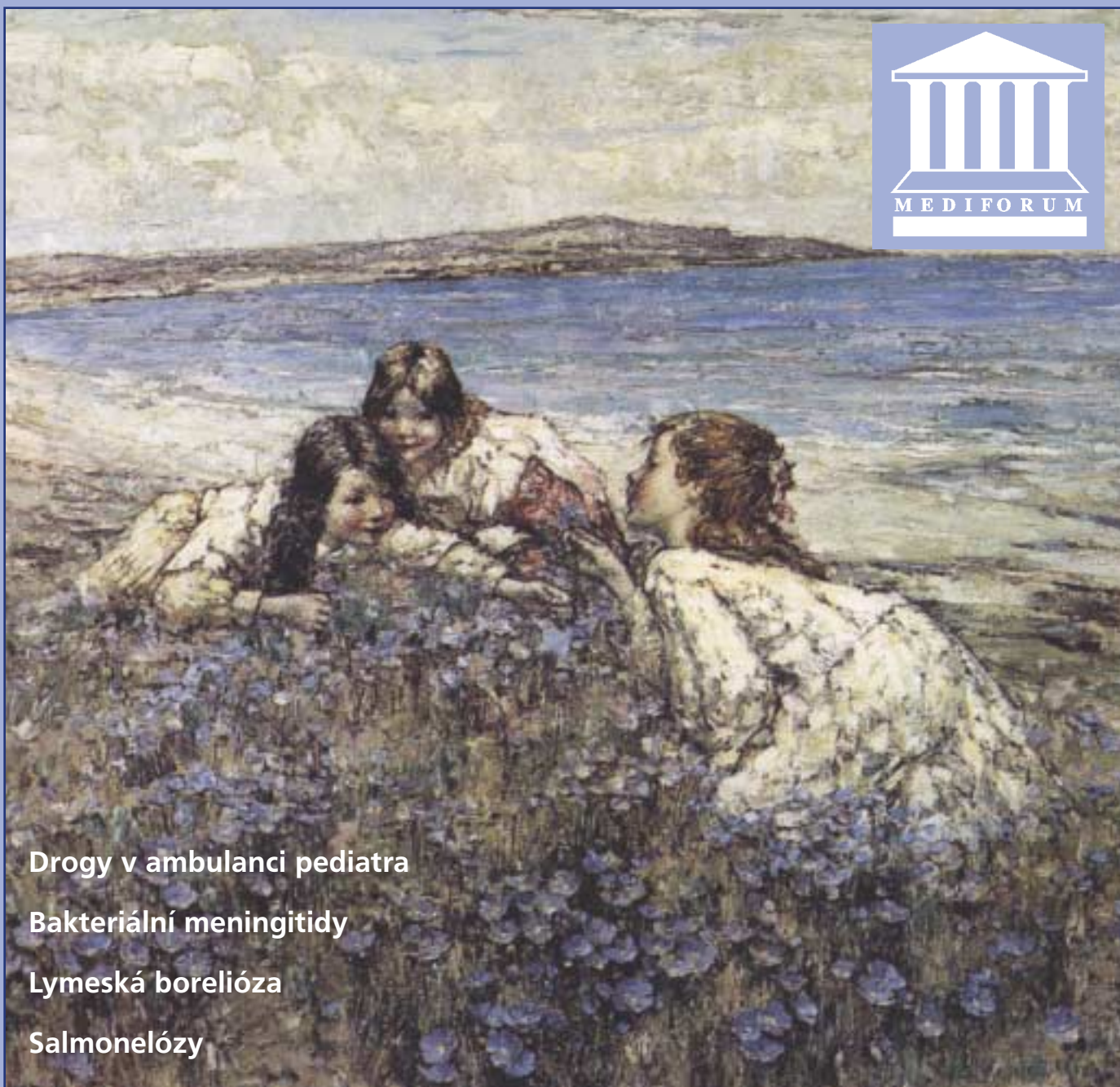


duben 2001 ■ číslo 4 ■ ročník 1

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

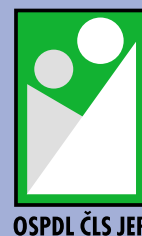


Drogy v ambulanci pediatra

Bakteriální meningitidy

Lymeská borelióza

Salmonelózy



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství
MEDIX

Adresa vydavatelství:
K Novému dvoru 33, 142 00 Praha 4
tel./fax: 02/472 17 31
e-mail: medix@seznam.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.**

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:
MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Jiří Liška, CSc.
MUDr. Petr Chaloupka

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

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.

Inzerce:

Kontaktní osoba: MUDr. Petr Chaloupka
Poliklinika BIOREGENA, Vajgarská 1141, 198 00 Praha 9
tel: 02/90041897, 02/81021212, mobil: 0602/809709

obsah...



MUDr. P. Neugebauer
Přehled činnosti SPLDD ČR za březen 5

MUDr. M. Cabrnch
Financování zdravotnictví - 2. část 7

MUDr. H. Cabrnchová
Možnosti předávání praxí 8

Státní zdravotní ústav 9

JUDr. J. Mach
Právní poradna 10



MEDIFORUM - Bakteriální meningitidy - 1. část 13

Zákon č. 125/1997 Sb. o odpadech příloha

MUDr. H. Ambrožová
**Rekonvalescentní pozitivita
a chronické nosičství po salmonelóze** 21

Prim. MUDr. H. Roháčová
Lymeská borelióza v dětském věku 22

PaedDr. A. Merunková
**Postižení vývoje komunikačního procesu,
jeho včasná diagnostika a symptomatologie** 25

MUDr. D. Bayer
Problémový uživatel drog v ambulanci pediatra 27

Doc. Ing. M. Dědek, DrSc.
**Prevence alergie na bílkoviny kravského mléka
u novorozenců a kojenců s vysokým rizikem jejího rozvoje** 30



Aktuality 32



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

březen nám nepřinesl jen jaro, období to roční, kdy vše raší, je krásné, je v rozpuku. V našem zdravotnictví bohužel stále o žádný rozkvět nejde, naopak, ze slepé uličky stále ne a ne najít tu správnou cestu. O nalezení jedné z takových cest se právě v tomto jednom z nejkrásnějších měsíců roku pokusilo i naše Ministerstvo zdravotnictví. Pod rouškou pomoci soukromým lékařům připravilo legislativu, která by skutečně mohla od základu cosi změnit.

To, co obsahovaly připravené normy, by de facto znamenalo konec decentralizace našeho zdravotnictví, neboli konec - byť nejasně a nedobře - definované existence soukromých praxí. Vše by pod svou ochranu vzal opět stát a jeho správní úřady, skončila by doba pluralitního pojišťovnictví a nastoupilo by zdravotnictví, kterého základem jsou silné nemocnice, nemocnice, které jsou kdykoliv schopny vzít na sebe i poskytování ambulantní péče, kdyby se to snad někomu ze „soukromníků“ nelíbilo.

A toto vše za nikoliv tiché podpory České lékařské komory, resp. MUDr. Davida Ratha, představitele, který velmi nahlas hlásá, že komora se umí postarat opravdu o všechny. Já si však dovoluji na základě uvedených skutečností říci, děkuji, o takovéto postarání se já nestojím.

Nevím, jak moc sledujete toto dění, ale očekával jsem na právě probíhajících regionálních konferencích bohatou diskusi nejen na toto téma. Místo toho mě čekaly nezvykle prázdné sály, nezvyklý klid při těchto jednáních. Jako by snad ani žádné ohrožení většina našich kolegů necítila. Mrzí mne to i z důvodu, že jednou ročně je možno si v širší diskusi promluvit na různá témata, která trápí Vás i nás, pro nás je to navíc příležitost vysvětlit Vám námi zastávané postoje. Asi bláhově jsme očekávali i nový elán a povzbuzení na těchto jednáních, novou vzpruhu, která nám umožní s dobrým pocitem se vrhnout do dalších jednání, místo toho jsme se dočkali apatie a nezájmu, tím se ovšem nechci dotknout těch, kteří si čas našli. Chci věřit, že je to jen odraz celkové nálady ve společnosti, že to není projev rezignace i na „správu věcí svých“ a že blížící se sněm, který nově nahrazuje Výkonnou radu mě a ostatní členy vedení Sdružení přesvědčí o opaku.

Také jsem došel k přesvědčení, že se v každém čísle nemusíte hned v úvodníku dívat stále na mne, proto jsem požádal redakční radu, aby se postupně v úvodních našeho časopisu střídali se svým vyjádřením jednotliví členové vedení Sdružení. Také by bylo možno oslovit některé další osobnosti našeho zdravotnictví, nabízí se třeba i zástupci Koalice ambulantních zařízení. Nebuďte tedy překvapeni, až na Vás v dalších číslech budou hledět z úvodníku možná dobře, možná méně známé tváře.

S přáním klidnějších zítřků

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

**DM II. typu
ve spojení s obezitou**

Stravování diabetika

Terapie diabetu

Neuroinfekce



**seznam
inzerujících
firem...**

BOIRON

GlaxoSmithKline

HEINZ

LÉČIVA

NUTRICIA

Orion Diagnostica



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc březen 2001

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Březen se stal měsícem boje za obhájení existence svobodného výkonu lékařské praxe, ukázal sílu vzniklé Koalice ambulantních zařízení, byla uzavřena předběžná dohoda o cenách pro 2. pololetí roku 2001 s navýšením hodnoty bodu, s VZP jednáno o systému bonifikací PL, pracovní skupiny SPLDD projednávaly problematiku nadstandardních služeb a LSPP.

■ Chronologický přehled

2.3. – jednání s VZP na téma sledování a vyhodnocení činnosti PL

■ domluveny kontaktní osoby ze strany VZP, na které budou směřovány připomínky, návrhy a dotazy

■ bylo konstatováno, že lze vyjít ze stávající analýzy sledovaných parametrů, neboť projekt VZP reflektuje skutečnost, ve které se pohybují všichni PL stejně, včetně praktické nedostatečnosti ovlivnění chování pacientů v systému

■ bylo dohodnuto průběžně společně vyhodnocování získaných dat

■ byla snaha řešit legislativní překážky v předávání dat, bude možno individuálně jednat s revizním lékařem OP VZP nebo jiným pověřeným pracovníkem o nahlédnutí do dat o konkrétním vyžádaném pacientovi (ovšem bez „papírového výstupu“), za tímto účelem bude do konce 1. pol. roku 2001 na příslušných pobočkách softwarové vybavení

■ ze strany PL bylo poukázáno na neposkytování zpětných informací o provedených indikovaných výkonech, nadměrný rozsah předoperačních vyšetření (t.č. se čeká na revidovaný standard ČLS), indukci nadbytečných vyšetření specialistou, předpis léků pro dobu hospitalizace atd.

■ ve vzájemné spolupráci budou vytvářeny a uplatňovány systémové kontrolní mechanismy zajišťující, aby například v laboratořích nebyly propláceny nevyžádané výkony

■ dále bude společně řešena možnost zavádění kritérií kvality (předpoklad od 2. pol. roku 2001) za účelem znevýhodnění těch PL, kteří nedostatečně zajišťují péči o své registrované pojištěnce, čímž je indukováno jejich ošetření jinými lékaři

■ bude nutno ošetřit, aby na takovou situaci nedopláceli ti PL, kteří v zájmu pojištěnců takto indukovaná ošetření provedou

■ od 2. pol. roku 2001 bude zavedeno sledování hospitalizací

■ bude se pracovat na zohlednění faktorů vedoucích ke zvýšení nákladů na pojištěnce (věková struktura, spektrum pacientů ve vztahu k dg., ÚSP atd.)

■ diskutována byla i problematika přetrvávajících izolovaných regulací, VZP na nich zatím trvá, jejich zrušení v dalších obdobích však nevyklučuje

■ byla zahájena jednání o možné úpravě souboru výkonů PL (mimo kapitační výkony – infuze, malá chirurgie, diagnostika - CRP, uricula, HP, streptest apod.)

■ byla řešena i problematika souběhu více odborností, PL jednoznačně požadují, aby k němu docházelo jen v oblastech, kde nelze plně zabezpečit péči v určitém oboru, „plnohodnotný“ PL by měl pracovat v režimu PKČ 1,0 ve své odbornosti

■ je třeba dodefinovat indikace dopravy, obdobně jako u doprovodu

6.3. – jednání koalice ambulantních zařízení, hlavním tématem byly možnosti medializace stanovisek a způsoby přenášení informací členům zastoupených organizací, zatím informace prostřednictvím tiskovin jednotlivých členů „Koalice“

6.3. – pokračováno v jednání na vytvoření webových stránek SPLDD

7.3. – Výkonný výbor jednal o nadstandardních službách PLDD a LSPP, připravován materiál, který bude předložen k širší diskusi na sněmu SPLDD.

8.3. – DR o cenách na 2. pol. roku 2001 segmentu PL, účastníci předložili své návrhy

8.3. – jednání s VZP upřesňující zavedení sledování hospitalizací v projektu bonifikace PL, pro tento účel bude kalkulován „lůžkodenní“, jednáno o možnosti vyloučení režie z „lůžkodenní“ (pro odstranění rozdílné výše režie dle typu nemocnice), zatím uvažováno o sledování hospitalizací na odd. interním, neurologickém a dětském, dále pak na LDN a ošetrovatelských lůžkách na základě indikace PL, dále bylo jednáno o zúžení sledování

nákladovosti na léky především k vyloučení extrémně drahé léčby (např. hemofilie apod.)

10.3. – schůzka pokladníků a regionálních předsedů za účasti ing. Adamce, supervizora financí SPLDD, upřesňovány podmínky a formy účtování, předány přehledy vztahované na jednotlivé regiony

12.3. – tisková konference Koalice ambulantních zařízení, reakce na předkládané legislativní normy přímo ohrožující soukromý výkon praxe (podrobnější informace zveřejněna aktuálně již v předchozím čísle)

13.3. – Redakční rada VOXU PEDIATRIAE

14.3. – schůzka pracovní skupiny pro katalog nadstandardních služeb PLDD

16.3. – setkání zástupců Koalice ambulantních zařízení s ministrem Fišerem, reakce na tiskovou konferenci Koalice, slíbena úprava navržených zákonných norem

19.3. – schůzka zástupců organizací zastupujících „pediatrickou obec“

■ řešena problematika možnosti vytvoření národního registru syndromu náhlého úmrtí

■ dále problematika kojeneckých ústavů a jejich začlenění do systému zdravotnických zařízení vč. vymezení pojmu „sociální hospitalizace“, diskutována možnost oddělení financování zdravotního a sociálního typu péče

■ informace o projektu domácí plicní ventilace, projednáno Vědeckou radou MZ ČR a schváleno jako postup „lege artis“, dosud však chybí vazby na ZP, na webových stránkách VZP bude formulář

■ dohodnuto vytvoření pracovní skupiny k revizi obsahu a formy „Zdravotního a očkovacího průkazu“

■ rámcová informace o problematice očkování v návaznosti na změnu očkovacího kalendáře, do výběrových řízení na výběr vakcín budou zapojeni regionální zástupci OSPDL, od 1.4. bude již k dispozici acelulární vakcína proti pertussi od firmy GSK

■ problematiku používání dietetik bude



nutno sladit s Evropou a světem

■ koncepce oboru pediatrie, t.č. zpracováván materiál předložený zástupci dorostového lékařství a sociální pediatrie, bude nutno jednat o „sladění“ s koncepcí všeobecného lékařství

■ dále byla diskutována otázka standardů v pediatrii, bude nutno vyspecifikovat priority

■ zmíněna byla i otázka sběru dat pro statistiku, bude nutno diskutovat nad jejich strukturou

19.3. – další jednací den DŘ o cenách, dohodnuto zvýšení hodnoty bodu na minimálně

0,80 Kč pro mimokapitační výkony, uzavřena předběžná dohoda

19.3. – schůzka pracovní skupiny SPLDD k problematice LSPP

20.3. – z iniciativy ČLK svolána schůzka zástupců poskytovatelů k problematice tvorby individuálních smluv v návaznosti na vyhlášku o Rámcových smlouvách

21.3. – řešení problematiky pohotovostní péče v okrese Frýdek Místek, bezprecedentní snaha direktivně řešit zajištění služeb na dětském oddělení nemocnice prostřednictvím PLDD (důsledek novely Zákoníku práce), za

asistence právníka vyvoláno jednání s přednostou Okresního úřadu, dohodnut další postup, vše nakonec v dalších jednáních řešeno dle dostupných informací v souladu s požadavky PLDD

24.3. – Konference regionu Severní Morava

27.3. – jednání Koalice ambulantních zařízení

31.3. – Konference regionu Západní Čechy
Některé z uvedených aktivit jsou předmětem podrobnějších sdělení na jiném místě tohoto čísla časopisu.

