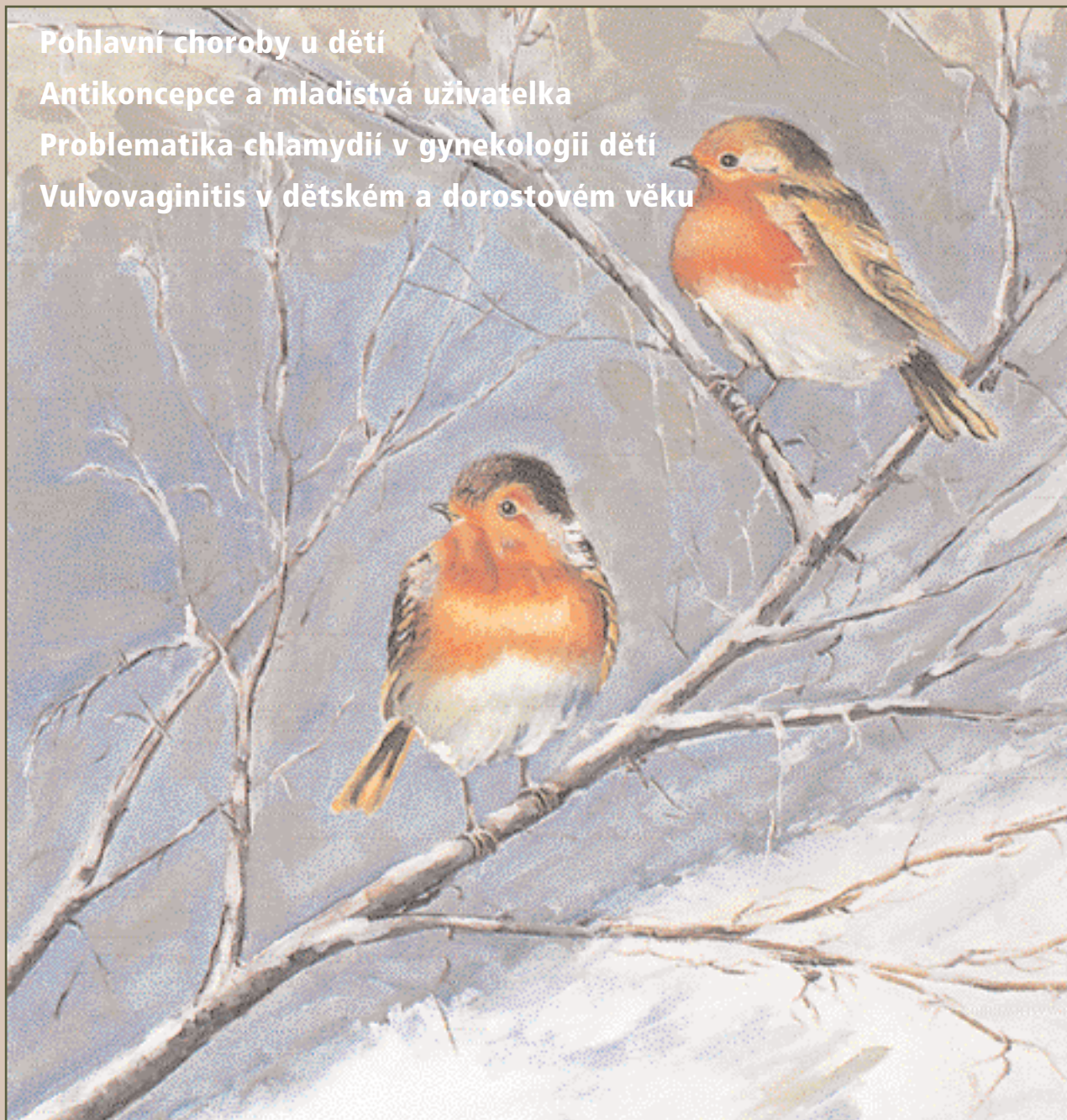
únor 2005 ■ číslo 2 ■ ročník 5

Pohlavní choroby u dětí

Antikoncepce a mládí u uživatelky

Problematika chlamydií v gynekologii dětí

Vulvovaginitis v dětském a dorostovém věku



OSPDL ČLS JEP

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10
sekretariát:

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

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

www.detskylekar.cz

Časopis garantován

Sdružením praktických lékařů
pro děti a dorost ČR

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

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku časopisu Děti a my.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Bc. Veronika Drahovzalová
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 065, GSM: 602 873 761 - jen pro inzerenty
e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Adresa vydavatelství:

MEDIX Branická 141, 147 00 Praha 4

tel.: 261 260 412, e-mail: vox@imedix.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc leden	5
Výpis z jednání Koalice ambulantních lékařů	5
Provozovatelé soukromých lékařských praxí a daň z přidané hodnoty	6
Praktický lékař a silniční daň	7
Novinky od IZIPu	8
Změny ve způsobu omlouvání žáků a studentů v souvislosti s novým školským zákonem	10
Problematika tzv. úhradové vyhlášky pro 1. pololetí 2005	11



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP	15
MUDr. J. Nováková Pohlavní choroby u dětí	16
MUDr. D. Makalová Antikoncepce a mladistvá uživatelka	22
MUDr. P. Koliba a kol. Přehled současných možností antikoncepce	25
MUDr. P. Koliba a kol. Problematika chlamydií v gynekologii	29
MUDr. R. Vetešníková-Koubová Vulvovaginitis v dětském a dospověm věku	32
Program doškolovacích kurzů pro lékaře - pediatry	34
MUDr. R. Vetešníková-Koubová, MUDr. Štěpánka Čapková Kazuistika: Syphilis u 21 měsíční romské dívky	36



Aktuality	38
Řádková inzerce	42



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s. r. o.

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



Vážené kolegyně, kolegové,

jak jsem Vás již informovala v minulém čísle časopisu VOX, proběhly v naší Odborné společnosti volby nového výboru.

Ještě jednou děkuji všem, kdo mi poslali hlas, děkuji kolegům z výboru za vyslovení důvěry do dalšího období, kdy budu stát v čele OSPDL. Pouze výrazný mandát dává možnost něco zlepšit, změnit, případně pomoci zachovat alespoň tak, jak tomu je nyní.

Říkám-li zlepšit, mám na mysli podmínky pro vzdělávání, vyjasnit financování vzdělávání našich budoucích kolegů, napomoci odborně pozdvihnout naši profesi praktických dětských lékařů. Změnit odmítavý postoj k zavádění nových metod, byrokratický přístup ze strany některých orgánů a některých jedinců. Zachovat dobré vztahy s mnoha partnery, tedy organizacemi i jedinci, jejichž budování bylo dlouhodobou záležitostí a jež mnohem více napomáhají dosažení dílčích úspěchů v oboru a v naší profesi.

Bohužel daleko více úsilí věnujeme zachovávání toho, co již bylo dosaženo. Neustále se mění reprezentace na Ministerstvu zdravotnictví bohužel s sebou přináší i potřebu dokola opakovat již řečené a vyvracet myšlenky z našeho pohledu jdoucí nesprávným směrem. OSPDL je dnes jediným reprezentantem v oboru praktické lékařství pro děti a dorost věnujícím se soustavně kontinuálnímu vzdělávání praktických dětských lékařů, a to v páteřních tématech, v oblasti vakcinace a v dalších tématech garantovaných po odborné stránce na základě udělovaných certifikátů, kterými se snažíme šetřit do té míry, aby neklesla odborná úroveň a byla zajištěna dostatečná nabídka co do rozsahu a dostupnosti jednotlivých akcí.

Dále budeme na stránkách tohoto časopisu na jedné stránce přinášet aktuální informace z činnosti OSPDL, informace o akcích, odborná sdělení, aktuální doporučení týkající se našeho oboru.

Paralelně je najdete také na našich internetových stránkách www.detskylekar.cz.

S pozdravem všem kolegům

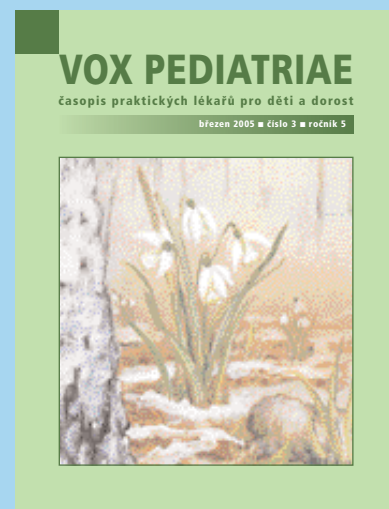
*MUDr. Hana Cabrnchová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP*

**Syndrom rizikového chování
v dospívání**

**Zneužívání anabolických
steroidů v mezinárodním kontextu**

**Podpůrné prostředky
ve fitcentrech**

**Motivace a demotivace příjmu
anabolických steroidů v ČR**



seznam inzerujících firem

AVENT
BOEHRINGER INGELHEIM
BOOTS HEALTHCARE
HERO
HIPP
LIFTEC CZ
ORION DIAGNOSTICA
STIEFEL LABORATORIES
UCB PHARMA
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

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

Členy Výboru zpravidla

zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

14,00 - 20,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

15,00 - 18,00 - MUDr. Eva Vitoušová

Středa

16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová

13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn

17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc leden 2005

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc leden se stal tentokrát měsícem boje o tzv. úhradovou vyhlášku. I když se tomuto problému věnujeme podrobněji na jiném místě našeho časopisu, je třeba zmínit značný chaos provázející vydání této vyhlášky. Téměř denně jsme se setkávali s různým zněním, prohlášení stíhalo prohlášení a kdo nakonec vyhrál? Domnívám se, že odpověď na tuto otázku dá až čas. Osobně se domnívám, že jsme všichni prohráli. Ministerstvo se stane terčem kritiky, zdravotní pojišťovny se nejspíš budou potýkat s nedostatkem finančních prostředků, poskytovatelé asi budou márně netrpělivě očekávat platby za svou činnost v termínech dohodnutých ve smlouvách a nepříznivé klima se nejspíše odrazí i na kvalitě a dostupnosti zdravotní péče a tak nakonec chtě nechtě neřešení, resp. nepříliš šťastné řešení pozná i pacient. Kam až musí stav zdravotnictví dojít, aby se problémy začaly skutečně řešit...

7. 1. - na Ministerstvu zdravotnictví ČR proběhl další z pokusů dořešit problematiku novely Seznamu výkonů s bodovými hodnotami, který měl již od 1.1. platit, jenže trvají diskuse nad indexy práce lékařů dle dosaženého vzdělání, ani toto jednání však nevedlo k dořešení problému, snad příště..

20.1. - společným jednáním začalo dohodovací řízení o cenách na 2.pololetí letošního roku, otázkou zůstává, zda se bude nadále rozhodovat o cenách na tomto jednání, či to opět skončí rozhodnutím MZd a vydáním „úhradové vyhlášky“, k určitému posunu došlo v přístupu některých zdravotních pojišťoven, některé již pochopily, že pro seriózní jednání musí být k dispozici relevantní údaje a ty mají v dnešní době jenom ony

20. 1. - na svém jednání se sešla Koalice soukromých lékařů, o tomto jednání blíže informujeme na jiném místě časopisu

24. 1. - jednala zdravotní sekce Unie za-

městnatelských svazů, Koalice soukromých lékařů přijala členství v této organizaci a tak po letech došlo k obnově vzájemné spolupráce, za pozitivní pak lze hodnotit základní stanovisko, že do odsouhlasení jasné koncepce zdravotnictví není možné podpořit vydávání legislativních norem, které někdy až zásadním způsobem mění současný systém

25. 1. - na svém pravidelném jednání se sešla také analytická komise našeho Sdružení, tato komise čím dál více řeší problematiku vzniku ceníku práce praktického lékaře pro děti a dorost, současný systém ohodnocení naší práce již není dále udržitelný, jaké cesty zvolit bude jistě předmětem mnoha dalších jednání

28.1. - České zdravotnické fórum se na své schůzce zabývalo hodnocením uplynulé činnosti a výhledem do budoucna, i když zazněly mnohé kritické hlasy, účastníci se shodli na tom, že by byla škoda zrušit potenciál platformy, která

soustředila mnoho lidí majících dlouholeté zkušenosti s našim zdravotnictvím, mohla by vzniknout zajímavá opozice připravované koncepce zdravotnictví

28.1. - tradičně v lednu se scházejí regionální pokladníci našeho Sdružení s ing. Adamcem, daňovým poradcem, který zároveň vede účetnictví našeho Sdružení, předmětem byl především přechod na účtování DPH, což je novinka od letošního roku, s kterou se budeme muset vyrovnat; na toto jednání pak navázalo Předsednictvo, které se zabývalo pochopitelně aktuální situací v našem zdravotnictví a řešena byla i problematika jednotlivých regionů

29.1. - zúčastnil jsem se Kongresu praktických lékařů, velmi dobrá úroveň, velmi dobrá prezentace profesní organizace praktických lékařů pro dospělé, měli bychom o něčem takovém uvažovat i my.

Výpis z jednání Koalice ambulantních lékařů

20. ledna 2005

1. Spolupráce se zdravotními pojišťovnami

Účastníci jednání diskutovali o neochotě zdravotních pojišťoven poskytovat data pro jednání analytické komise. Dr. Pekárek požádal přítomné o společný postup všech organizací Koalice v případě, že některá ze sdružení budou uvažovat o podání stížnosti k soudu.

Zástupci Koalice projednali další postup při jednání se zdravotními pojišťovnami, který formulovali do následujících 5 požadavků:

1. Cenové dodatky předkládat bez jiných ustanovení
2. Všechny dodatky plošného charakteru předem projednat s Koalicí soukromých lékařů
3. Poskytnout informaci o tom, jakým způsobem budou zdravotní pojišťovny přistupovat k ambulantním zařízením v roce 2006
4. Řádně provádět revizní a analytickou činnost

5. Poskytovat data.

2. Vyhláška MZ ČR, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2005

Zástupci Koalice shodně konstatovali, že způsob, jakým byla vyhláška vydána, je v rozporu s obvyklým legislativním postupem, vydání takové vyhlášky v minulosti je řešeno dokonce jako stížnost k Ústavnímu soudu, navíc zvýhodňuje některé segmenty oproti ostatním bez patřičného zdůvodnění a bude ve svém důsledku s největší pravděpodobností znamenat zpoždění úhrad za zdravotní péči všem. Vzhledem k tomu, že nebyla známa poslední verze textu, který ministryně podepsala, nemohla Koalice na tomto jednání vydat k této problematice společné stanovisko.

3. Jednání sekce zdravotnictví a zdravotních pojišťoven Unie zaměstnavatelských svazů dne 24. 1. 2005

Jednání se podle dohody z předchozí schůzky Koalice zúčastní Dr. Neugebauer, současný mluvčí. K návrhům zákonů, které mají být v sekci projednány zaujali zástupci Koalice shodné stanovisko - MZ ČR by nemělo předkládat žádné návrhy legislativních změn do přijetí koncepce zdravotnictví.

4. Různé

Dr. Pekárek informoval o zasilání aktuálních informací členům ČSK prostřednictvím SMS zpráv. Tuto službu poskytuje ČSK externí operátor na základě databáze aktuálních čísel mobilních telefonů členů komory.



Provozovatelé soukromých lékařských praxí a daň z přidané hodnoty

Ing. František Elis

daňový poradce

Přestože nový zákon o dani z přidané hodnoty (DPH) platí již téměř rok, neustále se vyskytují dotazy ohledně případné registrace privátních lékařů k DPH. Tento článek si klade za cíl alespoň rámcově problematiku DPH ve vztahu k provozovatelům nestátních zdravotnických zařízení vysvětlit.

1. Problematiku řeší zákon č. 235/2004 Sb. o dani z přidané hodnoty ze dne 1. dubna 2004.

2. Tento zákon v § 5 vymezuje osoby povinné k dani. Z pohledu provozovatelů privátních lékařských praxí je důležité, že obecně osobou povinnou k dani je fyzická nebo právnická osoba, která **samostatně uskutečňuje ekonomické činnosti**. Ekonomickou činností se pro účely zákona o DPH rozumí činnost výrobců, obchodníků a osob poskytujících služby včetně činnosti vykonávaných podle zvláštních právních předpisů, tedy i nezávislá činnost lékařů.

Podle shora uvedeného vymezení osob povinných k dani a definování ekonomické činnosti, spadají tedy i provozovatelé privátních lékařských praxí mezi osoby povinné k DPH.

3. Zákon však hned v následujícím § 6 uvádí **osoby sice povinné k DPH, ale od uplatňování DPH osvobozené**. Jedná se o takové osoby, které mají sídlo a místo podnikání v tuzemsku, jejichž obrat nepřesáhne za nejbližších 12 předcházejících po sobě jdoucích kalendářních měsíců částku 1 000 000 Kč. Takováto osoba povinná k dani se nestává plátcem, protože nepřekročila registrační limit a ani se neregistrovala dobrovolně.

Klíčovým pojmem pro registraci osob povinných k dani je pojem „obrat“. Obratem se pro účely zákona o DPH rozumí výnosy (u osob vedoucích účetnictví) nebo příjmy (u osob, které účetnictví nevedou - vedou např. daňovou evidenci) za uskutečněná plnění s výjimkou plnění, která jsou osvobozena bez nároku na odpočet daně. Do obratu se také

zahrnují příjmy z převodu a nájmu pozemků, staveb, bytů a nebytových prostor (i když jsou osvobozeny od daně bez nároku na odpočet), které nejsou příležitostnou činností osoby povinné k dani. Do obratu se nezahrnují příjmy z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.

4. Pro správné vymezení pojmu obrat je dále nutné vědět, co zahrnuje pojem „**uskutečněná zdanitelná plnění**“. Tento pojem není v zákoně výslovně definován. Jedná se v zásadě o souhrn:

- a) zdanitelných plnění, tedy plnění podléhající DPH na výstupu v sazbě 19% nebo 5%
- b) plnění osvobozených od DPH bez nároku na odpočet
- c) plnění osvobozených od DPH s nárokem na odpočet

5. Z dosud uvedeného vyplývá, že ti provozovatelé privátních lékařských praxí, kteří nedosahují celkového obratu z provozu praxe za období 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců (nikoliv tedy v průběhu kalendářního roku) v částce 1 000 000 Kč a neuskutečňují samostatně žádné další ekonomické činnosti, se ze zákona nestanou plátcem DPH.

6. Ti z provozovatelů privátních lékařských praxí, kteří obrat 1 000 000 Kč za období 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců přesahují, musí zkoumat, která uskutečněná zdanitelná plnění se do tohoto obratu (pro účely zákona o DPH) nezapočítávají. Nezapočítávají se ta, která jsou od DPH osvobozena bez nároku na odpočet daně. Mezi takováto plnění jsou dle § 58 zahrnuty zdravotnické služby a zboží. Zdravotnickými službami se pro účely zákona o DPH rozumí služby zdra-

vozní péče a související služby poskytované oprávněnými subjekty pacientům a osobám, jimž je taková péče určena, a vymezené zvláštními právními předpisy. Za zdravotnické služby se nepovažují zdanitelná plnění uskutečňovaná očními optikami.

Oprávněné subjekty vymezuje zákon č. 548/1991 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 161/1993 Sb. a zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve změně pozdějších předpisů. Z ustanovení těchto právních předpisů jednoznačně vyplývá, že oprávněnými osobami mohou být jak státní instituce, tak nestátní zařízení, tedy soukromé lékařské praxe.

Zdravotnické služby vymezuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Služby související se službami zdravotní péče nejsou vyčerpávajícím způsobem definovány. Jako příklad takovýchto služeb se zpravidla uvádí stravování pacientů v nemocnicích.

b) Od DPH je osvobozeno dodání zboží, které je spotřebováno v rámci zdravotnických služeb uvedených v předchozím bodě (bod a). Od daně je osvobozeno dodání lidské krve a jejích složek k přímému klinickému využití, lidských orgánů, tkání nebo mateřského mléka. Od daně je osvobozeno též dodání stomatologických výrobků, které jsou zdravotnickými prostředky podle zvláštních právních předpisů, stomatologickými laboratorními včetně oprav tohoto zboží. **Od daně není osvobozen výdej a prodej léčiv, potravin určených pro zvláštní výživu nebo zdravotnic-**



kých prostředků na lékařský předpis i bez lékařského předpisu.

Od DPH je tedy osvobozeno dodání protéz a dalších pomůcek zubními laboratořemi a to i bez poskytnutí zdravotnického výkonu zatímco výdej a prodej léčiv, potravin pro zvláštní výživu a zdravotnické prostředky od DPH osvobozeny nejsou. Osvobození je však možné v případě dodání těchto výrobků v rámci zdravotnické péče.

Přesto, že vymezení osvobození zdravotnických služeb a zboží je poněkud složité, je z uvedeného nade vše pochybnost zřejmá, že provozovatelé privátních lékařských praxí uskutečňují v naprosté většině případů právě plnění od DPH osvobozená, a to bez nároku na odpočet. Proto, pokud samostatně neuskutečňují žádné další ekonomické činnosti, se ani oni ze zákona nestanou plátcí DPH.

7. Dále je nutno vzít v úvahu další skupinu provozovatelů privátních lékařských praxí, která pronajímá nemovitosti způsobem, který nelze charakterizovat jako příležitostnou činnost (příležitostný pronájem). Přesto, že se jedná o plnění osvobozené od DPH bez nároku na odpočet pro účely stanovení obrátu k povinné registraci, je nutné tyto příjmy z pronájmu do celkového obrátu zahrnout. Pokud tedy provozovatel lékařské praxe má pravidelné měsíční příjmy z pronájmu ve výši

100 000 Kč, bude se muset před dosažením obrátu 1 000 000 Kč zaregistrovat k DPH.

V praxi to bude znamenat především administrativní zátěž, neboť poskytnuté zdravotnické služby budou i nadále od DPH osvobozeny, stejně tak jako pronájem nemovitostí (pozemků, staveb, bytů a nebytových prostor). Dani z přidané hodnoty bude tedy podléhat např. nákup a prodej dětské výživy realizovaný jako doplňková činnost v praxi lékaře pro děti a dorost nebo obdobné aktivity.

8. Další skupinou budou ti provozovatelé lékařských praxí, kteří současně s provozem praxe uskutečňují samostatně další ekonomické činnosti. Pokud tato další ekonomická činnost překročí za nejbližších 12 předcházejících po sobě jdoucích kalendářních měsíců částku 1 000 000 Kč, stanou se rovněž plátcí DPH. Protože zabezpečování provozu lékařské praxe jejich provozovatele zpravidla plně vytěžuje, bude takových případů v praxi patrně pouze naprosté minimum.

9. Z dosud uvedeného je zřejmé, že převládající část privátních lékařů se nestane plátcem DPH. V případě pochybností nelze než doporučit posouzení každého jednotlivého případu odborníkem za účelem vyvarování se rizik z možných nepříznivých dopadů v budoucnu.

10. Je třeba rovněž upozornit na to, že osoba povinná k dani se sídlem a místem podnikání v tuzemsku, která uskutečňuje pouze plnění osvobozená od daně, není oprávněna podat přihlášku k registraci k DPH. Jinými slovy - lékař, který provozuje privátní lékařskou praxi, ve které uskutečňuje pouze plnění osvobozená od DPH (poskytuje výhradně služby zdravotní péče) se nemůže dobrovolně zaregistrovat jako plátec DPH. Myšlenka dobrovolné registrace se občas v dotazech vyskytne např. v případech nákladného vybavování specializovaných ordinací zdravotnickou, ale i jinou technikou, na kterou by bylo možno uplatnit odpočet DPH.

Závěrečné shrnutí:

- Provozovatel běžné privátní lékařské praxe nemusí mít zpravidla obavu, že se bude muset zaregistrovat k DPH (nestane se plátcem DPH).

- Případy provozovatelů lékařských praxí vymykající se z běžného trendu, je nutno nechat posoudit individuálně.

- V případě, že se provozovatel praxe stane plátcem DPH, jedná se sice o zvýšení administrativní náročnosti, ale zpravidla s nulovými nebo pouze minimálními ekonomickými dopady na provoz praxe.

Praktický lékař a silniční daň

Ing. František Elís

daňový poradce

Z pohledu privátních lékařů provozujících praxi, by se zjednodušeně předmětné ustanovení zákona č.635/2004 Sb., který nabyl účinnosti dnem 16. ledna 2005, dalo reprodukovat tak, že od daně (silniční) jsou osvobozena:

1. vozidla zdravotnické záchranné služby. Ta musejí být vybavena zvukovým výstražným zařízením a zvláštním výstražným světlem modré barvy zapsanými v technickém průkazu k vozidlu

2. další vozidla zdravotnická nevybavená zvukovým výstražným zařízením a zvláštním

výstražným světlem modré barvy. Rozhodné je jejich označení v technickém průkazu vozidla (např.sanitní, ambulantní apod.).

Jedná se tedy o to zda se dá osobní automobil používaný privátním lékařem provozujícím praxi a zařazeným do obchodního majetku (do podnikání) lékaře pohlížet jako na vozidlo zdravotnické. Či lépe a přesněji zda je toto vozidlo (osobní automobil) jako zdravotnické specifikováno v technickém průkazu vozidla (velkém TP).

Rozdělení vozidel řeší zákon č. 56/2001Sb. s platností od 1.7.2001. Dle tohoto

zákona by se muselo jednat o druh vozidla - osobní automobil, skupinu - sanitní nebo záchranný. Osobní automobily sanitní zákon ještě dělí dle karoserie na DHR (pro dopravu nemocných a raněných) a RZP (rychlé záchranné pomoci).

Z výše uvedeného si dovoluji odvozovat, že osobní automobil používaný privátním lékařem provozujícím praxi se jako zdravotnický specifikovat nedá, od daně silniční osvobozen není a jakákoliv samolepka či nápis na karoserii vozidla na tom nic nemění.



Novinky od IZIPu

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Lilly Ahou Kolesová

IZIP, s.r.o

■ IZIP roste

V květnu loňského roku jsme Vás na stránkách VOX PEDIATRIAE informovali o stavu systému IZIP, elektronických Zdravotních knížek. V té době mělo tuto knížku zřízeno přibližně 170 tisíc klientů a v systému bylo registrováno tři tisíce zdravotnických pracovníků. Letos v lednu už Zdravotní knížku užívalo 415 tisíc klientů a zaregistrováno bylo 4 900 zdravotnických pracovníků. Co je ale nejpodstatnější, prudce stoupá vlastní používání této knížky, počet zápisů totiž stoupl z počtu 249.011 v loňském roce na 886.303 v roce letošním

Systému IZIP se daří díky růstu uživatelů a zapojených zdravotnických pracovníků, ale i díky podpoře ministerstev. Podporu mu v letošním roce nově vyjádřilo ministerstvo informatiky. Ministerstvo zdravotnictví již předpokládá, že v rámci plánovaného zavádění zdravotních knížek dá pacientům na výběr mezi formou papírovou a internetovou. Každý si tedy bude moci rozhodnout, jaká forma bude pro něho přínosnější.

■ IZIP testuje záchranná služba

Testuje se funkčnost a bezpečnost

Charakter elektronických Zdravotních knížek, které jsou přístupné prostřednictvím internetu, nabízí řadu možností, jak zlepšit péči o pacienty. Vedení projektu IZIP proto iniciovalo pilotní projekt využití Zdravotních knížek na internetu zdravotnickou záchrannou službou. Projekt byl zahájen v listopadu loňského roku v Královéhradeckém kraji.