Regionální konference SPLDD Západočeského regionu

Karlovy Vary, 31.3.2001

USNESENÍ

KONFERENCE SCHVALUJE:

1. Volbu mandátové komise
(Dr. Minářová, Dr. Králová)
2. Volbu návrhové komise
(Dr. Šebková, Dr. Volšíková, Dr. Benešová)
3. Zprávu o rozpočtu na rok 2001
(Dr. Kubiasová)
4. Odložení řešení délky volebního období na úrovni regionu a okresu na příští regionální konferenci

KONFERENCE BERE NA VĚDOMÍ:

1. Zprávu o činnosti (Dr. Pečenková)
2. Zprávu o hospodaření (Dr. Kubiasová)
3. Zprávu revizní komise (Dr. Poláková)
4. Informace předsedy SPLDD
Dr. Neugebauera

5. Informace Dr. Soukupa o koncepci pediatrie, situace kolem vzniku RL, současná situace v OSPDL

KONFERENCE UKLÁDÁ:

1. Nadále řešit situaci s pojišťovnami
2. Pracovat na koncepci LSPP
3. Dále se aktivně účastnit tvorby koncepce pediatrie a jednání o vzniku a náplni odbornosti RL v zájmu PLDD

KONFERENCE DOPORUČUJE

ČLENŮM SPLDD:

1. Podílet se svými příspěvky na tvorbě VOXu PEDIATRIAE
2. Zavést nebo nadále zlepšovat komunikaci a spolupráci s dětskými lůžkovými zařízeními

Usnesení regionální konference Severomoravského regionu

Ostrava, 24.3.2001

1. Konference vyslechla zprávu o činnosti SPLDD.
2. Konference vzala na vědomí zprávu pokladnice o stavech účtů.
3. Konference téměř všemi hlasy prodloužila mandát současnému vedení SPLDD Regionu severní Moravy a Slezska o 1 rok.
4. Konference vyslechla odborný seminář s hlavním nosným programem na téma: Přednemocniční kardiopulmonální resuscitace.
5. Konference konstatovala potřebu dalších aktivních členů SPLDD k udržení rozvoje činnosti praktického lékaře pro děti a dorost.

Setkání absolventů FDL UK promoční ročník 1966

se uskuteční v pátek 25. května 2001 v restauraci Nebozízek, Praha 1, Petřinské sady 411
mezi 17.00 - 23.00 hod.

Další informace je možné získat u:

as. MUDr. Věry Valtrové, CSc., na I. dětské klinice FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 - Motol
tel.: 02/2443 2052, fax: 02/2443 2020, e-mail: vvaltrova@hotmail.com



Financování zdravotnictví

Centrum pro ekonomiku a politiku 22. ledna 2001, Žofín, Praha

upravené znění příspěvku – 2. část

MUDr. Milan Cabrnach

místopředseda Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví PS Parlamentu ČR

2. Systém financování zdravotnictví

Zamysleme se nyní nad naším systémem financování zdravotnictví, nad jeho základními principy, a nad tím, zda chceme změnit systém nebo provést změny v systému stávajícím. Současně navrhuji v blízké době tyto principy neopouštět.

obrázek č. 1

Financování zdravotnictví - principy

- svobodná volba lékaře
- veřejné zdravotní pojištění - povinné a solidární
- svobodná volba pojišťovny
- smluvní volnost poskytovatel - pojišťovna

Na snímku jsem vybral čtyři základní principy, na kterých je založeno veřejné zdravotní pojištění v ČR.

2.1 Svobodná volba lékaře

Chceme zachovat svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení nebo zavést spádovost?

Přesto, že svobodná volba lékaře je pokládána právem za výrazný projev svobody pacienta, je u nás překvapivě často diskutováno zpochybnění této svobody. Tato diskuse se obvykle uvádí jako návrh na definování spádového území konkrétního zdravotnického zařízení. Takové návrhy bývají odůvodňovány problémy v dostupnosti zdravotní péče pro občany. Uvádí se, že některé zdravotnické zařízení odmítne převzít konkrétní pacienty do péče.

Stanovení spádového území však v žádném případě není účinným řešením problému. UVědomme si, že stanovením spádového území uložíme zdravotnickému zařízení po-

vinnost poskytnout péči obyvatelům tohoto území, tedy stejnou povinnost, kterou má dnes pro všechny občany. Pokud by bylo určeno spádové území, bylo by současně určeno i nespádové území, tedy území, jehož obyvatele zdravotnické zařízení ošetřit nemusí. Takový průlom by znamenal podstatné omezení svobody pacienta.

2.2 Povinné pojištění

Chceme zachovat povinné a solidární zdravotní pojištění nebo chceme pojištění dobrovolné či nesolidární?

Otázka má dvě části. První z nich je otázka povinného pojištění. Diskutuje se o tom, že by za určitých podmínek mohl pojištěnec veřejné zdravotní pojištění opustit. Důležité je definovat podmínky, za kterých by to bylo možné, ale především podmínky, za kterých by byl možný návrat zpět do veřejného zdravotního pojištění. V tuto chvíli nepokládám řešení nepovinného pojištění za prioritu.

2.3 Svobodná volba pojišťovny

Chceme svobodnou volbu pojišťovny, tedy více otevřených pojišťoven, nebo chceme uzavřené pojišťovny či jednu nebo dokonce žádnou pojišťovnu?

České veřejné zdravotní pojištění provádí několik zdravotních pojišťoven. Všechny zdravotní pojišťovny jsou otevřené, tedy nemohou odmítnout žádného pojištěnce, který se k nim v termínech daných zákonem přihlásí.

Alternativami otevřených pojišťoven jsou uzavřené pojišťovny (pro zaměstnance určitých podniků, pro obyvatele určitého regionu). Dále je alternativou jediná nebo dokonce žádná zdravotní pojišťovna.

V našem prostředí je rozhodně správné zachovat systém více otevřených vzájemně si

konkurujících zdravotních pojišťoven.

2.4 Smluvní volnost

Chceme zachovat smluvní volnost poskytovatele a pojišťovny a odpovědnost pojišťovny za zajištění dostupnosti péče pro její pojištěnce nebo chceme zavést smluvní povinnost a odpovědnost přenést na stát?

Zákon přenáší odpovědnost za zajištění dostupné zdravotní péče na zdravotní pojišťovnu. Pojišťovna realizuje tuto povinnost prostřednictvím smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Ani zdravotnické zařízení, ani pojišťovna nemají povinnost tuto smlouvu uzavřít. Pojišťovna tak má možnost volit tolik a takové poskytovatele, aby co nejlépe a nejefektivněji zajistila dostupnou a kvalitní péči pro své pojištěnce.

Ponechat odpovědnost za zajištění dostupné a kvalitní péče na zdravotních pojišťovnách je správné.

Další dva principy již nabízím ke zvážení.

obrázek č. 2

Systém financování zdravotnictví principy - varianty

- | | |
|---|---|
| ■ státem pevně stanovené pojistné | ■ pohyblivé pojistné se státem stanovenými mantinely |
| ■ dohodnuté (státem) (pevně) stanovené ceny | ■ dohodnuté (státem) (pevně) stanovené minimální ceny |



2.5 Jednotná výše pojistného

Je výhodnější stanovit státem jednotnou výši pojistného nebo připustit, aby jednotlivé



zdravotní pojišťovny stanovily, byť ve státem určených mantinelech, vlastní výši pojistného?

Navrhuji umožnit variabilní pojistné. Technická cesta je stanovení mantinelů, ve kterých se může pojistné stanovené zdravotní pojišťovnou pohybovat. Je možná varianta minimálního pojistného, maximálního pojistného i kombinace obou. Také je možné ponechat pojišťovnám možnost stanovit příplatek k pojistnému. Je třeba zvažovat, jak se vypořádat s variabilním pojistným vzhledem k přerozdělení.

Je třeba vědět, že variabilní pojistné způsobí přesun solventní klientely k pojišťovně, která vyměří nižší pojistné. Taková tendence vede k postupné diferenciaci pojišťoven na pojišťovny bohaté a pojišťovny chudé. Je totiž zřejmé, že ti, kdo platí pojistné, obvykle nečerpají zdravotní péči. Diferenciace pojišťoven by mohla být zpomalena zavedením zástupné platby, kdy by z pojistky zdravého a vydělávajícího člena rodiny čerpaly i jeho malé děti či staří a nemocní rodiče a prarodiče.

2.6 Jednotné ceny

Je výhodnější, aby byly v dohodovacím řízení dohodnuté nebo nedohodnuté ceny stanoveny státem jako jednotné, nebo by bylo

výhodnější je stanovit jako ceny minimální a umožnit jednotlivým pojišťovnám nabízet ceny vyšší?

Navrhuji umožnit variabilitu cen zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Možnost dohodnout různé ceny umožní na jedné straně zdravotnickým zařízením nabídnout pojišťovnám a pacientům služby za nižší ceny, na druhé straně umožní pojišťovnám nabídnout poskytovatelům vyšší ceny. Rozdílné ceny přispějí k lepší orientaci na trhu zdravotních sužeb především pro pacienta.

Je třeba vědět, že rozdílné úhrady způsobí pohyb pojištěnců, a to především nemocných, tedy těch, kdo čerpají zdravotní péči, směrem k těm zdravotním pojišťovnám, které nabízejí vyšší ceny. V tomto případě rozhoduje o přesunu ne sám pojištěnec, ale jeho ošetřující lékaři. Ti mají pochopitelně zájem získat co nejvyšší úhradu za poskytovanou péči, a proto k dobře placící pojišťovně přesunují především často a významně nemocné pacienty. Pokud si riziko uvědomujeme, známe mechanismy, jak jej využít či minimalizovat.

3. část článku uvedeme v příštím čísle.

Možnosti předávání praxí

MUDr. Hana Cabrnová

Již dlouho diskutovaná problematika možnosti předat svou praxi svému zvolenému nástupci se dlouho jevila jako velmi citlivé téma. Zvláště bylo-li předávání zúženo pouze na slůvko „prodej“. Jedinou možností jak postoupit dále a přitom zásadní téma vyřešit tak, aby již nyní bylo možné uskutečnit převod a dokonce i prodej praxe praktického lékaře, bylo vyčkat do okamžiku, kdy byla deklarována síť praktických lékařů jako optimální a kdy snad již definitivně byla odvrácena hrozba konání výběrových řízení na stávající praxe praktických lékařů. Poté došlo i k několika jednáním na téma výběrová řízení na nově vznikající praxe a při této příležitosti byla učiněna dohoda se zástupci VZP ČR, která má následující body:

1. Smluvní lékař VZP ČR může předat praxi svému asistentovi, který s ním pracoval v příslušné ordinaci (vykonával s ním praxi) po dobu nejméně jednoho roku přede dnem převodu praxe.

2. Smluvní lékař oznámí alespoň půl roku před předpokládaným ukončením své aktivní činnosti příslušné OP VZP ČR své rozhodnutí předat praxi svému asistentovi.

3. OP VZP ČR vyhodnotí své zkušenosti z dosavadní činnosti asistenta v příslušné ordinaci a obvykle do jednoho měsíce sdělí smluvnímu lékaři, zda navrhovaný nástupce je pro ni jako smluvní partner akceptovatelný.

4. Se změnou v osobě registrujícího lékaře musí být všichni pacienti seznámeni tak, aby se mohli rozhodnout, zda se budou registrovat u nástupce dosavadního registrujícího lékaře (lékaře, na kterého byla praxe převedena), či zda zvolí jiného praktického lékaře. Tuto činnost (přeregistraci pacientů) musí provést nový držitel praxe nejpozději do šesti měsíců ode dne uzavření smlouvy - po tuto dobu VZP ČR předpokládá, že mu při plnění smluvně dohodnutých pravidel bude hradit poskytnutou zdravotní péči za stejných podmínek, jako jeho předchůdci.

Předpokladem pro uzavření nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče je dle

Informační sdělení o konferenci sester

Dne 25.5.-26.5.2001 se bude konat

II. celostátní konference Odborné pediatrické sekce sester

Unie ZP Čech, Moravy a Slezska v prostorách Univerzity v Pardubicích.

Konference bude s mezinárodní účastí a bude probíhat pod názvem

„Na prahu 3. tisíciletí zůstávají děti radostí a starostí rodičů, ale i zdravotníků.“

Sdělení by měla být zaměřena na problematiku v péči o dětského pacienta. Prostor v programu bude poskytnut i sestrám, které pracují u praktických lékařů.

Uvítali bychom aktivní účast Vašich sestřiček na konferenci. Cílem dvoudenního setkání je poznat, nebo alespoň přiblížit, jak se zajišťuje péče o děti v oblasti preventivní, sociální, lázeňské, ale i o děti hospitalizované na dětských, chirurgických, novorozeneckých odděleních...

Věříme, že setkání přispěje k prohloubení vzájemné spolupráce sester a povede k stále se zvyšující úrovni ošetrovatelské péče o děti.

Podrobnější informace a přihlášky Vám budou poskytnuty na adrese:

Janovská Miloslava

vrchní sestra dětského oddělení

Nemocnice Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

fax: 040 - 6650535, e-mail: janovska@nem.pce.cz



Státní zdravotní ústav

Nabídka neperiodických publikací a pořadů na rok 2001

SZÚ nabízí prostřednictvím hygienických stanic níže uvedené publikace (letáky, brožury) a videopořady. V případě zájmu o uvedené tituly je nutno kontaktovat příslušné hygienické stanice, které mají možnost uvedené tituly pro potřebu PLDD objednávat. Objednávky musí být uplatněny nejpozději do 31.5.2001. O této nabídce byly příslušné hygienické stanice ze strany SZÚ informovány během března roku 2001 a je určena pro osvětovou činnost pro širokou veřejnost.

platné legislativy nutnost konání výběrového řízení. Každopádně však jedním upřednostňujícím kritériem pro výběr smluvního partnera je znalost pacientů, a obráceně od pojištěnců znalost jejich budoucího lékaře, což je pro zdravotní pojišťovny kritérium velmi důležité. Tento požadavek se podaří naplnit tím, že budoucí nositel praxe je po domluvenou dobu v ordinaci zaměstnán jako asistent.

V každém případě doporučujeme před plánovaným převodem praxe celou záležitost konzultovat s příslušnou OP VZP ČR, kdy v individuálních případech je možné i jednat o případném zkrácení uvedených termínů (např. ze zdravotních důvodů). Je v zájmu obou smluvních stran, aby pacienti vždy našli v ordinaci lékaře, kterého znají, a nenaráželi na zavřené dveře s nápisem „pro nemoc lékaře zavřeno“.

A závěrem jen zmínka o onom citlivém bodu, kterým je cena praxe při plánovaném převodu. Není třeba toto veřejně diskutovat, neboť prodáváme-li jakékoliv zboží, ale i jiný movitý či nemovitý majetek, zpravidla se řídíme nabídkou a poptávkou. V případě zájmu o naše praxe, a zvláště v určitých lokalitách, je poptávka vysoká, ale koupěschopnost nastupujících kolegů zpravidla minimální. Je nutné najít rovnováhu mezi nutností mít zapláceno za vytvoření určité „hodnoty“, kterou praxe zpravidla po mnoha letech působení praktického lékaře získala, ale současně mít i na mysli reálnou možnost mladších kolegů se v začátcích zadlužit. Všechny oprávněné kalkulace ceny vycházejí z výpočtu možnosti dosažení určitého „zisku“ a stability podnikání, což je faktor, jež také ne ve zcela zanedbatelné míře souvisí se schopnostmi nastupujících kolegů udržet si v plné míře důvěru přebíraných pacientů. Určitou možností by mohla být již započatá jednání s bankami a naznačená možnost získávání výhodnějších úvěrů pro naše mladší kolegy tak, jak je tomu u našich zahraničních kolegů. Další možnosti mohou být smluvně zakotveny mezi oběma stranami a variant se nabízí mnoho. Je realitou každého převodu, že ve většině případů se nejedná o obchod, ale o nutnost odejít, a to zpravidla o nutnost, která je svým způsobem vždy bolestná. Proto by mělo být zájmem prodávajícího, aby přednost neměla částka, kterou převodem získá, ale budoucnost toho, co vytvořil a kam se bude moci kdykoliv, byť i jen nakrátko, vracet jako zastupující lékař a podobně.

■ Letáky

- Zotavovací akce pro děti a dorost (se zdůrazněním rizik při zotavovacích akcích v přírodě)
- Kojení a odstříkávání mateřského mléka
- Bezlepková dieta
- Zdroje toxoplazmové infekce u gravidních žen
- Prostata – problém mužů vyššího věku
- Předcházení proleženinám
- Předcházení přenosu plísňových onemocnění kůže a bradavic v areálech plaveckých bazénů
- Pravidla pro volbu antibiotik (určeno PL)
- Pijete kolu?
- Hyperaktivní děti
- Prevence vadného držení těla (důraz na léčebný tělocvik)
- Zdravotně nezávadná kuchyně
- Kartičky pro děti se zdravotně-výchovnou tematikou
- Průjem u kojenců a batolat
- Vysoký krevní tlak
- Značení E přísad v potravinách
- Periodické preventivní prohlídky – reedice

■ Brožury

- Katalog videopořadů
- Pohádky (O lokomotivě mašince, Jak šly děti do ZOO)
- Potravin, biopotravin a potravin nového typu na bázi GMO
- Zdravě, chutně, příjemně
- Výchova ke zdraví
- Lucka a Lucinka
- Deník školáka.

■ Plakáty

- Jak si uspořádat pracovní místo u počítače
- Práce s ručními nástroji
- Samovyšetření prsu – samolepky

■ Videopořady

- Obrazy z dětství IV. (pokračování cyklu)
- Výchova dítěte ve věku 8 – 12 let (střední

školní věk).

- Co vše by měla obsahovat rodičovská péče, aby z dítěte vyrostl fyzicky i psychicky odolný jedinec.
- Jak se bránit šikaně – 1.díl
Děti versus děti. Podhoubí pro šikanu, co vše se pod pojmem šikana skrývá (fyzické, psychické týrání a vydírání), její druhy a způsoby. Model oběti/násilníka. Jak lze šikanování předcházet, jak se bránit, následky šikany.

■ DVD

- Interaktivní pyramida výživy

Pfizer, Microsoft a IBM budou prodávat lékařský software

Farmaceutická společnost Pfizer chce vytvořit společný podnik s Microsoftem a IBM na prodej softwaru a služeb pro lékaře. Informoval o tom list Wall Street Journal. Podle listu se podnik zaměří na praktické lékaře, a ne na doktory spojené s velkými klinikami nebo institucemi. Plány vyžadují použití posledních internetových a bezdrátových technologií, jako kapesní počítače, které pomohou lékařům vydávat předpisy, kontrolovat laboratorní objednávky, provozovat kanceláře a komunikovat e-mailem s pacienty. Administrativní práce totiž zabírá lékařům spoustu času. Kolik se za služby bude platit není ještě rozhodnuto, ale lékaři budou zřejmě platit zapisovací poplatky. Nová společnost, která nemá ještě jméno, přišla tři dny poté, co řetězec nemocnic a rehabilitačních středisek HealthSouth a výrobce softwaru Oracle oznámily partnerství na vytvoření „digitální nemocnice“ zaměřené na zlepšení péče o pacienty, snížení papírování či automatizaci klinických funkcí, jako je předepisování léků, napsala agentura Reuters.



Právní poradna

JUDr. Jan Mach

■ Dotaz č. 1

Výklad zákona č. 101/2000 Sb. ve vztahu ke změnám v hlášeníh OSSZ a povinnosti praktického lékaře vyjadřovat se k problematice soudní a na výzvu Policie:

Odpověď: Zákon č. 101/2000 Sb. nic nezměnil na povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, která je stanovena jiným zákonem, a to zákonem o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. v platném znění, § 55 odst. 2 písm. d).

Pokud tedy z některého právního předpisu vyplývá povinnost oznamovat určitým orgánům určité skutečnosti (např. povinnost ošetřujícího lékaře oznamovat určité skutečnosti orgánům správy sociálního zabezpečení), zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů tuto zákonnou povinnost zdravotnického zařízení nijak nemění ani neruší. Pokud jde o povinnost praktického lékaře vyjadřovat se na žádost soudů nebo Policie ČR, do této povinnosti rovněž vůbec nijak nezasahuje zákon č. 101/2000 Sb. Lékař je povinen zprávu na výzvu soudu či Policie podat (jde-li o odborné vyjádření, pak má právo na úhradu), avšak pouze tehdy, neporuší-li tím povinnost mlčenlivosti. Povinnost mlčenlivosti neporuší, pokud má právním předpisem stanovenou oznamovací povinnost (např. povinnost oznámit Policii ČR trestný čin týrání svěřené osoby), popřípadě pokud pacient nebo jeho zákonní zástupci vyslovili s podáním zprávy souhlas.

■ Dotaz č. 2

Zastupování praktického lékaře pro děti a dorost lékařem – důchodcem, který ukončil činnost:

Odpověď: Dle § 5 odst. 2 písm. d) licenčního řádu platnost licence zaniká při přerušení činnosti, pro kterou byla licence vydána, pokud tato činnost nebyla vykonávána v průběhu posledních 6 let alespoň 2 roky v rozsahu odpovídajícímu nejméně 0,5 běžného pracovního úvazku. Pokud lékař – důchodce přerušil činnost ve smyslu shora citovaného ustanovení, lze dle § 6 odst. 1 požádat o navrácení licence. Představenstvo komory může navrácení licence podmínit přezkoušením odborných znalostí odbornou komisí Vědecké rady komory. Nepředpokládám však, že by u lékaře – důchodce, pokud není v důchodu již delší dobu a nevykonává delší dobu lékařskou činnost, byla takováto zkouška požadována.

■ Dotaz č. 3

Za jakých podmínek je v současné době ČLK udělována licence pro odbornost praktický lékař pro děti a dorost.

Odpověď: Při udělování licence praktický lékař pro děti a dorost je postupováno dle § 7 odst. 1 licenčního řádu ČLK. Podle tohoto ustanovení musí lékař k získání licence pro výkon samostatné praxe mít atestaci v příslušném oboru (v daném pří-

padě pediatrie) a 6 let praxe v tomto oboru. Tato 6letá praxe v oboru musí být absolvována v posledních 9 letech v rozsahu odpovídajícímu nejméně 0,5 běžného pracovního úvazku.

■ Dotaz č. 4

Může zákonný zástupce dítěte odmítnout „povinné očkování“.

Odpověď: Zákonný zástupce, tedy ani rodič dítěte, není oprávněn odmítnout povinné očkování dítěte. Pokud by k takové situaci došlo, je třeba ji ihned hlásit orgánu ochrany veřejného zdraví (okresnímu hygienikovi) a orgánu sociálně právní ochrany dětí (odboru sociálních věcí okresního úřadu, do budoucna krajského úřadu).

■ Dotaz č. 5

Existuje povinnost zajištění ústavní pohotovostní služby na dětských odděleních nemocnic praktickým lékařem pro děti a dorost.

Odpověď: Domnívám se, že v daném případě by však bylo použitelné ustanovení § 5 odst. 2 písm. d) licenčního řádu ČLK s použitím § 2 odst. 2 písm. i) zák. č. 220/1991 Sb. v platném znění. Jádrem problému je poměrně bezprecedentní požadavek, aby se soukromí praktičtí lékaři pro děti a dorost podíleli nejen na lékařské službě první pomoci ambulantního typu, ale i na ústavních pohotovostních službách na dětském oddělení nemocnici. Povinnost podílet se v únosné míře na zajištění potřebných zdravotnických služeb zejména pohotovostní služby včetně lékařské služby první pomoci vyplývá soukromým lékařům z ustanovení § 5 odst. 2 písm. f) zák. č. 160/1992 Sb. v platném znění (novely provedeny zákonem č. 161/1993 Sb. a č. 258/2000 Sb.). V citovaném ustanovení není výkon ústavní pohotovostní služby výslovně uveden, byť by jej možná bylo možno podřadit pod zdravotnické služby. Lze však argumentovat zejména dvěma skutečnostmi, které svědčí v neprospěch povinnosti soukromých lékařů sloužit v nemocnici:

1) Praktičtí lékaři pro děti a dorost vykonávají službu a svoji vlastní soukromou praxi v odbornosti č. 002 dle Seznamu výkonů s bodovými hodnotami, nevykonávají služby v tzv. odbornosti č. 301, a nejsou pro tuto činnost zpravidla ani erudováni. Podle platného licenčního řádu ČLK § 5 odst. 2 písm. d) zaniká platnost licence při přerušení činnosti, pokud nebyla vykonávána v průběhu posledních šesti let alespoň dva roky v rozsahu odpovídajícímu nejméně 0,5 běžného pracovního úvazku. Praktičtí lékaři pro děti a dorost sice nemají žádnou zvláštní licenci pro službu v odbornosti 301 k ústavní pohotovostní službě v nemocnici, ale pokud tuto činnost nevykonávali v posledních šesti letech alespoň dva roky v rozsahu odpovídajícímu polovině běžného pracovní-

ho úvazku, ztratili způsobilost tuto činnost vykonávat ve smyslu shora uvedeného ustanovení § 5 odst. 2 písm. d) licenčního řádu ČLK. Licenční řád ČLK je současně závazným stanoviskem platným pro všechny členy ČLK včetně členů, kteří jsou v samostatném poměru k podmínkám výkonu samostatné lékařské praxe, a to i v nemocnici. Právo ČLK vydávat pro členy komor závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče vyplývá z ustanovení § 2 odst. 2 písm. i) zák. č. 220/1991 Sb. v platném znění. Z toho lze dovodit, že praktičtí lékaři pro děti a dorost, kteří v posledních šesti letech v úvazku alespoň 0,5 nesloužili v nemocnici a nevykonávali odbornost 301 dle Seznamu výkonů s bodovými hodnotami, nemohou vykonávat samostatnou lékařskou praxi v ústavních pohotovostních službách v nemocnici.

2) Podle shora citovaného ustanovení zákona č. 160/1992 Sb. v platném znění má nestátní zdravotnické zařízení povinnost podílet se na uvedených službách v únosné míře. Pokud ústavní pohotovostní služby začínají v 15.30 hod., je to v kolizi s ordináčními hodinami praktického lékaře pro děti a dorost a existuje tím reálné nebezpečí zanedbání lékařské péče o registrované pojištěnce, o které vykonává lékař ambulantní péči. Pokud jde o pojem „únosná míra“ odkazuje zákon na § 16 nařízení vlády č. 216/1992 Sb. (Zdravotní řád), který byl zrušen nálezem Ústavního soudu ČR č. 206/1996 Sb. a posléze nahrazen zcela shodně znějícím ustanovením § 11 odst. 1 písm. b) zák. č. 48/1997 Sb. Podle tohoto ustanovení posuzuje únosnou míru pracovního zatížení příslušný lékař sám. Pokud tedy lékař odmítne podílet se na ústavních pohotovostních službách jednak pro svoji nedostatečnou praxi a erudici, jednak pro neúnosné zatížení, jde o odmítnutí důvodné, které je nutno respektovat.

Autor je právním poradcem SPLDD ČR.

Oznámení kanceláře SPLDD ČR

Ke dni 4.4.2001 je evidováno 674 neplatíčů členských příspěvků za rok 2001. Termín pro zaplacení členského příspěvku byl do **31.3.2001**.

Upozorňujeme, že pokud nebude členský příspěvek uhrazen nejpozději do **30.4.2001** nebude již neplatíčům zasláno další číslo VOXu PEDIATRIE.

V případě nejasností o zaplacení Vám informace podá Kancelář SPLDD úřední hodiny: ÚT-ČT - 14.00-19.00. tel.: 02 - 24 80 25 49



Zpráva o činnosti Koalice ambulantních lékařů

■ Zpráva z jednání dne 20.3.2001

Program:

1. Informace za uplynulé období
2. Společná tisková konference se zdravotními pojišťovnami
3. Podpora image Koalice

1. Informace za uplynulé období

■ J. Jetmar zhodnotil tiskovou konferenci Koalice konanou dne 12.3.2001. TK měla dobrý mediální ohlas, ale pro lepší pochopení problematiky ze strany zástupců médií je třeba postupovat při podávání informací systematictěji. MUDr. Pekárek navrhl před každou tiskovou konferencí krátké setkání s J. Jetmarem k projednání scénáře vystoupení a po ukončení TK její zhodnocení.

■ MUDr. Pekárek a MUDr. Jelínek informovali o průběhu schůzky s ministrem zdravotnictví, podstatných výstupech jednání a následující společné tiskové konferenci MZ ČR a zástupců Koalice. V další fázi je třeba oslovit Václava Krásu, MUDr. Zuzanu Roithovou a MUDr. Helenu Rögnerovou, dohodnout s nimi termíny schůzek a postupně projednat dopady návrhů zákonů MZ ČR na provoz privátních praxí.

■ Účastníci jednání ocenili zprávu MUDr. Jelínka o jednání Koalice ambulantních lékařů, která dokumentuje její činnost od vzniku po společnou TK.

Návrhy:

1. Přeprocovat materiál jako zprávu Koalice a otisknout ve všech periodikách, vydávaných organizacemi sdruženými v Koalici
2. Nabídnout text časopisu ČLK Tempus Medicorum, případně Zdravotnickým novinám.
3. Zpracovat několik komentářů z pohledu jednotlivých organizací Koalice k současným návrhům zákonů a zveřejnit je v denním tisku.

2. Společná tisková konference se zdravotními pojišťovnami

■ MUDr. Pekárek informoval o návrhu prezidenta Svazu zdravotních pojišťoven uspořádat společnou tiskovou konferenci k výběrovým řízením. Vzhledem k výsledku schůzky s ministrem zdravotnictví v této oblasti bude vhodnější počkat na zapracování dohodnutých změn do návrhů zákonů, teprve potom svolat společnou tiskovou konferenci, dohodnout účast ředitelky VZP a do programu zařadit i otázku financování nemocnic v 1. pololetí 2001.

4. Podpora image Koalice

■ Účastníci jednání se dohodli na vydávání vlastního časopisu Koalice, který by byl nejprve jako občasník vkládán do periodik vydávaných jednotlivými organizacemi a postupně by se změnil v samostatný časopis. MUDr. Pekárek navrhl název „Privátní praxe“ a požádal přítomné, aby přinesli na příští jednání vlastní časopisy spolu s informací o nákladu, počtu rozesílaných výtisků a počtu čísel v ročníku.

■ Zpráva z jednání dne 27.3.2001

Program:

5. Smlouva s Reklamní agenturou Carpe diem
6. Dohodovací řízení o cenách zdravotní péče na 2. pololetí 2001
7. Novela zákona o komorách
8. Veřejná vystoupení Koalice

5. Smlouva s Reklamní agenturou Carpe diem

■ Členové Koalice se shodli na tom, že výsledky spolupráce s Reklamní agenturou Carpe diem neodpovídají sjednané dohodě a rozhodli se od smlouvy s agenturou odstoupit. Úkol: Jednáním s J. Jetmarem byl pověřen MUDr. Tautermann.

■ Další mediální kampaň zabezpečí Koalice vlastními silami. ČSK nabízí bezplatné pořádání tiskových konferencí a služby spojené s jejich organizací. Úkol pro všechny členy: zvážit možnosti a kontakty.

6. Dohodovací řízení o cenách zdravotní péče na 2. pololetí 2001

■ Účastníci jednání se vzájemně informovali o výsledcích přípravných fází dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče na 2. pololetí 2001. Jednání poskytovatelů s pojišťovnami by usnadnilo rozdělení fondů pro jednotlivé segmenty a stanovení jejich výše. Koalice se rozhodla projednat tento požadavek s Václavem Krásou, MUDr. Josefem Janečkem, MUDr. Zuzanou Roithovou, MUDr. Helenou Rögnerovou, a MUDr. Milanem Cabrnchem. Úkol: Organizací první ze schůzek s Václavem Krásou a MUDr. Zuzanou Roithovou byl pověřen MUDr. Pekárek.

■ Po ukončení dohodovacího řízení, které se bude konat ve čtvrtek 19.4.2001, se členové Koalice rozhodli uspořádat společnou tiskovou konferenci se zdravotními pojišťovnami a informovat veřejnost o nebezpečí, které na základě

výsledků DŘ hrozí zdravotní péči v ambulanci sféře.

7. Novela zákona o komorách

■ Podle dostupných informací se opět připravuje novela zákona o komorách, tentokrát s nepovinným členstvím. Tato situace představuje velké nebezpečí pro existenci samosprávy lékařů, schopné hájit jejich zájmy. Proto je třeba v jednáních prosadit povinné členství alespoň pro privátní lékaře. Úkol: MUDr. Neugebauer byl pověřen projednat tento požadavek formou osobního rozhovoru s MUDr. Milanem Cabrnchem.

4. Veřejná vystoupení koalice

■ Účastníci jednání se rozhodli podpořit povědomí lékařů o existenci a činnosti Koalice pořádáním mítinků ve větších městech ČR. První akce byla předběžně naplánována na 17.5.2001 od 16.00 hodin v Brně. Úkol pro všechny členy: zamyslet se nad programem mítinku a obsahem 1. čísla časopisu Koalice. Pokud se včas podaří realizovat záměr vydat vlastní časopis, mohl by být přiložen k pozvánce na mítink.

■ Zpráva z jednání dne 3.4.2001

Program:

9. Smlouva s Reklamní agenturou Carpe diem
10. Informace za uplynulé období
11. Veřejná vystoupení Koalice
12. Individuální smlouvy se zdravotními pojišťovnami

9. Smlouva s Reklamní agenturou Carpe diem

■ Po delší diskusi, která měla osvětlit důvody vedoucí k návrhu Koalice nepokračovat ve spolupráci s Reklamní agenturou Carpe diem, se účastníci jednání dohodli smlouvu s agenturou vypovědět. Jednáním o finančním vypořádání s J. Jetmarem byl pověřen MUDr. Tautermann.

10. Informace za uplynulé období

■ Schůzka s poslancem Václavem Krásou se bude konat 11.4.2001 od 13.00 do 14.00 hodin v jídelně PSP ČR. Sraz před 13.00 hodinou v hlavní výtahové, vchod Sněmovny 4.

■ MUDr. Jelínek bude kontaktovat MUDr. Zuzanu Roithovou a MUDr. Neugebauer MUDr. Milana Cabrncha.

■ MUDr. Pekárek osloví Ing. Musílkovou, Ing.



Friedricha, CSc., a MUDr. Beka a projedná s nimi návrh Koalice na uspořádání společné tiskové konference po ukončení dohodovacího řízení všech segmentů poskytovatelů zdravotní péče.