Podle ředitele společnosti IZIP MUDr. Tomáše Mládka je v rámci pilotního projektu testována nová, vyšší úroveň zabezpečení systému IZIP proti neoprávněnému přístupu a systém je optimalizován tak, aby byl využitelný i pracovníky záchranné služby. „Musíme nastavit systém přístupu do Zdravotní knížky tak, aby lékaři záchranné služby dostali relevantní informace o zdravotním stavu pacien-

ta, aby je dostali včas a aby je získání těchto informací nijak nezdržovalo,“ řekl Tomáš Mládek.

Centralizovaná záchranná služba

K testování systému IZIP je Královéhradecký kraj v tuto chvíli asi nejvhodnější ze všech krajů v ČR a to proto, že zde byla zdravotnická záchranná služba již sjednocena do jednoho subjektu, což znamená, že z jednoho operačního střediska jsou záchranné akce řízeny pro více než půl milionu lidí.

Všechna hlášení, která jsou směřována k záchranné službě, jsou ukládána v informačním systému Záchranné zdravotnické služby Královéhradeckého kraje. Tato získaná data mohou být automaticky odesílána do elektronických Zdravotních knížek pacientů. „Z těchto informací se mohou praktičtí lékaři, příslušní ambulantní specialisté ale i nemocniční lékaři dozvědět o zásazích u pacientů v přednemocniční neodkladné péči, dozví se navíc i o jejich léčbě a návrhu dalšího řešení vzniklého zdravotního problému, například i o návrhu k hospitalizaci,“ řekl Ladislav Žabka, ředitel ZZS KHK.

Přístup přes biometrický kód

Přístup do Zdravotní knížky v takovém případě probíhá následovně: Pracovník operačního střediska záchranné služby vyřídí telefonní hovor, ve kterém je žádána rychlá zdravotní pomoc, a vyžádá si údaje daného pacienta. Jméno a příjmení, bydliště a rodné číslo. Zhodnotí, která posádka rychlé záchranné služby je místu nejbližší, a vůz (případně vrtulník) vyšle. Poté na základě zadaných údajů o pacientovi spustí vyhledávání, zda pacient má zřízenou elektronickou Zdravotní knížku. Pokud ano, provede svoji osobní autorizaci do systému IZIP (čipovou kartou a otiskem prstu), čímž se mu otevře přístup do zdravotní knížky. Ze základního menu může přímo vstoupit do tzv. emergentních údajů pacienta, tedy do speciálně vybraných údajů, které jsou pro zásah záchranné služby rele-

vantní. Zjistí údaje a pomocí vysílačky je sdělí lékaři, který jede k pacientovi.

Za normální situace nemůže nikdo bez souhlasu pacienta do Zdravotní knížky vstoupit. I ošetřující lékař do ní může nahlédnout jen v případě, kdy mu to pacient umožní. Jediným případem, kdy lékař může vstoupit do této knížky bez tohoto svolení, je právě zákrok zdravotnické záchranné služby, neboť se předpokládá, že pacient může být v bezvědomí, šoku nebo nemusí být schopen komunikovat.

Po ukončení pilotního projektu bude systém IZIP upraven podle získaných skutečností a nabídnut dalším Zdravotnickým záchranným službám v České republice. Délka trvání pilotního projektu zatím nebyla stanovena.

■ IZIP v průzkumu veřejného mínění

Až devadesát procent obyvatel České republiky si myslí, že zdravotní knížky by mohly být užitečné. Pokud by si měli vybrat, 45 % by volilo zdravotní knížku na internetu, 42 % v papírové formě. Tyto a další výsledky přinesl průzkum veřejného mínění společnosti DEMA pro společnost IZIP, která v České republice zdravotní knížky na internetu zavádí.

Téměř 85 % lidí si myslí, že zdravotní knížka by mohla zamezit neúčelnému opakování vyšetření, resp. by mohla snížit zátěž pacienta zbytečným opakováním některých vyšetření, podle 81 % by mohla předejít nevhodnému užívání léků současně, 79 % lidí si myslí, že zdravotní knížka se může významně podílet na urychlení stanovení diagnózy a podle 60 % lidí by mohla přinést celkové zlepšení zdravotní péče. Šetření společnosti DEMA se zúčastnilo 1013 respondentů nad 18 let. Uvedená procenta jsou součtem odpovědí „rozhodně ano“ a „spíše ano“.



■ IZIP a internet

3. listopadu 2004 byl představen v rámci veletrhu zdravotní techniky a farmacie MEFA v Brně projekt s názvem Internet zdarma. Pro zdravotnické pracovníky jej připravily společnosti MD Access, GTS CZECH a IZIP. Díky tomuto projektu mohou nyní lékaři a lékárníci získat bezplatný přístup k vysokorychlostnímu internetu a tím i možnost zapojit se do systému IZIP. Zároveň jim ale tato služba může usnadnit komunikaci s pojišťovnami, dalšími partnery a zpřístupnit nejnovější informace z oboru.

Internet zdarma přináší volný přístup na internet 7 dní v týdnu 24 hodin denně bez měsíčních poplatků, navíc uživatel si nebude

blokovat pevnou telefonní linku, protože použitá technologie ADSL umožňuje surfovat po internetu a telefonovat současně. Více informací naleznete na webových stránkách SPLDD ČR (www.detskylekar.cz), společnosti IZIP (www.izip.cz) nebo společnosti MD Access (www.mdaccess.cz).



Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky
Jihomoravský region
Odborná společnost praktických dětských lékařů
Česká společnost dorostového lékařství ČLS JEP



Vás srdečně zvou na

Jihomoravskou regionální konferenci SPLDD ČR a cyklus přednášek OSPDL,

konané ve dnech 19. - 20. března 2005
v hotelu Rustikal v Horní Cerekvi

PROGRAM:

Sobota 19.3.2005:

- 8,00 - 9,00 - registrace účastníků, prezentace farmaceutických a jiných firem formou stánků
 - 9,00 - 9,15 - zahájení konference
 - 9,15 - 10,00 - Kabíček P., Hamanová J.: Abusus návykových látek jako součást syndromu rizikového chování (SRCHD)
 - 10,15 - 12,00 - Frouzová M.: Možnosti a praktické postupy krátké intervence pacienta a jeho rodiny v praxi PLDD - 1. blok
 - 12,00 - 13,15 - Přestávka na oběd

 - 14,00 - 15,30 - Frouzová M.: Možnosti a praktické postupy krátké intervence pacienta a jeho rodiny v praxi PLDD - 2. blok
 - 15,30 - 16,10 - Hamanová J.: Sideropenie a životní styl dospívajících
 - 16,10 - 16,50 - Kabíček P.: Juvenilní hyperbilirubinémie a patologické hepatologické nálezy u abusu návykových látek
- Večer: raut, posezení s živou hudbou

Neděle 20.3.2005:

- 9,00 - 9,30 - zpráva o činnosti a hospodaření JMR SPLDD ČR
- 9,30 - 12,00 - vystoupení hostů - diskuse
- 12,00 - 13,15 - oběd
- 13,15 - 14,15 - Josef Vachta ml.: Rychlá diagnostika drogových závislostí
- 14,15 - 15,00 - Usnesení, závěr

Za přípravný výbor konference
MUDr. Ilona Hülleová

Poznámka:

Příjezd do Horní Cerekve (z dálnice): Jihlava - výpadovka na Pelhřimov, po 7 km odbočte vlevo na Třešť, Telč (přes Kostelec), v Třešti odbočte vpravo na Batelov, ten projedte rovně až do Horní Cerekve.



Změny ve způsobu omlouvání žáků a studentů v souvislosti s novým školským zákonem

Mgr. Jakub Uher

V první řadě je nutno uvědomit si, jaký byl právní stav před přijetím předmětného nového školského zákona č.561/2004 Sb.

K této otázce jsem se již v minulosti pro účely SPLDD vyjadřoval, takže pouze stručně shrnu:

1. lékař (ani zdravotnické zařízení) nebyl povinen vystavit na žádost žáka či zákonného zástupce potvrzení o návštěvě žáka (studenta) v ordinaci

Objevující se požadavky některých škol na doložení lékařského potvrzení zákonným zástupcem mohly být nesplnitelné, neboť **žádný právní předpis ošetřujícímu lékaři takovéto potvrzení vystavit neukládá**, a tudíž zákonný zástupce nemusel být schopen toto získat.

Zde lze nalézt určitou paralelu ve vztahu zdravotnické zařízení - zaměstnanec, kdy zaměstnanec musí prokázat zaměstnavateli důvod důležité osobní překážky v práci ve smyslu §127 zák.č.65/1965 Sb., zákoník práce (takovou překážkou je např. „vyšetření nebo ošetření ve zdravotnickém zařízení, které nebylo možno zabezpečit mimo pracovní dobu zaměstnance“). Platné nařízení vlády č.108/1994 Sb., kterým se provádí zákoník práce a některé další zákony, **zrušilo z ústavních důvodů povinnost zdravotnických zařízení vyhotovovat potvrzení o návštěvě pacienta v tomto zařízení**. V současné době tedy nemá ani zaměstnanec možnost donutit lékaře k vystavení písemného potvrzení o návštěvě.

Na tomto stavu se přijetím nového školského zákona nic nezměnilo, tedy i nadále není lékař povinen potvrzení (omluvenku) vystavit.

2. Škola přímo neměla právo na získání informací od lékaře

Za zcela **chybný jsem v minulosti označil postup, kdy škola se v případě pochybností obrací na lékaře s dotazem zda k ošetření či vyšetření v inkriminované době došlo**. Zde dochází zcela nepochybně k postupu contra legem, zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ukládá zdravotnickým pracovníkům v §55 **povinnost mlčenlivosti** o všech údajích, které se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Pokud by tedy k takovému sdělení došlo bez souhlasu zákonného zástupce, vystavuje se lékař trestnímu stíhání za trestný čin „neoprávněné nakládání s osobními údaji“.

Tento bod rovněž platí nezměněn i po přijetí nového školského zákona.

3. Škola měla možnost v určitých výjimečných případech nespolehat pouze na prohlášení rodi-

čů, ale vyžádat si další doložení

V praxi musela **být žádost o doložení směřována vždy na zákonného zástupce** (nikoli přímo na jinou osobu, např. lékaře), neboť dle příslušných ustanovení **on byl tím, který žádá o omluvení či oznamuje nepřítomnost**. Rodiči ovšem nemusel být schopen požadované doložení zajistit (viz bod.1. výše).

Ani na tomto bodu nic nový zákon nemění.

4. V minulosti jsem doporučoval, ačkoli nebylo povinností ošetřujících lékařů vystavovat potvrzení o vyšetření, ošetření, či o onemocnění žáka (studenta), toto v odůvodněných případech vystavit na žádost zákonného zástupce a předat k jeho rukám.

Aby nebylo požadováno toto potvrzení školami vždy, ale skutečně jen v odůvodněných případech, byla zahájena jednání s MŠMT a jejich výsledkem bylo vydání metodického pokynu č. Čj.:10 194/2002-14, který dával vodítko školám, jak mají při omlouvání postupovat. Dovolím si uvést citaci části tohoto metodického pokynu :

Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, preventivní a postihu záškoláctví

Čl. II. Způsob omlouvání nepřítomnosti, řešení neomluvené nepřítomnosti a postup zúčastněných subjektů

(1) *Nepřítomnost nezletilého žáka základní a střední školy ve škole omlouvá v souladu s platnými právními předpisy zákonný zástupce žáka (popřípadě vychovatel domova mládeže, pokud jde o nezletilého žáka střední školy ubytovaného v domově mládeže), zletilý žák omlouvá svou nepřítomnost sám.*

(2) *Základní a střední školy může požadovat, pokud to považuje za nezbytné, doložení nepřítomnosti žáka z důvodu nemoci ošetřujícím lékařem žáka, resp. praktickým lékařem pro děti a dorost a to pouze jako součást omluvenky vystavené zákonným zástupcem nezletilého žáka (popřípadě vychovatelem domova mládeže, pokud jde o nezletilého žáka střední školy ubytovaného v domově mládeže) nebo omluvenky vystavené zletilým žákem, a to pouze v případě, že nepřítomnost žáka ve škole přesáhne tři dny školního vyučování.*

(3) *Na dobu nepřítomnosti žáka ve škole, která předchází návštěvě lékaře žáka u ošetřujícího lékaře, resp. praktického lékaře pro děti a dorost, není tento lékař oprávněn vydat potvrzení o nemoci, neboť nelze jednoznačně a zodpovědně posoudit zdravotní stav žáka.*

(4) *Ve zcela výjimečných, individuálně stano-*

vených případech (především v případě časté nepřítomnosti žáka nasvědčující zanedbávání školní docházky) může škola požadovat jako součást omluvenky potvrzení ošetřujícího lékaře, resp. praktického lékaře pro děti a dorost, o nemoci žáka i v případě nepřítomnosti, která nedosahuje délky uvedené v odstavci 2.

Tedy shrnu-li:

Na dosavadním stavu, kdy zásadně omlouvá zákonný zástupce a škola si ve svém školním řádu stanoví podmínky, kdy bude vyžadovat doložení omluvy ještě jiným způsobem než prohlášením zákonného zástupce, se nic nezměnilo.

Trvá i stav, kdy zákonný zástupce nemusí toto doložení získat, neboť lékař není povinen jej vystavit.

Není žádný důvod zpřísnovat podmínky ve školních řádech, naopak stav, navržený výše uvedeným metodickým pokynem pokládám za uspokojivý. MŠMT v tomto pokynu doporučilo školám, aby zbytečně nevyžadovaly potvrzení lékaře. Naopak SPL DD doporučilo svým členům, aby v odůvodněných případech (dle tohoto metodického pokynu) omluvu potvrdili, byť nejsou povinni to učinit.

Metodický pokyn byl výsledkem snahy o dosažení konsenzu, a pokud by mělo dojít k zvyšování kvantity žádostí o vystavování omluvenek, je na straně lékařů možná obrana tím způsobem, že tyto nebudou vystavovat vůbec.

Skutečnost, že nový školský zákon nezavádí žádné nové povinnosti pro lékaře, a nic nemění na stavu, že způsob omlouvání stanovuje škola ve školním řádu (ten samozřejmě nemůže ukládat povinnosti dalším subjektům - např. lékařům) opírá se o níže uvedené citace z tohoto zákona:

Ustanovení § 50 odst. 1)

Zákonný zástupce žáka je povinen doložit důvody nepřítomnosti žáka ve vyučování nejpozději do 3 kalendářních dnů od počátku nepřítomnosti žáka. Podmínky pro uvolňování žáka z vyučování a omlouvání neúčasti žáka ve vyučování stanoví školní řád.

Ustanovení §67 odst.1)

Zletilý žák nebo zákonný zástupce nezletilého žáka je povinen doložit důvody nepřítomnosti žáka ve vyučování nejpozději do 3 kalendářních dnů od počátku jeho nepřítomnosti.

Ustanovení §67 odst.3)

Podmínky pro omlouvání neúčasti žáka ve vyučování a pro uvolňování žáka z vyučování stanoví školní řád.



Problematika tzv. úhradové vyhlášky pro 1. pololetí 2005

Začátek letošního roku se nesl v duchu mnoha diskusí kolem tzv. úhradové vyhlášky, tj. legislativní normy vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR řešící problematiku úhrad "vybraných" segmentů poskytovatelů zdravotní péče. Otiskujeme proto výběr čtyř dokumentů dokreslující situaci, která kolem vydání této normy vznikla. Jelikož se rozhodnutí ministerstva může dotknout každého z nás, a to ve smyslu případného zhoršení platební schopnosti zdravotních pojišťoven, pokládáme za nutné Vás s obsahem zveřejněných dokumentů seznámit.

Pro VOX PEDIATRIAE připravil: MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR

Prohlášení ze dne 13. ledna 2005 zástupců ambulantních zdravotnických zařízení k návrhu vyhlášky MZ, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2005

K rukám předsedy vlády, místopředsedy vlády pro ekonomiku a ministryně zdravotnictví.

Zástupci zdravotnických zařízení, přestože považují vydání vyhlášky řešící úhradu zdravotnickým zařízením od zdravotních pojišťoven v 1. pololetí 2005 za potřebné, nesouhlasí se současnou podobou jejího návrhu.

Důvody formální:

1. Text vyhlášky by neměl měnit pravidla pro úhrady a regulace, které byly naposledy dohodnuté mezi zástupci zdravotnických zařízení a zástupci pojišťoven, pokud by tyto změny tito zástupci předem neodsouhlasili. Ve většině segmentů jsou dohodnutá pravidla pro úhrady a regulace výsledkem dlouhodobého projednávání, kdy každý dohodnutý odstavec a slovo mají svůj přesný význam a jakákoli změna může mít zásadní vliv na vyváženost úhrad a regulací s možnými negativními dopady jak na zdravotnická zařízení, tak na zdravotní pojišťovny, ale i následně na pacienty.

2. Legitimní zástupci poskytovatelů smluvních zdravotnických zařízení oprávněných k jednání v dohodovacím řízení jsou dáni zákonem, jsou voleni svými členy - zdravotnickými zařízeními v příslušných segmentech. Tito vyjádřili svá stanoviska na společném jednání pojišťoven a zástupců zdravotnických zařízení na MZČR 9.12. 2004. Česká lékařská komora není ze zákona účastníkem dohodovacího řízení o úhradách zdravotní péče. Česká lékařská komora, občanské sdružení, není s ohledem na počet svých plných mocí oprávněna jednat samostatně o změnách způsobu úhrad v žádné části zdravotní péče.

Důvody obsahové:

A. Hlavní:

1. Vyhláška upravuje pouze úhrady v některých segmentech zdravotní péče, a to tak, že v těchto segmentech úhrady navyšuje, přičemž neexistují objektivní důvody pro zvýhodňování těchto segmentů.

B. Další:

1. Současný návrh vyhlášky v segmentu ambulantní péče navyšuje bez logického důvodu **významně více úhrady malým, hůře vybaveným ambulancím a ambulancím s nízkými úvazky** proti ambulancím s plnými úvazky a dobře vybaveným.

2. **Změna způsobu úhrady v segmentu ústavní péče může vyvolat zvýšení úhrad, které významným způsobem překročí avizovaný nárůst pouze o 3 %, a to například z důvodů dalšího navyšení úhrad v případech, kdy nemocnice ošetří více než 105 % unikátních pojištěnců (bez vazby na současný odpovídající nárůst počtu vykázaných a uznaných bodů).** S ohledem na podíl ústavní péče na celkových výdajích zdravotního pojištění **může dojít k významnému prohloubení deficitu veřejného zdravotního pojištění,** které by mělo za následek další prodloužení lhůt úhrad od VZP, ale i od ostatních zdravotních pojišťoven.

3. Vyhláška na jedné straně **nepočítá s regulací nákladů na léky a vyžádanou péčí v segmentu ústavní péče, na druhé straně zpřísnuje kriteria pro uplatňování těchto regulací v segmentu ambulantní specializované péče,** a to za situace, kdy z údajů analytické komise jednoznačně vyplývá, že náklady na léky na recepty vystavené v zařízeních ústavní péče se dlouhodobě zvyšují výrazně rychlejším tempem než náklady na léky vystavené ambulantními zdravotnickými zařízeními. Regula-

ce nákladů na léky a vyžádanou péči se dle vyhlášky uplatňuje i v případech, kdy zdravotnické zařízení ošetří statisticky nevýznamný počet pojištěnců dané zdravotní pojišťovny, přičemž vyhláška neobsahuje žádné ujednání, na jehož základě by zdravotní pojišťovna mohla od regulace ustoupit, resp. by ji mohla zmírnit.

4. Vyhláška zavádí bonifikaci zdravotnickým zařízením ambulantní specializované péče v případě úspory nákladů na léky a vyžádanou péči. **Pravidla pro tuto bonifikaci jsou však naprosto nedostatečná, neumožňují v praxi tuto bonifikaci uplatnit** (obdobně jako tomu bylo v případě vyhlášky o úhradách, kterou domluvil MUDr. Rath s bývalým ministrem Fišerem). Pokud by byla bonifikace prováděna pouze dle textu ve vyhlášce, došlo by k výplatám bonifikací na základě náhod (porovnávání celostátních průměrů s průměrnými náklady jednoho lékaře dle věkových skupin - statisticky nedostatečný počet ošetřených pacientů). Průměry dle druhů zdravotnického zařízení (z hlediska spektra nasmlouvaných výkonů) a typu poskytované péče (není definováno) nejsou k dispozici. Bonifikace bez přesně stanovených pravidel může vést k poškozování zájmu pacientů.

5. Vyhláška v části týkající se úhrad odbornosti 901 (klinická psychologie), 903 (klinická logopedie), 910 (psychoterapie) a 927 (ortoptická sestra) neobsahuje ustanovení o nepoužití omezení vyšší maximální úhrady. Toto bylo v posledních dvou letech výsledkem dohodovacího řízení a součástí příslušných úhradových vyhlášek zcela oprávněně, neboť to reflektuje, že úhrada v těchto odbornostech je již limitována časem začátku a ukončení výkonu zaznamenaným v dokumentaci



a že objem vykázané péče na unicitní rodné číslo je vysoce variabilní jak v rámci jednoho zdravotnického zařízení, tak i mezi zdravotnickými zařízeními navzájem.

S ohledem na výše uvedené žádáme, aby text vyhlášky byl upraven tak, aby:

a) řešila úhrady ve všech segmentech, kde nedošlo k dohodě, a to tak, že zachová způsoby úhrad vč. regulačních opatření, které byly v jednotlivých segmentech naposledy sjednány dohodou mezi zástupci zdravotnických zařízení a zástupci zdravotních pojišťoven, posunula odpovídajícím způsobem referenční období a dle možnosti veřejného zdravotního pojištění navýšila úhrady stanovené dle dříve dohodnutých pravidel o odpovídající procento (+ 3 % ?),

b) bylo dosaženo žádoucího posunu referenčního období v duchu dosavadních dohod, tj. úhrada za 1.pol. 2005 by byla srovnávána s 1.pol. 2004,

c) v segmentu ústavní péče nemohlo dojít k navýšení celkového objemu úhrad nad 103 - 105 % úhrad v referenčním období,

d) zachovala regulační opatření v oblasti nákladů na léky a vyžádanou péči v segmentu ústavní péče.

MUDr. Pavel Tautermann,

předseda Sdružení ambulantních specialistů a koordinátor a mluvčí segmentu ambulantní mimonemocniční péče

MUDr. Pavel Neugebauer,

předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a koordinátor a mluvčí segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost

MUDr. Zdeněk Hamouz,

místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR

Margita Černá,

zástupce segmentu fyzioterapie, odbornosti 902 a 918 - Sdružení UNIFY

Ing. Aleš Král,

předseda Sdružení NZZ APRIMED

MUDr. Ondřej Pěč,

předseda denních stacionářů a krizových center

MUDr. Alexandra Stará,

místopředsedkyně Sdružení soukromých gynekologů ČR

MUDr. Marcela Michaličková,

předsedkyně Asociace klinických logopedů

Informace pro členy okresních sdružení ČLK:

Prosím probrat na nejbližším zasedání představenstva
a na shromáždění členů

Vážené kolegyně a kolegové,

z některých OS ČLK jsem zachytil nespokojené hlasy praktických lékařů z vydání vyhlášky MZ ČR o úhradách péče. Pro úplnost bych chtěl k této věci sdělit několik informací:

1. ČLK i ČLK o.s. je připravena hájit zájmy všech lékařů, tedy i praktických. Jsme připraveni jejich návrhy přenášet na jednání, včetně jednání na ministerstvu o úhradové vyhlášce. Bohužel jsem však žádné návrhy ze strany praktických lékařů pro dospělé i děti neobdrželi, neobdrželi jsme ano návrh co prosazovat na ministerstvu při nedohodě s pojišťovnami. Naopak Sdružení praktických lékařů (obě) veřejně deklarovala, že jsou proti vydání úhradové vyhlášky! Obě sdružení nás leckdy ignorují při dohodovacích řízeních o úhradách péče, kde mají majoritu plných mocí, z čehož plyne naše nedostatečná informovanost o aktuálním stavu. Navíc i ministerstvo zdravotnictví nám tvrdilo, že nedostalo od těchto sdružení žádný návrh na znění textu vyhlášky o úhradách. Pokud tedy praktičtí lékaři nedostávají přidáno, tak je to především díky pasivitě dvou nejsilnějších sdružení a jejich nekomunikaci jak s ČLK, tak s MZ. Ostatně tato sdružení v minulosti opakovaně deklarovala, že se vždy s pojišťovnami dohodla a tudíž pomoc ČLK ani MZ nepotřebují.

2. Cena práce praktických lékařů (jednoatestovaných) promítnutá v kapitaci je 3,9 Kč za minutu, zatímco cena práce ambulantních specialistů (dvouatestovaných či s nástavbovou atestací) je 2,16 Kč za minutu. Tudíž ač nás mrzí, že praktičtí lékaři nedostali v prvním pololetí 2005 přidáno, tak to z výše uvedeného faktu nevnímáme jako tragedii či jako zásadní nespravedlnost.

3. Vydaná vyhláška stanovuje maximální úhradu na historickém stropu o 3 % vyšším a upravuje úhrady jen v oblasti 55 % výdajů zdravotních pojišťoven. (nemocnice a specialisté tvoří 55 % veškerých nákladů). Jde tedy o celkový růst nákladů ve výši maximálně 3 miliard. Přitom pojišťovny v roce 2005 vyberou o 6 % více - tedy o 8 miliard více. Navíc ve 3 % růstu jsou obsaženy i tzv. minulé mimopaušální úhrady, které v předešlých letech rostly až o 30 % meziročně a pojišťovny musely vše uhradit, nyní tedy jen o 3 %, pokud ovšem pojišťovny nebudou vyhlášku obcházet. Z uvedeného je tedy jasné, že pokud ve zbývajících 45 % nákladů pojišťoven bude zachován stejný maximální růst o 3 %, pak si pojišťovny polepší a neprodlouží lhůty, respektive zkrátí splatnosti. Pokud pojišťovny tvrdí, že lhůty splatnosti porostou až na dva měsíce, pak za to nebude moct 3 % růst v segmentu nemocnic a specialistů, ale neúměrný růst ve zbývajících oblastech a segmentech, včetně nárůstu nových drahých kapacit (dialýzy, NMR ...), což je ovšem dáno rozhodnutím zdravotních pojišťoven, nikoliv vyhláškou.

4. Denní obrát pojišťoven je cca 300 mil., tudíž růst nákladů o 3 % znamená ve splatnosti cca 10 dnů! a nikoliv dalších 30, jak straší zdravotní pojišťovny.

Vážené kolegyně a kolegové, nemám rád, když se nehraje fér. Z výše uvedených informací vidíte, že pojišťovny nemluví pravdu a je velice smutné, že jim při dezinformační kampani pomáhají i někteří kolegové. Také mě uráží, že nás považují za neinformovaná individua mdlého rozumu, která bez rozmyslu papouškují nesmysly typu „vyhláška způsobí prodloužení splatnosti až na dva měsíce ...“

MUDr. David Rath

Prezident ČLK

V Praze dne 24. 1. 2005



Reakce na dopis MUDr. Davida Ratha, prezidenta ČLK

CENTRUM PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ
SDRUŽENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ ČESKÉ REPUBLIKY
SDRUŽENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST ČESKÉ REPUBLIKY

Vážené kolegyně a kolegové,

obdrželi jsme na vědomí dopis prezidenta ČLK MUDr. Davida Ratha, který obsahuje řadu nepravd ohledně zastupování praktických lékařů v dohodovacích jednáních o cenách. Vzhledem k závažnosti informací sdělovaných dr. Rathem pokládáme za nutné na uváděné skutečnosti reagovat.