Informace ČNKP pro smluvní partnery - komunikace po internetu -

11. Veřejná vystoupení koalice

■ 19.-20.5.2001 se koná v Brně sněm ČSK, 26.5.2001 v Praze shromáždění Sdružení praktických lékařů a 27.5.2001 v Brně shromáždění Sdružení soukromých gynekologů. Členové Koalice se rozhodli využít těchto setkání pro veřejná vystoupení svých zástupců.

12. Individuální smlouvy se zdravotními pojišťovnami

■ Řada pojišťoven začala rozesílat lékařům individuální smlouvy na základě nové vyhlášky o Rámcových smlouvách. Tyto smlouvy obsahují ustanovení, která je nutno připomínkovat. Další jednání Koalice ambulantních lékařů bude tedy věnováno individuálním smlouvám a bude se konat v úterý 10.4.2001.

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

ČNKP představila lékařské veřejnosti koncem minulého roku projekt ČNKP, jehož prostřednictvím nabízí všem zdravotnickým subjektům možnost komunikace po internetu. Dosavadní zkušenosti elektronické komunikace mezi lékaři a pojišťovnou ukázaly, že jednoduchý způsob předávání dat pojišťovně a získání okamžitého přehledu o jejich zpracování jsou pro poskytovatele zdravotní péče časově i administrativně mnohem výhodnější, než při stávajícím způsobu komunikace nejen s ČNKP, ale i při současném standardním způsobu komunikace lékařů s ostatními zdravotními pojišťovnami.

Vážení lékaři,

vážení představitelé zdravotnických zařízení, doporučujeme Vám osobně si vyzkoušet projekt, který v současné době poskytuje ČNKP na internetové adrese www.cnzp.cz. Vy, kteří jste přesvědčeni, že tato cesta je správná, a máte o ni vážný zájem, seznamte se s podrobnými informacemi a vyzkoušejte si v demoverzi práci s databází.

MUDr. Jiří Bek
ředitel ČNKP

**Česká pediatrická společnost,
Odborná společnost praktických dětských lékařů a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost**

7. národní očkovací den ČR

**sobota dne 19. května 2001, od 9.30
Autoklub České republiky, Opletalova ulice
Patronace Český výbor UNICEF a Dagmar Havlová**

Program:

1. MUDr. Gustav Walter (Mzd ČR): **Současný stav očkovací politiky v ČR**
2. Prof. Dr. med E.G. Huber (rakouská pediatrická společnost):
Development of the vaccination in Austria in the last 3 decades and outlook for the future
3. Prof. MUDr. S. Dluholucký, CSc. (předseda Slovenské pediatrické společnosti): **Současný stav vakcinace na Slovensku**
4. Prof. MUDr. Karel Křepela, CSc.: **Surveillance a očkování proti TBC u dětí v roce 2001**
5. Doc. Dimitrij Slonim (Česká eradikační komise pro polio): **Eradikace poliomyelitidy a taktika imunoprevence**
6. MUDr. Jan Moravík, CSc. (poliklinika Škoda a.s., Mladá Boleslav): **Zkušenosti s očkováním proti chřipce**
7. Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc. (Dětská klinika IPVZ): **Proč budeme od r. 2001 očkovat proti Hemophilus infl. B**
8. MUDr. Martin Čihař (neonatologie Motol): **Imunoprofylaxe RSV přípravkem Synagis**
9. MUDr. Jarmila Čihalová, MUDr. Karel Karásek (OHES Kroměříž):
Zkušenosti s očkováním proti chřipce u dětí a dospělých v okrese Kroměříž, tel.: 0643 339 504
10. Doc. MUDr. Jan Janda, CSc., MUDr. ing. Jan Vejvalka, MUDr. Jitka Škovránková: **Založení www stránky „Očkování v České republice“.**
11. MUDr. Jitka Škovránková (ambulace pro očkování při FN Motol): **Komplikace po očkování u dětí**
12. MUDr. Jitka Škovránková (ambulace pro očkování při FN Motol):
Nejčastější dotazy praktických pediátrů zodpovídané motolským střediskem

Panelová diskuze - napsané a odevzdané otázky, odpovědi z panelu odborníků, moderace MUDr. Jitka Škovránková



MEDIFORUM

Zásady diagnostiky a racionální terapie bakteriálních meningitid

PRVNÍ ČÁST

UŽŠÍ AUTORSKÝ KOLEKTIV

Prof. MUDr. Ondřej Bálint, CSc., MUDr. Ivo Burget, MUDr. Tomáš Habanec, MUDr. Helena Hupková, CSc.,
Doc. MUDr. Otto Lochmann, CSc., Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., Doc. MUDr. Jan Přiborský, CSc.,
Doc. RNDr. Jan Trupl, CSc., RNDr. Pavla Urbášková, CSc.

ŠIRŠÍ AUTORSKÝ KOLEKTIV

Doc. MUDr. Václav Dostál, MUDr. Katarína Holečková, Prof. MUDr. Mária Huttová, CSc., Doc. MUDr. Pavel Chalupa, CSc.,
MUDr. Václav Chmelík, MUDr. Barbora Jančíková, MUDr. Pavol Jarčuška, CSc., MUDr. Eva Kostřicová, MUDr. Karol Kralinský,
MUDr. Lenka Krbková, Prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc., MUDr. Eliška Lovrantová, Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.,
Doc. MUDr. Miloslav Procházka, CSc., Doc. MUDr. Tomáš Sechser, CSc., MUDr. Ivan Stankovič, CSc., MUDr. Anna Škrovinová,
MUDr. Jiří Švejda, CSc., MUDr. Petr Švihovec, MUDr. Jana Táborská, MUDr. Eliška Žarošská

TEXT PŘIPOMÍNKOVALI

Prof. MUDr. Svetozár Dluholucký, DrSc., Prof. MUDr. Jiří Havlík, DrSc., MUDr. Blanka Horová, MUDr. Pavla Křížová, CSc.,
Doc. MUDr. Ivan Schréter, CSc.

OBSAH 1. ČÁSTI

Postup při stanovení diagnózy bakteriálních meningitid při hospitalizaci
Stanovení diagnózy; klinický obraz
Diagnóza meningeálního syndromu
Diferenciální diagnostika meningeálního syndromu
Zvláštnosti klinického obrazu časných a opožděných meningitid u nedonošenců, novorozenců a kojenců
Komplexní terapie meningitid
Dělení meningitid
Iniciální antibiotická terapie bakteriálních meningitid (1)
Iniciální antibiotická terapie bakteriálních meningitid (2)
Iniciální antibiotická terapie bakteriálních meningitid (3)
Iniciální antibiotická terapie bakteriálních meningitid (4)

ÚVOD

Bakteriální meningitidy představují i v době antibiotik závažný medicínský problém. Nejčastější vyvolavatelé onemocnění *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae b* a *Streptococcus pneumoniae* si v českých zemích udržují dobrou vnímavost k antibiotikům. Na Slovensku je však rezistence v některých regionech již významná. Je tudíž nutné zvažovat při léčení bakteriálních meningitid regionální situaci i v rezistenci etiologických agens. Problémem mohou být pacienti imunosuprimovaní či pacienti po neurochirurgických výkonech. V některých případech mohou být rizikovým faktorem nové invazivní diagnostické metody.

Pro prognózu quod vitan i quod sanationem je především nutná rychlá diagnóza a včasné zahájení léčby.

Úkolem terénních lékařů praktických i dětských je:

- znát a umět zhodnotit klinický neurologický náález,
- odeslat pacienta co nejdříve k hospitalizaci.

Autoři publikace vycházejí z vlastních zkušeností a doporučených postupů v jednotlivých zemích a opírají se o současný stav rezistence bakteriálních kmenů nejčastěji vyvolávajících bakteriální meningitidy v ČR a SR.

Cílem publikace je:

- zabránit zbytečným prodlevám v zahájení iniciální terapie,
- napomoci včasnému rozpoznání onemocnění v primární péči a co nejrychlejšímu zahájení léčby včetně správné diagnostiky již na prvním pracovišti, kde je pacient přijat.

Je třeba podotknout, že léčebný postup u každého nemocného s bakteriální meningitidou je individuální. Vzhledem k možným život ohrožujícím komplikacím a nutnosti komplexní terapie je nezbytná hospitalizace a umístění pacientů s bakteriální meningitidou na specializovaných pracovištích s možností poskytnout intenzivní péči.

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

Postup při stanovení diagnózy bakteriálních meningitid při hospitalizaci

HLAVNÍ ZÁSADY	<ul style="list-style-type: none">■ Před podáním první dávky antibiotika je třeba odebrat biologický materiál na mikrobiologická vyšetření■ Diagnostický proces nesmí být příčinou opoždění iniciální terapie
OBECNÝ POSTUP	<ul style="list-style-type: none">■ Nemocný s meningeálním syndromem je odeslán k hospitalizaci■ Zajištění venózního vstupu■ Vyšetření očního pozadí■ Lumbální punkce, vyšetření mozkomíšního moku<ul style="list-style-type: none">- cytologické a biochemické vyšetření■ Mikrobiologické vyšetření<ul style="list-style-type: none">- odběr hemokultury (nejméně jedenkrát)- stanovení volných antigenů v mozkomíšním moku a (dle možnosti) v séru- statimové mikroskopické vyšetření mozkomíšního moku- kulturační vyšetření mozkomíšního moku i hemokultury a stanovení citlivosti izolovaného agens- kulturační vyšetření výtěru z nosohltanu■ Stanovení diagnózy syndromu bakteriální meningitidy a zahájení iniciální antibiotické terapie. Při podezření na meningokokovou etiologii je možné zahájit antibiotickou terapii již před hospitalizací■ Ostatní laboratorní vyšetření<ul style="list-style-type: none">- základní laboratorní parametry zánětu- DIC* (diseminovaná intravaskulární koagulace) podle klinického stavu pacienta■ Po ověření diagnózy bakteriální meningitidy je pacient umístěn na specializovaném oddělení s možností poskytnutí intenzivní péče



Stanovení diagnózy

ANAMNÉZA	<ul style="list-style-type: none"> ■ horečka ■ bolest hlavy ■ poruchy spánku ■ poruchy vědomí ■ zvracení ■ křeče ■ poloha ■ délka trvání příznaků ■ otitida ■ sinusitida ■ respirační infekce ■ speciální klinické situace <ul style="list-style-type: none"> - imunosuprese včetně HIV+ - úrazy hlavy - neurochirurgické výkony <ul style="list-style-type: none"> ● shunt - rekurentní meningitida - likvorea
EPIDEMIOLOGICKÁ ANAMNÉZA	<ul style="list-style-type: none"> ■ komunitní a nemocniční infekce ■ kontakt ■ sezónnost ■ cestování ■ vakcinace

Klinický obraz

NEUROLOGICKÉ PŘÍZNAKY	<ul style="list-style-type: none"> ■ meningeální syndrom (80%) blíže viz. str. 16 ■ poruchy vědomí <ul style="list-style-type: none"> - kvalitativní - kvantitativní ■ křeče
KOŽNÍ PROJEVY	<ul style="list-style-type: none"> ■ exantém ■ zvýšená povrchová i hluboká citlivost ■ dermatografismus ■ petechie ■ sufuze ■ purpura
PRŮBĚH	<ul style="list-style-type: none"> ■ perakutní ■ akutní ■ pozvolný

Diagnóza meningeálního syndromu

PŘÍZNAKY	<ul style="list-style-type: none">■ bolest hlavy■ zvracení■ dráždivost■ poruchy vědomí■ křeče■ vyklenutá velká fontanela u kojenců ■ iritace míšních kořenů (ztuhlost šíjového a zádového svalstva, opozice šije, Brudzinského, Kernigův, Lasègueův a Amossův příznak) ■ iritace hlavových nervů a citlivých míšních kořenů (kožní hyperestezie, světloplachost, hyperakuze) ■ zvýšení vazomotorické dráždivosti (dermografismus, červené skvrny) ■ vagové dráždění (bradykardie – často relativní, zvracení)
<p><i>Poznámka: Při neuroinfekcích se téměř vždy vyskytuje horečka, která může výjimečně chybět u anergických pacientů (krajní věkové skupiny, imunokompromitovaní pacienti). U těchto pacientů mohou chybět i ostatní příznaky meningeálního syndromu a jediným příznakem je celkový těžký stav pacienta. Meningeální syndrom nemusí být patrný ani při těžké bakteriální meningitidě u pacienta v hlubokém kómatu.</i></p>	

Diferenciální diagnostika meningeálního syndromu

<ul style="list-style-type: none">■ meningismus = pozitivní meningeální příznaky s fyziologickým likvorovým nálezem<ul style="list-style-type: none">- bývá rozvinut u stavů s vysokými horečkami- při poklesu teplot tyto příznaky ustoupí- může být i součástí postpunkčního syndromu
<ul style="list-style-type: none">■ spondylogenní onemocnění
<ul style="list-style-type: none">■ intrakraniální hemoragie
<ul style="list-style-type: none">■ intrakraniální expanzivní procesy
<ul style="list-style-type: none">■ jiné (insolace, trauma, toxiny, alergické reakce)

Zvláštnosti klinického obrazu časných a opožděných meningitid u nedonošenců*, novorozenců* a kojenců

NÁSTUP	ZPŮSOB NÁKAZY	PŘÍZNAKY
Časný (do 7 dnů života)	<ul style="list-style-type: none"> ■ nitroděložně ■ během porodu 	<ul style="list-style-type: none"> ■ spavost ■ křik ■ křeče ■ lenivé sání mléka ■ 6–8% asymptomatický průběh ■ tonusové poruchy ■ centrální poruchy dýchání ■ jen nestandardně vážnouci šije a pulzující velká fontanela!
Opožděný (po 7. dni života)	<ul style="list-style-type: none"> ■ po porodu 	

*Vysvětlivky: * Zvláště časté při vrozených anomáliích CNS a míchy (meningokéla, spina bifida).*

Komplexní terapie meningitid

- **KAUZÁLNÍ** (viz jednotlivé algoritmy)
- **intenzivní péče** (umělá plicní ventilace, eliminační metody, výživa...)
- **protišoková**
- **protiedémová**
- **léčba DIC**
- **sanace primárního ložiska u sekundárních hnisavých meningitid**
- **symptomatická**
- **rehabilitace**

Poznámka:

*Léčba se skládá z komplexní léčby kauzální a symptomatické;
po obdržení výsledku kulturačního vyšetření přehodnotit léčbu.*



Dělení meningitid

I. PODLE VĚKU	<ul style="list-style-type: none"> ■ 0-1 měsíc <ul style="list-style-type: none"> - časné s manifestací do 7. dne života (obvykle perinatálně) - opožděné s manifestací po 7. dni života ■ 1 měsíc - 1 rok ■ 1 rok - 6 let ■ 6 let - 65 let ■ 65 let a více
II. PODLE ETIOLOGICKÉHO AGENS*	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Neisseria meningitidis</i> (12 séro skupin) - nejčastěji B, C ■ <i>Streptococcus pneumoniae</i> (více než 90 séro skupin/sérotypů) ■ <i>Haemophilus influenzae</i> (6 sérotypů) - nejčastěji B ■ <i>Streptococcus agalactiae</i> ■ <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Salmonella spp.</i> a jiné <i>Enterobacteriaceae</i> ■ <i>Listeria monocytogenes</i> ■ <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ■ <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Staphylococcus spp.</i> ■ <i>Streptococcus pyogenes</i>, <i>Streptococcus suis</i> ■ <i>Enterococcus spp.</i> ■ <i>Corynebacterium spp.</i> ■ anaeroby ■ specifické
III. PODLE PATOGENEZE	<ul style="list-style-type: none"> ■ primární kultivace zpravidla <ul style="list-style-type: none"> ○ z krve + ○ z likvoru + ■ sekundární <ul style="list-style-type: none"> - lokální <ul style="list-style-type: none"> ● otogenní ● posttraumatické - kultivace zpravidla <ul style="list-style-type: none"> ○ z krve - ○ z likvoru + - jako projev centrální sepse kultivace zpravidla <ul style="list-style-type: none"> ○ z krve + ○ z likvoru +/-
IV. PODLE RIZIKOVÝCH FAKTORŮ	<ul style="list-style-type: none"> ■ věkové skupiny <ul style="list-style-type: none"> - do 1 měsíce - nad 65 let ■ shunty ■ trauma ■ neurochirurgické výkony ■ imunodeficitní stavy

Vysvětlivky:

* Bakteriální meningitidy je třeba odlišit od meningoencefalitid způsobených mykobakteriemi a jinými původci.

(viz. tab. v pokračování v příštím čísle)

*Iniciální antibiotická terapie bakteriálních meningitid (1)

VĚKOVÁ SKUPINA 0–1 MĚSÍC	PŘEDPOKLÁDANÁ ETIOLOGIE	DOPORUČENÁ INICIÁLNÍ TERAPIE
	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Streptococcus agalactiae</i> ■ <i>Escherichia coli</i> a jiné <i>Enterobacteriaceae</i> ■ <i>Listeria monocytogenes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ampicilin + cefotaxim ■ ampicilin + gentamicin ■ chloramfenikol**
	<p>Vzácně (nozokomiální infekce)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ■ gramnegativní nefermentující tyčky <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Staphylococcus spp.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ceftazidim ± aminoglykosidy <ul style="list-style-type: none"> ■ vankomycin ■ teikoplanin (5 mg/24 hodin intraventrikulárně)
<p>Poznámka:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ při vzniku meningitidy na novorozeneckém oddělení – terapie podle epidemiologické situace (nozokomiální infekce) 		
<p>Vysvětlivky:</p> <ul style="list-style-type: none"> * etiologie neznámá ** při selhání nebo přecitlivělosti na β-laktamová antibiotika 		

*Iniciální antibiotická terapie bakteriálních meningitid (2)

VĚKOVÁ SKUPINA 1 MĚSÍC – 6 LET	PŘEDPOKLÁDANÁ ETIOLOGIE	DOPORUČENÁ INICIÁLNÍ TERAPIE
	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Haemophilus influenzae b</i> ■ <i>Neisseria meningitidis</i> ■ <i>Streptococcus pneumoniae</i> ■ <i>Enterobacteriaceae</i> (u kojenců do 6 měsíců) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ cefotaxim/ceftriaxon ■ chloramfenikol
<p>Poznámka:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ do iniciální léčby zahrnout glukokortikoidy 		
<p>Vysvětlivky:</p> <ul style="list-style-type: none"> * etiologie neznámá 		

*Iniciální antibiotická terapie bakteriálních meningitid (3)

VĚKOVÁ SKUPINA 6 - 65 LET	PŘEDPOKLÁDANÁ ETIOLOGIE	DOPORUČENÁ INICIÁLNÍ TERAPIE
	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Neisseria meningitidis</i> ■ <i>Streptococcus pneumoniae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ cefotaxim/ceftriaxon ■ chloramfenikol
<p>Vysvětlivky: * etiologie neznámá</p>		

*Iniciální antibiotická terapie bakteriálních meningitid (4)

VĚKOVÁ SKUPINA 66 LET A VÍCE	**PŘEDPOKLÁDANÁ ETIOLOGIE	DOPORUČENÁ INICIÁLNÍ TERAPIE
	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Streptococcus pneumoniae</i> 2. <i>Neisseria meningitidis</i> 3. <i>Enterobacteriaceae</i> 4. <i>Haemophilus spp.</i> 5. <i>Listeria monocytogenes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ampicilin + gentamicin ■ ampicilin + cefotaxim ■ chloramfenikol
<p>Vysvětlivky: * etiologie neznámá pořadí výskytu, ** pořadí výskytu</p>		



Dosud vydané publikace:

■ s infektologickou tematikou

1. Zásady racionální antibiotické léčby respiračních infekcí - 2. doplněné vydání (1995)
2. Diagnostika a terapie infekcí vyvolaných virem Herpes simplex a virem Varicella zoster (1997)
3. Zásady racionální antibiotické léčby infekcí močových cest (1998)
4. Zásady diagnostiky a racionální terapie bakteriálních meningitid (1999, ISBN 80-85912-07-4)
5. Postherpetická neuralgie jako důsledek neléčeného herpes zoster (1999, ISBN 80-85912-11-2)
6. Zásady diagnostiky a terapie chřipky (2000, ISBN 80-85912-46-5)
7. Herpes Genitalis sexuálně přenosná choroba (2000, ISBN 80-85912-46-5)

■ v oblasti epilepsie

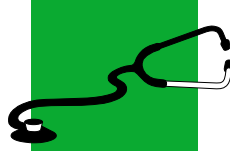
8. Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií I (1995)
9. Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií II (1997)
10. Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií III (1998, ISBN 80-85912-08-3)
11. Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií IV (1998, ISBN 80-85912-02-2)
12. Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií V (2000, ISBN 80-85912-48-1)

■ v edici „Nové trendy“

13. Nové trendy v opioidní anesteziologii (1998)
14. Monoklonální protilátky v onkologii (2000, ISBN 80-85912-42-2)

Tato řada od roku 1998 reaguje na nejnovější poznatky ve farmakoterapii a napomáhá zavádění inovativních léčebných postupů do praxe.

2. část uvedeme v příštím čísle



Rekonvalescentní pozitivita a chronické nosičství po salmonelóze

as. MUDr. Helena Ambrožová

I. infekční klinika 2. LF UK a FN Bulovka, Praha

Salmonelóza je v posledním desetiletí nejčastější střevní infekcí v České republice. V tomto období bylo každoročně hlášeno mezi 40-50.000 případy, v loňském roce pak 39.054 onemocnění. Výskyt v dětské populaci je vysoký, zejména ve věkové skupině mezi 1-4 roky. Přes 95% onemocnění je u nás vyvoláno jediným sérotypem - *Salmonella enteritidis*, na druhém místě je *Salmonella typhi murium*. Ostatní sérotypy se uplatňují jen vzácně. Zdrojem onemocnění jsou obvykle kontaminované potraviny, především nedostatečně tepelně zpracovaná vejce a výrobky z nich (zákusky, vaječné krémy apod.), někdy i maso či jiné potraviny, např. kontaminované koření. Interpersonální přenos je velmi vzácný vzhledem k vysoké infekční dávce (106 - 109 mikrobů). Výjimkou jsou kojenci, u nichž stačí k nákaze nižší infekční dávka a kteří se mohou nakazit i touto cestou např. od rodičů či sourozenců. Klinický obraz závisí na počtu a virulenci salmonel a na obranných mechanismech hostitele. K rozvoji onemocnění predisponuje řada faktorů (achlorhydrie, rychlé vyprazdňování žaludku, imunodeficitní stavy, předchozí antibiotická terapie a mnohé jiné). Onemocnění může probíhat asymptomaticky bez klinických příznaků, nejčastěji pak jako febrilní gastroenteritida různé tíže, u dětí pak obvykle s příměsí krve a hlenu ve stolici. Zejména u imunodeficitních pacientů se vzácně vyskytuje nejasné horečnaté onemocnění s pozitivním nálezem salmonel v hemokultuře (tyfoidní forma) nebo fokální infekce postihující různé orgány (meningitida, osteomyelitida, abscesy ve slezině, empyem hrudníku, hnisavá artritida aj.). U těchto forem může, ale i nemusí, předcházet průjmové onemocnění; jejich výskyt je u dětí výrazně nižší než u dospělých.

Po prodělané infekci dochází často k dlouhodobějšímu bezpříznakovému vylučování salmonel stolicí. Jeho vznik přitom ne-

souvisí s tíží průběhu primární infekce, protože je popisována i po asymptomatické formě salmonelózy. Trvá-li vylučování salmonel do 1 roku po prodělané infekci, jedná se o **rekonvalescentní pozitivitu**, nad 1 rok pak o **chronické nosičství**. Rekonvalescentní pozitivita trvá obvykle několik týdnů až měsíců a bývá delší u kojenců než u starších dětí. K dlouhodobému vylučování inklinují zejména novorozenci - dle literárních údajů více než 50% dětí, které získaly salmonelu v novorozeneckém věku, ji vylučuje i po 6 měsících, což souvisí se sníženou imunitou u novorozenců. Bez ohledu na věk průměrně 70 - 90% dětí vylučuje salmonely 2 týdny, kolem 50% 4 týdny, 10 - 25% pak 10 týdnů a více. Důležitý může být i sérotyp - u *Salmonella typhi murium* je vylučování obvykle kratší (jen 10% v 9. týdnu po infekci), naopak u jiných sérotypů může být vylučování delší (více než 20% po 20 týdnech). Do chronického nosičství, tj. déle než 1 rok po infekci, však přechází jen nepatrná část nemocných (0,2 - 0,6%) a prakticky vždy se jedná o osoby dospělé.

Děti s rekonvalescentní pozitivitou vylučují salmonely stolicí, ale obvykle jsou zcela bez obtíží, mají formované stolice a klinický i laboratorní nález je v normě. Rodiče těchto dětí přesto často požadují, aby byly léčeny a ihned přestaly vylučovat salmonely. Debacilizace u dětí a mladistvých do 17let je ovšem velmi obtížná. U pacientů nad 17let je možné v indikovaných případech (potravináři apod.) podat chinolony po dobu 1 týdne. Tato léčba bývá obvykle účinná, ale pod 17let je kontraindikována. U dětí a mladistvých do 17let se však podání antibiotik ani chemoterapeutik nedoporučuje, protože se podle některých prací může paradoxně prodloužit doba vylučování salmonel. Může dojít i ke vzniku postantibiotické kolitidy a ke zvýšení rezistence patogenů na antibiotika. Podle našich zkušeností obvykle ani podávání ji-

ných léků (střevní dezinficiencia, laktulóza, eubiotika) nebývá úspěšné. Z uvedeného vyplývá, že stoprocentně účinná léčba rekonvalescentní pozitivita u dětí neexistuje. Pro obvodního pediatra to mnohdy znamená obrnit se trpělivostí při kontaktu s rodiči těchto dětí a provádět opakovaně kultivace ze stolice, dokud nejsou 3x po sobě negativní.

Docházka dětí s rekonvalescentní pozitivitou do kolektivních zařízení je v kompetenci hygienické služby. Praxe není jednotná, některé děti do kolektivu mohou, jiné ne. Ani nový Zákon o ochraně veřejného zdraví ze 14.7.2000 tuto problematiku jasně neřeší a uvádí, že orgán ochrany veřejného zdraví, tj. hygienická služba, rozhodne o rozsahu epidemiologických opatření. Záleží jistě na mnoha okolnostech, např. na stáří dítěte, jeho klinickém stavu, dodržování zásad osobní hygieny apod. Podle mého názoru by dítě bez průjmu a s dobrou úrovní osobní hygieny mělo mít možnost docházet do kolektivu. Opatrnosti je třeba jen při kontaktu těchto dětí s kojenci, kde k nákaze stačí nižší infekční dávka.

V případě chronického nosičství gastroenteritických salmonel je doporučován stejný postup jako při léčbě nosičů břišního tyfu, tj. dlouhodobá antibiotická léčba. U dětí je možné použít např. amoxicilin po dobu 6 týdnů p.o. Úspěšnost je udávána kolem 80%.

Rekonvalescentní pozitivita není kontraindikací očkování. Výjimkou je jen p.o. podání vakciny proti poliomyelitidě u dětí s imunodeficitem IgA, kde se doporučuje očkování o 1 rok odložit. U imunokompetentních dětí lze tuto vakcínu podat.



Lymeská borelióza (LB) v dětském věku

Prim. MUDr. Hana Roháčová

Infekční klinika FN Na Bulovce, Praha

■ Historie

Onemocnění je známo od 80. let tohoto století, kdy bylo objeveno etiologické agens. Popisy klinických případů, o kterých je v současné době jasné, že patří k tomuto onemocnění, jsou však z literatury známy již od konce minulého století. Jedná se o některé z kožních forem, postižení centrálního nervového systému (Banwarthův syndrom) a další. V 70. letech tohoto století upozornila americká dětská lékařka na sezónní výskyt artritid u dětí, u nichž často v anamnéze předcházela zákus klíštěte a často i kožní erytematózní léze. V roce 1981 byla objevena spirochetální bakterie nazvaná po svém objeviteli *Borrelia burgdorferi*.

■ Charakteristika

Jde o onemocnění, které probíhá v akutní formě, ale v některých případech přechází i do chronicity. V dětském věku je chronická forma vzácná. Na rozdíl od klíšťové meningoencefalitidy není u LB typický sezónní výskyt. Týká se to především 2. a 3. stadia, která mají široký interval inkubační doby.

■ Epidemiologie

Hlavním přenašečem onemocnění je klíště, v Evropě druh *Ixodes ricinus*. K infekci může dojít nejen po přisátí klíštěte, ale i při jeho drcení prsty, kdy se spirochety dostávají do organismu drobnými oděrkami. Prokázán je též přenos transplantární. LB není nákazou s typickou přírodní ohniskovostí. Infikovaná klíšťata se vyskytují prakticky na celém území České republiky, i když procento nakažení může značně kolísat. V průměru činí kolem 10%. Výjimkou nejsou ani parky v městských lokalitách. Ročně je hlášeno v současné době zhruba 2000 onemocnění (všechny formy). Typická lokalita pro výskyt klíšťat jsou travnaté porosty smíšených lesů v nadmořské výšce do 800 m. V našich podmínkách přežívá klíště 2 roky, během nichž prochází vývojem od vajíček přes larvu, nymfu až po dospělce. Důležité je, že již tato zárodečná stadia se rovněž přisávají na zvířata i člověka a jsou schopna přenosu infekce. Vzhledem k jejich velikosti jsou však snadno přehlédnutelná. Proto v epidemiologické anamnéze pátráme nejen po údajích o zákusu klíštěte, ale i o pobytu v přírodě. Při vyšetřování protilátek se u obyvatel České republiky zjistila pozitivita zhruba u 10% populace, v některých oblastech dokonce až 30%. Avšak manifestních onemocnění je daleko méně. Po zákusu infikovaného klíštěte dochází k projevům onemocnění jen asi v 5%.

■ Etiologie

Původcem onemocnění je spirochetální bakterie, která je opatřena bičíky. Vyskytuje se v několika druzích patogenních pro člověka. Jejich počet stále není definitivní. Většinu lidských onemocnění způsobuje v Evropě *Borrelia garinii*, která má vztah k postižením nervové soustavy, *B. afzelii* se vztahem ke kožním formám. *B. burgdorferi sensu stricto* se v Evropě vyskytuje vzácně, je hlavním patogenem v USA. U prvních dvou druhů je v současné době již známo několik sérotypů.

■ Klinický obraz

LB je onemocnění, které může postihovat celou řadu orgánů. Největší procento tvoří postižení kůže, dále kloubů, nervového systému, ale i dalších. Průběh může být akutní i chronický. První stadium je stadium časné diseminace, kdy dochází především k postižení kůže. Afekce se nazývá erythema chronicum migrans (ECM). V místě zákusu klíštěte se většinou po několika dnech, ale i týdnech, objeví kruhovitý erytém o průměru několika cm. Skvrna je plošná, nebolestivá, někdy může mírně svědit a po čase v centru začíná blednout. Vymizí spontánně i bez léčby, ale bez adekvátní terapie je větší možnost přechodu do dalších stadií. U dětí se EM objevuje méně často. K prvnímu stadiu může patřit též lymfadenopatie, exantém, chřipkovité příznaky, artralgie, konjunktivitida.

Druhé stadium pozdní diseminace se objeví po uplynutí několika týdnů až měsíců po infikování

člověka. Nemusí mu předcházet žádné potíže spojené s prvním stadiem. Pro dětský věk je typický výskyt boreliového lymfocytomu. Je to nebolestivé, červené až červenofialové zduření kůže a podkoží, které je lokalizované především na ušním lalůčku, nose, mamile nebo skrotu. V místě postižení jsou při odběru materiálu zachyceny borelie. K dalšímu postižení 2. stadia patří neuroformy reprezentované aseptickou meningitidou nebo meningoencefalitidou, která bývá často provázena obrnami hlavových nervů, a to především nervu lícního. Také toto postižení je v dětském věku časté. Při každé paréze lícního nervu (event. jiných mozkových nervů) je nutno vyšetřit mozkomíšni mok se zaměřením na LB. Lymfocytární meningoradikulitida (syndrom Garin-Bujadoux-Bannwarth), při které je v likvoru aseptická formule, jsou přítomny většinou asymetrické parézy a radikulární bolesti, je další možnou neuroinfekcí, u které již z klinického obrazu a anamnestických dat může být stanovena diagnóza. Pro dětský věk však kořenové příznaky nejsou typické a průběh neuroinfekcí je většinou mírnější než v dospělém věku. K postižení druhého stadia patří též kardiální postižení s poruchou převodního systému, event. migrující artralgie.

3. stadium je stadium chronické diseminace, kdy se kromě vlivu bakterie samotné uplatňují do značné míry i vlivy imunopatologické. Inkubační doba kolísá od několika měsíců až po několik let. Typický je zde výskyt boreliové artritidy, která je v

tab. č. 1

Klinické formy a verifikující laboratorní nálezy						
Klinická jednotka	Klinika	Anamnéza	+ protilátky v séru	+ protilátky likvor, sérum	Histologie	Laboratorní odchylky
ECM	+	-	-	-	-	-
Boreliový lymfocytom	+	(+)	(+)	-	(+)	-
ACA	+	-	+	-	(+)	-
Neuroborelióza II. st.	+	(+)	-	+	-	+
Neuroborelióza III. st.	+	-	-	+	-	+
Kloubní forma	+	+	+	-	-	+
Kardiální forma	+	+	+	-	(+)	+

Nutricia



formě mono či oligoartritidy. Postihuje většinou velké klouby, které jsou oteklé a často je přítomen výpotek. U tohoto postižení je nutno u dětí odlišit juvenilní revmatoidní artritidu. Na kůži může dojít k projevům acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) na končetinách. V prvním období je kůže erytematózní, napjatá, leská, ve druhém již dochází k atrofickým změnám se ztenčením kůže, prosvítáním cév a kůže nabývá charakteru cigaretového papíru. Chronická encefalitida, encefalomyelitida a polyneuritida jsou neurologická postižení, která se objevují v tomto stadiu. Přejít do chronicity u dětí je, jak již bylo uvedeno, řídký.