Nejdříve bychom rádi objasnili náš postoj k vyhlášce MZd o úhradách zdravotní péče. Zákonem 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění je stanoveno, že ceny se sjednávají v dohodovacím řízení na příslušné období za účasti zástupců zdravotních pojišťoven a zástupců příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Výsledek dohodovacího jednání je pak předkládán k posouzení na MZd. Pokud nedojde k dohodě, zůstávají dle uvedeného zákona v platnosti ceny bodu vč. stanovených regulací i po skončení období, na které byly sjednány, a to do doby, než dohodovací řízení sjedná hodnoty nové, nebo do doby, než MZd stanoví nové výše úhrad včetně regulací vyhláškou. Potud citace zákona.

K dohodě v našem segmentu pro 1.pololetí 2005 obdobně jako v předchozím, tj. 2. pololetí 2004 nedošlo. Základním problémem se, krom jiných, stala skutečnost, že dohodovací řízení se zúžilo na, téměř se dá říci, handrkování o získání svého dílu z předpokládaného navýšení výběru pojistného, aniž by byla prováděna skutečná analýza reálné poskytované zdravotní péče, natož aby byly uplatňovány nějaké koncepční záměry systému, např. celosvětový trend přesunu péče z lůžek na ambulance a tomu odpovídající přesun financí. Pro žádoucí změnu je ale nutné předložit k diskusi i potřebná data, která mají jednotlivé zdravotní pojišťovny. Možná trochu překvapivě nejednotný postoj k tomuto problému zaujaly právě zdravotní pojišťovny. Zdá se dokonce, že zprůhlednění úhrad jednotlivým segmentům se pro některé z nich stalo noční můrou. Nehodláme se však vzdát a pokud bude trvat jejich negativní stanovisko, bude náš požadavek po uplynutí zákonných termínů precedentně předán k soudnímu rozhodnutí.

Za náš segment opakovaně připravujeme návrhy pro cenová jednání vycházející z provedených ekonomických šetření ordinací praktických lékařů. Základní sazby tak jsou navrhovány s patřičným zdůvodněním, a to ve výši 37-38 Kč minimální výše kapitačního paušálu při hodnotě bodu 1 Kč. Tyto návrhy byly pak pojišťovnami odmítnuty bez zpochybnění provedených analýz, nicméně s odůvodněním, že za stávající situace není náš návrh ufinancovatelný, ale ani obhajitelný vůči ostatním

segmentům. Pokud by se totiž někde razantněji přidalo, muselo by se jinde ubrat, tak zní neúpravné zákony ekonomiky v případě zachování rovnanosti systému.

Role ČLK o.s. je za celou dobu dohodovacích jednání v našem segmentu prakticky nulová, nikdy nebyl předložen jakýkoliv relevantní návrh se zdůvodněním. Dokonce se většinou zástupce této, pro nás obtížně čitelné organizace, jednání v segmentu vůbec neúčastní. Nicméně všechny předložené návrhy vč. zdůvodnění jsou v přípravné fázi předkládány všem účastníkům jednání a v případě nedohody jsou i součástí závěrečného protokolu, tj. jsou opět předány i ČLK o.s., jako registrované organizaci v rámci našeho segmentu, současně i Ministerstvu zdravotnictví ČR.

Pro financování 1. pololetí 2005 byl výsledek dohodovacích jednání takový, že se dohodly tři segmenty (stomatologové, komplement a lůžně). Ostatní se na cenách i pro výše uvedené nedohodli. Vzhledem k legislativní tísni ministerstvo deklarovalo, že má připravenou vyhlášku řešící úhrady v nemocnicích a za tímto účelem bylo svoláno jednání na 9.12.04. Na tomto jednání se zástupci segmentů a pojišťoven dozvěděli, že žádná jiná problematika nemůže být touto formou řešena, ačkoliv například požadavek ambulantních specialistů na definování referenčního období pro výpočet regulací byl zcela oprávněný a rozhodně by pomohl sjednotit přístup zdravotních pojišťoven.

Zarážející však bylo, že výklad dopadu připravované vyhlášky byl značně rozdílný ze strany ministerstva a zdravotních pojišťoven. Zástupci ministerstva dokonce požádali o výklad mluvčího segmentu nemocnic, jako by sami „správné“ argumenty neměli. I když se jedná o spekulace, může být výklad i tento: LOK nárokuje navýšení platů v nemocnicích v roce 2005. Nic proti tomu, s vyšší ohodnocení práce lékaře nejsme spokojeni nikdo, ale proč na úkor jiných poskytovatelů. Jestliže vyhláška říká, že pokud nemocnice vykáže 90% péče oproti srovnatelnému období a dostane 100% a k tomu 3% navíc, lze si důsledky domyslet. Někdo tu péči poskytnout musí, bude jí chtít mít samozřejmě zaplacenou, ale on už za tuto péči dostal zaplacenou i někdo jiný.

Aby to nebylo zase tak nápadné, bylo potřeba „zatáhnout do hry“ další účastníky. ČLK nějakým způsobem prolobovala legislativní limity, tady klobouk dolů, a do vyhlášky dostala i ambulantní specialisty a domácí péči. Nějací spojenci se přeci vždy hodí. Nevím, jaké podklady byly použity, ale finále znamená, že možná dostane ambulantní specialista již plně pracující ve své ambulanci a poskytující péči v plném rozsahu své odbornosti

přidáno 3%. Ale známe způsoby uplatňování regulačních opatření vč. stále zvažované regulace dle zdravotně pojistných plánů. Kdo si ale nejvíce polepší budou ti, kteří dosud provozovali své ambulance jako přílepšení ke své základní práci na lůžkovém oddělení. Těm totiž bude dle této vyhlášky platba dorovnána do 100% a přidány 3% navrh. Sít zesílí, konkurence stoupne, jak budou potom vypadat úhrady těm, kteří již péči v plném rozsahu poskytují?

Odpovědi na uvedené otázky jsme však nedostali, ačkoliv jsme se na to písemně dotazovali jako zástupci Koalice soukromých lékařů. Jaké asi může být stanovisko zástupců těch segmentů, které se domluví a jejichž navýšení je prakticky nulové? Jaký bude osud následných dohodovacích jednání, když se pak hlavní rozhodnutí konají někde úplně jinde? Jaký je tedy vlastně cíl sledovaný vydáním takové vyhlášky? Myslím, že odpovědi lze najít v předešlém textu.

Na závěr snad ještě jedno upřesnění. V materiálu adresovaném členům okresních sdružení ČLK a podepsaném prezidentem dr. Rathem se píše, že cena práce praktických lékařů (dále PL) - jednoatestovaných je 3,90 Kč za minutu, zatímco cena práce ambulantních specialistů - dvouatestovaných či s nástavbovou atestací je 2,16 Kč za minutu. Zda se jedná o cenu práce lékaře či minutovou režii ordinací není uvedeno. U PL se tato cena uplatňuje při výpočtu ceny výkonů, které nejsou zahrnuty v kapitaci a v celkové úhradě představují cca 15-20%, přičemž hodnota bodu pro PL je 0,95 Kč (pro specialisty 1,04 Kč). Zbytek úhrad tj. cca 80-85% tvoří kapitační platba, která činí t.č. minim. 33 Kč na jednicového pojištěnce. Ani zde, byť jsou tyto údaje veřejně snadno dostupné v Seznamu výkonů a vyhláškách k cenám, Dr. Rath neinformuje správně.

Také my nemáme rádi, když se nehraje fér. Pokud si pozorně přečtete předcházející řádky, jistě si uděláte obrázek, kdo fér hraje a kdo ne. Je mi líto, ale opět zvítězila taktika rozděl a panuj, a nás velmi mrzí, že jsme tomu nedokázali zabránit. Citovaný dopis prezidenta komory, falešně očeňující profesní sdružení praktických lékařů, nesleduje patrně jiný cíl, než odvést pozornost od sebe sama a od vlastních nedostatků.

S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR
MUDr. Václav Šmatlák
předseda SPL ČR



Otevřený dopis k návrhu vyhlášky MZ ČR, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2005

Vzhledem k rozsáhlé diskusi o návrhu vyhlášky, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2005 považuje Grémium majitelů lékáren za nutné vyjádřit nesouhlas s obsahem vyhlášky a to z následujících důvodů:

1. Vyhláška zvyšuje nároky na financování zdravotní péče v segmentech ústavní a ambulantní péče a to za stavu, ve kterém se jasně projevuje stávající deficit ve financování systému veřejného zdravotního pojištění. Již v minulosti podobné kroky Ministerstva zdravotnictví ČR (například zvýšení ceny bodu) vedly k navýšení deficitu systému veřejného zdravotního pojištění s důsledkem následného vyrovnání deficitu z prostředků státního rozpočtu. Jsme toho názoru, že prohlubování schodku rozpočtů veřejných financí, ať již jde o rozpočet státu či rozpočty zdravotních pojišťoven, nejsou v současné situaci žádoucí a především deficitní financování systému zdravotního pojištění s důsledkem neustálého prodloužování splatnosti úhrad za poskytnutou zdravotní péči přináší zdravotnickým

zařízením větší problémy, které nemůže vyvážit přínos zvýšení příjmů v některých segmentech poskytovatelů péče. Naopak důsledkem výpadků v platbách pojišťoven je zadlužování zdravotnických zařízení, které je nutno řešit formou překlenovacích úvěrů či jiných finančních nástrojů, v jejichž ceně se následně ztrácí značná část financí, které mají být určeny na financování zdravotní péče.

2. Součástí regulace systému financování zdravotnictví z prostředků veřejného zdravotního pojištění je i proces stanovování úhrad za léčiva a zdravotnické prostředky, použité v rámci zdravotní péče (kategorizace). Tento regulační systém vykazuje stále se snižující hladinu úhrad v důsledku čehož narůstá spoluúčast pacientů. Z tohoto trendu lze dovodit, že v segmentu úhrad léčiv a zdravotnických prostředků sahá Ministerstvo zdravotnictví ČR do kapes pacientů a tím zajišťuje další zdroj financování zdravotní péče. Proč tedy v segmentu ústavní či ambulantní zdravotní péče nepostupuje stejně? Tento dvojí a v zásadě podstatně odlišný přístup již nelze nadále přecházet bez povšimnutí.

V žádném případě neupíráme právo poskytovatelům zdravotní péče na spravedlivé ocenění jejich práce a to i s ohledem na stále rostoucí náklady. Pro každé zvýšení nároků na financování je však třeba odpovědně najít reálný zdroj příjmů, kterými bude financování pokryto. Tento zdroj v současnosti nelze hledat v rozpočtu veřejného zdravotního pojištění. Dle našeho mínění je třeba nejprve najít a zavést taková opatření, která by účelně regulovala spotřebu zdravotní péče tak, aby ji bylo možné finančně pokrýt z prostředků veřejného zdravotního pojištění případně jiných zdrojů. Zavedení vhodných forem spoluúčasti pacienta i v dalších segmentech zdravotní péče (například poplatků za návštěvu lékaře nebo úhrada některých „nezdravotnických“ služeb u ústavní péče) je naopak vhodným krokem k zajištění finanční rovnováhy v systému a cesta k otevření možností pro zvýšení ohodnocení činnosti zdravotnických zařízení.

V Praze dne 19.1.2004
PharmDr. Jaroslav Polách v.r.
předseda Grémia majitelů lékáren

Dětské klimatické pobyty, o.p.s.
ve spolupráci s Čedokem, Výborem dobré vůle - Nadací Olgy Havlové a Magistrátem města Plzně pořádají

7. ročník léčebných klimatických pobytů pro rodiče s dětmi trpícími onemocněním dýchacích cest, asthmatem a ekzémů

V roce 2005 poprvé s cestovní kanceláří Čedok

Chorvatsko - Istrie - 8-denní s polopenzí

Hotel Adriatic, Umag-Punta

1.7.-10.7.2005

8.7.-17.7.2005

15.7.-24.7.2005

pobyty pro děti od 2 let věku

pobyt s lékařem

Slovenská republika

- 13ti denní s plnou penzí

oblast Liptovského Jána

17.8.-29.8.2005 chata Opalisko

17.8.-29.8.2005 chata Limba

pobyty pro děti od 4 let věku

pobyt s lékařem a rehabilitačním pracovníkem

Finanční dotace předpokládány od Výboru dobré vůle Nadace Olgy Havlové a Magistrátu města Plzně a VZP jako v minulých letech.

Kontaktní adresa pro přihlášky a platby - Chorvatsko i Slovensko:

M. Irlbeková, Čedok Plzeň, Prešovská 10, Plzeň, 303 21, tel. 377 236 775, fax 377 236 244,

e-mail: martina.irlbekova@cedok.cz. Přihlášky do 30.4.2005.

Kontaktní adresa pro informace o nadačních pobytech:

MUDr. J. Liška, CSc, Plzeň, Mulačova nemocnice, s.r.o, tel. 377 677 191, 190, fax 377 677 207 ve všední dny mezi 12.30-13.30 h.

Cesty autobusem. Nástup na trase možný po dohodě.

Cesta do Chorvatska - Plzeň, Praha, České Budějovice

Cesta na Slovensko - Plzeň, Praha, Brno, Olomouc, Valašské Meziříčí, Rožnov pod Radhoštěm



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP

Milí kolegové,
na této stránce Vám přinášíme aktuální informace z proběhlých jednání, ze zasedání výborů OSPDL v lednu a v únoru letošního roku.

■ Přes odmítavé stanovisko Komise péče o dítě bylo poradou vedení MZČR doporučeno plošné zavedení vloženin- **zubních průkazů** do ZOP (zdravotních a očkovacích průkazů) distribuovaných pro letošní rok na porodnice. Distribuce by měla být ukončena do konce března, vydáno bude dostatečné množství ZOP. Vzhledem k nefunkční síti dětských stomatologů, k obtížné situaci s vyhledáváním stomatologů, kteří se dokáží a chtějí soustavně věnovat péči o dětský chrup, jsme nechtěli být zodpovědnými za zubní průkazy. Preferovali jsme distribuci právě těmito stomatology jako úvodní aktivitu směřující ke zlepšení péče. Jestliže by systém prokázal svou funkčnost, jistě bychom se další diskusi na téma obsahu sdělení v ZOP nebránili. Bohužel se již ukazují nedostatky. Bude-li distribuce probíhat bez komplikací (vypadávání vloženin a jejich ztráty, neznalost zacházení s průkazy ze strany některých stomatologů) bude možné zapisovat do těchto průkazů nejdříve za rok. Netýká se tedy vůbec starších dětí. Průkazy hradí Stomatologická komora, ale za jejich distribuci má být zodpovědný SZÚ, což může být v budoucnu problémem.

■ ČLK se na výzvu jedinců z našich řad začala zabývat problematikou **ukončení péče 19-letých pacientů** v našich ordinacích. I přes varování před nekoncizními postoji v této otázce se naši kolegové pustili na této půdě do boje za prolomení věkové hranice. Neuvážené jednání s jediným cílem zvýšení finančního ohodnocení ale může vést k nebezpečnému posouvání věkové hranice jaké jsme již nedávno zažili a riziku vzniku do bu-

doucna zavádění jediné odbornosti rodinných lékařů. Diskuse o této otázce musí mít rovinu odbornou (definice odbornosti praktický lékař pro děti a dorost) a rovinu ekonomickou, kde se musíme opřít o data provádění prevencí u dorostu a jednání s kolegy praktickými lékaři pro zachování finanční stability celého systému. Informace ze schůzek k této problematice Vám přineseme v dalších číslech časopisu.

■ Dokončujeme práci na **manuálu provádění preventivních prohlídek** na kterém se sešel kolektiv autorů, zabývajících se jednotlivými oblastmi náplně preventivních prohlídek dětí a dorostu s cílem zlepšit provádění prohlídky, napomoci upřesnit vyhláškou definovanou náplň. Materiál bude v brzké době distribuován všem PLDD do ordinací. Paralelně na jednání Komise péče o dítě MZ ČR byl předložen návrh na téma diskuse nad vyhláškou týkající se provádění preventivních prohlídek. Z dnešního pohledu již obsahuje řadu nepřesností.

■ Výbor pověřil Dr. Roškotovou organizací **setkání školitelů** na podzim 2005. O termínu a místě Vás budeme informovat.

■ Omlouváme se za vzniklé komplikace díky nutnosti upravit termíny některých odborných akcí na žádost ze strany přednášejících. Uvádíme tedy znova **termíny páteřních akcí OSPDL - viz. tab.**

■ Po konzultacích se zástupci jednotlivých pracovišť byly navrženy **indikace očkování vakcínou „Prevenar“** pro děti od 2. měsíce věku (konjugovaná vakcína proti pneumokokovým nákazám). Pro informaci o způsobu úhrady této očkovací látky uveřejňujeme

část dopisu, který byl zaslán Hlavním hygienikem ČR odboru zdravotního pojištění MZ:

„Věc: Zdravotní indikace očkování dětí konjugovanou pneumokokovou vakcínou.....předsedkyně Odborné společnosti praktických lékařů pro děti a dorost MUDr. Hana Cabrnchová zpracovala po odborné diskuzi s některými členy poradního sboru ministryně zdravotnictví pro preventabilní nákazy a mně jako jeho předsedovi předložila výčet zdravotních indikací očkování dětí konjugovanou pneumokokovou vakcínou (Prevenar), který uvádím v příloze. V návaznosti na znění vyhlášky č. 589/2004 Sb. si Vás dovoluji požádat o předání této informace revizním lékařům s tím, aby v případě zdravotních indikací podání této vakcíny vyslovili souhlas s její úhradou ze zdravotního pojištění. Současně bych Vás chtěl informovat o tom, že v připravované novele vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem, jejíž účinnost bude navržena k 1.1.2006, by očkování touto vakcínou a v těchto zdravotních indikacích mělo být nově zahrnuto, tudíž finanční náklady ponese podle zákona č. 258/2000 Sb. Stát.....“

INDIKACE OČKOVÁNÍ KONJ. PNEUMOKOKOVOU VAKCÍNOU U DĚTÍ (dětí od 2 měs. věku)

- Primární defekty imunity s klinickým projevem : poruchy tvorby imunoglobulinů, T lymfocytů, fagocytozy a komplementu
- Závažné sekundární imunodeficity (hemato-onkologická a onkologická onemocnění po CHT, transplantace orgánů, HIV)
- Asplenie funkční i anatomické (dětí mladší 2 let)
- Transplantace kmenových hemopoetických buněk
- Chronická plicní onemocnění (vrozené vady a porucha respiračního traktu, bronchopulmonální dysplazie)
- Recidivující (pneumokokové) otitidy (4 ataky a více/ rok)
- Pacienti s kochleárnými implantáty a likvoreou

MUDr. Hana Cabrnchová

Termíny páteřních akcí OSPDL:

REGION	DOROST	NEUROLOGIE
Jihočeský region	8.-9.4.	22.10.
Západočeský region	29.5. (Ne)	22.10.
Severočeský region	5.11.	26. 6.
Východočeský region	30.4. (29.4.-1.5.konf.)	5.11.
Praha a středočeský region	15.10.	12.3,
Jihomoravský region	19.-20.3.(konf.)	8.10.
Severomoravský region	23.-24.4. (konf.)	10.12.



Pohlavní choroby u dětí

MUDr. Jana Nováková

Kožní oddělení, FNŠP Ostrava

Souhrn

Pohlavní choroby provázejí lidstvo od nepaměti. V průběhu staletí se v závislosti na různých okolnostech (války, církevní opatření, možnosti léčby) měnila četnost výskytu i klinický obraz jednotlivých onemocnění. Velký zvrat v diagnostice a léčbě pohlavních chorob přinesl objev antibiotik, zavedení moderních metod umožňujících včasnou a přesnou diagnostiku a uplatnění zákonných opatření u vybraných diagnóz. V současné době se proto málokdy setkáme s rozvinutými pozdními stádii jednotlivých nemocí. Faktem však zůstává, že pohlavní choroby nebyly nikdy v historii lidstva potlačeny úplně, dnes není jejich výskyt zdaleka vzácný a ani do budoucna nelze předpokládat jejich eradikaci.

■ Která onemocnění řadíme mezi pohlavní choroby?

Jedná se o dvě skupiny onemocnění. První z nich jsou tzv. **klasické pohlavní nemoci**. Tyto nemoci jsou v naprosté většině přenášeny pohlavním stykem. Jsou uvedené v zákonu a patří mezi ně syphilis, gonorrhoea, ulcus molle, granuloma inguinale, lymphogranuloma venerum. Klasické pohlavní nemoci vymezuje zákon č. 30/168 Sb. „Opatření proti pohlavní nemoci“, který mimo jiné určuje povinnost lékaře hlásit pohlavní chorobu, podezření, ohrožení nebo úmrtí na pohlavní chorobu, dispenzarizovat nemocné, poučit je o podstatě nemoci, provést depistážní šetření. Pacient je povinen se léčit a podrobit kontrolám, nákazou nesmí ohrozit jiné osoby.

Druhou skupinou jsou tzv. **sexuálně přenosné infekce**. Jedná se o infekce, které jsou přenášeny většinou pohlavní cestou, ale jejich přenos může být i nepohlavní. Podle etiopatogeneze je můžeme dělit na onemocnění kvasinová, parazitární, protozoární, bakteriální, virová a další.

■ Dítě coby pacient s pohlavní chorobou

Dítě má mezi pacienty s pohlavními chorobami zvláštní postavení, které je dáno jednak mnohdy odlišným klinickým obrazem, průběhem a vlastní léčbou nemoci ve srovnání s dospělým pacientem, jednak způsobem přenosu nákazy od nemocného člověka k dítěti. V ambulanci pediatra se objevuje dítě od období neonatologického do věku osmnácti let. V tomto širokém věkovém období je mnoho epidemiologických možností, jak lze pohlavní chorobou onemocnět. Už před narozením může dojít k intrauterinní infekci transplacentár-

ním přenosem infekčního agens, dále se dítě může nakazit během porodu při průchodu infikovanými porodními cestami. V nižším dětském věku myslíme na možnost pozdní manifestace infekce získané při narození, v některých případech na možnost nákazy při intimních nesexuálních kontaktech nebo na možnost autoinokulace. Postupně s přibývajícím věkem a příchodem puberty se objevuje možnost nákazy při vlastních sexuálních aktivitách dětí, ve věku okolo 16 až 18 let pak tyto aktivity bývají nejčastější příčinou onemocnění dítěte. Pro celý dětský věk ale platí, že byla-li diagnostikována pohlavní choroba, je nutné pokusit se zjistit zdroj infekce a vždy se vši důkladností vyloučit možnost sexuálního zneužití dítěte.

■ Epidemiologická situace v ČR a v jednotlivých regionech

Zdrojem následujících informací je Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, poslední zpracované údaje jsou za rok 2003. Jsou zde zahrnuty údaje týkající se dětí i dospělých.

Povinnému hlášení podléhají nemoci definované zákonem, jedná se o syphilis, gonorrhoeu, ulcus molle, granuloma inguinale, lymphogranuloma venerum. V České republice nebyl od r.1994 zaznamenán žádný případ ulcus molle, granuloma inguinale ani lymphogranuloma venerum.

Tabulka č. 1. udává celkové počty nově hlášených onemocnění gonorrhoeou a syphilis v jednotlivých letech od roku 1995 do roku 2003. Jedná se o všechny dětské i dospělé nově hlášené pacienty.

V roce 2003 (tabulka č. 2) bylo celkem hlášeno 849 případů syphilis, což je o 127

případů méně, než v roce 2002. Téměř polovinu všech hlášených onemocnění zaujímali cizinci s trvalým i s přechodným pobytem (412 případů). Vrozená syphilis byla zjištěna v 11 případech, což je stejně jako v roce 2001 (v roce 2002 bylo hlášeno jen 7 případů). Syphilis byla také zaznamenána u 70 gravidních žen, tj. o 10 případů méně než v roce 2002. Nejvíce případů syphilis hlásil v roce 2003 kraj Moravskoslezský (250), dále kraj Ústecký (133) (oba kraje jsou ovlivněny azylotábory) a Praha (94). Proti minulému roku stoupl o 119 případů počet gonokokových infekcí, bylo hlášeno 1 030 onemocnění. U gravidních žen byla ohlášena gonokoková infekce v 19 případech. Toto onemocnění bylo zjištěno u cizinců v 8,3 % z celkového počtu případů. Gonokoková infekce se objevuje nejvíce v Praze, další v pořadí jsou kraje Ústecký a Jihomoravský.

Cizinci měli velký podíl na počtu všech pacientů s povinně hlášenými pohlavními nemocemi - celkem 497 případů (26,5 %). Převažovali cizinci z Ukrajiny, Ruska, Moldavska, Běloruska a Gruzie.

Co se týče dětských pacientů, z tabulky č.3 vyplývá, že pohlavní choroby se našim dětem, zvláště v nižších věkových skupinách, relativně vyhýbají. Nárůst počtu onemocnění pak je ve vyšších věkových skupinách mezi 15. a 18. rokem.

■ Klasické pohlavní choroby

V České republice se v posledních letech z pětice klasických pohlavních chorob vyskytují pouze dvě, syphilis a gonorrhoea.

■ Syphilis

Původcem syphilis je spirocheta *Trepon-*

Avent - AGS sport



tab. č. 1

Počet hlášených onemocnění pohlavními nemocemi v letech 1995- 2003

Rok	Hlášená onemocnění					
	absolutně		na 100 000 obyvatel			
	syfilis	kapavka	lymphog. venerum a ulcus molle	syfilis	kapavka	lymphog. venerum a ulcus molle
1995	433	2036	0	4,2	19,7	0
1996	551	1194	0	5,3	11,6	0
1997	604	1098	0	5,9	10,7	0
1998	687	1055	0	6,7	10,3	0
1999	731	995	0	7,1	9,7	0
2000	967	888	0	9,4	8,6	0
2001	1376	880	0	13,4	8,6	0
2002	976	911	0	9,6	8,9	0
2003	849	1003	0	8,3	10,1	0

ma pallidum. Treponema je citlivá na zevní vlivy a nepřežívá dlouho mimo lidský organismus. Zdrojem onemocnění je nemocný člověk, nakažlivost se v průběhu neléčeného onemocnění mění. Přenos je možný několika způsoby, základní dva způsoby jsou přenos pohlavní cestou a přenos transplacentární. Syphilis lze získat i nepohlavní cestou, jedná se o tzv. syphilis insontium, syphilis nevinných. K nákaze může dojít například při použití stejné sklenice spolu s nemocnou osobou, při septickém bodnutí nebo při krevní transfuzi, tyto případy jsou velmi vzácné. Inkubační doba onemocnění je 9 až 90 dní s průměrnou inkubační dobou 21 dní. Tato doba může být pozměněna pod vlivem některých okolností, může být prodloužena, je-li pacient bezprostředně po nákaze přeléčen antibiotiky pro jiné onemocnění, kdy ale tato léčba není dostatečná pro přeléčení syphilis. Inkubační doba může být naopak zkrácena, trpí-li pacient další pohlavní chorobou.

Podle dvou základních možností přenosu nákazy se syphilis dělí na dvě skupiny: syphilis acquisita (syphilis získaná) a syphilis congenita (syphilis vrozená). U dětí se můžeme setkat s oběma typy onemocnění.

Získaná syphilis u dítěte probíhá stejným způsobem jako u dospělého. Předpokladem nákazy je kontakt s nemocným člověkem, kontakt je ve většině případů sexuální. Po uplynutí inkubační doby probíhá neléčené onemocnění ve třech stádiích. Projev primárního stádia, ulcus durum (tvrdý vřed), je nejčastěji lokalizován na genitálu, může se ale vyskytovat i na sliznici dutiny ústní nebo výjimečně

kdekoliv jinde na kožním či slizničním povrchu. Léze vzniká nejprve jako ohraničená makula, ze které vzniká papula, která později ulceruje. Ulcerace bývá solitární, ostře vykrojená, několik milimetrů až centimetrů velká, oválná, nebolestivá, s tuhou spodinou barvy syrového masa s našedlou blankou, ze spodiny při podráždění nebo i spontánně vytéká vodnatý sekret. Krátce po vzniku ulcerace dochází ke zvětšení regionálních lymfatických uzlin. Primární léze se přibližně za 8 týdnů odhojí spontánně i bez léčby drobnou jizvou nebo bez zanechání jizvy. Nejčastější lokalizací ulcerace je u chlapců oblast sulcus coronarius, nebo glans penis, u dívek je to oblast přední nebo zadní komisury a oblast velkých a malých stydkých pysků. Pokud je onemocnění ve stádiu primární léze zachyceno a adekvátně léčeno, nepřechází do dalších stádií. Může být však přehlédnuto nebo mu pacient nevěnuje pozornost. Není-li onemocnění léčeno, nastává období krátké latence a nemoc přechází do sekundárního stádia, které je charakteristické vznikem exantémů. Přechod mezi primárním a sekundárním stádiem však nemusí být vždy ostrý, sekundární projevy se mohou objevit ještě v době odhojující se primární afekce. Sekundární syphilis začíná prodromálními příznaky, pro které jsou charakteristické subfebrilie, bolesti svalů a kloubů, únava. Všechny tyto příznaky však nemusí být příliš výrazně rozvinuty, mohou být přehlédnuty nebo považovány za nachlazení či chřipku. Na prodromální příznaky navazuje vznik kožních a slizničních projevů. Jedná se o tzv. exantémy druhého stádia. Jejich klinický obraz je různorodý,

syphilis je nazývána „opicí nemocí“, což znamená, že napodobuje právě v tomto druhém stádiu různá kožní onemocnění. Je zde ale několik odlišností od chorob, které napodobuje, syphilitické exantémy nikdy nesvědčí, neolupují se a až na naprosté výjimky se nevytváří vesikuly nebo buly. Jinak mohou kožní projevy sekundární syphilis napodobovat ekzém, lupénku, lékové exantémy, zarděnky, spalničky, pityriázu.

Pokud ani v tomto období není onemocnění diagnostikováno a léčeno nastává období latence, které je klinicky němé, ale serologicky pozitivní. Následně se po mnoha letech, v současné době již snad jen velmi vzácně, objevují příznaky terciálního stádia. Dochází k postižení CNS, kardiovaskulárního systému a kůže.

Vrozená syphilis (syphilis congenita) má 3 formy, syphilis foetalis, syphilis congenita recens (časná vrozená syphilis) a syphilis congenita tarda (pozdní vrozená syphilis). V obou případech je zdrojem onemocnění nemocná matka, přenos infekce je transplacentární a dochází k intrauterinní infekci plodu, který buď odumírá, nebo se později narodí dítě s kongenitální syphilis. Narodené dítě ale může být i zcela zdravé. Postižení závisí na aktivitě onemocnění u matky. Onemocní - li matka postkoncepčně v první polovině gravidity a není-li léčena, dojde k nákaze plodu vždy, je-li matka nakažena v 6. až 8. lunárním měsíci je plod nakažen někdy a při vzniku nákazy matky v posledních 6 týdnech před narozením dítěte je jeho postižení zcela výjimečné. Co se týče prekoncepční nákazy probíhají opakovaná těhotenství neléčené ženy teoreticky následovně: potrat těžce poškozeného plodu, předčasný porod postiženého mrtvého dítěte, porod donošeného postiženého mrtvého dítěte, narození živého nemocného dítěte, narození živého zdravého dítěte. Jedná se o úvahu spíše teoretickou, ale dokazuje to postupně snižující se aktivitu infekce u neléčené matky a tím i zvyšující se šance na porod nepostiženého dítěte.

Několik poznámek k abortům, ke kterým dojde u nemocných neléčených žen : do třetího měsíce je placenta pro treponemy neprostopupná, a proto plod potracený do 3. měsíce těhotenství není podezřelý z treponemové infekce. Plod potracený nebo předčasně narozený po 3. měsíci těhotenství nemocné ženě je podezřelý vždy z treponemové infekce, musí být na tuto infekci vyšetřen. Placenta je v případě infekce prokazatelně větší a někdy dosa-



huje až 1/3 hmotnosti plodu, při histologickém vyšetření vykazuje fokální proliferaci vilitidy s nekrózami, infiltraci leukocyty a plazmatickými buňkami, proliferaci a obliteraci cév a difúzní fibrózu. V játrech plodu je veliké množství treponem.

U přežívajících dětí jsou projevy kongenitální syphilis polymorní, někdy se známky postižení objeví ihned po narození, nejčastěji však po několika týdnech. U časné syphilis se jedná o známky probíhající nemoci s množstvím treponem v jednotlivých projevech kožních

a slizničních, u pozdní formy syphilis jsou to stigmata, následky intrauterinně proběhlé infekce. Všechny děti narozené nemocným matkám musí být klinicky i sérologicky sledovány.

Syphilis congenita recens představuje akutní onemocnění s celkovými příznaky, alterací celkového stavu, váhovým úbytkem, anorexií, febriliemi. Vyskytuje se hepatomegalie, ikterus, polyadenopatie, anemie, trombocytopenie, purpura. Mezi kožní a slizniční příznaky patří rýma, která je nejprve serosní, později seropurulentní a nakonec hemoragická, sekret je bohatý na treponemy a silně nakažlivý. Na dlaních a ploskách se mohou objevit projevy bulozní, tzv. pemphigus syphiliticus. Po prasknutí bul vznikají vředy a krusty, které obsahují velké množství treponem. Dále se mohou objevit makulopapulosní výsevy, začínající v oblasti hýždí a přecházející na trup a obličej. Z dalších projevů to jsou plošné infiltráty s napjatou kůží na patách - tzv. lakové patičky, infiltráty mohou být i v okolí úst a vedou zde ke vzniku rhygád a později jizev (Parrotovy jizvy). Diagnostickou hodnotu mají kostní změny, které jsou asymptomatické a zjišťujeme je rentgenologickým vyšetřením. V 6. až 8. týdnu po porodu se objevuje osteochondritida, ve 4. měsíci věku periostitida (např. olympské čelo, caput natiforme).

Syphilis congenita tarda se objevuje 2 roky po porodu, často až v pubertě nebo v dospělosti. Objevují se různá stigmata jako keratitida, anomálie stoliček a řezáků, hydrartroza, neurologické anomálie.

Diagnostika a léčba syphilis patří do rukou dermatologa-venerologa, který dle potřeby spolupracuje s dalšími pracovišti. Laboratorní diagnostika onemocnění spočívá v přímém průkazu treponemy z některých kožních a slizničních projevů (například ulcus durum, slizniční projevy sekundárního stádia, obsah bul u syphilis congenita recens), nebo v zjištění specifických a nespecifických protilátek proti treponemám. Všechny

tab. č. 2

Hlášená onemocnění pohlavními nemocemi v roce 2003 v ČR a v krajích				
Území, kraj	Syphilis		Gonokokové infekce	
	absolutně	na 100 000 obyvatel	absolutně	na 100 000 obyvatel
Praha hl.m.	94	8,1	327	28,1
Středočeský	41	3,6	84	7,4
Jihočeský	19	3	45	7,2
Plzeňský	39	7,1	20	3,6
Karlovarský	47	15,5	29	9,5
Ústecký	133	16,2	141	17,2
Liberecký	40	9,4	28	6,6
Královéhradecký	22	4	30	5,5
Pardubický	20	3,9	18	3,6
Vysočina	3	0,6	17	3,3
Jihomoravský	45	4	122	10,9
Olomoucký	34	5,3	63	9,9
Zlínský	12	2	20	3,4
Moravskoslezský	250	19,8	72	5,7
Bydliště v ČR	799	7,8	1016	10
bezdomovci	1	0	0	0
cizinci s přech.pobytem	49	0,5	14	0,1
ČR celkem	849	8,3	1030	10,1

tab. č. 3

Hlášená onemocnění pohlavními nemocemi ve věkových skupinách v r. 2003												
Věková skupina	Syphilis											
	vrozená		časná		pozdní		jiná		celkem		Kapavka	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0-4	2	3	0	0	0	0	0	0	2	3	1	1
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
15-19	0	0	6	16	0	1	2	14	8	31	62	82
20-24	0	0	19	41	2	4	31	41	52	86	203	124
25-29	0	0	24	33	3	10	57	65	84	108	206	66
30-34	1	0	26	9	6	4	43	44	76	57	96	29
35-39	1	0	12	8	4	5	42	17	59	30	55	17
40-44	0	0	7	3	3	1	24	15	34	19	25	15
45-49	0	0	11	5	2	3	12	6	25	14	19	4
50-54	0	1	6	2	1	4	9	4	16	11	11	1
55-59	0	1	3	0	3	4	4	5	10	10	2	2
60-64	0	0	1	0	4	0	3	0	8	0	4	0
65 +	2	0	0	0	13	55	11	24	26	79	2	1
Celkem	6	5	115	117	41	91	238	236	400	449	686	344

Poznámka: Časná syphilis zahrnuje inkubační dobu, primární stádium, sekundární stádium a období časně latence. Pozdní syphilis zahrnuje období pozdní latence a terciární stádium.



ny těhotné ženy jsou preventivně vyšetřovány screeningovými serologickými testy. Léčba prokázané infekce, se kterou je nutno začít až po odebrání příslušných odběrů, je vždy antibiotická. Treponemy jsou stále velmi dobře citlivé na penicilin, tento lék je podáván jak u dospělých, tak jej lze bezpečně podat i u dětí. Vždy ale musí být podán v dostatečné dávce po dostatečně dlouhou dobu! Pacient se syphilis je dále dispenzarizován, laboratorně a klinicky kontrolován.

■ Gonorrhoea

Původcem onemocnění je gramnegativní diplokok *Neisseria gonorrhoeae*. Inkubační doba je 3 až 6 dní. Přenos je opět v drtivě většině případů sexuální, zdrojem onemocnění je nemocný člověk s akutní nebo chronickou formou infekce. U novorozence může být zdrojem nemocná matka a přenos je nesexuální v průběhu porodu.

U dospělého člověka probíhá onemocnění s typickými příznaky. U muže se jedná u akutní formy o uretritidu, která může být komplikována balanitidou, balanopostitidou, fimózou, parafimózou, parauretritidou, tysonitidou, prostatitidou, spermocystitidou, epididymitidou nebo cystitidou. Chronická gonorrhoea u muže postihuje různé části urogenitální soustavy s minimálními klinickými projevy a subjektivními potížemi. U ženy probíhá gonorrhoea pod obrazem uretritidy a cervicitidy, může být komplikována bartolinitidou, adnexitidou nebo parauretritidou. Všechny tyto projevy mohou přejít do chronického stádia s minimálními subjektivními obtížemi a klinickými projevy. Gonorrhoea může mít i extragenitální projevy, jedná se o proktitidu, tonzilitidu nebo konjunktivitidu.

U dětí se v případě kapavky setkáváme s odlišnými projevy v závislosti na jednotlivých věkových skupinách.

Novorozence se kapavkou nakazí při průchodu infikovanými porodními cestami. K vlastním projevům onemocnění dochází 2. až 5. den po porodu, nejčastěji se objevuje konjunktivitida (až v 42%) nebo faryngitida (v 7%), vzácněji absces v oblasti hlavičky. Při masivní infekci nebo u oslabeného novorozence může dojít ke gonokokové sepsi s artritidou, která je typická, meningitidou a pneumonií. Infekce může také probíhat asymptoticky s pozdější manifestací, kdy mohou vzniknout projevy i v oblasti genitální sliznice. Pozdější manifestace pak může přinášet obtíže při zjišťování zdroje infekce, často se totiž manifestuje v období dětství, kdy je

třeba při nálezu gonorrhoeické infekce myslet na možnost sexuálního zneužívání dítěte.

Gonorrhoea starších dětí do období puberty bývá prezentována jako lokální infekce, vaginitida, uretritida, konjunktivitida, s vysokým podílem asymptomatických infekcí (v 15 až 44%). Vzhledem k mikrobiologickým poměrům vaginální sliznice se u děvčátek na rozdíl od žen objevuje vulvovaginita, naopak vzácné je ascendentní šíření infekce. Faryngální či rektální infekce je častá z důvodů autoinokulace, ale téměř vždy je asymptomatická. Zdroje infekce v tomto období bývají často těžko zjistitelné, je třeba vždy uvažovat o možnosti sexuálního zneužívání dítěte.

U dospívajících probíhá gonorrhoeická infekce stejně jakou u dospělých. Postupně s přibývajícím věkem se etiologicky uplatňuje stále více kontakt při dobrovolných sexuálních aktivitách dospívajících.

Léčba kapavky je antibiotická, léčbu řídí dermatolog, gynekolog nebo urolog. Onemocnění podléhá hlášení, pacient je dispenzarizován. Preventivně je u všech novorozenců prováděna kredezace.

Z druhé skupiny pohlavních chorob, **sexuálně přenosných infekcí**, jsou nejčastější tato onemocnění: chlamydiové infekce, condylomata acuminata a molluscum contagiosum.

Chlamydiové infekce jsou nejčastější sexuálně přenosné infekce dospělých. Původcem je intracelulární parazit chlamydia trachomatis. U dospělých probíhá infekce pod obrazem uretritidy, epididymitidy nebo proktitidy v případě muže nebo pod obrazem cervicitidy, uretritidy, endometritidy nebo zánětlivého pánevního onemocnění v případě ženy. Neléčená, ale i léčená infekce může být u žen příčinou neplodnosti.

U malých dětí a novorozenců má opět onemocnění poněkud jiný klinický obraz. Pokud dojde k nákaze dítěte během porodu (předpokladem je nemocná matka s akutní nebo chronickou infekcí genitální - cervikální) může se u novorozence objevit konjunktivitida a nebo pneumonie. Obě tato onemocnění jsou extrémně vzácná, pokud bylo dítě porozeno císařským řezem. Inkubační doba konjunktivitidy je 5 až 14 dní, kontagiosita je vysoká, 30 až 50% dětí narozených postiženým matkám onemocní. Pneumonie se objevuje mezi 4. a 12. týdnem věku. Onemocnění sliznice vagíny a rekta bývá často asymptomatické, projeví se v pozdějším věku a stejně jako u gonorrhoeické infekce pak i zde může být obtížné zjistit zdroj infekce. Chlamydiové infekce star-

ších dětí probíhají bez zvláštních klinických projevů pro tento věk. Při jejich objevení je nutno uvažovat o možnosti sexuálního zneužívání dítěte. Často se v tomto věku také může manifestovat infekce získaná při porodu, dosud probíhající asymptoticky. V pozdějším věku je nejčastěji zdrojem sexuální partner při vlastních sexuálních aktivitách dospívajících.

Léčba chlamydiových infekcí je antibiotická, preventivní kredezace prováděná z důvodů prevence kapavčité konjunktivitidy zabraňuje i chlamydiovému zánětu oka novorozence.

Condylomata acuminata jsou způsobována papilomaviry, nejčastěji typem 6, 11. Přenos onemocnění je u dospělých téměř výhradně sexuální, u dětí je to odlišné, většinou se jedná o nesexuální přenos. K nákaze může dojít během porodu, u starších dětí je to pak nejčastěji přenos z rukou na genitál, dále přenos při intimním nesexuálním kontaktu nebo vznik onemocnění v prostředí s neadekvátní hygienou. Sexuální přenos však také nelze vyloučit.

Inkubační doba onemocnění je 1 až 8 měsíců, pacient většinou nepocítuje žádné potíže a onemocnění je často náhodným objevem při vyšetření dítěte. Postižena jsou častěji děvčata než chlapci, nejvíce věková skupina do 3 let věku. Postižena je oblast mukokutánních přechodů nebo intertriginózní lokality. Klinicky nacházíme drobné výrůstky barvy kůže nebo růžové, květákovitě uspořádané projevy, existují i ploché nasedající formy. Projevy dosahují velkých rozměrů u HIV pozitivních pacientů.

Molluscum contagiosum je způsobeno pox virem. Zatímco u dospělých je toto onemocnění téměř vždy přenášeno pohlavním stykem, u dětí se jedná o velmi časté nepohlavně přenášené onemocnění. Moluska jsou rozšířena v dětských kolektivech, vyskytují se s maximem ve věkové skupině předškolních dětí a jsou přenášena kontaktem. Děti se nakazí na pískovišti, na koupališti, při běžném kontaktu s jiným nemocným dítětem. Klinicky se jedná o mnohočetné drobné lesklé papulky s vkleslým středem. U dospělých jsou moluska lokalizována na genitálu a jejich větší výskyt upozorňuje lékaře na možnosti současné HIV infekce, u dětí je výskyt v oblasti genitálu, paží, stehů, trupu i obličejů běžný a toto onemocnění nemusí budit žádné obavy stran HIV infekce ani stran možného sexuálního zneužívání dítěte.

Stiefel Laboratories



Antikoncepce a mladistvá uživatelka

MUDr. Dagmar Makalová

Soukromá ambulance gynekologie a porodnictví, dětské gynekologie, Praha

Pojem antikoncepce (ať už máme na mysli jakoukoliv její formu) se za posledních 15 let dostal do povědomí veřejnosti v mnohem větším měřítku než do roku 1989. Svě místo si antikoncepce našla u dospívajících dívek, zvláště pak forma kombinované hormonální antikoncepce.

Účelem antikoncepce není usnadnění „nevázaného sexuálního života“, jak ji ještě mnozí, zvláště pokud se jedná o antikoncepci pro dospívající, vnímají. Naopak je to velice důležitá součást plánovaného rodičovství a rozšiřování vědomostí o antikoncepci patří mezi důležité úkoly sexuální výchovy. Antikoncepce má i v dorostové gynekologii především svou původní úlohu, tedy zabránění nechtěnému otěhotnění. Kromě toho je ale také využívána terapeuticky v četných indikacích.

V České republice stále klesá počet umělých přerušení těhotenství. Za to je velkým podílem odpovědná i osvěta, která ve formě výchovy k manželství a rodičovství hraje důležitou roli právě u mladých lidí. Zvyšuje se počet dívek, které se jdou ke gynekologovi poradit o antikoncepci ještě před zahájením pohlavního života.

Jestliže lékaře - a gynekologa zejména - navštíví mladistvá dívka se žádostí o antikoncepci, měli bychom to považovat za známku její vyspělosti a zodpovědnosti. Podle toho bychom s ní také měli jednat. Není na místě pacientku odbýt slovy „na to máš ještě čas“, „počkej, až ti bude aspoň 18 let“ atd. Úlohou gynekologa je naopak dívku informovat o možnostech a pomoci jí vybrat vhodný způsob.

Nechtěná gravidita v dospívání je bezpochyby stresem, který - ať už je řešení jakékoliv - zanechá psychickou jizvu a může změnit celý její život, nemluvě o možných následcích interrupce pro budoucí a pak již chtěnou graviditu.

Nejednotné jsou názory na věkovou hranici pro předpis antikoncepce u adolescentek ve věku do 15 let. Pohlavní styk do této věkové hranice je právně hodnocen jako pohlavní zneužívání, z toho hlediska je však trestný jen pro osobu starší než 15 let, která s mladistvou pohlavní styk vykonává. Poskytnutím antikoncepce dívce mladší 15-ti let se tudíž lékař nedopouští „napomáhání trestnému činu pohlavního zneužívání“. Jiná by ovšem byla situace, kdyby antikoncepci pro tak mladou dívku požadoval např. její starší partner. Pokud by předpis hormonální antikoncepce pro

svou dceru požadovala matka v obavách, aby dcera neotěhotněla, musíme pro předpis najít nějakou terapeutickou indikaci, jak se o nich zmiňujeme níže, už proto, že každá antikoncepce je vždy lepší a méně riziková, než interrupce!

Z medicínského hlediska se většinou uvádí, že hormonální antikoncepce by neměla být mladistvým předepisována dříve, než za 2 roky po menarché (což je v naší populaci tedy cca v 14 a půl roce). Jako další pravidlo se traduje, že hormonální antikoncepce by neměla být předepisována dříve, než se stabilizuje cyklus. S tím ovšem zase kontrastuje terapeutické podání HAC s cílem zpravidlení cyklu, jak se mnohde, zejména v zahraničí, používá.

Poslední kontroverzní otázkou je, zda lékař smí nezletilé dívce předepsat antikoncepci bez souhlasu rodičů. To jsme povinni respektovat u dívek do hranice 15 let tak, stejně jako u jakékoli jiné medikamentózní léčby předepisované dětem. Pokud by lékař bez souhlasu či dokonce přes nesouhlas rodičů takové dívce antikoncepci předepsal, mohlo by to mít i své právní důsledky, jistě zejména v případě výskytu nežádoucího vedlejšího účinku preparátu.

■ Výběr antikoncepce

Pro lékaře, který předepisuje antikoncepci mladé dívce, je nezbytné aby si uvědomil několik odlišností od dospělé pacientky:

- V indikaci kontracepce je nutno respektovat forenzní aspekty
- Poměrně častý výskyt nepravidelného menstruačního cyklu
- Compliance v relaci k „pubertálnímu“ věku pacientky nemusí být vždy ideální - od toho se odvíjí volba metody, volba a způsob poučení pacientky
- Předpokládána četnost styku v měsíci
- Velký vliv okolí na mladou pacientku (názory, předsudky, zkušenosti známých, atd.)
- Psychický stav pacientky (stres, vliv partnera, víra, atd.)
- Diskrétnost (např. rodiče versus nezletilá dcera)
- Názor rodiče (obvykle matky), která často pacientku doprovází, je nutné brát v úvahu (ne vždy je v souladu s naším doporučením, je proto vhodné delší vysvětlení a poučení i této straně)
- Finanční stránka

S ohledem na výše zmíněné aspekty může

dětský a dorostový gynekolog vybírat ze široké škály kontracepčních metod.

■ Přehled kontracepčních metod

1. Metody přirozené

Vzhledem k nepravidelnosti cyklu u mladých dívek se nelze řídit obecně odhadovanou mírou spolehlivosti. Uvádím přehled metod spolu s hodnocením vhodnosti té které metody pro dospívající věk.

1.1. Periodická sexuální abstinence

(Ogino - Knaus, měření bazální teploty, Billingsova metoda, změny cervixu a charakteru cervikálního hlenu, arborizace slin, aj.)

Již tak nízká spolehlivost je umocněna výše zmiňovanou častou nepravidelností cyklu v dorostovém věku. Rovněž nároky na disciplínu pacientky a jejího partnera bývají věku neúměrné.

1.2. Koitus interruptus

Vysoké nároky na disciplínu, informovanost a zodpovědnost partnerů, metoda nespolehlivá.

2. Metody bariérové a chemické

2.1. Kondom

Kondom je jednou z nejrozšířenějších kontracepčních metod v této věkové skupině. Výhodou je dobrá dostupnost a finanční nenáročnost, bez nežádoucích účinků (výjimkou jsou nepříliš časté alergické reakce), žádoucí prevence některých STD.

2.2. Diafragma, femidom

Tyto prostředky nejsou u nás rozšířené, jejich spolehlivost se zvyšuje v kombinaci s chemickými prostředky - např. spermicidní pěnou či houbičkou, které rovněž zvyšují ochranu před STD.

V neprospěch hovoří poměrně vysoké nároky na disciplínu pacientky.

2.3 Spermicidní pěny, vaginální globule (Patentex, Pharmatex, Delfen)

Nároky na aplikaci před stykem a při opakovaném styku, případná alergizace sliznice pochvy, vyšší cena hovoří spíše proti metodě, spolehlivost se zvyšuje kombinací s kondomem.

3. Nitroděložní antikoncepce

Obecně není zavádění IUD u nullipar, resp. nulligravid doporučováno pro vyšší možnost vzniku PID. Aplikace IUD je v této věkové skupině využívána jen v některých případech mentální retardace, případně u vysoce rizikových pacientek pro užití hormonální kontra-



cepce, jako relativně spolehlivá metoda bez nároků na compliance pacientky.

Také IUD s levonorgestrem (Mirena) má v dorostovém věku jen velmi omezený terapeutický význam.

4. Sterilizace

V dorostové gynekologii je sterilizace používána raritně, přicházela by v úvahu jen tam, kde je trvalá zdravotní indikace k přerušení těhotenství a při nemožnosti jiné spolehlivé antikoncepce, zejména u pacientek zbavených svéprávnosti pro mentální retardaci apod. Ale i u těchto dívek lze sterilizaci provést až po dovršení plnoletosti.

5. Hormonální antikoncepce

- čistě gestagenní

Formy:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| 5.1 perorální | 5.1.1 postkoitální |
| | 5.1.2 kontinuální |
| 5.2 depotní | 5.2.1 injekční |
| | 5.2.2 implantáty |
| 5.3 (LNG-IUS- Mirena - viz stat` IUD) | |

Ad 5.1.1. Postkoitální antikoncepce čistě gestagenní - Postinor

U nás dostupné 2 tablety v jednom balení obsahující 0,75 mg levonorgestrelu jsou

vhodné při velmi nízké frekvenci styku, tedy max. 2x do měsíce. Spolehlivost této antikoncepce klesá s narůstajícím intervalem mezi stykem a užitím, je nutné zdůraznit požití tablety do hodiny po nechráněném styku, v případě opakované soulože ještě požití i druhé tablety do 12 hodin po požití první. Při použití této antikoncepce s delším časovým odstupem od koitu (1 tbl á 12 hod) její spolehlivost klesá. Přestože nežádoucí vegetativní celkové účinky jsou minimální, použití tohoto typu antikoncepce častěji než 2x do měsíce narušuje cyklus a způsobuje nepravidelné krvácení.

O této antikoncepci bychom měli mladistvé pacientky informovat hlavně jako o možnosti „emergentní“, nouzové antikoncepce (neplánovaný první pohlavní styk, selhání bariérové antikoncepce), případně u dívky, která má pohlavní styk jen velmi zřídka, či se k prvnímu koitu teprve chystá. Rozhodně není vhodná jako trvalá či často používaná forma antikoncepce.

Ad 5.1.2 Kontinuální perorální gestagenní antikoncepce

Tablety s 0,5 mg lynestrenolu (Exluton) vyžadují vyšší míru pravidelnosti v užívání než preparáty kombinované. Jejich využití je u mladých pacientek vhodné tam, kde jsou re-

lativně kontraindikovány estrogény (např. u diabetiček).

Nově je Exluton nahrazován preparátem Cerazette - 0,75 mg desogestrel. Zde není nezbytné trvat na extrémní přesnosti v užití - pravidelnost užití je s tolerancí +/- 3 hod. Nevýhodou je možnost nepravidelného spottingu a delšího krvácení v začátku užívání preparátů.

Ad 5.2.1. Injekční depotní gestagenní antikoncepce - Depo-Provera, 150 mg inj. i.m.