■ Diagnostika

Přestože diagnostice LB je věnována velká pozornost a diagnostické možnosti se od objevu etiologického agens značně zvětšily, zůstává celá řada otázek v této oblasti. Vždy je třeba v určování diagnostiky posoudit jak laboratorní výsledky, tak klinický obraz. Stanovit diagnózu pouze na základě laboratorních nálezů v naprosté většině nelze. Z tabulky č. 1 je patrné, že klinický obraz hraje rozhodující roli při stanovení diagnózy a laboratorní nálezy podezření verifikují. Základním laboratorním testem je ELISA test s určením hladiny protilátek typu IgM, jež se tvoří zhruba po 6 týdnech po začátku onemocnění a jsou posléze následovány tvorbou protilátek typu IgG, jež přetrvávají dlouhou dobu a jejich persistence nemusí rozhodně znamenat aktivní onemocnění. Proto opakování antibiotické léčby pouze na základě persistence protilátek nemá opodstatnění. U některých osob přetrvávají poměrně dlouhou dobu i protilátky typu IgM. I zde se při jejich posuzování musí lékař řídit klinickým obrazem. Pozitivní protilátková odpověď může být přítomna nejen při akutním onemocnění nebo stavu po něm, ale jak bylo již v úvodu zmíněno může se jednat o odpověď starého data bez klinické symptomatologie či může vzniknout na základě zkřížené antigenní odpovědi s jinými bakteriemi (legionely, pseudomonády, nepatogenní borelie). Jejich pozitivita bývá též zachycena při pozitivitě revmatoidního faktoru. Při pochybnostech je konfirmačním vyšetřením test Western blot. Stanovení neuroboreliózy není možné bez vyšetření mozkomíšního moku. Zde stanovujeme hladinu protilátek, jejich intratekální syntézu, stav hematoencefalické bariéry a některou z přímých metod. V současné době je to nejčastěji polymerázová řetězová reakce (PCR), event. elektronová mikroskopie či kultivace agens. Tyto přímé metody je vhodné doplnit též při vyšetření kloubního punktu, biopsie kůže, placenty. Záchyt borelií z periferní krve je vzácný a proto při vyšetření používáme přímé metody jen ve speciálních indikacích.

■ Léčba

Základem terapie LB jsou antibiotika. V dětském věku je lékem volby penicilinová řada, vhodný je aminopenicilin v běžné dávce, event. fenoxymetyl penicilin, penamecilin. Při přecitlivělosti některý z makrolidů. U roxitromycinu bylo opakovaně popsáno selhání léčby, azitromycin dosahuje sice výborných tkáňových koncentrací a jeho podávání je pohodlné, avšak pro narůstající rezistenci by měl být vyhrazen jen pro speciální případy. Deoxy-mykoin, který je lékem volby u dospělých, lze u dětí podávat až od 12 let věku. V 1. a 2. stadiu je doba podávání 2–3 týdny u kožních forem, ve stadiu 3. nejméně 4 týdny. U přesvědčivých klinických jednotek (ECM, boreliový lymfocytom) zahajujeme léčbu ihned, u ostatních po posouzení laboratorních nálezů. V léčbě neuroboreliózy je nutno použít antibiotika s průnikem do mozkomíšního moku, což splňuje krystalický penicilin a cefalosporiny III. generace (cefotaxim, ceftriaxon). Léčba trvá 3 týdny. Sledování osob po LB trvá zpravidla 2 roky, kdy jsou v intervalech nejprve 3, posléze 6 měsíců prováděny kontroly klinického stavu a laboratorních nálezů. LB se může opakovat. Protilátky mají vý-

znam pro ochranu hostitele jen před tím typem, jímž byly vyvolány.

■ Prevence

Prevence spočívá v ochraně před klíšťaty (repelenty, přeléhavý oděv), důsledném prohlížení těla po návratu z přírody. Doba přísátí hraje v přenosu infekce významnou roli. K přenosu borelií dochází nejdříve po 24 hodinách, více však až po 48 hodinách. V současné době je v klinickém zkoušení očkovací látka, která obsahuje antigenní směs borelií, které se vyskytují na území Evropy nejčastěji.

Literatura

- 1) Duniewicz M., Adam P. a ost.: Neuroinfekce, Maxdorf, Praha, 1999
- 2) Dlouhý P.: Lymeská borelióza v praxi, Psychiatrické centrum, Praha, 1996
- 3) Havlík. J. et al.: Infekční nemoci, Galén, Praha, 1998

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolujeme si Vás ještě jednou upozornit na

**VI. kongres ČLS JEP
který se koná ve dnech 31. 5. - 1. 6. 2001
v Národním domě na Vinohradech**

a který organizuje

Oborná společnost praktických dětských lékařů

Jde o významnou akci v postgraduálním vzdělávání, kde každý účastník obdrží certifikát ČLK.

Pozvání přijali naši přední odborníci, kteří budou přednášet témata pro pediatrické praxe velmi aktuální.

Zároveň Vás prosíme o omluvení tiskové chyby, která způsobila, že na pozvánkách není uvedena ortopedie. Do programu je zařazena na 1. 6. 2001.

Pro Vaši informaci přednášet budou:

Prim. MUDr. Hana Bučková, CSc. - kožní lékařství

Prim. MUDr. Jiří Dolanský - dětská neurologie

Prof. MUDr. Pavel Dungal, DrSc. - ortopedie

Doc. MUDr. Aleš Filouš, CSc. - oční lékařství

MUDr. Hana Fišerová - ORL

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc. - infektologie

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc. - klinická toxikologie

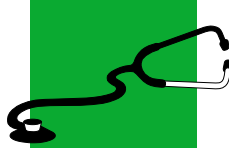
Prof. MUDr. Jiří Pokorný, DrSc. - urgentní medicína

Prof. MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc. - dětská chirurgie

Přihlášky včetně dokladu o zaplacení zasílejte na:

Kongresové oddělení ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2

Na Vaši účast se těší Organizační výbor VI. kongresu ČLS JEP



Postižení vývoje komunikačního procesu, jeho včasná diagnostika a symptomatologie

PaedDr. Alena Merunková

klinický logoped

Postižení komunikace se v poslední době stává předmětem zájmu mnoha odborníků. S narůstajícími nároky společnosti na komunikační dovednosti (mluvené, psané i čtené) se problémy s komunikací projevují dříve a zřetelněji. Zároveň se ukazuje, že dnes i lehčí stupeň řečové vady komplikuje postiženým zdravou socializaci. Včasná diagnostika a prevence dokáže mnohdy výrazně ovlivnit efekt terapie. Požadavek včasné diagnózy je důležitý především pro pediatry, kteří jsou často první, kdo může problémy ve vývoji komunikace postřehnout a kteří znají možné důsledky zanedbané péče o vývoj řeči.

V novorozeneckém a kojeneckém období sledujeme především nepodmíněnou a později podmíněnou reakci na zvukové podněty.

V období 0 - 3 měsíců věku dítěte se mohou vysledovat první symptomy těžké sluchové vady. Projevem sluchového postižení je absence reakce na silný zvuk: dítě neotočí hlavou nebo celým tělem, nepláče, nelekne se, nesvráští obličej, nezamrká. První, kdo zaznamená tyto jemné popsání odchyly je většinou matka. Proto důvěra a kontakt mezi matkou dítěte a pediatrem je hlavní diagnostickou metodou tohoto období. První vyšetření sluchu lze provést již v prvních dvou týdnech života.

Problémy s příjmem potravy v novorozeneckém věku jsou často také prvním symptomem patologického motorického vývoje a možných patologií ve vývoji řeči. Tyto děti by měly být sledovány jako riziková skupina vývoje řeči již v kojeneckém období.

V období mezi 4. - 18. měsícem života lze sluch vyšetřovat mimovolními orientačními reakcemi na zvukové podněty různé intenzity a charakteru. Zjištění vady sluchu je velmi důležité. Vzhledem k plasticitě NS včasná diagnostika významně rozhoduje o efektu terapie a životní prognóze dítěte.

Při jakékoliv pochybnosti **nikdy** neztrácíme čas čekáním a dítě **ihned** odesíláme na specializované foniatrické pracoviště.

Do zhruba deseti měsíců věku prochází řeč předběžnými stadii vývoje, které jsou založeny na pudovém a reflexně napodobovacím základě. Dítě nepodmíněně pracuje se zvuky a experimentuje s mluvidly - zavíráním, otevíráním, špulením úst apod. se současným vydáváním hlasu vznikají různé hlasové produkce. Pozitivní reakcí okolí - jásání, úsměvy, pohazení - je určitá produkce posilo-

vána. Toto tzv. broukání bez označování konkrétních věcí se objevuje pudově i u těžce sluchově postižených, ale nemění se. Slyšící dítě reaguje na kladnou reakci okolí tzn. že postupně se stále více v broukání objevují jakoby hlásky mateřské řeči.

Kolem 8. měsíce přichází stadium podmíněné reakce na zvuk - nástup první signální soustavy. Dítě přiřazuje určitý zvuk určitému jevu nebo předmětu. Říkáme, že nastupuje stadium rozumění řeči a prvních pokusů označit něco zvukem. Toto období nazýváme období žvatlání. Dítě rozumí jednoduchým sdělením a objevují se první slova typu HAF, PAPA, MIMI, ŇAM. Slova se mohou objevit i později, ale je nutné mít jistotu o dobrém **sluchu a rozumění** řeči.

Kolem 12 měsíců věku musí být rozumění na úrovni plnění jednoduchých pokynů: udělej paci, paci, ukaž, jak jsi veliký, kde je HOP, ČIČI, máma, udělej papa aj.

Po 12 měsících má dítě začínat samo **napodobovat** krátká jednoduchá slova typu BÁBA, MÁMA, HAČÁ, JEDE. Kolem 18. měsíce by se mělo objevit spojení dvou slov, jakési první věty: Máma papa., Táta hačí., aj.

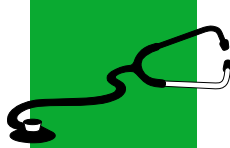
Pokud dítě neužívá slova, kontrolujeme rozumění a slyšení popsány prostředky. Vzhledem k výrazným individuálním rozdílům ve vývoji řeči se můžeme setkat s dětmi ve věku 2 let, které již recitují dětské básničky, ale i s dětmi, které v tomto věku napodobí sotva nejjednodušší zvuk. Jestliže jsme odborným vyšetřením vyloučili postižení sluchu a víme, že dítě rozumí základním pojům a má dostatek mluvních podnětů, uklidníme rodiče a doporučíme, aby na dítě dostatečně a správně mluvili (nikdy nešišlali), hodně mu zpívali a posilovali schopnost rozumění.

Ve 2 letech věku zdravě se vyvíjející dítě má začít ptát vývojově podmíněnou otázkou CO JE

TO? Ve 3 letech se má objevit otázka PROČ? Jestliže však ve 3 letech řeč nedosáhne úrovně „prahu promluvení“ tzn. že dítě se aktivně nesnaží napodobovat slova, jeho slovní zásoba nepřesáhne asi 40 jednoduchých slov, nespojuje slova do jednoduchých vět, neprojde stadii otázek Co je to?, Proč?, pak je nutné dítě ihned odeslat na specializované logopedické a foniatrické pracoviště. Mýty typu „On se rozmluví, až vás to bude mrzet“ , „Chlapci začínají mluvit později“ apod. mohou v tomto věku jen oddálit včasnou diagnózu těžkého postižení vývoje řeči.

Věk mezi 2-4 roky nazýváme také obdobím „vývojových obtíží řeči“. Zdravě se vyvíjející dítě začíná používat slova jako zvuk s obsahem, nastupuje úroveň II. signální soustavy. Složitější úroveň myšlení klade větší nároky na řečové funkce. Proto se často objevují symptomy postižení fluence řeči - hovoříme o vývojové koktavosti. Úkolem pediatra je uklidnit rodiče v tom smyslu, že se často jedná o vývojové obtíže, které by měly za určitých podmínek do 2 měsíců spontánně odeznít. Atmosféra kolem dítěte však musí být klidná, dítě se nesmí opravovat při obtížích, nemá se od něj vyžadovat náročná řečová produkce - mají se celkově omezit nároky na podávaný výkon. Pokud však obtíže do 2 měsíců i při změně postoje rodiny spontánně neodezní, může docházet k rozvoji nikoliv vývojové, ale patologické formy balbuties. Pak je nutné dítě také odeslat na specializované logopedické pracoviště.

Ve věku kolem 4 let má být složka sémanticko - lexikální (slovní zásoba) dostatečně rozvinuta, dítě má disponovat 2000-2500 slovy. Významně se rozvíjí složka syntaktická, dítě užívá delší věty s výrazy ŽE, PROTOŽE, KTERÝ. Učí se pracovat se slovními tvary (morfologie), umí částečně časovat a skloňovat, bez problémů zarecituje krátkou dět-



skou básničku. Artikulační složka byla ve vývoji řeči dosud v pozadí a zatím stále stačilo registrovat její spontánní vývoj. Rodičům bylo třeba vysvětlit, že je třeba rozvíjet schopnost pojmenovat předměty a jevy (slovní zásoba), tvořit věty (povídáním pohádek, popisováním obrázků) a slyšet a napodobovat rytmus řeči (pomocí říkadel a básniček). Od 4. roku pak sledujeme i schopnost vyslovovat jednotlivé hlásky mluvené řeči. Pokud dítě mluví zcela nesrozumitelně nebo obtížně srozumitelně, odesíláme nejpozději ve 4,5 letech do logopedické ambulance.

Problémy s artikulací hlásek ĎŤŇ, CSZ, ČŠŽ je nutné začít řešit mezi 4,5 až 5 roky. Dítě s problémy s hláskou L (lambdacismus), R (rotacismus) Ř (rotacismus bohemicus) odesíláme kolem 5. roku. Výjimkou jsou různé komplikace popsané dále.

Je výhodné, aby před nástupem do základní školy nebo před zapsáním na výuku cizího jazyka byly problémy s vývojem řeči vyřešeny. Děti, které nastupují školní docházku s různými komunikačními obtížemi, mohou prospívat mnohem hůře, než odpovídá jejich skutečnému intelektu.

Ontogeneze komunikace a její patologie je mnohem složitější, než lze v jednom článku popsat. Některé nejnápadnější anatomické vlivy, které může pediatr vysledovat a včas řešit, se pokusíme stručně popsat.

Skrutá, často nepoznaná, vada je submukózní rozštěp. Při něm se řeč sice vyvíjí, ale je téměř nesrozumitelná a zní často jako řada izolovaných samohlásek, mluva je nápadně huhňavá.

Nepřímý vliv má i nepoznaná hypertrofie adenoidní vegetace.

Často diskutovanou otázkou je vliv podjazykové uzdičky (frenulum linguae). Je třeba vždy dobře zvážit dosah omezení pohyblivosti jazykových svalů na vývoj řeči, polykání a dýchání. Totálně přirostlý jazyk, kdy špička jazyka je pevně fixovaná za dolními řezáky, vyžaduje z hlediska řeči okamžitý zásah během prvních měsíců života dítěte. Především se tím patologickému vývoji motoriky jazyka, vzniku patologické klidové polohy jazyka s následným patologickým dýcháním a problémům ve vývoji dentice.

Stav, kdy je jazyk delší a uzdička umožňuje pohyb špičky jazyka, ale přesto je pohyb jazyka omezen, vyžaduje odborné logopedické posouzení. Jestliže je ohrožen správný vývoj motoriky jazyka, je třeba doporučit discizi. Představa o protažení uzdičky cvičením je pravdivá jen za určitých podmínek, které je nutně posoudit komplexně ve vztahu k proporcím v orální dutině, k motorickým schopnostem apod.

Na vývoj řeči mají vliv i problémy s ortookluzí (správným skusem).

Pro pediatra je důležité znát, že každá patologie skusu ohrožuje správnou klidovou polohu jazyka. Nesprávná klidová poloha jazyka ohrožuje skeletální vývoj obličejové části, polykání, dýchání a vývoj artikulace.

Při pochybnostech ve výše uvedených jevech je nutné se co nejdříve obrátit na specialisty - klinické logopedy a foniatry.

Terapii lze zahájit ve velmi raném věku. Včasný, vhodný a efektivní terapeutický zásah klade velké nároky na připravenost a erudovanost specialistů. V poslední době se vedle systémově vedených a kontrolovaných pracovišť specializovaných logopedů, objevují i tzv. pracoviště (většinou nabízející péči označovanou jako náprava řeči nebo výslovnosti, označující se jako poradny ve speciální pedagogice) bez dostatečné odborné erudice. Pro pediatry je důležité vědět, že dnes existují tři typy různě hodnotného logopedického vzdělání s různými kompetencemi. Známé jsou dožívající logopedické asistentky, působící především v mateřských školách. Jsou to absolventky čtrnáctidenního kurzu podle směrnic ministerstva školství. Jejich kurz je neopravňuje k samostatné diagnostice ani k samostatné terapeutické práci. Ze zákona musí pracovat pod odborným vedením vysokoškolsky vzdělaného logopeda se státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Vedle nich působí vysokoškolsky vzdělaní logopedi. Vysokoškolsky vzdělaní logopedi ve školství pracují většinou jako pedagogové a logopedii vykonávají jako vedlejší

činnost. Ve školství neprochází povinnou specializací ani žádným dalším postgraduálním studiem. Míra jejich logopedické zkušenosti je adekvátní míře jejich zaměření. Logopedie ve zdravotnictví je specializovaný obor. Logopedi ve zdravotnictví /kliničtí logopedi/ procházejí náročným specializačním studiem, které je završeno atestací. Míra jejich odbornosti je garantována a kontrolována odbornou společností. V specializovaných logopedických ambulancích se plně věnují logopedické terapii. V praxi však kompetence jednotlivých pracovišť nejsou zřetelně odlišeny.