Medroxyprogesteron acetát v této formě není vhodný ve věkové skupině do 20-22 let - jednak pro zdlouhavější návrat pravidelného menstruačního krvácení po vysazení, dále pak pro statisticky doložené negativní ovlivnění kostní density, dále vyšší incidenci ovariálních cyst. Tato forma je individuálně vhodná u některých interních onemocnění a u mentální retardace. Rovněž terapeutické využití u hematologických onemocnění je přínosem. Výhodou je nízká cena preparátu. (cca 130 - 160 Kč)

Ad 5.2.2. Gestagenní implantát - Implanon

Jedná se o etonogestrel 68 mg (derivát desogestrelu) obsažený v tyčince aplikované do

Silomat



podkoží paže, účinnost 3 roky. Není popisován negativní účinek na kostní hmotu, je zde rovněž rychlý nástup ovulačních cyklů po extrakci. Nevýhodou je opět delší nepravidelné krvácení v začátku účinku - řádově v týdnech. Cyklus většinou není zcela pravidelný, krvácení bývá slabé. Po 3 letech je vhodné tyčinku chirurgicky extrahovat. Cena se pohybuje kolem 5000,- Kč.

6. Kombinovaná hormonální antikoncepce (COC)

Patří k nejrozšířenější formě kontracepce, její užití stále roste, protože díky měnícímu se složení preparátů se zužují indikační omezení, naopak přibývá pozitivních příznivých účinků.

Od r. 1989 vzrostl počet uživatelů této formy antikoncepce ve fertilním věku v ČR desetinasobně. Oproti západní Evropě (Holandsko, Belgie, Německo), je procento uživatelů stále o cca 50 % nižší. Dá se tedy předpokládat, že počet uživatelů u nás dále poroste.

V zásadě je možné rozdělení současné COC podle množství jednotlivých komponent na mono-, bi-, tri- a kombifázickou, jinak podle dávky estrogenní komponenty (zatím vždy ethinylestradiol) na COC s vysokou dávkou, nízkou, velmi nízkou dávkou estrogenu. Další dělení je možné podle druhu obsaženého progestinu, případně na preparáty estrogenně či gestagenně dominantní. V současné době se na trhu objevují preparáty COC s delší dobou podávání hormonů (24 dní) a s kratší pauzou pro menstruaci (jen 4 dny).

Před předepsáním hormonální antikoncepce pacientce se při rodinné, osobní a gynekologické anamnéze zaměříme na vaskulární a tromboembolická onemocnění, ptáme se na kouření. Provedeme rutinní gynekologické preventivní vyšetření s odběrem onkologické cytologie, změříme TK a tělesnou hmotnost. Pokud je pacientka zdráva a s negativní anamnézou, neprovádíme jaterní testy, kontrolu TK doporučujeme provádět až 3 - 6 měsíců. Je-li pacientka žádající antikoncepci virgo s negativní anamnézou, lze postupovat tak, že provedeme abdominální sondou při plném močovém měchýři ultrazvukové vyšetření malé pánve místo klasického gynekologického vyšetření. Cytologické a kolposkopické vyšetření odložíme na dobu po koitarché - vyšetření hrdla děložního v zrcadlech je validnější než pomocí vaginoskopu.

Budoucí uživatelku je nezbytné podrobně poučit o způsobu užívání, o možných nežádoucích účincích včetně těch nežádoucích, o možnosti selhání metody při nesprávném užití i o ochraně před STD. Mnohdy je toto nutné provést opakovaně, případně poučit i doprovázejícího rodiče.

Absolutní i relativní kontraindikace užití COC

u mladistvých jsou stejné jako u ostatních pacientek, i když jsou logicky mnohem vzácnější, než u dospělých žen.

Obecné absolutní kontraindikace užívání COC jsou:

- šestinedělí
- kouření nad 15 cigaret /den a věk nad 35 let
- hypertenze 160/100 a vyšší nebo hypertenze s arteriálními komplikacemi
- akutní žilní trombóza nebo její osobní anamnéza
- srdeční vady komplikované plicní hypertenzí
- migréna s aurou u ženy nad 35 let
- karcinom prsu
- některá jaterní onemocnění (aktivní virová hepatitis, dekompenzovaná cirhóza, Wilsonova choroba, Budd-Chiari syndrom, nádory jater)

Obecné relativní kontraindikace užití COC:

- kojení do 6 měsíců po porodu
- kouření méně než 15 cigaret/den a žena starší 35 let
- závažné hyperlipidemie a stavy zvyšující riziko arteriálních kardiovaskulárních příhod
- hypertenze 140-160 / 90-100 torrů
- migréna bez aury u ženy starší 35 let
- osobní anamnéza karcinomu prsu po ukončení léčby před 5-ti lety
- diabetes mellitus s komplikacemi
- symptomatická cholelithiáza
- kompenzovaná cirhóza
- lékové interakce (Rifampicin, tarmaky indukující Cytochrom P 450)

Z uvedeného je zřejmé, že ve věku adolescentním je jen velmi málo stavů, které by byly absolutní nebo relativní kontraindikací pro COC.

Nejčastější nezávažné vedlejší účinky COC:

- Mastodynie - časté v prvních cyklech užívání COC, za při déletrvajícím mastodynii event. Změna za za přípravek s nižším obsahem estrogenu.
- Hypomenorea - amenorea - slabé nebo chybějící odlučovací krvácení v době týdenní pauzy, případně placebových tablet. Často přítomná u nízkoestrogenních preparátů, případně u preparátů se silným gestagením účinkem na endometrium. Není chybou, je vhodné na tuto možnost uživatelku upozornit. Nutné vyloučit amenoreu na podkladě gravidity při nesprávném užívání COC.
- Spotting - nepravidelné slabé krvácení je v 1. až 3. cyklu projevem adaptace organismu na antikoncepci, pokud se objevuje déle, lze zvážit změnu preparátu (vyšší obsah estrogenu, případně gestagen - dominantní preparáty)
- Přírůstek váhy- v počátku užívání se díky dočasnému mineralokortikoidnímu efektu estrogenu může hmotnost zvýšit až o 2 kg, bě-

hem 3-6 měsíců se hmotnost většinou normalizuje. Individuálně některé preparáty mohou podporovat zvýšenou chuť k jídlu ■ volbou je změna preparátu, ne vysazení antikoncepce.

- Zvýraznění kresby žil DK - často je konzultován vliv hormonální antikoncepce na povrchový žilní systém DK. Ve věkové skupině adolescentek se v naprosté většině případů setkáváme s habituální mírnou insuficiencí povrchových žil DK bez souvislosti s poruchou hlubokého žilního systému. Volíme takové preparáty, které mají nízký obsah estrogenu a prokazatelně nejnižší negativní vliv na cévní systém (např. Loette)

■ Terapeutické využití COC u mladistvých

„Neantikoncepční“ pozitivní účinky COC jsou obecně známy:

- pravidelný cyklus (dlouhodobé zajištění cyklu)
- snížení krevních ztrát
- prevence ektopické gravidity
- zlepšení dysmenorey
- zlepšení obtíží souvisejících s premenstruačním syndromem
- zmírnění projevů hyperandrogenemie (akné, hirsutismus, maštění pleti, poruchy cyklu - nutná vhodná volba preparátu)
- vliv na lipidový metabolismus (zvýš. HDL)
- snížení incidence akutní PID
- zlepšení benigních onemocnění prsů
- snížení rizika ca ovarii a ca endometrii
- zajištění adekvátní BMD u hypoestrických stavů

■ Závěr

Na základě přehledu antikoncepčních metod se jako nejvhodnější spolehlivou formou antikoncepce pro věkovou skupinu mladistvých jeví forma kombinované orální kontracepce, případně gestagenní perorální preparáty a subkutánní gestagenní implantát. Vhodné je upozorňovat na použití kondomu jako prevenci STD v kombinaci se spolehlivou kontracepcí.

Se snižujícím se věkem koitarché se s otázkou antikoncepce setkáváme ve stále mladších věkových skupinách uživatelů. Zasluhou osvěty ve školách, kolektivech i zdravotnických zařízeních se snižuje počet nechtěných otěhotnění.

Současný stav na trhu s hormonální kontracepcí umožňuje nalézt téměř pro každou ženu a dívku optimální preparát. V takovém případě výrazně převažuje benefit nad eventuelním rizikem.



Přehled současných možností antikoncepce

MUDr. P. Koliba, MUDr. H. Geržová, MUDr. D. Matura, MUDr. I. Pinkavová

Porodnicko-gynekologická klinika FNŠP, Ostrava - Poruba

Sexuální chování obyvatelstva se v posledních desetiletích změnilo vlivem řady faktorů. Výrazně ho ovlivnilo také rozšiřování možností, které zabraňují nechtěnému těhotenství. Tím se sex stal, hlavně u mladých lidí, běžnou součástí života a přestal být vyhrazen pouze pro období, kdy partneři chtějí zplodit dítě. Výrazně zasáhlo hlavně období šedesátých let 20. století, kdy se rozšířilo běžné užívání hormonálních antikoncepčních preparátů.

Je patrné, že za posledních 10 let se postoj ženy ke kombinované orální kontracepci (COC) výrazně posunul. Podle údajů Českého statistického úřadu z r. 1993 se ve skupině žen mezi 15. a 44. rokem věku ukázala být nejčastější antikoncepční metodou přerušovaná soulož (18,5%). Dále používání prezervativu (15,3%), IUD (11,5%), a hormonální antikoncepce jen (7,7%). Některé další studie hovoří dokonce o 55% používání přerušované soulože, naproti tomu však užívání hormonálních metod okolo 20%. Podle výsledků národního výzkumu kontracepčního chování obyvatel České republiky, prováděného v r. 1994, jen 16% dotázaných použilo při prvním pohlavním styku kondom a jen 2% žen hormonální antikoncepci. V rámci trvalého monogamního soužití používalo 21,8% žen hormonální antikoncepci, 22,4% mužů užívalo kondom, avšak nejčastěji byla praktikována přerušovaná soulož - 40,5% mužů a 38,6% dotázaných žen. Při náhodných stycích 33,6% mužů a 46,6% žen nikdy nepoužilo kondom. Hormonální antikoncepci tehdy za nebezpečnou pro zdraví pokládalo 62% žen, dnes je to 24%. Zatímco za nespolehlivé je pokládalo 38% žen, dnes je za nespolehlivé pokládá jen 2% žen.

V současnosti dvě třetiny (67,7%) žen ve věku 15-45 let používá alespoň jednu antikoncepční metodu (včetně coitus interruptus). Jedna třetina (32,3%) uvádí, že z různých důvodů nepoužívá žádný způsob ochrany před těhotenstvím. Prakticky se nejčastěji používají čtyři metody: COC + minipilulky (28,2%), kondom (14,6%), nitroděložní tělíčko (IUD) (8,8%) a coitus interruptus (7,5%). Zastoupení ostatních metod nepřesahuje 2%. Zato 12,9% žen uvádí, že se před těhotenstvím (nechtěným otěhotněním) nechrání nijak.

Otázka okolo používání antikoncepčních

metod je celá řada. Jaké jsou současné možnosti? Které metody jsou nevhodnější pro určitou cílovou skupinu žen? Jaká jsou jejich eventuelní rizika a kontraindikace? Jaká je jejich spolehlivost? Jaká je jejich cena?

Pro porovnání spolehlivosti dané antikoncepční metody je nejčastěji užívaným ukazatelem tzv. „Pearl index“ (podle amerického genetika Raymonda Pearl, žijícího v letech 1879 až 1940). Je ukazatelem „nespolehlivosti“ metody, je vyjadřován číselně a udává počet selhání u 100 žen za období jednoho roku používání dané metody. Posuzovat a hodnotit spolehlivost je mnohdy obtížné, výsledek je závislý na správnosti používání jednotlivých druhů kontracepce. Pojmeme kontracepce jsou myšleny metody a postupy, zabraňující otěhotnění bez nutnosti pohlavní abstinence. Liší se způsobem používání i spolehlivostí. V zásadě nejjednodušší rozdělení antikoncepčních metod je na metody, užívané a kontrolované buďto ženami, nebo muži. Dále dělíme antikoncepci na přirozenou, bariérovou, chemickou, hormonální, nitroděložní, chirurgickou (sterilizaci) a popřípadě alternativní.

Metody mužské antikoncepce

Pro úplnost výčtu uvádíme u některých metod pouze název a míru jejich spolehlivosti.

Přerušovaná soulož

- coitus interruptus - Pearl index 8-18

Mužský kondom - Pearl index 2-15

Mužská hormonální antikoncepce - je založena

na principu suprese tvorby gonadotropinů. Nedožnala však zatím ve světě běžného rozšíření. Při užití pohlavních steroidů je zapotřebí vysokých dávek k navození azoospermie, které je dosaženo jen asi v 50%. Navíc při perorálním podání mohou být do značné míry ovlivněny jaterní funkce, takže preparáty musejí být podávány injekčně. Účinná dávka je dosažena až po 2-4 měsících podávání, je nutná kontrola spermogramu, je snížena potence, mohou se objevit projevy akné, snížení libida. Kromě pohlavních steroidních hormonů jsou testovány také Gn-RH-agonisté, Gn-RH-antagonisté - obojí v kombinaci s androgeny, a také přírodní preparát gossypol, což je výtažek z bavlníkových semen, způsobující při pravidelném podávání výraznou oligospermii, která však může být

i ireverzibilní.

Chemická antikoncepce - pro vedlejší účinky a ne zcela jasný mechanismus působení je metodou zatím v praxi nevyužívanou. Některé látky působí jednak přímo na spermiogenezi a maturaci spermií, jiné na motorický aparát bičíku spermie. Kupříkladu - testovány jsou látky Sulfapyridin, Gossypol, 5-nitroimidazol.

Imunologické metody - spíše ve stadiu výzkumu zejména na poli antispermatozoidálních protilátek.

Mužská sterilizace - vasktomie - přerušeni chámovodů - je nevratnou, ale nejspolehlivější mužskou metodou. Provedení je možné ambulantně, avšak jejímu rozšíření zatím brání zastaralá legislativa. Pearl index 0,1-0,15. Jako alternativní metoda mužské sterilizace je injekční aplikace silikonové tamponády do chámovodů - tzv. „no scalpel vasectomy“.

Antikoncepce ženská

Většina kontracepčních aktivit je v současnosti určena pro ženy.

Tzv. přirozené metody - nevyžadují použití žádné pomůcky, ani medicínského zákroku. V pravém slova smyslu se jedná o stanovení neplodných dnů v menstruačním cyklu. Periodická abstinence - Pearl index až 20, avšak jeho posuzování u této metody je velmi obtížné. Metoda kalendářní - Pearl index okolo 10. Dobře známé je také využití termogenního efektu progesteronu při metodě měření bazální teploty. Při hlenové metodě je využito změny viskozity cervikálního hlenu. Pearl index okolo 3. Pokud je kombinována metoda hlenová, případně metoda změn děložního čípku, s měřením bazální teploty, jedná se o metodu symptotermální. V rámci hodnocení spolehlivosti tzv. přirozených metod se tato jeví jako nejspolehlivější. Pearl index činí 2. Jako poslední přirozená metoda, která však již využívá určitého technického vybavení, je krystalizace slin v mikroskopickém obraze v důsledku zvýšené přítomnosti NaCl ve slinách v období okolo ovulace. Stejný fenomén vykazuje i cervikální hlen. Komerčně se rozšířilo tzv. rychlé stanovení LH a tedy určité období ovulace. Pro svou poměrnou nákladnost je však spíše, než metoda antikoncepční, využívána, pro stanovení nevhodnějšího období pro početí. (ClearPlan, OVU-PACK a další). Její



Pearl index je však 1,0 u „perfektních“ uživatelů. Pearl index všech metod periodické abstinence se pohybuje od 0,4 do 39.

Kojení jako kontracepce? Samotné kojení lze přijmout jako přirozenou metodu antikoncepce. Je však potřeba dodržovat několik podmínek. Kojení musí být v pravidelných intervalech, nejméně 6x za 24 hodin, nejdelší přestávka nesmí přesáhnout v noci 6 hodin a ve dne 4 hodiny, nesmí být přítomen menstruační cyklus a od porodu nesmí uplynout více, než půl roku. Pro nereálnost dodržení všech těchto zásad se metoda obecně nedoporučuje. Kojícím matkám je nabízena orální a injekční čistě progestinová forma, nebo nitroděložní tělíško, bariérové metody - viz níže a samozřejmě všechny přirozené metody kontracepce.

Bariérová kontracepce - je vhodná a více užívána u žen středního a vyššího fertilitního věku s menší četností pohlavních styků. K dispozici jsou na světovém trhu cervikální pesar, diafragma, a ne příliš obvyklý, ženský prezervativ. **Cervikální pesar** je klobouček, vyrobený z elastických materiálů (většinou latex, plast), různé velikosti, který se nasazuje na vaginální část čípku děložního. Mechanicky zabraňuje průniku spermií dále do dutiny děložní. Je opakovaně použitelný, žena si jej zavádí sama. Není vhodné jej ponechávat zavedený déle, než 3 dny. Podmínkou použití pesaru je komplexní gynekologické vyšetření včetně kolposkopie a onkologické cytologie k vyloučení cervikální patologie. Při správném zacházení zajišťuje dobrou antikoncepční spolehlivost. Pearl index je 6-18. Další bariérovou pomůckou je **diafragma poševní**. Po zavedení do pochvy vytváří těsnou, pružnou, a slepou klenbu poševní, za níž je ukryt čípek děložní. Diafragmu nedoporučujeme ponechávat zavedenu déle, než 24 hodin. Po ročním užívání se doporučuje výměna diafragmy. Možné komplikace jsou chronická cystitida z útlaku a alergická reakce. Spolehlivost je srovnatelná s cervikálním pesarem. **Ženský prezervativ - femidom** - určený spíše pro úzkou skupinu žen, převážně s promiskuitním chováním. Poskytuje stejnou ochranu před pohlavně přenosnými chorobami, jako mužský kondom, a je taktéž výhradně určen k jednorázovému použití.

Všechny bariérové metody kontracepce je vhodné kombinovat s použitím spermicidů.

Chemická kontracepce - spermicidy - jsou látky na bázi surfaktantů, působící destrukci buněčné membrány spermie - nejčastěji 9-nonoxynol, nebo octoxynol. Vyrábějí se ve formě krémů, pěn, gelů či čípků (např. Patentex oval N vag. čípky...), nebo jsou jimi impregnová-

ny poševní houby. Kromě svého účinku na spermie působí také na některé druhy bakterií a virů - také na virus HIV. Působení je časově omezené. Pearl index se pohybuje od 3 do 10. Spermicidy jsou doporučovány především jako doplňková metoda, zejména k pomůckám bariérovým. Samostatně patří k méně spolehlivým metodám. Při solitárním užívání spermicidů činí Pearl index 6-28, podle jiných pramenů 3-18. Nežádoucí účinky sestávají pouze z možnosti alergické reakce, event. toxického šoku při použití houbičky.

Nitroděložní tělíško - IUD - intrauterine device - nitroděložní tělíško s mědi je jedním z nejbezpečnějších, neúčinnějších a nejlevnějších způsobů antikoncepce, která je k dosažení v současné době. Mechanismus účinku IUD není jednoznačně dořešen a znám. Rozhodně však IUD není abortivem, ale pravou kontracepcí. Soudí se, že tělíško vyvolává migraci velkého množství makrofágů do dutiny děložní, které ničí přítomné spermie. V současné době jsou v oblibě IUD v různé modifikaci tvaru písmene „T“, na konci s vlascem, umožňujícím pozdější snadnou extrakci. IUD je efektivní, reverzibilní kontracepce konkurující ženské sterilizaci, injekční kontracepci či implantátům. IUD s levonorgestrel (Mirena) nabízí ještě další zdravotní výhody. Znatelně snižuje krevní ztráty při menstruaci, snižuje výskyt dysmenorhei a je také použitelná jako gestagení ochrana žen užívajících estrogení substituční terapii během menopauzy. Pearl index činí u nemedikovaných forem 0,8-3, u tělísek s Cu 0,3-1, u IUD s levonorgestrel až 0,02-0,1. Dojde-li k otěhotnění při zavedeném IUD, má žena možnost graviditu ukončit ze zdravotní indikace. IUD je vhodná pro ženy, žijící monogamně (promiskuita zvyšuje riziko závažných komplikací při IUD). Pro riziko vzniku pánevního zánětu s možností následné sterility je vhodnější pro ženy, které už rodily. Toto doporučení však není podmínkou. Z uvedeného vyplývá, že IUD je nejrozšířenější mezi ženami středního věku. Tělíško se zavádí ambulantně, bez nutnosti narkózy. Načasování zavedení tělíška je nejvhodnější do posledních dní menses, kdy je hrdlo děložní nejlépe prostupné a případné špinění v souvislosti se zaváděním je včleněno do končící menstruace. Taktéž je možno zavést IUD bezprostředně po interupci, eventuálně po porodu. Doba, po kterou může být jedno tělíško zavedeno v děloze, by neměla přesáhnout 5 let. U medikovaných IUD je doba stanovena v souvislosti s délkou účinku mědi, či gestagenů. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) není zavádění IUD s mědi doporučováno ženám HIV

pozitivním a ženám, které mají vysoké riziko HIV infekce.

Hormonální kontracepce - je vhodná pro nejširší věkovou skupinu žen od dospívajících po premenopauzální.

Estrogen-gestagení perorální pilulka - nejúživanější z řady hormonálních přípravků. V současné době jsou vyráběny téměř výhradně preparáty dvojího druhu. Jednofázové nebo třífázové, u kterých se dávka obou hormonů mění ve snaze napodobit fyziologickou křivku hladin během cyklu a minimalizovat tak celkovou dávku hormonů, vpravenou do organismu. Estrogení složkou je ethinylestradiol, a to v dávce 15-50ug v jedné tabletě. Je to dávka bezpečně zajišťující antikoncepční účinek a zároveň dostatečně nízká k minimalizaci rizik, spojených s podáváním estrogenů. Jako progestin měl po dlouhou dobu výsadní postavení levonorgestrel. Modernějšími progestiny jsou desogestrel, norgestimát, gestoden, dienogest, drospirenon, cyproteron acetát. Mechanismus účinku kombinovaných preparátů je založen na zablokování ovulace exogenními steroidy, které nedovolí hypotalamohypofyzárnímu systému hormonálně stimulovat ovaria, folikuly nedozrávají a dostavují se anovulační cykly. Pearl index je 0,1-3. COC je považována, kromě sterilizace za nejspolehlivější antikoncepční metodu. V současné době je na našem trhu velký výběr níže dávkovaných preparátů, mnohdy stejného složení, pouze s jiným firemním názvem. Kromě působení antikoncepčního vykazuje metoda celou řadu příznivých vedlejších účinků. Jsou to zejména zpravidelnění menstruačního cyklu, příznivý vliv na dysmenoreu, algomenoreu, hypermenoreu a menoragii, taktéž snižuje výskyt benigních mastopatií, funkčních ovariálních cyst, působí preventivně proti rozvoji revmatoidní artritidy, vhodná jako léčba hyperandrogenních stavů, prevence karcinomu endometria a ovariálního karcinomu, snižuje počet interupcí a komplikací s tímto spojených, zlepšuje akné, snižuje výskyt pánevních zánětů, působí preventivně na vznik GEU. Jsou však známy i vedlejší účinky estrogenů a gestagenů. Estrogeny zvyšují tvorbu prokoagulačních faktorů v játrech (f.VII, fibrinogen) a zvyšují agregační vlastnosti krve, což vede k mírnému posunu k hyperkoagulaci a tedy k zvýšenému riziku trombembolické nemoci. Estrogeny zvyšují taktéž produkci angiotensinogenu, a tím mohou působit vzestup krevního tlaku. Progestiny spolupůsobí na možném vzestupu TK svým přímým působením na stěnu cévní. Vliv na lipidový metabolismus již není tak jednoznačný. Zatímco estrogeny posouvají poměr HDL/LDL

HIPP



ve prospěch HDL, progestiny působí právě naopak. Tento účinek progestinů je způsoben jejich androgenní aktivitou. Synergické působení nikotinu a steroidů na cévní stěnu a systém hemostázy způsobuje zvýšení rizika kardiovaskulárních chorob, zejména infarktu myokardu, zvláště výrazně u žen-kuřaček ve věku nad 35 let. Kromě rizika trombembolismu, hypertenze a ICHS, se mírně zvyšuje riziko také cerebrovaskulárního onemocnění, jaterního poškození, vzniku depresí, migrén a zhoršení diabetu. Tato rizika však platí zejména pro preparáty s vyšším obsahem ethinylestradiolu v jedné tabletě (nad 50ug) a s progestiny, odvozenými od testosteronu - to znamená - s vysokou androgenní aktivitou. Dnes jsou na trhu téměř výhradně přípravky s obsahem ethinylestradiolu od 15 do 35ug v tabletě a s gestageny s minimálním nebo žádným androgenním efektem. Některé progestiny mají dokonce efekt antiandrogenní. Preparáty s obsahem 50ug ethinylestradiolu jsou v současnosti vyhrazeny pro léčebné, nikoliv antikoncepční účely.

Perorálně podávané steroidní hormony se vstřebávají střevní sliznicí, a zde jsou již částečně konjugovány sulfáty, dále putují do jater, kde ovlivňují tvorbu řady látek, dochází k jejich další konjugaci s kyselinou glukuronovou, a tím i k jejich deaktivaci. Vracejí se zpět do střeva, kde jsou následně bakteriálně dekonjugovány - tedy aktivovány. Proto při střevních onemocněních, či ovlivnění střevní flóry širokospektrými antibiotiky je nebezpečí z poddávkování a selhání antikoncepce. Často diskutovanou otázkou je vliv na vznik rakoviny ženských orgánů. Byl potvrzen jednoznačně protektivní vliv na vznik karcinomu ovaria a endometria. Riziko rakoviny prsu mírně vzrůstá až po desetiletém užívání, avšak vzhledem k pravidelným gynekologickým kontrolám je většinou onemocnění zachyceno včas. Vyšší riziko vzniku karcinomu čípku děložního je dáváno do souvislosti se změnou sexuálního chování a zvýšeným přenosem HPV infekcí při promiskuitním způsobu života, zejména u mladších uživatelék.

Estrogen-gestagenní transdermální forma kontracepce je poměrně novou moderní metodou spočívající v pomalém kontinuálním vstřebávání konstantního množství účinné látky přes kůži do krevního oběhu. V současnosti je na trhu náplastová forma (Evra), kdy se jednotlivé estrogen-gestagenní náplasti aplikují na kůži v týdenních intervalech s týdenní pauzou po třetí aplikaci. Tato metoda, na rozdíl od perorální formy, nezatěžuje jaterní tkáň, není ovlivňována nestandardním vstřebáváním střevní sliznicí a je uživatelsky výrazně komfortnější.

Uvedené výhody jsou však vyváženy vyšší cenou preparátu.

Orální progestinová kotracepce je vhodná všude tam, kde není žádoucí estrogení složka kombinovaného preparátu. Tedy starší kuřačky, hypertoničky, obézní ženy, atd.. Výsadní postavení má však jako vhodná antikoncepce pro kojící matky. Mechanismus účinku je komplexní, asi ve 40% však nezabraňuje ovulaci. Hlavním mechanismem je znepřehodnění cervikálního hlenu pro spermie, dále pak narušení fyziologického endometriálního cyklu. Spolehlivost metody je vyjádřena Pearl indexem 0,5-3. Kontraindikace metody jsou všechna závažnější onemocnění, u kterých je kontraindikováno podávání kombinované pilulky, a kde není jednoznačně jisté, zda jsou způsobována výlučně estrogeny. Nežádoucím účinkem je především intermenstruální krvácení, či špinění a nepravidelnosti cyklu.

Depotní progestinová antikoncepce Jako mechanismus účinku spolupůsobí zvýšení viskozity cervikálního hlenu, zablokování ovulace snížením preovulačního vzestupu LH a sekreční přeměna endometria s následnou atrofizací. Má obdobné indikace a kontraindikace, jako předchozí, ale je značně pohodlnější a na přesnost užívání nenáročnější. Původně metoda určená spíše pro rozvojové země eventuálně mladým dospívajícím dívkám, které nejsou schopny pravidelně užívat kombinovaný preparát, si získává stále větší oblibu i mezi zralými ženami vyspělých států. Nenáročnost užívání je však vyvážena nestandardním vstřebáváním a uvolňováním ze tkání. S tím je spojen vyšší výskyt nepravidelného krvácení. Relativně nepříjemná může být i dlouhotrvající amenorea. Existuje v injekční formě, kde nejčastěji užívanou látkou je medroxyprogesteron-acetát (Depo-Provera 150mg), aplikovaný jedenkrát za 3 měsíce nitrosvalově, nebo ve formě podkožních implantátů s levonorgestrel (Norplant, Implanon) jednorázově implantovaný do podkoží na dobu pěti let. Ostatní nosiče depotních steroidů, jako kupříkladu vaginální kroužek s obsahem progestinu zatím nejsou u nás k dispozici. Obsahuje buďto levonorgestrel, nebo 3-keto-desogestrel. Vkládá se co nejlouhběji do pochvy na dobu 90ti dnů. Pearl index činí 3,5.

Nevýhodou je znehodnocení nosiče při nežádoucích projevech přípravku a nutnosti předčasného odstranění při jeho relativně vysoké ceně. Pearl index pro medroxyprogesteron-acetát se pohybuje od 0,3 do 1,2, pro podkožní implantát levonorgestrelu až 0,04. Metoda gestagenem medikované IUD (Mirena) byla

podrobněji zmíněna v příslušné kapitole o nitroděložním tělísku.

Postkoitální antikoncepce - metoda, účinná do 48 až 72 hodin po nechráněném styku v období okolo ovulace, určená k výjimečnému použití výhradně jako jednorázová „záchrana“ před nežádoucí otěhotněním. Nejčastěji jsou využívány progestiny jednorázově 0,750mg levonorgestrelu - do 1 hodiny po styku (Postinor), nebo kombinovaná estrogen-gestagenní pilulka v dávce 4 tablety do 72 hodin po styku a další 4 tablety po 12ti hodinách. Do 72 hodin lze také použít 2 tablety Postinoru v rozmezí 12ti hodin nebo Danazol 2x400-600mg taktéž v rozmezí 12ti hodin. Mifepriston (RU 486) není v ČR dostupný. Steroidy naruší připravenost sliznice pro nidaci vejce a tato většinou nepravidelně odkrvácí. Taktéž je možno jako postkoitální antikoncepci s následným trvalým účinkem zavést nitroděložní tělísko s mědí do 5ti dnů od pohlavního styku.

Ženská sterilizace - je nevhodnější metodou pro ženy či páry, které se rozhodnou pro definitivní ukončení fertility, ať již z důvodů osobních, nebo zdravotních. Vzhledem k existujícím právním úpravám však může tento zákrok podstoupit pouze žena, která splňuje zákonné podmínky k provedení tohoto zákroku. Sterilizace je nejučinnější antikoncepční metodou. Pearl indexe 0,1-0,4.

V dnešní době máme k dispozici poměrně širokou škálu metod k zábraně nechtěného těhotenství. Záleží na informovanosti pacientky a profesionalitě jejího lékaře, zda dokáže nalézt ideální způsob spolehlivé kontracepce s ohledem na všechna případná zdravotní i jiná omezení té které ženy. I v současné době je nechtěné těhotenství jak pro matku, tak pro společnost větší „problém“, než správně zvolená antikoncepční. V současné době proto pro každou ženu, která má o antikoncepci zájem lze nalézt antikoncepci, kterou je možno použít.

Literatura:

1. Čepický, P.: Poznámka ke kontracepčnímu chování obyvatel České republiky. Čes. Gynek. 63:236,1998.
2. Čepický, P., et al.: Doporučení k předpisu kombinované perorální kontracepce (ČOC). Čes. Gynek. 65:279, 2000.
3. Paseková, V., et al.: Dlouhodobé užívání kombinované hormonální antikoncepce: průzkum názorů odborné veřejnosti. Prakt. Gynek. (Brno) č.6:14, 2002
4. Uzel, R., et al.: Hormonální antikoncepce. Postoje a praxe českých a slovenských žen. Mod. Gynek. Porod. 3:42,1993.
5. Uzel, R.: Antikoncepce a potraty v ČR. Mod. Gynek. Porod. 10:132, 2001.
6. Weiss, P., Zvěřina, J.: Kontracepční chování obyvatel české republiky: výsledky národního výzkumu. Čes. Gynek., 62:151, 1997.
7. Pílková, L.: Antikoncepce a plánované rodičovství. Amireport, 2, 1994, s. 77-80.
8. Pořádková-Dutoit I.: Endokrinologie v praxi. Grada, Praha, 1996, s. 104-108
9. Tošner J.: Antikoncepce - přehledy, informace. Gynekolog, 1, 1992, s. 7-8.



Problematika chlamydií v gynekologii dětí a mladistvých

MUDr. P. Koliba, MUDr. H. Geržová, MUDr. Z. Dančíková

Porodnicko-gynekologická klinika FNŠP, Ostrava - Poruba

■ Úvod

Chlamydia trachomatis je nejčastější sexuálně přenosné bakteriální agens. Od počátku minulého století je prokázáno, že se jedná o STD (sexually transmitted disease), které zatím nepodléhá povinnému hlášení. Odhaduje se, že představuje kolem 50% všech urogenitálních nákaz (3, 6).

Chlamydia trachomatis je pravá bakterie se stěnou podobnou gramnegativním bakteriím, je to intracelulární parazit, který je závislý na hostitelském adenosinofosfátu a aminokyselinách. Vyskytuje se ve dvou formách, jako extracelulární elementární tělíčko a intracelulární retikulární tělíčko. První morfologická forma je infekční, má schopnost proniknout do hostitelské buňky, ale jedná se o odpočívající formu. Druhá je metabolicky aktivní forma, schopna replikace a je tedy

■ Klinický obraz

Jedinci infikovaní chlamydií často nemají žádné symptomy, což ztěžuje diagnózu. Proto mnoho infekcí prochází nezjištěno, dokud nenastanou vážné problémy.

Chlamydia trachomatis je u mužů nejčastější příčinou negonokokové uretritidy. Mezi další komplikace patří epididymitida, která může způsobit neplodnost. Chlamydia také představuje u mužů riziko invalidity z důvodu Reiterova syndromu, což je forma artritidy, která je zřejmě častější u mužů než žen.

Kojenci se mohou infikovat chlamydií během porodu, následkem čehož je konjunktivitida, bronchiolitida a pneumonie. Chlamydia je hlavní příčinou novorozenecké konjunktivitidy.

Při chlamydiové infekci žen se mohou vyskyto-

ny břišní a způsobit hluboký pánevní zánět (PID-pelvic inflammatory disease) a někdy až těžké adhezivní procesy v malé pánvi případně až celé peritoneální dutiny (Fitz-Hugh-Curtisův syndrom-chlamydiová perihepatitida).

Ve věkové skupině 0-2 let se vyskytují opakované infekce močových cest a vulvovaginitidy (1). U těchto dětí se nejčastěji jedná o perzistenci infekce akvirované perinatálně, jde o vertikální přenos od matky (6).

Ve věku 3-9 let se k těmto symptomům připojuje bolest v podbříšku (1), v rámci klinicky manifestních forem nákazy se uvádí tento symptom až u 90% případů.

Ve skupině prepubertálních a pubertálních dívek 10- až 14-letých jsou častým symptomem vedle výše uvedených i juvenilní metroragie a sporý vaginální fluor (1).

Pacientky z věkové kategorie 15-18 let se v klinickém průběhu onemocnění rozdělují na pohlavně aktivní, u kterých je častější výskyt cervicitidy, kolpity a poruch menstruačního cyklu. Pacientky, které ještě neměly pohlavní styk, kde symptomy jsou metroragie a bolest v podbříšku podobně jako i u nižších věkových skupin (1).

■ Diagnostika

Základem diagnostiky chlamydiové infekce je izolace na buněčných kulturách - genová sonda (gen probe), senzitivita je 75-85% (3). Tady musíme zdůraznit význam správného odběru materiálu, následné skladování a transport ve speciálních odběrových mediích. Odběr vzorků z cervikálního kanálu provádíme po předchozím odstranění cervikálního hlenu. K odběru používáme kartáček na abrazi epiteliálních buněk. Odběr uretrálních vzorků se provádí tamponem na drátku nebo tenké tyčince. Pacientka by neměla nejméně 1 hodinu před odběrem močit, k vyšetření moči odebíráme moč z počáteční porce u spontánního močení.

Přímým průkazem agens prokazujeme chlamydiový lipopolysacharid - LPS (ELISA, imunofluorescenční testy) nebo druhově specifický membránový protein- MOPM (imunofluorescenční testy), dále je možný důkaz chlamydií pomocí hybridizačních a amplifikačních testů (PCR, LCR, TMA). Výhodou je schopnost diagnostiky i mrtvých

Výskyt chlamydiové infekce podle věku

0-2 roky	opakované infekce močových cest, vulvovaginitida
3-9 let	bolest v podbříšku
10-14 let	juvenilní metroragie, fluor
15-18 let virgo	cervicitida
15-18 let non virgo	cervicitida, metroragie, bolest v podbříšku

i postižitelná antibiotiky. Jediněčnost Chlamydia trachomatis vyplývá z jenom 48-hodinového růstového cyklu. Onemocnění urogenitálního traktu způsobují sérotypy D-K.

Infekce probíhá v jednovrstvém cylindrickém epitelu a projevuje se v různých věkových skupinách specifickou klinickou symptomatologií. Důležitý je však častý, dle některých autorů až 70% (22) výskyt subklinických forem infekce.

Prevalence a incidence chlamydiové infekce se liší v závislosti na oblasti a vyšetřované skupině, v České Republice se pohybuje od 10 do 23% (4). Nejvyšší prevalence je u mladých sexuálně aktivních lidí ve věku kolem 20 let (3). Promořenost populace neustále stoupá. U adolescentek se uvádí v jednotlivých pracích výskyt od 1,7 do 17% (1). Prevalence Chlamydia trachomatis v evropských státech se pohybuje od 8 do 40% (23).

vat jenom nespecifické bolesti v podbříšku, fluor, intermenstruální krvácení, postkoitální krvácení, nepravidlosti menstruačního cyklu, bolesti v zádech a dysurie. Následně pak diagnostikujeme až závažné důsledky způsobené chlamydiemi, jako je sterilita a infertilita.

U těhotných žen probíhá infekce pod obrazem chorioamniitidy, inkompetence děložního hrdla a předčasného porodu.

Chlamydia trachomatis kolonizuje jednovrstvý cylindrický epitel, v urogenitálním traktu je lokalizována v močové trubici, Bartholiniho žláze, kanálu děložního hrdla, sliznici děložní dutiny a v sliznici vejcovodu. V gynekologii se nejčastěji setkáváme se zánětem děložního hrdla, který v 30 až 50 procentech zůstává klinicky němý (2). Postižený čípek snadněji krvácí, časté je postkoitální krvácení. Infekce se může šířit cestou ascendentní na endometrium a dále přes vejcovody do duti-



chlamydií. Senzitivita vyšetření zaměřených na přímý průkaz chlamydií je 70-75% (3), zatím však u nás tyto metody jsou jenom omezeně dostupné (v Ostravě nejsou k dispozici).

Pro nepřímý průkaz slouží serologická diagnostika, kdy se detekují rodově specifické anti-LPS protilátky i druhově specifické anti-MOPM protilátky v imunologických třídách IgG, IgA a IgM. Hladina IgM stoupá brzy po infekci, po zvýšení hladin v třídě IgM následuje vzrůst IgG a IgA (IgG až čtyřnásobně). O akvizi chronické infekce svědčí zvýšené titry IgA protilátek 1:32 až 1:64 (14). Serologické metody využíváme hlavně při sledování efektivity terapie v průběhu chlamydiové infekce.

Terapie

Léčba chlamydiové infekce je empirická, protože žádná laboratoř nevyšetřuje in vitro citlivost. Hlavní skupiny antibiotik jsou makrolidy, tetracykliny a fluorované chinolony, eventuelně jejich kombinace s dalšími antibiotiky.

Makrolidy se podávají dětem do hmotnosti 45kg v dávce 10mg/kg 1-krát denně po dobu 3 dnů, nad 45 kg jednorázově 1g. Na našem pracovišti máme nejlepší zkušenosti s 6-denním užíváním azitromycinu 0,5g per os co 24 hodin.

Tetracykliny jsou kontraindikovány u dětí do věku 8 let. Dávkování je v první den 4mg/kg/den, další dny 2mg/kg/den, maximální doba podávání léků této skupiny u dětí nad 8 let je 10 dnů. Při těžkých infekcích je vhodné podávat po celou dobu léčby dávky 4mg/kg/den vždy rozděleně ve dvou dávkách.

Fluorované chinolony se dětem a mladistvým do 18 let podávají zcela výjimečně, pouze za předpokladu, že nelze použít alternativní léčby a pokud přínos převyšuje možná rizika. Celková denní dávka je 7,5-15mg/kg. Podává se ve dvou dílčích dávkách každých 12 hodin po dobu 5-10 dnů.

Výsledky různých známých léčebných režimů jsou podobné, volba konkrétního postupu je dána snášenlivostí preparátu pacientkou, nejlépe snášená je jednorázová aplikace 1g azitromycinu při nekomplikovaných infekcích, při dlouhotrvající léčbě je u tohoto preparátu známa lepší compliance.

Nesmíme opomenout na paralelní poskytnutí terapie i všem sexuálním partnerům mladých sexuálně aktivních adolescentek.

Závěr

Význam sledování onemocnění v dětské a adolescentní populaci je v předcházení vývoje chronických stádií infekce s jejími pozdními komplikacemi zejména sterilitou a infertilitou, mimoděložním těhotenstvím a komplikacemi v těhotenství.

Až u 40 procent žen s neléčenou chlamydiovou infekcí se rozvine zánětlivé onemocnění pánve (PID). Každoroční přímé náklady na PID jsou obrovské (více než 3 miliardy \$ ročně v USA). Ačkoli není přesně známo, kolik případů PID je způsobeno chlamydií, kontrolovaná randomizovaná studie HMO pacientů zjistila, že screening chlamydie snížil výskyt PID o více než 50 procent (17).

Procento výskytu chlamydie je nejvyšší mezi mladými muži a ženami. Dospívající a mladí dospělí jsou zřejmě rizikovější než starší dospělí co se týče pohlavně přenosných nemocí z důvodu behaviorálních faktorů, mezi něž patří větší počet sexuálních partnerů, nechráněný pohlavní styk a výběr vysoce rizikových partnerů. Navíc chlamydie snadno infikuje nezralý cervix, čímž jsou dospívající dívky citlivější vůči infekci než dospělé ženy. V některých studiích bylo infikováno až 30 procent sexuálně aktivních dospívajících dívek.

Existují zdravotní a finanční výhody screeningu na Chlamydia trachomatis. Screening umožňuje odhalení infikovaných osob, u nichž by se jinak rozvinuly komplikace a které by přenesly infekci na své partnery. Včasná detekce a léčba léčitelných pohlavně přenosných nemocí jako je chlamydiová infekce může zastavit šíření dalších komplikací včetně neplodnosti a mimoděložního těhotenství.

Odhadované ekonomické následky neléčených chlamydiových infekcí a jejich komplikací jsou obrovské.

Pohlavně přenosné infekce zvyšují náchylnost vůči HIV. Lidé s určitými pohlavně přenosnými nemocemi včetně chlamydiové infekce mají 3-5x vyšší pravděpodobnost nakazit se HIV (Wasserheit, 1992).

V posledním desetiletí byly vyvinuty zesilovací testy na nukleové kyseliny (NAAT), které detekují nejméně 90 procent chlamydiových infekcí (tyto testy mohou být také provedeny na vzorku moči). Starší testy detekují pouze 50 až 70 procent infekcí a vyžadují vzorky z močové trubice či děložního čípku.

Významné zdravotnické a veřejné zdravotní skupiny a zdravotníci doporučují, aby se screening na Chlamydia trachomatis stal součástí rutinní péče o mladé ženy. Na základě výsledků studie výskytu chlamydie u dospívajících Burnstein (1998) doporučil: „jelikož následky chlamydiové infekce mohou být zničující a NAAT (zesilovací testy na nukleové kyseliny) mohou být ekonomicky výhodné všechny sexuálně aktivní dospívající ženy by měly být vyšetřeny na chlamydiovou infekci každých šest měsíců, bez ohledu na symptomy, dřívější infekce, používání kondomu či riziko vícečetných sexuálních partnerů“.

Do budoucna se bude muset pravděpodobně

uvažovat o skríningu rizikové populace i u nás. Sexuálně aktivní adolescentky by měly být vyšetřovány na chlamydiovou infekci nejméně jednou ročně i při absenci symptomů. (24, 22). Otáznou zůstává volba konkrétní metody a vhodné skupiny pacientek.

Literatura:

1. Nižňanská Z, Korbel M., Redecha M.: Výskyt chlamydiové infekce u dívek v detském a adolescentnom veku; *Praktická gynekologie* 2/2002 12-14.
2. Špaček J: Současný pohled na etiologii vulvovaginitid u nejmladší věkové skupiny. *Gynekolog, ročník 5, srpen 1996, č.4, 151-155.*
3. Mašata J., Řezáčová J., Draždáková M.: Přehled problematiky chlamydiové infekce, *Moderní gynekologie a porodnictví 10/2001 č.3, str. 300-305*
4. Uhrová E, Chlamydiová infekce u žen, *Diagnóza 2/2000, str. 7*
5. Braverman PK, Strasburger VC. Sexually transmitted diseases. *Clinj Pediatr Phila* 1994, 33: 26-37.
6. Kazár J, Lokša V, Osuský P: Chlamydiové nákazy u lidí. *Bratislava, SAV* 1992.
7. Mašata J.: Komentář. *Gynekologie po promoci, 2001:1:39-41*
8. Gebouský P., Kapla J., Kosina P.: Chlamydiové infekce reg.č. 0/020/230, doporučené postupy pro praktické lékaře ČLS JEP 2002
9. Piika L., Malý Z.: Chlamydiová infekce a gynekologické záněty. *Gynekolog, 1999,8,6: 262-263*
10. Medková Z., Kalousek I., Jurčuška P.: Chlamydiové infekce. 2001, Triton
11. Witkon S.: Immunological aspects of genital chlamydia infections. *OG,2002 dec,16:865-74*
12. Kinghorn RK: Screening for sexually transmitted infections. *Sex transm Dis* 1998; 16:663-667.
13. Simms I, Stephenson JM: Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? *Sex Trans Inf* 2000;76:80-87.
14. National guideline for management of Chlamydia trachomatis genital infection. *Sex Trans Inf* 1999;75 (Suppl 1):S4-S8.
15. Stevens S., Rudnick M., Beach R., Weinberg A.: Screening positive urine pregnancy test for sexually transmitted diseases expedites the treatment of infected adolescent gravidas. *J-matern-Fetal-Neonatal-Med., 2002,11:391-5*
16. Genc M, Mardh PA: A cost-effectiveness analysis of screening and treatment for chlamydia trachomatis infection in asymptomatic women. *Ann Intern Med* 1996;92:292-8.
17. Scholes D, Stergachis A, Heidrich F, et al: Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydia infection. *N Engl J Med* 1996;334:1362-6.
18. Kinghorn RK: Screening for sexually transmitted infections. *Sex transm Dis* 1998; 16:663-667.
19. Mosure DJ, Bernton S, Kleinbaum D, et al: Predictors of Chlamydia trachomatis infection among female adolescents: a longitudinal analysis. *Am J Epidemiol* 1996;144:997-1003.
20. Ostergaard L, Andersen B, Oelsen F, et al: Efficacy of home sampling for screening of chlamydia trachomatis. *Randomised study. BMJ* 1998;317:26-27.
21. Turrentine MA, Newton ER, Amoxicilin or erythromycin for treatment of antenatal chlamydial infection: a meta-analysis. *Obstet. Gynecol., 1995,86:1021-5*
22. Paukku M, Kilpikari R, Puolakainen M, Oksanen H, Apter D, Paavonen J, Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis. *Sex-Transm-Dis. 2003 Feb, 30(2):120-3.*
23. Wilson J,S, Honey E et al: Systematic review of the prevalence Chlamydia trachomatis among European women. *Human Reproduction, Jul 2002 Vol. 8, Iss. 4, pg. 385*
24. Pimenta JM, Catchpole M, Rogers PA, Hopwood J, et al: Sexually Transmitted Infections. *London: Feb 2003. Vol. 79, Iss.1, pg.22, 6 pgs.*

UCB Pharma - Xyzal



Vulvovaginitis v dětském a dorostovém věku

MUDr. Radka Vetešníková-Koubová

Klinika dětské gynekologie, FN v Motole a 2. LF UK, Praha

■ Úvod

Vulvovaginitis je vulvitis, tj. zánět zevních rodidel, a colpitis, tj. zánět pochvy, neboť se prakticky vždy vyskytují současně. Základním příznakem onemocnění je výtok, tj. fluor vaginalis, což je nejčastější problém, se kterým se pacientky obrací na lékaře v gynekologické ambulanci. Většinou se jedná o dívky v předškolním a mladším školním věku, jejichž vyšetření mnohdy vyžaduje velkou trpělivost.

■ Etiologie

Etiologie je odlišná od dospělých. Také jednotlivá období dětského věku mají svoje specifika (viz.tab.1.).

■ Novorozenecké období

V novorozeneckém období je děvčátko pod doznívajícím vlivem mateřských estrogenů. Důsledkem je proliferace poševních epitelů, přítomnost *Lactobacillus acidophilus* Döderleini, kyselá reakce, stejně jako u po pubertě. Tvoří se fyziologický výtok - *fluor neonatalis purus*. Postupně s odezněním hormonální reakce fluor mizí.

Může se vyskytnout i *fluor neonatalis mixtus*, který je projevem nějakého patogenního agens. Přenos probíhá během porodu z porodních cest, nebo postnatálně při zanedbávání hygienických pravidel matkou. Léčením kolpitud u gravidních žen a osvětou o hygienických pravidlech při péči o novorozenecká rodidla lze novorozeneckým vulvovaginitidám předcházet.

■ Klidové období

V klidovém období není organismus pod vlivem pohlavních hormonů. Výtok je vždy projevem zánětu rodidel. Jednotlivá etiologická agens jsou přehledně uvedena níže podle četnosti (tab.2).

K infekci střevními bakteriemi dochází díky nesprávným hygienickým návykům. Někteří autoři popisují koincidenci vulvovaginitid s chronickou zácpou.

Nutno je myslet na přenos pomocí cizích těles, které si děti často zavádí při hře do rodidel. Zpočátku nečiní dítěti žádné potíže,

ale časem vyvolá hnisavý zánět pochvy, někdy i s krvácením. Na cizí těleso myslíme při recidivujícím výtoku. Je třeba vyzvednout význam vaginoskopie při diagnostice etiologie vulvovaginitis. Je poměrně snadné pro ambulantiho lékaře provést kulturační vyšetření pochvy u dítěte, ale chybí-li vaginoskop, může cizí těleso uniknout pozornosti, protože měkké předměty jen velmi obtížně diagnostikujeme palpačním vyšetřením per rectum. Vaginoskop je také nezbytný k extrakci tělesa. Je-li cizí těleso zaklíněno hluboko v klenbách poševních mělo by vzniknout a být vyloučeno podezřením na pohlavní zneužívání, neboť nedaří-li se extrakce pro hloubku zavedení, není pravděpodobné, že ho dítě tak hluboko zavedlo. Samozřejmě pohlavní zneužívání může být samo příčinou výtoku.

Příčinou výtoku jsou i střevní paraziti, zejména roup dětský. Samička klade vajíčka do okolí řitního otvoru, tím vyvolává u dítěte po-

city svědění, při škrábání si samo zavleče infekci na rodidla. Literatura udává až 50% koincidenci výskytu roupa u dětských vulvovaginitid. Je potřeba cíleně pátrat po této možnosti a následně léčit.

Vzácnější je koincidence s celkovým onemocněním např. při spále, angíně (streptokoky a stafylokoky). Prevencí proti recidivám je pak kultivace z krku a nosu k vyloučení přítomnosti patogenu. Při shodě etiologického agens nebo při současném výskytu celkového onemocnění je vhodné přeléčit dítě kromě lokální vaginální léčby i celkově. Poměrně často trpí vulvovaginitidou také pacientky s recidivujícími infekcemi močových cest, zdrojem infekce je kontakt rodidel s močí, která je kontaminována bakteriemi.

Mykozy jsou vzácné. Vyskytují se častěji u juvenilních diabetiček nebo u dívek s předčasnou pubertou.

tab. č. 1

Druhy výtoku v dětském věku		
Novorozenecké období (28 dní od narození)	vliv mateřských estrogenů	fyziologický - <i>fluor neonatalis purus</i>
		patologický- <i>fluor neonatalis mixtus</i>
Klidové období	bez vlivu estrogenů	<i>fluor-vždy patologie</i>
Období pohl. dospívání	vliv endogenních estrogenů	fyziologický - <i>fluor pubertalis purus</i>
		patologický- <i>fluor pubertalis mixtus</i>

tab. č. 2

Přehled nejčastějších etiologických agens v klidovém období	
Střevní flóra	<i>Escherichia coli</i> , <i>Enterococcus</i> , <i>Proteus</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Acinetobacter</i>
Stafylokoky	<i>Staphylococcus pyogenes aureus</i> , <i>Staphylococcus epidermidis albus</i> , <i>Staphylococcus saprophyticus</i>
Streptokoky	<i>Streptococcus beta-haemolyticus sk.A, B</i> , <i>Streptococcus faecalis</i> , <i>Streptococcus faecium</i> , <i>Streptococcus alfa, gama</i> , viridující streptokoky
Aerobní nesporulující bakterie	<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Corynebacterium vaginale</i>
Aerobní bakterie smíšené	pneumokoky, <i>pseudomonady</i>
Anaerobní flóra	peptokoky, <i>Coprococcus</i> , <i>propionibaktérie</i> , <i>Bacteroides fragillis</i> a jiné bakteroidy



■ Období pohlavního dospívání

V období pohlavního dospívání se uplatňuje vliv endogenních estrogenů. Pochva se fyziologicky osídluje kulturou *Lactobacillus acidophilus*, projevem je fluor pubertalis purus - čirý hlen, který je příznakem blížícího se menarche. Samozřejmě nevyžaduje žádnou léčbu. Avšak pečlivé matky dívky přivádí do ambulance a léčbu požadují, pak je nutné podrobné vysvětlení.

Jestliže dojde ke kolonizaci pochvy nějakým patogenem vzniká fluor pubertalis mixtus, kde se vyskytuje stejné spektrum nálezů jako u dospělých žen, přesto jsou cesty přenosu infekce podobné jako v klidovém období. Po zahájení pohlavního života je problematika vulvovaginitid shodná jako u dospělých žen. Dochází k prudkému nárůstu zejména mykóz (*Candida albicans*, *Candida glabrata*), trichomoniázy a Gardnerelly vaginální.

Z virových infekcí se nejčastěji můžeme setkat s herpes genitalis.

■ Symptomatologie a diagnostika

Pacientky do ambulance přivádí výtok z rodidel na spodních kalhotkách. Charakter výtoku je různý, závisí na etiologickém agens, tj. výtok hlenovitý, zpěněný, škrabovitý, hlenohnisavý, bílý, nažloutlý, dozelena, nahnědlý, zakrvavělý. Někdy pacientka sama udává svědění, pálení rodidel, obvykle při močení. Při větším množství výtoku dochází k opruzení, edému a maceraci rodidel.