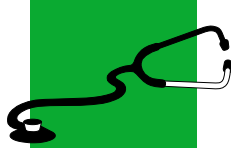
Věříme, že pediatři v terénu mají dostatek informací o jednotlivých pracovištích, aby dokázali překlenout tento problematický fakt terénní praxe. ■

Literatura

- 1) Antušeková, A.-Matuška, O.: *Rozvíjanie reči*. SPN Bratislava 1992.
- 2) Kittel, A.: *Myofunkční terapie*. Avicenum, Grada 1999.
- 3) Lechta, V.: *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Osveta Martin 1999.
- 4) Sovák, M.: *Uvedení do logopedie*. SPN Praha 1981.

tab. č. 1

Shrnutí	
Věk	symptomy indikace logopedického vyšetření
0-3 měs.	Dítě nereaguje na silné zvukové podněty dítě neumí nebo velmi obtížně přijímá potravu
4-18 měs.	Dítě nereaguje na zvukové podněty dítě nenapodobuje zvuky mluvené řeči typu MAMA, PAPA
12 měs.	Dítě nerozumí pokynům typu DEJ, UDĚLEJ PACI 18 měs. Dítě nerozumí jednoduchým pokynům dítě nenapodobuje věty typu MÁMA PAPÁ, TÁTA HAČÁ
24 měs.	Dítě neužívá otázku CO JE TO nenapodobuje mluvenou řeč
36 měs.	Dítě neužívá otázku PROČ slovní zásoba nepřesáhla 40 jednoduchých slov neužívá jednoduché věty
3,5-4 roky	Mluva je zcela nesrozumitelná, sotva postřehneme několik správně tvořených hlásek dítě často chybuje v časování, skloňování slov
4,5 roku	Artikulace jednotlivých hlásek je postižená - dítě nesprávně tvoří např. KGHChTDNĎŤŇCSZČŠŽ
5 let ihned	Přetrvává nesprávné tvoření hlásek LRŘ dítě koktá (balbuties) má vrozenou rozštěpovou vadu (palatolálie) huhňá (rhinofonie) má podjazykovou uzdičku (frenulum l. brevis) má postižení CNS je zatíženo rizikovými faktory v OA a RA



Problémový uživatel drog v ambulanci pediatra

MUDr. David Bayer

Psychiatrické oddělení, Poradna pro návykové nemoci, Nemocnice Pardubice

Užívání psychotropních látek – legálních (alkohol, nikotin) i nelegálních (především marihuana) - mezi adolescenty je běžnou normou chování. Pokud však vznikne na danou látku závislost, pak se již jedná o chronické recidivující onemocnění centrálního nervového systému. I.v. aplikace psychoaktivních látek je navíc doprovázena značným rizikem vzniku sekundární (především somatické) komorbidity.

■ Úvod

Užívání či zneužívání psychotropních látek je zcela nedílnou součástí lidské kultury již od nepaměti a je nesmyslné se domnívat, že drogová scéna se u nás objevila počátkem 90. let. Látky mající vliv na duši a psychiku člověka naši předci znali



určitě několik tisíc let před Kristem, spíše však ještě déle. Minimálně 95% všech kultur (jak prokázaly antropologické studie), které zde doposud byly, měly své „posvátné rostliny“. Kanabis v Evropě, Asii, Africe a Karibiku, opiáty v Evropě a Asii, halucinogeny na celém světě vždy byly a doposud jsou nedílnou součástí (téměř) každého lidského společenství. Jisté je, že se však značně změnil postoj společnosti, zjednodušeně řečeno – téměř úplně se v euroamerické společnosti vytratil ritualizovaný způsob užívání.

Již otázka, co je to vlastně droga, je poměrně složitá a do jisté míry polemická. Jinak pojímá termín farmakolog, jinak psychiatr, jinak sociální pracovník a jinak např. žena v domácnosti. Podle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1969 se jedná o „*jakoukoli substanci, která, je-li vpravena do organismu, může pozměnit jednu či více jeho funkcí*“. Toto vydefinování je dosti vágní a nepřesné.

Asi nejlepší řešení je považovat v tomto případě (podle Presla) za drogu tu látku, která má buď psychotropní efekt (mění naši psychiku), anebo

má schopnost u člověka vyvolat závislost. Může se zdát divné, že tyto dvě kategorie (působení na psychiku a potenciál k závislosti) jsou odděleny, ale ne každá látka, která mění naše myšlení, vnímání, naladění, náladu atd., musí být zákonitě návyková.

Dnes dostal pojem „droga“ výrazně pejorativní náboj a v podstatě označuje látky, které vyvolávají asociace trestné činnosti. Je však podstatné si uvědomit, že v duchu výše uvedeného jsou drogy i zcela legální a naneštěstí i zcela běžně užívané v hojné míře (daleko více než látky nelegální).

Nejčastějšími užívanými látkami s psychotropním účinkem je v Čechách, ale i v celé euroamerické populaci, nezpochybnitelně alkohol a nikotin. Při tom negativní sociální, ekonomické, zdravotní, kriminální a další důsledky pití a kouření výrazně převyšují všechny ostatní psychotropní látky (drogy, chcete-li). V současné době se právě kouření a pití alkoholu u mládeže považuje za predisponující faktor ke vzniku závislosti na nelegálních psychotropních látkách.

■ Epidemiologický souhrn

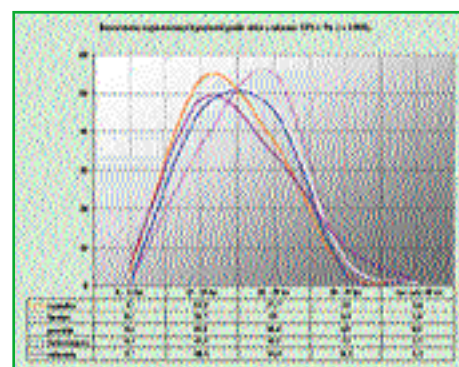
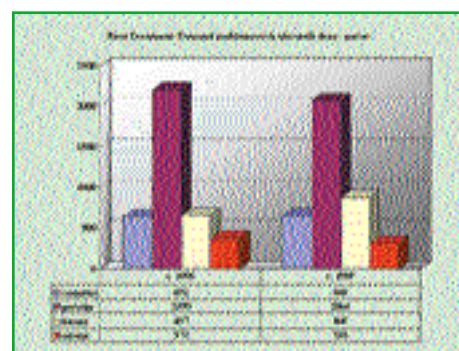
V České republice je velmi pravděpodobně nejčastěji zneužívanou ilegální drogou marihuana. Dotazníkové šetření Csémyho a Sovinové z roku 1996 („Užívání nealkoholových návykových látek v Praze a ČR“) m.j. zjišťuje, že „...marihuana a hašiš jsou látky, které alespoň jednou v životě zkoušelo 14–15 lidí ze sta...“ (pro porovnání další omamné psychotropní látky v dané studii vycházejí mezi 1 a 2%). Toto uvedení autoři (spolu se Sadílkem) upřesnili v publikaci „Zdraví a škodlivé návyky“ na 14,2% obyvatel majících celoživotní zkušenost s marihuanou či hašišem.

First treatment demand za rok 1999 (počet) utvořený Hygienickou stanicí hl. města Prahy v rámci celostátního drogového informačního systému řadí drogy následovně – stimulantia, opioidy a kanabinoidy. Tyto informace byly sestaveny z hlášení 259 léčebně kontaktních míst v ČR.

Blíží realitě je pravděpodobně sdělení Csémyho a kolektivu. Vzhledem ke všeobecné toleranci

vůči marihuaně, dále taktéž vzhledem k relativní bezpečnosti užívání kanabisových derivátů (oproti dalším látkám) je pravděpodobné, že typický kuřák marihuany nemá důvod navštívit léčebně kontaktní centrum.

Aplikace psychotropních látek je v ČR dle zjištění Hampla především záležitostí mladých lidí do 30 let. Ani meziroční vyjádření (roky 1996, 1997 a 1998) nezaznamenala posun věkové hranice, pouze se potvrdil nárůst uživatelů. Ve věkové skupině 15–19 let, která ještě spadá do kompetence pediatrů, dosahují peaku uživatelé kanabisu a rozpouštědel, u dalších zjišťovaných skupin drog je vrchol období mezi 20 a 29 rokem života. Toto

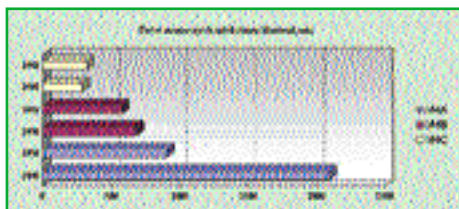


však neznamená, že by se dětský lékař nemohl setkat se značně závislým na pervitinu či heroínu.

Byť je marihuana u nás dle stávajících údajů nejrozšířenější nelegální drogou, ve srovnání Česká republika nedosahuje prevalence USA. Celoživotní prevalence ve Spojených státech byla v roce



1991 33,2% (v roce 1996 ale již pouze 23,1%), což v přepočtu značí, že v roce 1991 kouřilo marihuanu či hašiš minimálně 67,4 milionů lidí (třetina populace).



■ Experiment versus závislost

Ne každý uživatel drog je na nich závislý. Je nutné rozlišovat, zda se jedná o jednorázový experiment, vícečetný experiment, abusus (škodlivé užívání) či závislost. Nesprávně postavená diagnóza závislosti na psychotropní látce může, resp. vždy klienta stigmatizuje a v konečném důsledku může přinést množství negativních, především sociálních, důsledků.

Závislost na psychoaktivní látce dle ICD-10: během jednoho měsíce či opakovaně v kratších obdobích po dobu jednoho roku se společně vyskytují tři či více následujících znaků:

- 1) craving - touha či pocit nutkání získat látku;
- 2) ztráta či snižování kontroly nad užíváním dané látky - začátek nebo délka užívání nebo velikost dávky nebo neúspěšné pokusy regulovat užívání dané látky;
- 3) odvykací stav charakteristický pro danou látku při redukci či vysazení látky;
- 4) nárůst tolerance;
- 5) zaujetí danou látkou - redukce ostatních zájmů v důsledku užívání látky nebo pokud většina času je strávena činnostmi vedoucí k obstarání, užívání nebo zotavování se z účinků látky;
- 6) trvalé užívání látky i přes jasný důkaz škodlivých následků.

Závislost na psychoaktivní DSM-IV: maladaptivní vzorec užívání psychoaktivní látky, který vede k nepohodě projevující se kterýmikoliv třemi či více z následujících znaků:

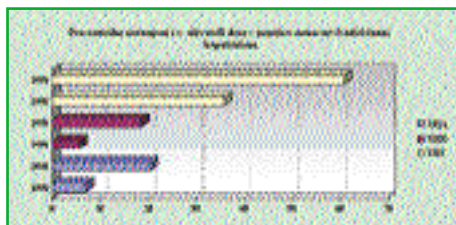
- 1) tolerance: znatelné zvyšování množství látky za účelem dosažení žádoucího účinku nebo znatelně snížený účinek při trvalém užívání stejného množství látky.
- 2) odvykací stav: charakteristický pro danou látku nebo za účelem snížení odvykacích příznaků či vyhnout se odvykacím příznakům je užívána stejná či blíže příbuzná látka.
- 3) látka je často užívána ve větším množství nebo déle než je původně zamýšleno.
- 4) přání či neúspěšná snaha přerušit nebo kontrolovat užívání látky.

5) trávení množství času k získávání, užívání či zotavování se z následků užívání.

6) redukce dalších činností (sociální, pracovní, rekreační).

7) užívání látky pokračuje navzdory problémům (tělesným či psychickým), které jsou pravděpodobně způsobeny či exacerbovány užíváním látky.

Ve fenoménu závislosti na psychoaktivní látce lze vydělit dvě podskupiny. Někteří autoři oddělují závislost psychickou a fyzickou. Psychická závislost by se dala definovat jako touha (bažení, craving, ve slangu „chutě“) po droze. Odvykací stav (abstinenční syndrom) je znakem fyzické složky závislosti. Odvykací stav sám o sobě má mnohdy dramatický klinický obraz (především opioidy), ale kromě dvou typů látek klienta neohrožuje na životě. Abstinenční syndrom může být životu nebezpečný u závislosti na alkoholu či sedativních lécích [benzodiazepiny - nejčastěji zneužívané je flunitrazepam (Rohypnol tbl.) a diazepam (Diazepam tbl. à 5, 10 mg)], méně častá je závislost na



barbiturátech).

■ Možnost ovlivnění pediatrem

Závislost na psychoaktivní látce je multifaktoriální onemocnění, standardně je používán název bio-psycho-sociální model. „Bio“ je medicínský pohled - vlastní droga s výraznými farmakologickými vlastnostmi, dále i event. genetická determinanta onemocnění (např. u závislosti na alkoholu dnes jednoznačná) vedoucí k abnormálnímu receptorovému komplexu. „Psycho“ je především osobnost jedince užívající drogu (např. impulzivní rysy či kreativní lidé hledající něco nového). „Sociální“ je v tomto pohledu jednoznačné - rodina, parta, škola, ale např. až i faktor zeměpisné šířky a s tím souvisejícího podnebí.

Pediatr má výhodu, že klienta užívajícího drogy (a tento nemusí být závislý) zná často od narození a má jakousi autoritu. Z tohoto důvodu i prostá rada neuzívat návykové látky může mít velký význam. Důležitá pro klienta je pozitivní zpětná vazba, tzn. ocenění a povzbuzení, vhodné jsou častější návštěvy v ordinaci dětského lékaře. Je vhodné, aby lékař doporučoval vždy striktní abstinenci od všech návykových látek.

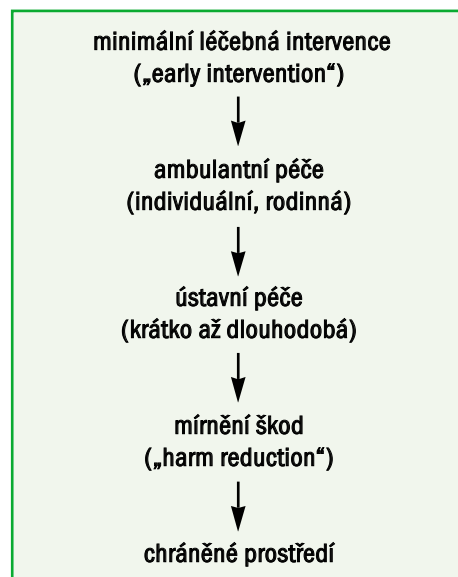
Podstatné je celkové somatické vyšetření včetně laboratorního. Nutností se dnes jeví sérolo-

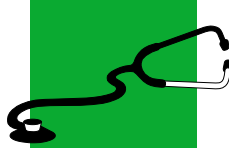
gické vyšetření na hepatitidy typu A, B a C. Celkový počet infekčních žlutetek (mimo typu C) sice v populaci klesá, zato v ní dramaticky roste procentuální zastoupení i.v. uživatelů drog. Častá je kombinace typu B a C, což může vyústit v jaterní cirhózu.

Ne nepodstatnou je znalost sítě služeb v oblasti návykových látek, a to jak z definice vyplývá (fenomén závislosti je biopsychosociální): specializovaná poradna (dřívější struktura OAT dnes však v podstatě neexistuje) - psychiatr či psycholog, popřípadě lůžkové zařízení (léčebna či terapeutická komunita), denní stacionář (zatím ve většině míst zcela nedostupný), dále spolek či organizace zabývající se např. volnočasovými aktivitami a v neposledním kroku i organizace či zařízení zabývající se mírnějším škod u pravidelných uživatelů drog (poskytující harm reduction - nejčastěji výměnné programy). Na pediatra se může obrátit nejen jeho pacient, ale spíše i rodiče pacienta, kteří žádají pomoc či alespoň radu. Základní informaci o službách v daném regionu je schopen poskytnout protidrogový koordinátor příslušného okresního úřadu, nejlepší ovšem je vidět zařízení i personál přímo. Osobní kontakt také umožňuje daleko lepší potencionální následnou spolupráci.

Léčba návykového onemocnění, aby měla úspěch, musí být komplexní. Jak ukazuje následující schéma, je v ní nezastupitelné místo pediatra, a to především na prvním kroku (minimální léčebná intervence). Další krok (psychoterapeutická ambulantní péče) je již značně časově náročná, vyžaduje navíc i určitou specializaci a zkušenost. Další terapie je v kompetenci specializovaných pracovišť a zařízení.

Pediatr by měl rodičům dítěte či dospívajícího vysvětlit, že vlastní terapie je záležitost dosti dlouhodobá (trvajících měsíce a někdy i roky), nezbytné je upozornění o nutnosti zapojení rodiny do strukturované péče.



**Varovné známky užívání návykových látek**

V první řadě nelze přistupovat k pacientovi a priori s tím, že užívá drogy. Tento přístup by mohl vést k úplné ztrátě důvěry, resp. zničení i minimálního terapeutického vztahu. Časné příznaky se liší dle charakteru užívané látky.