Při velkém nucení a svědění bývají na rodidlech přítomny ragády a excoriace. U oběsných s chronickým výtokem můžeme nalézt tzv. perigenitální halo - tmavěji zabarvenou kůži kolem genitálu až k anální krajině.

V klidovém období je někdy prvním příznakem slabé zakrvácení či spotting (poševní stěna bez vlivu estrogenisace je tenká a při překrvení snadno krvácí).

Hlavním příznakem může být bolest v podbřišku za sponou, která se objevuje intermitentně. Pacientka bývá opakovaně vyšetřována na chirurgii, odkud se dostává na gynekologické vyšetření. Po úspěšné sanaci patogenů pochvy bolest zcela mizí.

V ambulanci dětské gynekologie striktně vyžadujeme před nasazením léčby odběr mikrobiologického kultivačního vyšetření s typizací citlivosti na jednotlivá terapeutika,

tím je následně provedena cílená terapie a předcházíme přechodu zánětu do chronického stadia. Je nutné pátrat po dalších příčinách (např. oxyuriasis, cizí těleso). Máme-li podezření na přítomnost *Enterobius vermicularis*, pak je třeba cíleně pátrat kolem análního otvoru po vajíčkách roupa. Snadný je průkaz nalepením průhledné lepicí pásky na neomytý konečník. Pásku pak nalepíme na podložní sklíčko a pod mikroskopickým zvětšením stanovíme přítomnost vajíček.

Je-li v klidovém období kultivačním vyšetřením prokázána mykosa, je vhodné vyšetřit hladinu glykemie, neboť se může jednat o první projev zatím subklinicky probíhajícího diabetes mellitus.

Můžeme se setkat s kultivačním nálezem *Neisseria gonorrhoeae*. Většinou se jedná o nepohlavní přenos, přesto musíme pátrat i po případném pohlavním přenosu.

■ Terapie

Zásadně léčíme cílenou lokální vaginální léčbou. Celková protizánětlivá terapie zbytečně dítě zatěžuje. Avšak jsou případy, kdy je celková terapie nutná, pak ji nasazujeme vždy v kombinaci s lokální vaginální terapií (např. při kultivačním nálezem streptokoků při současném nálezem v kultivaci z krku či nosu, abychom zabránili reinfekci, současná infekce močových cest, respirační infekce, kapavka). Zahraniční literatura udává i primární použití kombinované orální i lokální vaginální léčby.

Při výrazných subjektivních obtížích pacientky do výsledku kultivačního vyšetření zklidňujeme zevní rodidla masťovými formami léků (např. Pityol či Framykoin ung). Doporučujeme dostatečnou hygienu tekoucí vodou. Zásadně nevhodné je doporučovat sedací koupele (heřmánkové či hypermanganové), v sedací koupeli je současně konečník i rodidla, a tím se naopak usnadňuje přenos.

K lokální léčbě se používají magistraliter připravované čípky, které jsou přizpůsobeny anatomickým poměrům. U starších dívek můžeme využít vaginálních krémů s vhodným štíhlým zavaděčem (např. Macmilor complex). Matce je vždy zavedení čípku vysvětleno a předvedeno, důležitá je zejména hloubka zavedení čípku. Léčba trvá 7-10 dní. U recidivujících nebo masivních výtoků zejména u dětí předškolního věku je vhodná léčba za hospitalizace, která má větší efekt a méně recidiv.

Za 3 týdny po ukončení léčby je nutná

kontrola vaginoskopem. Při diagnóze *Enterobius vermicularis* podáváme Pyrvinium či Vermox jednorázově a dávku opakujeme dvakrát vždy po třech týdnech.

U pacientek s chronickým zánětem pochvy a zevních rodidel doporučujeme balneoterapii v Dětské gynekologické léčebně ve Františkových lázních (indikace č. XXIX-1).

Typická chybná situace: předškolní dítě bez vaginoskopického a kultivačního vyšetření je léčeno zevně lokálně mastí (Canestenem). Zde nacházíme několik chyb: Nebyla provedena vaginoskopie, nemůžeme vyloučit např. cizí těleso. Bez kultivace není léčba cílená a pouhá zevní aplikace léčiva nemůže postihnout zánět hluboko v pochvě, proto vede k recidivě. Canesten je antimykotikum, přítom nejčastějšími vyvolavateli v tomto věku jsou střevní bakterie.

■ Závěr

Diagnostika a léčba vulvovaginitid u dětí by měla patřit do rukou gynekologa, erudovaného v oboru dětské gynekologie a jehož ambulance je vybavena vaginoskopem. Nebyla-li vulvovaginitida správně léčena, může přecházet do chronického stadia. Je nutné mít stále na paměti možnost ascenze infekce, toto riziko s nástupem estrogenizace vrůstá, a tím nebezpečí následné sterility.

Díky úzkému vztahu krátké dětské uretry k poševnímu vchodu při chronické vulvovaginitidě dochází k průniku bakterií i do močového měchýře a ascensí do ledvin, čímž může dojít ke vzniku chronických onemocnění močového systému.

Literatura

1. Hořejší, J.: Dětská gynekologie. Praha, Avicenum 1990
2. Hořejší, J., Uhrová, E., Štuchartová, M.: Kombinace nifuratelu s nystatinem v léčbě vulvovaginitis smíšené etiologie u dětí a dospívajících, Čes. gynekologie 61(1):51-53, 1996
3. Farrington, P.F.: Pediatric vulvovaginitis, Clin. obstet. and gynecol. 40(1):135-140, 1997
4. van Neer, P.A.F.A. et al.: Constipatio presenting as recurrent vulvovaginitis in prepubertal children, Journal amer. Acad. Dermatol. 43(4):718-719, 2000
5. Čepický, P.: Poznámky k terapii vulvovaginitis, Mod.gyn.por. 9(2):405-408, 2000
6. Vetešníková-Koubová R., Hořejší J.: Vulvovaginitis v gynekologii dětí a dospívajících, Mod.gyn.por. 10(4):406-414, 2001
7. Koumantakis, E.E. et al: Vulvovaginitis during childhood and adolescence, J.of pediatric and adolescent gynecology 10(1):39-40, 1997
8. Creatsas, G. et al: Combined oral and vaginal treatment of severe vulvovaginitis during childhood, J.of pediatric and adolescent Gynecology 12(1):23-25



Program doškolovacích kurzů pro lékaře - pediatry pořádaných 1. LF UK v Praze v letním semestru 2005

Cena kurzu: 600,- Kč vč. DPH 19%

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

Závaznou přihlášku a poštovní poukázku obdržíte na základě přihlášení na tomto kontaktu:

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

Stornopoplatky:

Pokud se kurz neuskuteční ze závažných důvodů ze strany 1. LF UK, bude kurzovné vráceno v plné výši. O této skutečnosti budou přihlášení neprodleně informováni. Odhlásit účast lze písemným oznámením doručeným nejpozději poslední pracovní den před konáním kurzu na výše uvedenou adresu pořadatele.

Telefonické či e-mailové zrušení účasti je rovněž nutno potvrdit písemně, jinak nelze přihlášenému kurzovné vrátit.

Stornopoplatek činí 200,- Kč. Při neúčasti neohlášené pořadateli předem nemá přihlášený nárok na vrácení kurzovného.

Účastníci kurzů obdrží certifikát dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK o systému celoživotního vzdělávání lékařů.

■ Kurz č. 6/05

- Pneumologie

Koordinátor: MUDr. Václava Bártů

26. února 2005, zasedací místnost děkanátu, Na Bojišti 3, Praha 2

Diagnostika a léčba stavů spojených s bronchiální obstrukcí

MUDr. Jan Chlumský

Aktuální trendy v léčbě bronchogenního karcinomu

MUDr. Dimka Sixtová

Hemoptýza - dif. dg. a léčba

MUDr. Zuzana Perná

Tuberkulóza, rezistentní formy, epidemiologická situace, léčba

MUDr. Václava Bártů

Dif. dg. pleurálních výpotků

MUDr. Pavla Žáčková

Intersticiální plicní procesy

MUDr. Martina Vašáková

■ Kurz č. 7/05

- Všeobecný kurz pro pediatry

Koordinátor: MUDr. Marcela Černá

5. března 2005, posluchárna Purkyňova ústavu, Albertov 4, Praha 2

Kalmetizace (2 x 45 minut)

Prof. MUDr. Karel Křepela, DrSc.

Rozštěpové vady v ordinaci PDDL

MUDr. Jana Vrtíšková

Spolupráce logopeda a pediatra (2 x 45 minut)

MUDr. Alena Merunková

Sdělování nepříznivé diagnózy - workshop (2 x 45 minut)

PhDr. Helena Chládková

Jsou výsledky laboratorních vyšetření vždy věrohodné?

Doc. MUDr. Richard Průša, CSc.

■ Kurz č. 12/05

- Parazitární a klíšťaty přenosné infekce: novinky v diagnostice a léčbě

Koordinátor: as. MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph. D.

2. dubna 2005, posluchárna Purkyňova ústavu, Albertov 4, Praha 2

Přehled protozoárních infekcí a jejich diagnostika

As. RNDr. Eva Nohýnková, Ph. D.

Toxoplasmóza - novinky v diagnostice

RNDr. Petr Kodým, CSc.

Larvální toxokaróza a další helmintické infekce

As. RNDr. Libuše Kolářová, CSc.

Terapie vybraných parazitárních infekcí

Přehled infekcí přenášených klíšťaty

As. MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph. D.

Lymfická borelióza

MUDr. Jiří Hančil

Klíšťová encefalitida a další aseptické meningitidy

As. MUDr. Hanuš Rozsypal, CSc.

Tularémie a diferenciální diagnostika lymfadenopatií

As. MUDr. Iva Havlíčková

■ Kurz č. 14/05

- Novinky v infekčních nemocech

Koordinátor: as. MUDr. Hanuš Rozsypal, CSc.

9. dubna 2005, seminární místnost III. klini-

ky inf. a trop. nemocí FN Bulovka, Budínova 2, Praha 8

Neuroinfekce v ordinaci praktického lékaře

As. MUDr. Hanuš Rozsypal, CSc.

Infekce v graviditě

MUDr. Iva Havlíčková

Současný pohled na patogenezi infekčních nemocí

MUDr. Michal Holub, Ph. D.

Diferenciální diagnostika lymfadenopatií

MUDr. Iva Havlíčková

Horečka u navrátilců z tropů

As. MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph. D.

Aktuality v léčbě hepatitid

As. MUDr. Viktor Aster

Novinky v očkování

As. MUDr. Katarína Šimeková, Ph. D.

Vysoce nebezpečné nákazy a bioterorismus

As. MUDr. Hanuš Rozsypal, CSc.

■ Kurz č. 17/05

- Novinky v první pomoci pro praktické lékaře

Koordinátor: as. MUDr. Václav Vávra

16. dubna 2005, zasedací místnost děkanátu, Na Bojišti 3, Praha 2

KardioPulmonální Resuscitace + praktická ukázka na modelu - novinky

As. MUDr. Václav Vávra

Zajištění dýchacích cest - alternativní postupy

As. MUDr. Šimonka Kovářová

Toxikologické minimum

As. MUDr. Václav Vávra

Drogy a léčebné postupy

MUDr. Dušan Randák (Drop-in)



Předoperační příprava nemocného

MUDr. Markéta Petříková

Těhotenství a farmaka

MUDr. Eva Tajzichová

Bolest a její léčba, novinky

MUDr. Jitka Fricová

Novinky v ošetřování ran

Markéta Koutná, diplomovaná sestra

■ **Kurz č. 19/05**

- Dětské infekce

Koordinátor: *MUDr. Marcela Černá*

23. dubna 2005, posluchárna Purkyňova

ústavu, Albertov 4, Praha 2

Hepatitidy

Infekce a toxikománie

Hnisavé meningitidy

MUDr. Jiřina Hobstová, CSc.

Lymfická borelióza

MUDr. Dušan Pícha

AIDS

MUDr. Ladislav Machala

Importované nákazy, Očkování do ciziny

MUDr. Zdena Mandáková

Chřipka

Prof. MUDr. Jiří Havlík, DrSc.

Průjmy u dětí - novinky

MUDr. Helena Ambrožová, CSc.

■ **Kurz č. 20/05**

- Dermatovenerologie

Koordinátor: *as. MUDr. Ivana Kuklová, CSc.*

23. dubna 2005, posluchárna Dermatove-

nerologické kliniky, U Nemocnice 2, Praha 2

Maligní kožní nádory

MUDr. Iva Procházková

Maligní melanom

MUDr. Taťána Šuková

Psychodermatovenerologie

Doc. MUDr. Růžena Pánková, CSc.

Diagnostika a léčba atopického ekzému

MUDr. Stanislava Polášková

Lymfedém

MUDr. Hana Kařková

Mykózy kůže a nehtů

As. MUDr. Ivana Kuklová, CSc.

Stárnutí kůže, laser, botulotoxin

MUDr. Karolína Kykalová

Sexuálně přenosná onemocnění

As. MUDr. Ivana Kuklová, CSc.

■ **Kurz č. 21/05**

- Záněty v ordinaci

Koordinátor: *as. MUDr. Věra Peterová, CSc.*

30. dubna 2005,

zasedací místnost děkanátu,

Na Bojišti 3, Praha 2

Uroinfekce

As. MUDr. Eva Jančová, CSc.

Neuroinfekce

As. MUDr. Věra Peterová, CSc.

Perikarditidy

As. MUDr. Karel Goričan, CSc.

Hepatitidy

Pankreatitidy

As. MUDr. Tomáš Krechler, CSc.

Spondylitidy, osteomyelitidy, discitidy

As. MUDr. Věra Peterová, CSc.

Urgentní pneumologické příhody

Prof. MUDr. Jiří Homolka, DrSc.

Artritidy

As. MUDr. Martina Olejárová, CSc.

Využití antibiotik v léčbě zánětů

Prim. MUDr. Anna Jedličková

Mucosolvan



Kazuistika: Syphilis u 21 měsíční romské dívky

MUDr. Radka Vetešníková-Koubová, MUDr. Štěpánka Čapková
FN Motol, Praha

**Pacientka L.D.
narozena r.2000**

v době vyšetření 21 měsíců stará

RA: bez zátěže, 3 sourozenci zdraví

OA: Dosud vážněji nestonala. Váha 9400 g, výška 79 cm. Pacientka ze sociálně slabé romské rodiny.

GA: negativní

21 měsíční pacientka byla doporučena ke gynekologickému vyšetření z onkologie, kde byla vyšetřena pro zvětšující se útvar na vulvě.

Před měsícem si matka všimla drobného zarudnutí na vulvě, které považovala za opruzeninu, lokálně ošetřovala tekutým pudrem.

Při první ambulantní gynekologické kontrole zjištěno: na pravém labiu široce přisedlý

květákovitý útvar cca 3x2 cm, tuhý, omezeně pohyblivý proti spodině, hladký, bez kožního defektu, pacientka nereaguje bolestivě (viz. foto). Vaginoskopicky i per rectum zcela fyziologický nálezu odpovídající věku. Doporučena excise a histologická verifikace, v diferenciální diagnostice onkology uvažováno o hemangiomu. Při příjmu, o týden později, útvar stejné

velikosti, avšak při dolním polu ulcerace se zápachající sekrecí. Pro podezření na ulcus durum doporučeno dermatovenerologické vyšetření. Proveden odběr BWR, který druhý den telefonicky hlášen jako pozitivní. Excise odložena. Proveden kontrolní odběr (BWR, TPHA RRR, TPI, FTA ABS, FTA IgM, 19 S IgM SPHA), který odeslán do národní referenční laboratoře, výsledky silně pozitivní ++++. Provedeno mikroskopické vyšetření v zástinu - 3x negativní. Pacientka s diagnózou syphilis, ulcus durum, přeložena na infekční oddělení FN Bulovka, kde 14 dní léčena parenterálně krystalickým Penicilinem. Za hospitalizace pokles zánětlivých parametrů. Lokálně výrazná regrese nálezu, celkově prospívala. Propuštěna a pozvána na kontrolu na ambulanci dětské gynekologie za měsíc, kam se již nedostavila. Dermatovenerolog v místě bydliště informován zákonně-povinným hlášením.



Ve FNM provedeno depistážní šetření, kdy vyšetřena matka, otec dítěte i další tři sourozenci žijící ve stejné domácnosti, u všech byla vyšetření negativní. Zdroj infekce se nepodařilo vypátrat, proto policie ČR informována o možném pohlavním zneužití pacientky.

Po stabilním poklesu počtu případů syfilis na začátku 70-tých let minulého století dochází nyní znova ke zvýšení výskytu syphilis, onemocnění zůstává vážným celosvětovým zdravotním problémem (1). I přes nárůst onemocnění syphilis u dospělé a dětské populace v posledních dekádách (2), je v současné lékařské literatuře syphilis u dětí předškolního věku velmi zřídka popsán.

Syphilis v raném dětství může být kongenitální či získaný. Příčinou získaného syphilis v dětství může být sexuální styk - zneužívání dětí nebo může být přenesen asexuální cestou, např. kojením, líbáním nebo dotykem rukou. Bylo pozorováno, že náhodný kontakt s kožní erozí se spirochetami, je málo pravděpodobným způsobem přenosu non-venerálního syphilis (3).

Sexuální zneužívání je proto velmi pravděpodobné a musí být hlášeno (4). Vyšší frekvence STD je mezi menšinami zahrnující např. chudé komunity se zanedbanou zdravotní péčí (5).

Závěr: Byl demonstrován raritní případ získané-primární syphilis u dvouleté pacientky. Vzhledem k současnému vzrůstajícímu trendu výskytu syphilis je nutné v diferenciální diagnostice expanzivních procesů na vulvě i u dětských pacientek uvažovat vždy i o vzácnější etiologii, např. o možnosti primární syphilis.

Literatura:

- Hurwitz S, WB Saunders. *Clinical pediatric dermatology* 2nd ed, 1993 302.
- Christian CW, Lavelli J, Bell-L.M. *Preschoolers with syphilis. Pediatrics*. 1999 103: E4.
- Rubins S, Janninger CK, Schwartz RA. *Congenital and acquired early childhood syphilis. Cutis*. 1995 56:132-136.
- Starling SP. *Syphilis in infants and young children. Pediatr Ann*. 1994 23:334-40.
- Prevalence among US woman and infants has declined. *Medical Letter on the CDC- FDA*. 8: 2001 17. 2.

Vyjádření k článku MUDr. M. Kudyna „Alternativní medicína a praxe“

(viz VOX PEDIATRIAE č. 8, roč. 4, str. 16)

Vážím si počínu kolegy Kudyna otevřít diskusi k otázkám alternativní medicíny.

Považuji za prospěšné, že redakční rada VOXu dává prostor k uveřejnění zkušeností kolegů s alternativní medicínou. Presentovaná stanoviska některých představitelů různých profesních skupin, či odborných společností, posunují někdy alternativní přístup lékaře k pacientovi až na hranici možného odsudku lékařova konání.

Jako nedostatek erudice, profesionálního přístupu i schopnosti komunikace nás lékařů s pacientem, vnímám stav, kdy nemocným lidem s jejich problémy pomáhají místo kvalifikovaných lékařů mnohdy nevdělaní lidé či podvodníci. Jejich dobře financované "léčebné postupy", často bez ohledu na dosavadní léčbu, mohou někdy vést až k zaviněné smrti pacienta. Důvody jsou nám známy, ale neumíme a občas ani nechceme s těmito praktikami bojovat. Zamýšlet se nad příčinami a následky tohoto našeho konání nechci. Na toto téma bylo řečeno mnohé a výsledky těchto polemik jsou všeobecně dobře známé.

Proč tedy reagují na článek dr. Kudyna?

Myslím si, že nevědomost a mlčení o existenci alternativní medicíny z nás lepší lékaře nedělá. Studiu klasické medicíny jsme věnovali, a stále se vzdělávající lékaři trvale věnují, spoustu času a energie. Naopak s alternativní medicínou se seznamujeme více méně náhodně a okrajově. Někteří z nás ji oprávněně kritizují, druzí ignorují, jiní ji potajmu provádějí. Přes obsáhlost dostupných informací diskutuje i publikování na toto téma vážně. Chybí nám zkušenosti vlastní i získané. Není dostatek odborných stanovisek. Nejsou publikovány dosažené výsledky ani srovnávací studie.. Podstatný rozdíl mezi lékařem a léčitelem není jen v dostatku času či vědomostí, ale také v jejich kodifikované zodpovědnosti. Plná zodpovědnost lékaře za zvolený léčebný postup je samozřejmostí. Nesouhlasím s tolerantním přístupem společnosti k fatálním omylům léčitelů a odsuzují nefungování trestního postihu za zaviněná selhání. Možná obava zabývat se alternativními léčebnými přístupy může mít příčiny právě zde. Nechci, ani neumím, v této složité situaci vynášet soudy ani doporučení směrem ke konání léčitelů či nositelům alternativních přístupů k pacientovi. Myslím si, že pokud některou z alternativních metod bude provádět zodpovědný a hlavně informovaný lékař, zabráníme mnohým nenapravitelným škodám, kterým zabránit můžeme.

Schopnost orientovat se v alternativní medicíně může být ku prospěchu jednak nás lékařů, ale hlavně našich pacientů. Proto se přikláním k publikování těchto otázek v odborném tisku. Lékař který umí pacienta o úskalí těchto praktik zasvěceně informovat, potřebuje-li to pacient, a medicína ještě nezná řešení, udělá pro pacienty mnoho dobrého. Pacienti jsou vždy velmi vnímaví ke schopnostem lékaře pomoci i když je pomoc obtížně realizovatelná. Měli bychom být dobře připraveni na dotazy, na něž nám fakulta odpovědět neuměla. Naším úkolem je přece pacientům pomáhat.

MUDr. Jan Hak, Liberec

Vápník a jeho úloha zejména v kojeneckém a dětském věku

MUDr. Bohumil Turek, CSc.

SZÚ, Praha

Vápník zajišťuje v lidském organismu řadu významných procesů.

Uplatňuje se jako stavební složka v kostech a zubech a jako důležitý prvek v mnoha metabolických procesech.

Kosti obsahují 35 % minerálních látek ve formě kostních krystalů, které jsou tvořeny z hydroxyapatitu, kde je zastoupen zejména vápník a fosfor. V kostech je uloženo 95 % vápníku z celkového množství tohoto prvku v těle.

K optimální tvorbě kostní tkáně je spolu s vápníkem nutno zajistit dostatek vitamínu D, bílkovin, hořčíku, fosforu, zinku, mědi, manganu, fluoru, bóru, vitamínů A, B2, B6, C a K. V poslední době se upozorňuje též na fytoosteroly. Jedná se jak o zajištění růstu kostí, tak o neustálou obnovu kostní tkáně, zejména ve vztahu k prevenci osteoporózy. Stále více se prokazuje, že účinná prevence osteoporózy musí začít již v dětském věku.

Vápník je esenciálním prvkem pro buněčné procesy. Ovlivňuje stabilizaci buněčných membrán, podílí se na mezibuněčném signálním přenosu a stimuluje přenos vzruchů v nervovém systému a uplatňuje se na regulaci nervosvalové dráždivosti. Ionty vápníku zajišťují aktivaci systému srážení krve. Vápník se též podílí na regulaci krevního tlaku a v poslední době byl prokázán význam vápníku též v prevenci obezity. Vápník hraje klíčovou roli v energetických procesech v tukových buňkách. Strava s vysokým obsahem vápníku omezuje růst a hmotnost tukových buněk při zvýšeném přívodu stravy a snižuje počet tukových buněk a tlumí jejich aktivitu. Nedostatek vápníku zvyšuje tvorbu tuku v těle. Strava obsahující 3 porce mléka za den snižuje hmotnost tukové tkáně u obézních osob. Mléčné výrobky, včetně zakysaných, se mohou podílet na prevenci i léčbě obezity.

Vápník se svou metabolickou aktivitou může uplatnit při snižování hladiny cholesterolu v krvi a podobným mechanismem v prevenci nádorů, zejména střev. Tyto procesy spočívají v tom, že volné ionty vápní-

ku, pokud je jich dostatek ve střevě, se váží na žlučové kyseliny a vytvářejí v podstatě nerozpustná vápenná mýdla, která se vylučují stolicí z organismu. Tím vápník zasahuje do enterohepatálního oběhu žlučových kyselin, při kterém se běžně značná část žlučových kyselin ze střeva vrací zpět do jater. Čím méně se vrátí žlučových kyselin, tím více si jich musí organismus vytvořit v játrech z cholesterolu a následně jeho hladina v krvi klesá.

Podobně je tomu při snížení možnosti tvorby sekundárních (fekálních) žlučových kyselin. Nežádoucí část mikrobů ve střevní mikroflóře transformuje primární žlučové kyseliny na výše uvedené "sekundární", z nichž mnohé jsou karcinogenní a podílejí se na tvorbě nádorů střev, včetně kolorektálního karcinomu.

U naší populace, se zřetelem k poměrně nízké a spíše dále klesající spotřebě mléka, je příjem vápníku nízký. Denní potřeba vápníku u dětí ve věku 3 - 6 let činí 800 - 900 mg, ve věku 7 - 14 let 1000 - 1100 mg, ve věku 15 - 18 let 1200 mg, v dospělosti 900 - 1000 mg, u těhotných žen 1200 mg a u kojících 1500 mg. V průběhu těhotenství musí žena zajistit pro plod 25 - 30 g vápníku a při kojení 4 - 6 měsíců 50 g. Při kojení dítě získá z 750 ml mateřského mléka 220 mg vápníku. Výhodou některých přípravků umělé mléčné kojenecké výživy je jejich obohacování vápníkem, v ČR je zatím jediný, jedná se o batolecí mléko (Sunar Complex) s obsahem 1000 mg vápníku ve 100 g suché hmoty.

Vápník z mléka a mléčných výrobků se velmi dobře vstřebává a jsou to nejlepší potravinové zdroje tohoto prvku. Polotučné a nízkotučné mléko obsahuje 120 mg vápníku na 100 g, plnotučné 115 mg / 100 g. Dalšími zdroji může být tvrdá voda, také některé druhy zeleniny - brokolice, zelí (zde je vápník vázán na organické kyseliny, které zlepšují jeho vstřebatelnost). Stupeň vstřebávání vápníku z potravy je 5 - 15 % podle chemické formy. Ze zeleniny, která obsahuje oxaláty, se vstřebává velmi málo - 2 - 5 %.

K porovnání množství různých potravin, které dodají do organismu množství vápníku, které odpovídá 250 ml mléka, se uvádí 60 g sýru eidam, 125 g jiných tvrdých sýrů, 125 g sardinek, 180 g netučného jogurtu, 200 g mandlí, 400 g brokolice, 500 g zelí, 1000 g tofu, 1200 g špenátu a 8 litrů nefortifikovaného sojového nápoje.

Vstřebávání vápníku snižují fytáty, oxaláty, fosfáty, sodík, olovo a nevstřebané lipidy. Na druhé straně vstřebávání vápníku zvyšuje laktóza, aminokyseliny a bílkoviny. Zajímavý je vztah bílkovin a vápníku. Někteří kritici vyšších dávek bílkovin tvrdí, že zvýšený příjem bílkovin, zejména živočišných, výrazně zvyšuje vylučování vápníku a může docházet k vyšší zátěži i poškození ledvin. Tyto procesy za běžných podmínek nenastávají a týká se to hodnot bílkovin nad 1,6 - 2 g / kg tělesné hmotnosti u dospělých, kromě toho, jak bylo uvedeno, bílkoviny zvyšují vstřebávání vápníku.

Při nedostatečném přívodu vápníku se může uplatnit i podíl olova na jeho deficitu. Olovo zasahuje do různých metabolických procesů tím, že blokuje využití vápníku. Snižuje přechod vápníku "kalciovým kanálem" do nervových zakončení, snižuje vliv acetylcholinu, dochází k substituci vápníku olovem v "kalcium-natriové ATP pumpě" a dochází ke kompetici při vstupu vápníku do mitochondrií např. srdečních a mozkových buněk. Může se též uplatnit vazba olova na kalciových receptorech. Tyto procesy jsou velmi významné v dětském organismu při nedostatečné spotřebě mléka a mléčných výrobků.

Vápník se v lidském organismu podílí na zajištění řady důležitých metabolických procesů. Dostatečnému přívodu vápníku je nutno věnovat značnou pozornost jak ve stravování dětí, tak dospělých a ukazuje se, že nedostatky v přívodu vápníku v dětském věku se v dospělosti jen obtížně kompenzují nebo se již nezládnou. ■

Literatura u autora



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Česká pediatrická společnost ČLS JEP (dále ČPS) má za sebou další významnou událost. Po třech letech funkčního období byl zvolen nový výbor společnosti. Byl jsem zvolen předsedou nového výboru ČPS, a tak si Vás dovoluji oslovit jménem svým a také jménem těch, kterým jste dali svůj hlas. Chtěli bychom Vám tímto poděkovat za to, že jste se rozhodli nám dát svou důvěru a ujistit Vás, že se budeme snažit, abychom Vás neklamali. Jsem si vědom toho, že tento úvod není nijak originální, že se opakuje v těchto podobách po všech volbách. Chci proto dodat několik vět, ve kterých bych rád nastínil, co považuji za hlavní úkol nového výboru v tomto funkčním období.

ČPS je odbornou společností, která se tak musí prezentovat jak v rámci České lékařské společnosti JEP, tak i navenek v rámci našeho zdravotnictví a společnosti, ale i v zahraničí. ČPS sdružuje dětské lékaře a další pracovníky, pro které je péče o dítě profesní prioritou, a kteří mají zájem o zvyšování odborné úrovně této péče. Atomizace odborných společností se nevyhnula ani pediatrii. Čas však stále více ukazuje na to, že pediatrie-dětské lékařství je společným jmenovatelem pro všechny druhy činnosti směřující k zajištění zdravého růstu a vývoje dítěte, jedince v nejdynamičtějším období života. Pediatrie je dnes dynamický obor zahrnující oblast od primární péče až pomolekulární biologii v patogenéze a diagnostice dětských nemocí. V ordinaci dětského praktika v Křemži pod Kletí, na novorozenecké JIP ve Zlíně nebo v Kardiocentru v Motole - všude musí být vzdělaný dětský lékař, který své základní znalosti v oboru pediatrie doplňuje o znalosti a dovednosti na takovou úroveň, že je připraven zvládnout příslušné úkoly péče o dítě a dorost podle svého postavení v systému zdravotní péče. Úkolem nového výboru ČPS je zvýšit a udržet autoritu pediatrie na úrovni jednoho z klíčových medicínských oborů. To vše za respektování specifik pestré palety naší činnosti, které tak úspěšně rozvíjíme. Očekáváme zvýšení Vaší aktivity ve smyslu připomínek nejen k práci výboru, ale i k dalším aktuálním problémům péče o děti a dorost v ČR. Vaše názory a připomínky můžeme otiskovat v Bulletinu ČPS, ale důležitou platformou se stává i aktuální webová stránka společnosti www.cpsjep.cz a časopis Čsl. pediatrie.

Nebude to lehký úkol, bude vyžadovat stmelení snah individuálních i skupinových. Bude vyžadovat rozhodnost i vstřícnost, umění naslouchat, ale také respektovat většinová rozhodnutí. Nebývale vysoký počet voličů při volbách nového výboru ČPS nás přesvědčuje, že pediatrická obec má velký zájem o osud pediatrie v ČR. Věřím, že je to vyjádření chuti podílet se na prosazování lepšího postavení pediatrie u nás. To mne a celý výbor zavazuje k využití všech sil a prostředků k naplnění mandátu, který jste nám dali.

Jozef Hoza, 22. ledna 2005

(Informace a Bulletin České pediatrické společnosti č. 10/2005)

Aktuality

■ Více nemocnicím a specialistům

Dobojováno. Nemocnice, ambulantní specialisté a domácí péče dostanou o tři procenta víc peněz než loni v prvních šesti měsících roku. Umožňuje to nová vyhláška, kterou ministryně zdravotnictví Milada Emmerová podepsala ve čtvrtek.

Právě tato vyhláška způsobila nebývale ostré střety mezi lékařskou komorou a ministerstvem na jedné straně a lékaři a pojišťovny na straně druhé. Zatímco ti první ji bezvýhradně podporovali, ti druhí byli ostře proti. Dokonce Svaz zdravotních pojišťoven chce ministerstvo zažalovat. Podle něj zdravotní pojišťovny musí zvýšit úhrady a chybné rozhodnutí státu ohrozí celý systém pojištění a jeho stabilitu.

S tím Emmerová nesouhlasí. „Vyhláška by naopak měla přispět ke stabilizaci zdravotnictví, umožní úsporu léků, zdravotnického materiálu i zvýšení platů zdravotníků,“ řekla Právu ministryně.

Pojišťovny ale oponují: výdaje budou vyšší než tři procenta a to povede k růstu deficitu pojištění ze současných osmi na dvacet miliard.

Vyhlášku přivítal Lékařský odborový klub (LOK). Podle něj je prvním krokem ke stabilizaci zdravotnictví, motivuje k úsporám na lécích a zdravotnickém materiálu. Nemocnice totiž dostanou o tři procenta víc peněz už tehdy, jestliže udělají alespoň 90 procent loňských výkonů. Podle předsedy LOK Milana Kubka desetiprocentní snížení výkonů by neměl pacient poznat, protože právě kvůli penězům se některá vyšetření dělána zbytečně.

„Snížení výkonů o deset procent umožní ušetřit dvě miliardy na nákladech. Když se k tomu přidají ona tři procenta navíc, což činí 2,5 miliardy korun, nemocnice získají navíc 4,5 miliardy a mohou i zvýšit platy až o 15 procent,“ řekl Právu Kubek.

Podle náměstka ministryně zdravotnictví Petra Slámy se počítá s tím, že pojišťovny letos vyberou o pět až šest procent peněz na zdravotní pojištění víc než loni, tedy asi 162 miliardy korun. To umožní navýšení peněz pro lékaře.

■ Kdo vládne zdravotnictví?

Souboj o novou vyhlášku určující, kolik v tomto pololetí zaplatí zdravotní pojišťovny za lékařskou péči, musel i slepým otevřít oči



v otázce, kdo vlastně řídí české zdravotnictví. Odpověď může být pro nezasvěcené překvapivá: ministryně Milada Emmerová to není. Osobou, která v zákulisí tahá za nitky a ani se tím netají, je prezident České lékařské komory David Rath. Sepisuje například pro Emmerovou návrhy zákonů (o neziskových nemocnicích) a teď už i ministerských vyhlášek. Ta úhradová je hlavně jeho dílo. Však také Emmerová v poslední fázi příprav z mnoha hlasů, jež se snažily do konečné podoby důležitého předpisu zasáhnout či vydání odvrátit, poslouchala už jen jeho.

Rath nepokrytě lobbuje za své zájmy, kde se dá. Pod pláštíkem hájení zájmů lékařů svolává na podporu „ministerských“ návrhů tiskové konference, na nichž umně třídí a míchá fakta a polopravdy tak, jak mu to vyhovuje. Pro spolupracující ministryni má jen slova chvály.

Jakmile je to však nutné (rozuměj: pro Ratha výhodné), je připraven své spojence Emmerové vrazit kudlu do zad. Když se mu zdá, že ministryně s podpisem vyhlášky váhá kvůli spoustě varovných argumentů kritiků, pohrozí, že na ni půjde žalovat k premiérovi. Když se na důležité schůzce s premiérem Grossem v Kramářově vile projednává osud koncepce (za nepřítomnosti Emmerové - jak typické pro poslední ministry zdravotnictví z řad ČSSD!), neváhá podle důvěrných informací přímo od aktérů jednat klíčové dílo „své“ ministryně totálně odstřelit. S Grossem je podle všech názraků „jedna ruka“.

Za těchto okolností snad ani nepřekvapí, že se v lékařských kruzích šíří (už poněkoliťate) zvěst, že do pár týdnů dostane zdravotnictví nového ministra - Davida Ratha. V roli loutkoherce (s kolegou Milanem Kubkem z lékařských odborů podobně „vodil“ i bývalého ministra Bohumila Fišera; z následků jeho rozhodnutí se zdravotnické finance ještě nevzpamatovaly) se už osvědčil. Stejně tak v úloze zručného manipulátora s kreditem ČLK. Ministerské křeslo mu bude slušet!

Pravidelný sex zvyšuje imunitu

Pohlavní styk rozvíjí přinejmenším mužskou imunitu, uvádí studie švýcarské Technické univerzity, kterou zveřejnil německý časopis *Psychologie heute*. Po orgasmu měli dobrovolníci v krvi dvojnásobek obranných buněk, což vědci vysvětlili jako reakci na kontakt těla s jiným organismem. Šéf výzkumu Tillmann Krüger odkazuje na dlouholetou studii v USA, která ukazuje, že pravidelné milování dvakrát až třikrát týdně zvyšuje koncentraci protilátek ve slinách. Krüger však varuje, že více sexu než třikrát týdně či úplná abstinence vedou ke snížení množství protilátek.

Revizní lékaři v léčích už pacientům nepomohou

Revizní lékaři zdravotních pojišťoven už v léčích pacientům příliš nepomůžou. Vyplývá to z nového právního výkladu, který začaly zdravotní pojišťovny používat.

„Uplatňujeme rozhodnutí Nejvyššího soudu z roku 2002, které se týkalo lékařských výkonů a odvozeno z nich i léků. Podle tohoto rozhodnutí už revizní lékař nebude mít takové možnosti v léčích jako doposud. Rozhodnutí Nejvyššího soudu ctíme, a proto k tomu přistupujeme nově,“ řekl Právu ve středu Jiří Suttner, mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Až dosud, když pacient měl lék bez doplatku, který mu však nevyhovoval, mohl jeho ošetřující lékař požádat revizního lékaře zdravotní pojišťovny, aby takovému pacientovi hradila pojišťovna v plné výši lék s doplatkem, který mu plně vyhovuje. Tisíce lidí toho využívali, protože ne každý lék měl pro ně stejný léčebný efekt bez vedlejších

účinků.

Tato praxe, která se až dosud běžně používala, nyní tedy končí. Revizní lékař může už jen schválit lék, který není hrazen ze zdravotního pojištění, ale je to jediný způsob léčby pacienta. Jde převážně o vysoce drahé léky.

Na praxi, která se bude uplatňovat, doplatí spousta pacientů, protože si nově budou muset doplatit na léky, které až dosud jim pojišťovna hradila v plné výši, i když byly s doplatkem. Například kardiaci si na některé léky doplatí nově až 800 korun a podobně i někteří pacienti, kteří trpí vysokým cholesterolem.

Pubertální dívky víc bolí hlava než hochy

Dospívající dívky jsou podle švédské studie třikrát náchylnější k psychosomatickým potížím (bolest hlavy, žaludku, závratě spojené s depresivními stavy) než chlapci stejného věku. Potížemi trpí celá čtvrtina dívek ve věku do 16 let, přičemž obdobné problémy má jen osm procent chlapců tohoto věku. Studie rovněž prokázala, že děti přistěhovalců jsou k těmto potížím náchylnější než děti rodilých Švédů.

Novinka: zubní průkaz pro novorozence

Všechny děti, které se od letošního února narodí, dostanou už v porodnici zubní průkaz dítěte. Ten bude součástí zdravotního a očkovacího průkazu.

Zubní průkaz kompletně zaplatila stomatologická komora a dala za něj 140 000 korun. V budoucnu, jak doufá Pekárek, na něj přispějí zdravotní pojišťovny i ministerstvo zdravotnictví. Právu to řekl v pondělí Jiří Pekárek, prezident České stomatologické komory. Dříve narozené děti zubní průkaz mít nebudou, protože ho nemá kdo zaplatit. Pekárek ale doufá, že i tento problém se podaří v nejbližší době vyřešit.

„S dítětem by se mělo chodit k zubnímu lékaři pravidelně každých půl roku od jednoho roku věku, kdy se prořezávají první zuby. Prohlídka je bezplatná a může odhalit už v zárodku některé nesrovnalosti v ústní dutině,“ řekl Pekárek.

Stomatologická komora proto vymyslela tzv. zubní průkaz dítěte, do kterého lékař bude zaznamenávat zda vývoj chrupu je přiměřený, zda se vyskytuje zubní kaz a zda dítě užívá fluoridových preparátů, tedy zubních past a tablet.

Pekárek připomněl, že rodiče mají povinnost dbát o zdravý chrup dítěte. Ten v České republice je sice už lepší než tomu bylo dřív, ale stále jeho kazivost je vysoká.

Lékaři zkoumají účinky pití vína a brání vitamínů

Odborníci z plzeňské fakultní nemocnice budou zkoumat, zda pití bílého vína a zároveň užívání vitamínů nebo přírodní látky betainu pozitivně ovlivní zdraví lidí. Pro výzkum hledají zhruba 180 dobrovolníků starších 40 let. S výzkumem by chtěli začít v polovině února a závěry studie by mohly být známy o prázdninách. „Pokud to dopadne podle našeho očekávání, měla by se veřejnost dovědět, zda je vhodnější dát si k vínu zdroj vitamínu B - tedy například chleba či sezamovou tyčinku, nebo raději například zelí, které obsahuje kyselinu listovou, vysvětlil vedoucí výzkumného týmu Daniel Rajdl.

Účastníky studie rozdělí odborníci do šesti skupin. Jedna bude užívat s vínem vitamín B6, druhá vitamín B12, třetí kyselinu listovou, čtvrtá betain a pátá neúčinnou látku (placebo). Šestá skupina bu-



de jen pít víno. První měsíc budou účastníci abstinovat, druhý měsíc pít necelé čtyři deciletry bílého vína denně (ženy jen dva deciletry) a třetí měsíc budou opět bez alkoholu. Po každém měsíci se podrobí odběru krve, jehož výsledky určí, jak výzkum dopadl.

Unie vzkazuje sestřičkám: Musíte zpět do škol a učit se

Zdravotním sestrám, které mají „jen“ maturitu, tuhne úsměv na rtech. Pokud se chtějí starat o pacienty a brát plat kvalifikované sestry, měly by studovat vyšší odbornou nebo vysokou školu.

Ale ani pak nemají vyhráno. Nechtějí-li skončit jen jako asistentky sester, tedy lepší ošetřovatelky, které pracují za méně peněz, nezbyvá jim, než začít objíždět vzdělávací akce. Lepší vzdělání sester chce po Česku Evropská unie a zákon, podle něhož se musejí „přivzdělat“, již platí.

Některé sestry s tím nesouhlasí. „Nelíbí se mi to. Zdravotní sestry jsou v Česku dostatečně kvalifikované,“ říká zlínská zdravotní sestra Ivana Obadalová. Vadí jí hlavně to, že většina kurzů se koná o víkendech a stojí několik set korun, dvoudenní akce s ubytováním ještě víc.

„Zaměstnavatel mi náklady na cestovné, ubytování a poplatek za školení těžko uhradí,“ míní Obadalová.

Někde si zdravotnice vzdělání platit nemusejí. Například ostravský praktický lékař Hugo Příbýl zaplatil své sestře dvouleté pomaturitní studium a nebrání se dalším výdajům. „Vzdělaná sestra se lékaři vyplatí,“ říká. Mezi kolegy však patří k výjimkám. „Nikdo ve třídě neměl takové podmínky ke studiu jako já,“ potvrzuje jeho zdravotní sestra Romana Nedělová.

Podle zákona musejí sestry získat na kurzech každých šest let 40 bodů. Podle prezidentky České asociace sester Hildy Vorlíčkové by pro sestry nemělo být těžké předepsaný počet bodů získat. „Za účast na semináři jsou sice jen tři body, ale za vlastní přednášku nebo za článek v odborném tisku až patnáct bodů,“ vypočítává.

Přesto slibuje, že asociace se do příštího roku pokusí zákon pozměnit. „Ten nás je příliš tvrdý v tom, že část kvalifikovaných sester nutí pracovat pouze pod dohledem jiné kolegyně. V praxi to přitom lze zajistit dost těžko,“ připouští Vorlíčková.

Víme, jak čte mozek tváře

Britští neurologové předpokládají, že jejich objev pomůže léčit psychické poruchy.

Denně potkáváme desítky tváří, přesto se mezi nimi dokážeme orientovat. Proč si občas nemůžeme vzpomenout na jméno známé osoby? Odpověď přináší nejnovější studie britských neurologů.

Tím, jak mozek poznává okolní svět, se vědci zabývají dlouhá desetiletí. Za klíčové zpočátku považovali hlavní centrum zraku v týlním laloku. Postupně objevovali další oblasti, které se na poznávání podílejí. Princip identifikace tváří ale zůstával záhadou.

„Klasická neurologie, psychiatrie a psychologie byly odkázané na to, že se objeví pacient se specifickým poškozením malé části mozku. U něj se pak zjišťovalo, která funkce chybí,“ říká neurofyziolog Pavel Mareš z Fyziologického ústavu Akademie věd ČR. „Teprve moderní zobrazovací metody umožňují systematické zkoumání zdravého mozku,“ dodává.

Margaret, nebo Marilyn?

V místnosti sedí dobrovolníci s hlavami zasunutými do speciálního

tunelu pro měření mozkové aktivity. Výzkumníci jim promítají fotografie slavných lidí, kteří se díky počítačovým úpravám postupně mění v jiné celebrity. Bývalá britská premiérka Margaret Thatcherová se stává hollywoodskou hvězdou 60. let Marilyn Monroe. Filmový představitel Jamese Bonda, herec Pierce Brosnan, se proměňuje v premiéra Tonyho Blaira. Zkoumané osoby vidí série fotek v různém stadiu proměny a mají určit, o koho se jedná.

Tak vypadal experiment využívající metodu funkčního zobrazení magnetickou rezonancí, který připravili vědci pod vedením Pia Rotshteinové z University College London. Výsledky jejich bádání zveřejnil nedávno odborný časopis Nature Neuroscience.

Vědci například zjistili, že máme tendenci přisuzovat tvář vždycky jen jednomu člověku, i když se promítaný portrét skládal ze dvou osob. Fotografii obsahující 60 procent rysů Margaret Thatcherové a 40 procent Marilyn Monroe považovali diváci za mladší a přitažlivější verzi Thatcherové, při obráceném poměru (60procentní Monroe) pokládali osobu za starší Monroe. Hlavním přínosem ovšem bylo odhalení způsobu, jak „čteme“ tváře. Informace o nich zpracováváme ve třech krocích. Každý se přitom odehrává v jiné části mozku.

První fáze probíhá v dolní týlní oblasti. Mozek v ní zpracuje základní fyzické rysy obličeje. Zaznamená také drobné detaily, jako jsou vrásky.

Potom se aktivuje druhá oblast, tzv. pravý fusiformní závit, umístěný mezi ušima na vnitřní straně pravé hemisféry. V ní dochází k obecnějšímu hodnocení obličeje a jeho porovnání s „databází tváří“, jež máme uložené ve svých vzpomínkách. Zde se tedy rozhodujeme, zda obličej známe.

Pokud ano, nastává závěrečná fáze v přední části spánkové kůry. V ní sídlí paměťová centra. Ke sledovanému obličejí nyní přiřazujeme identitu - jméno a všechny informace, které si o dané osobě pamatujeme.

Čím lépe ji známe, tím vyšší aktivitu v této oblasti vědci zaznamenali. U polského dobrovolníka, který se zúčastnil experimentu a britské politiky příliš neznal, se tato část mozku téměř neaktivovala.

Autoři výzkumu ovšem připouštějí, že celý proces může být složitější a mohou se na něm podílet i další mozková centra.

To potvrzuje i Pavel Mareš: „Například stále není objasněno, co přesně se děje ve spánkovém laloku - jestli jsou tam přímo umístěné paměťové stopy, nebo je tam jen registr, který nás nasměruje do míst, kde se paměťová stopa nachází.“

Není Číňan jako Číňan

Aniž bychom si to uvědomovali, postupný systém „čtení tváří“ hraje v našem běžném životě významnou roli. Pokud například selže závěrečná fáze, dostáváme se do společensky nepříjemné situace. S někým se setkáme, víme, že ho známe, ale nemůžeme si vzpomenout na jeho jméno nebo kde jsme se s ním už viděli.

Pia Rotshteinová popisuje typický průběh poznávacího procesu v praxi: „Když přijedete po dlouhé době navštívit babičku a ona si vás prohlídí, jedna část jejího mozku analyzuje různé části vašeho obličeje jak tlusté máte tváře, zda vypadáte dobře... další část mozku porovnává váš současný vzhled s podobou, kterou si pamatuje od posledního setkání. Celý proces vede k závěru, že jste dejme tomu přibráli nebo zhubli.“

Při identifikaci tváří záleží také na tom, kolik rozlišovacích prvků jsme schopni rozeznat. „Evropanovi připadají všichni Číňané nebo Japonci na první pohled stejní. Oni zase mají podobný pocit z příslušníků indoevropské rasy,“ připomíná Pavel Mareš.

Liftec



„Teprve když jste s nimi v dlouhodobějším kontaktu, začnete si uvědomovat rozdíly. První dojem je povrchní a založený na tom, čím se liší od nás.“ Nejdřív si musíme v paměti vytvořit novou databázi rozlišovacích znaků - rozdílný tvar nosu, úst, lícních kostí apod. Až potom se může uplatnit druhá fáze a Číňané nám mezi sebou nespývají.

Podobné pravidlo se uplatňuje také při poznávání jiných objektů. Pro laika kupříkladu existuje červené a bílé víno, v lepším případě se orientuje podle několika obchodních značek. Odborník ovšem rozezná stovky druhů.

„Lidské tváře jsou ale oproti ostatním věcem specifické. Každá z nich nese vlastní nezaměnitelnou identitu,“ upozorňuje Pavel Mareš. Zároveň se obličej mění v závislosti na věku, náladě, zdravotním stavu a dalších faktorech. Podle základních rysů dokážeme poznat i osobu, kterou jsme naposledy viděli před mnoha lety a jejíž tvář se věkem výrazně změnila.

Když se systém porouchá

Dlouhodobý výpadek některé z částí systému způsobí psychickou poruchu. Lidé s poškozenou funkcí fusiformního závitu nejsou schopni zpracovat základní informace o tvářích a určit, zda je znají. Mohou trpět tzv. prosopagnosií, „slepotou na tváře“. Nepoznávají obličej své blízkých, někdy ani svou vlastní tvář v zrcadle. Při každém pohledu na ni mají pocit, že ji nikdy předtím neviděli.

V této části mozku se také aktivují některé formy epilepsie. Postižení mívají problém s rozeznáváním obličejů a domnívají se, že různé tváře patří stejnému člověku. Poškozená přední část spánkové kůry, kde probíhá třetí poznávací fáze, může způsobit demenci, při níž pacienti nedokážou pojmenovat známé osoby.

Autoři studie se domnívají, že jejich poznatky napomohou v léčení některých psychických poruch. Pavel Mareš k tomu dodává: „Epilepsie a některé další poruchy se v současné době léčí cíleným zásahem do mozku a resekci, tedy odstraněním poškozené části. Výsledky nové studie by mohly v budoucnu neurochirurgům napovědět, na které konkrétní oblasti se zaměřit a která místa v mozku se mají při zákroku naopak snažit zachovat.“

Kobnování poškozených funkcí musí ale věda podle jeho slov ujit ještě dlouhou cestu. Sice už víme, kde v mozku se úkoly související s poznáváním tváří odehrávají a kde bychom měli zasáhnout, pokud systém nefunguje, zatím ale neznáme spolehlivé způsoby, jak ho „opravit“.

Jednou z možností zobrazovacích metod je magnetická rezonanční spektroskopie, která může ukázat některé chemické látky sloužící k předávání informací mezi neurony. Nabízí se tedy metoda farmakoterapie.

„To je ale vzdálená hudba budoucnosti, stejně jako transplantace nových mozkových buněk místo poškozených. Občas se o těchto metodách dočteme odvážná tvrzení, ale já bych byl opatrný. Vývoj těchto postupů může trvat ještě roky,“ konstatuje Pavel Mareš.

Vědci zjistili, jak rozeznáváme obličej

Dobrovolníci během experimentu určovali slavné osobnosti, které se na fotografiích díky počítačovým úpravám měnily v jiné celebrity. Neurologové při tom sledováním mozkové aktivity odhalili princip rozeznávání tváří.

„Čtení obličejů“ probíhá ve třech fázích v různých částech mozku

1. dolní týlní lalok - rozpozná fyzické znaky tváře
2. fusiformní závit - rozhodne, zda tvář známe
3. přední spánková kůra - pokud tvář známe, zde se k ní přiřadí jméno a vše, co o tomto člověku vím

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Hledám kolegy ze studijního kruhu

Hledám kolegy ze studijního kruhu - promoční ročník 1975 - FDL.
MUDr. Ivan Macháček, PLDD
B. Němcové 806, 398 11 Protivín; tel.: 382 251 138.

Přijmu asistentku do ordinace PLDD

Přijmu asistentku - asistenta - do ordinace PLDD v Praze na úvazek 0,5.
Jednání o převzetí praxe možné, nástup ihned.
Tel.: 737 413 564

Nabízím práci dětskému lékaři

Nabízím práci dětskému lékaři do samostatné ordinace v Praze 4.
Tel.: 602 249 020

Nabízím místo asistenta

Nabízím místo asistenta do ordinace v Praze 2. Pozdější přenechání ordinace možné. Tel.: 222 560 086 večer po 18. hodině.

www stránky pro pediatry

Upozorňujeme PLDD, že začala fungovat webová stránka Pediatrické společnosti www.cpsjep.cz, kde jsou vyvěšována abstrakta domácích akcí, očkovacího dne a pracovních dnů dětské nefrologie. Na webových stránkách www.unepsa.org najdete abstrakta kongresu Europediatrics Prague 2003 i abstrakta světového kongresu pediatriů v Pekingu 2001.

ALMEDA přijme lékaře - pediatra

ALMEDA, a.s., provozovatel Městské nemocnice v Neratovicích přijme na zajištění služeb sekundárního lékaře s I. atestací z pediatrie nebo v přípravě na ní na novorozenecké oddělení. Nástup ihned nebo dle dohody.
Kontakty: telefon: 315 637 111 - ústředna,
315 637 337 - personální oddělení, fax: 315 684 212,
e-mail: nemocnice@almeda.cz

Přenechám pediatriickou praxi

Přenechám dobrou praxi PLDD 40 km od Brna.
Tel. večer: 604 373 235.

Hledáme PLDD

Hledáme další praktické lékaře pro děti a dorost, kteří jsou ochotni zastupovat v ordinacích PLDD v Praze a okolí Prahy. Jedná se o zástupy krátkodobé i dlouhodobé. Totéž se týká i zastupování dětských sester v ordinacích PLDD. Kontakt: MUDr. Alena Rejdová, tel.: 274 814 880 (zázn.) nebo 606 612 447.