- změny chování – např. náladovost, podrážděnost, nepřiměřené reakce, potíže se spánkem (hyper i hyposomie) či jidlem (hypo i hyperhoxie), zhoršení soustředění a paměti.

- změny vzhledu – např. zanedbávání péče o zevnější, popřípadě váhový úbytek.

- změna přátel či okruhu společnosti, ve které se pacient doposud nacházel, často nevrstevníci, ale starší.

- změna prospěchu a chování ve škole, resp. zhoršení.

- opuštění dosavadních zálib a koníčků, bezcílnost.

- ztotožnění se s drogovou subkulturou.

- nález drogy či pomůcky k jejímu užívání (jehly a injekční stříkačky – nejčastěji inzulinové jehly, dýmky či cigaretové papírky, léky či prázdné obaly a blistry od léků).

Jasný průkaz užívání návykové látky typicky neexistuje. Vhodným doplňkovým vyšetřením je toxikologický rozbor moče: standardně kanabinoidy (THC),

opioidy (heroin), amfetaminy (methamfetamin – pervitin, extáze), rozpouštědla (kyselina hippurová), alkohol, některé lékové skupiny – především nejčastěji zneužívané benzodiazepiny (diazepam, flunitrazepam), specializovanější laboratoře jsou schopny detekovat LSD (tripy). Pozitivní toxikologický nález (ne pouze šedá zóna či stopa) je neoddiskutovatelný.

Závěr

Nelegální drogy působí svým uživatelům množstvím mnohdy nevratného zdravotního, psychického či sociálního poškození. Některé z nich lze označit za drogy s akceptovatelným rizikem, jiné rozhodně již ne. Toto označení je používáno v Nizozemí, v České republice se vžil termín měkké (lehké) a tvrdé (těžké) drogy. Je ovšem nutné si uvědomit, že největší nebezpečí však zcela nepochybně přináší alkohol a nikotin.

Užívání pojmu „droga“ v tomto článku nemá mít pejorativní příděch. Autor ho používá z nedostatku vhodnějšího pojmenování. Autor na přání vydavatele záměrně opomněl výzkumnou a teoretickou oblast, snažil se postihnout praktickou část.

Literatura:

- 1) Doležal J. X.: *Jak se berou drogy. Trilabit 1998.*
- 2) Grispoon L., Bakalar J. B.: *Marihuana zakázaná medicína. C A D Press 1996.*
- 3) Hampl K.: *Vliv věku na užívání návykových látek. Alkoholizmus a Drogové Závislosti (Protialkoholický Obzor) 35, 2000, 1, s. 33–40.*
- 4) Hubík J., Dušek J., Řezáčová A., Štarhová H.: *Obecná farmakognosie. Státní pedagogické nakladatelství 1986.*
- 5) *Charakteristika drogové scény v ČR za rok 1999. KHS Hradec Králové 20*
- 6) Kaplan H. I., Sadock B. J., Grebb J. A.: *Synopsis Of Psychiatry – Seventh Edition. Williams and Williams 1994.*
- 7) Katzung B. G.: *Základní a klinická farmakologie. Nakladatelství H a H 1994.*
- 8) Mann J.: *Jedy, drogy, léky. Academia 1996.*
- 9) *Marihuana Update. National Institute of Drug Abuse 1997.*
- 10) Menhiratta S. S., Wig N. N., Verma S. K.: *Some psychological correlates of long-term heavy cannabis users. The British Journal of Psychiatry, 132, 1978, 5, s. 482–486.*
- 11) Nešpor K., Csémy L.: *Léčba a prevence závislostí. Psychiatrické centrum Praha 1996.*
- 12) Nožina M.: *Svět drog v Čechách. Koniasch Latin Press 1997.*
- 13) Poole R., Brabbins C.: *Drug Induced Psychosis. The British Journal of Psychiatry, 168, 2000, 2, s. 135–138 (in: Alkoholizmus a Drogové Závislosti (Protialkoholický obzor, 35, 2000, 2, s. 82).*
- 14) Smolík P.: *Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf Jesenius 1996.*
- 15) Sovinová H., Csémy L., Sadílek P.: *Zdraví a škodlivé návyky. Státní zdravotní ústav 1999.*
- 16) Szasz T.: *Drogy: Historie jedné hysterie. Votobia 1997.*

Ohlas na článek z VOX PEDIATRIAE 2/2001

Článek doc. MUDr. Jaromíra Bystroně, CSc. „Má léčit alergie pediatr nebo specialista?“ ve VOXu č. 2 byl určitě pro nás, praktické dětské lékaře, zejména ve svém závěru, hozenou rukavicí. Je přeci jen znát, že je pan docent již od praktické medicíny trochu vzdálen.

Poslední dobou se stalo módou chodit k alergologovi. Pacient, či jeho rodiče, si často sami zajistí odborné vyšetření na alergologii a od nás pak zpětně vyžadují napsání doporučení. Ve větších městech, kde je více odborníků, je to běžná praxe, trošku jednodušší je to tam, kde jsou specialisté málo dostupní, tady většinou spoléhají na svého praktika.

Pokud je pacient námi léčen jen „novými“ antihistaminiky celkově (bohužel, u většiny lokálních antihistaminik a protizánětlivých léků jsou stále ještě preskripční omezení odborností ORL, ALG, TRN) a symptomaticky, u lokální léčby máme možnost nabídnout jen chudou paletu léků, nedomnívá se, že je řádně léčen, neboť chce znát přesně „svou“ alergii, kterou mu stanoví specialista, co na

tom, že dostane podobnou medikaci.

Anamnéza a základní laboratorní vyšetření patří k naší denní rutině, to snad je důležité vštěpovat jen medikům. Domnívám se, že pokud by si specialisté nedrželi své pacienty zbytečně, stanovili diagnózu a k další péči pak předali pacienta zase praktikovi s podrobnou zprávou, měli by volnější ordinace, ale to zase by šlo proti jejich ekonomickému zájmu. Existují sice takoví kolegové, kteří nesbírají zbytečné body, ale je jich jako šafránu. Pokud pacient chce předepsat léky a chodí na pravidelné kontroly ke specialistovi, ten je povinen takového pacienta vybavit patřičnými léky do další návštěvy. Praktický lékař je pak často stavěn do pozice administrátora, který má předepsat něco, o čem ani neví, že jeho pacient dlouhodobě užívá, protože specialista opomněl praktika o tom informovat.

Stále větší problém – předávání zpráv z vyšetření, komunikace mezi praktiky a specialisty. Komunikace by měla být vzájemná, oběma směry. I specialista by se měl zpětně informovat u praktika, jak jejich společný pa-

cient prospívá, kolikrát byl za určité období nemocen, jak reaguje na léčbu apod. Sami ze své zkušenosti víme, že máme krátkou paměť a pokud máme někomu poskytnout komplexní hodnocení svých ratolestí, jako rodiče, listujeme raději v jejich zdravotní dokumentaci. Není tedy dobré spoléhat na informace od rodičů. Často se mi stává, při čtení došlých zpráv, že odebrané anamnézy vůbec nekorelují s mou zdravotní dokumentací.

Základním problémem jsou tedy zbytečná preskripční omezování iniciovaná odbornými společnostmi a vážnoucí komunikace mezi praktiky a specialisty, ať ambulantními či klinickými, a to oběma směry, a ne zbytečná distribuce pacienta k odborníkům. Až se toto podaří vyřešit, budou na tom profitovat všichni, lékaři i pacienti.

MUDr. Jana Matasová
Dukelská 351, 289 23 Milovice
tel.: 0325/577 274
e-mail: matasova@mybox.cz



Prevence alergie na bílkoviny kravského mléka u novorozenců a kojenců s vysokým rizikem jejího rozvoje

Doc. Ing. Miroslav Dědek, DrSc.

Podstatou prevence rozvoje alergie na bílkovinu kravského mléka u novorozenců a kojenců, kteří nemohou být kojeni, je aplikace hypoalergenních přípravků pro náhradní počáteční a pokračovací mléčnou výživu s hydrolyzovanou bílkovinou, které snižují alergizující potravinovou zátěž.

Aplikace hypoalergenní výživy u kojenců s vysokým rizikem rozvoje alergie na bílkoviny kravského mléka podporuje preventivní účinky rozvoje alergických onemocnění, jak dokládají výsledky klinických studií.

Moderní pediatrie doporučuje proto podávat hypoalergenní mléčné přípravky nejen v případě rodinné potravinové alergie, ale i v případech jiných alergických onemocnění rodičů i sourozenců.

Je všeobecně známo, že k nejvýraznějším alergenům náhradní mléčné kojenecké výživy náleží bílkoviny kravského mléka. Mléčné bílkoviny jsou aglomeráty řady bílkovinných frakcí, a to jak frakcí kaseinových tak i frakcí bílkovin mléčného séra. Kasein reprezentují především nejvíce zastoupené frakce, nazývané jako alfa, beta, gama a kapakasein, stejně jako bílkovinu mléčného séra reprezentují především betalaktoglobulin, alfa-laktalbumin, sérový bovinní albumin, imunoglobuliny a další frakce. Podíl veškerých bílkovin z celkové sušiny mléka činí pouze cca 3,2%, přičemž rozhodující podíl mají kaseiny. Nejvyšší alergenicitu vykazují frakce betalaktoglobulinu a laktalbuminu. Jejich množství v kravském mléce činí pouze cca 3,9 g na 1 litr mléka.

Podstatou přípravy hypoalergenních mléčných přípravků je proto snižování alergenicity všech frakcí mléčné bílkoviny. Ta spočívá v jejich štěpení na nižší bílkovinné štěpy, polypeptidy a peptidy o nižší molekulové hmotnosti. Technologickým postupem pro toto štěpení je enzymová a tepelná hydrolyza, vedená za přísně stanovených podmínek.

Proto je hypoalergenicita prokazována neexistencí reziduí betalaktoglobulinu a alfa-

laktalbuminu. Na tomto průkazu je založena kontrola hloubky enzymové a tepelné hydrolyzy a požadovaného stupně hypoalergenicity.

Nutriční vhodnost hydrolyzovaných bílkovin byla opakovaně prokázána v modelových pokusech na zvířatech, ale především klinickými zkouškami, jejichž výsledky plně opravňují používání hypoalergenních přípravků jako vhodné alternativní výživy pro rizikové kojence, kteří nemohou být kojeni.

Uskutečňování prevence výživou předpokládá i optimální nutriční příjem. Zejména při podávání pokračovací hypoalergenní výživy je třeba, aby v kombinaci s vhodnými příkrmy byl zabezpečen optimální přívod všech nutrientů, odpovídající výživovým nárokům pro toto období.

Na základě těchto poznatků nabízí společnost H.J.Heinz CR/SR a.s. kompletní řadu hypoalergenní mléčné výživy s hydrolyzovanou bílkovinou, počáteční i pokračovací – SUNAR HA 1 a SUNAR HA 2. Přípravky jsou určeny k prevenci, nikoli k terapii.

Předností této řady přípravků je skutečnost, že tato výživa je k dispozici ve variantách počáteční a pokračovací výživy, což umožňuje lépe optimalizovat složení živin pro obě věkové skupiny.

SUNAR HA 2 je dále vhodný jako přípravek do cereálních nemléčných kaší, což přispívá k zajišťování přívodu vápníku z mléka.

Klinické zkoušky potvrdily, že kojenci oba přípravky bez problémů přijímali a dobře po nich prospívali. Na těchto příznivých výsledcích se podílí i přijatelné sensorické vlastnosti, typické pro bílkovinné hydrolyzáty, dosahované technologickými parametry a podmínkami výroby.

Je všeobecně známo, že nejlepší prevencí rozvoje alergických onemocnění je kojení. Pokud ze závažných důvodů dítě s rizikem alergického onemocnění nemůže být kojeno, jsou u těchto kojenců doporučovány hypoalergenní přípravky pro preventivní použití.

Z distribuce molekulových hmotností bílkovinných frakcí vyplývá, že zbytková alergenicita přípravků SUNAR HA 1 a SUNAR HA 2 je nízká. Dle docenta Nevorala (Trendy soudobé pediatrie, Galén 1999) je vhodné podávat hypoalergenní mléka pro preventivní použití výhradně v prvních 4–6 měsících života dětem, které nemohou být kojeny a mají vysoké riziko rozvoje alergického onemocnění.

Článek je placenou inzercí.

Heinz



Aktuality

Rath i Švejnar jsou zatím k nové straně zdrženliví

Ekonom Jan Švejnar i prezident České lékařské komory David Rath, kteří se v úterý zúčastnili neformální večeře s lidmi z přípravného výboru formující se politické strany, popírají, že by se při transformaci občanských iniciativ v jádro možné strany nějak výrazně angažovali. Podle informací Práva vznikne nový subjekt zřejmě v květnu a s největší pravděpodobností pod názvem Strana občanské společnosti (SOS). Zájem na jejím vzniku bývá nejčastěji spojován s bývalým místopředsedou Unie svobody Jiřím Lobkowiczem. „Pan Lobkowicz mě požádal o určitou spolupráci v otázkách zdravotnictví v rámci jeho Institutu pro evropskou politiku a ekonomiku. Mé úterní setkání se členy přípravného výboru nové strany nemá žádný politický podtext,“ řekl Právu David Rath. „Naše komora je připravena spolupracovat věcně a odborně s každým rozumně se chovajícím politickým subjektem. Takové schůzky běžně máme i s jinými stranami a politickými osobnostmi,“ uvedl Rath. Také americký ekonom českého původu Jan Švejnar, který je pokládán za sympatizanta myšlenky nové strany, odmítl, že by přijetím Lobkowiczova pozvání potvrzoval svou účast na přípravách. Svůj postoj označil pouze slovem: „Uvidíme.“ Podle Ratha nová strana „bude výhradně složena z odborníků.“ Šéf lékařské komory dodal, že „v době, kdy občané nejsou spokojeni se současnými stranami, nebo nevědí, koho volit, může je nová strana významně oslovit. Může se stát i nejsilnější.“ Na dotaz, zda neuvažuje stát se členem nebo funkcionářem, řekl: „V tuto chvíli a v nejbližších měsících rozhodně ne. Vzhledem k funkci, kterou zastávám, není možné, abych se nějak jasně politicky vyhranil.“ Rath také vyloučil, že by šlo o „zatahování lékařské komory do politického spektra.“

Praktičtí lékaři se obávají, že nový zákon způsobí přesuny pacientů

Ministerstvo zdravotnictví navrhuje po letech znovu zavést systém lékařských okrsků. Územní rozdělení péče o pacienty bylo jako přežitek socialismu zrušeno se zavedením svobodné volby lékaře. Ministr Bohumil Fišer si od obnovení územních rajonů pro praktické lékaře slibuje odstranění problému s „obtížnými“ pacienty – lidmi konfliktní povahy či špatného sociálního postavení. Ti mohli mít v současnosti potíže s hledáním praktického lékaře. Teď je bude muset podle nového zákona zaregistrovat praktik v obvodu, v němž mají trvalé bydliště. Soukromí praktičtí lékaři se ale obávají, že obnovení obvodů může způsobit lavinu přesunů pacientů mezi lékaři. „Především lékaři s dobrou pověstí získali za dobu svobodné registrace klientelu i z širokého okolí a mají plný stav. Pokud by se jim teď začali hromadně přihlašovat další pacienti z místa bydliště, zahltil je to,“ upozorňuje Jan Jelínek, místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR. Dosud měl lékař v případě, že přestal kapacitně stačit množství klientů, možnost registraci nového pacienta odmítnout. „Ošetřit je musel vždy, zařadit do kartotéky však už ne. Bránil se tak svému přetížení. Pokud teď zákon přikáže rajonizaci, bude to

krok zpátky,“ soudí Jelínek.

Jsou rajony v zájmu pacientů? Mluví ministerstva zdravotnictví Otakar Černý říká, že podobné opatření je v zájmu pacientů. „Pokud cítí praktičtí lékaři obavy, ministerstvo jejich názor vyslyší. My se ale domníváme, že by jim zákon žádné problémy přinést neměl,“ tvrdí Černý. Také předseda Lékařského odborového klubu Milan Kubek zastává názor, že zavedení odpovědnosti lékaře za přidělené území je v zájmu pacientů. „Současný systém, kdy obtížné pacienty, které nikdo nechce, zařazovali k jednotlivým lékařům příslušní zdravotní radové, naprosto nefunguje,“ tvrdí Kubek. Návrh podle jeho názoru neomezuje svobodu lékaře přijmout pacienta i mimo okrsek, pokud už není přetížen. „Lékař by měl být pacientovi co nejbližší. Někteří kolegové si ale z určité hamiznosti nabrali spoustu pacientů ze širokého okolí,“ podotýká Kubek. Připouští ale možnost, že nové opatření může vyvolat pohyb v klientele. „Možná se teď někteří lidé vrátí zpět k lékaři, který praktikuje v místě jejich bydliště,“ tuší Kubek. Jan Jelínek s argumenty ministerstva ani zástupce lékařů–zaměstnanců nesouhlasí. „Návrat rajonizace může narušit svobodu pacienta zvolit si lékaře. Pokud já budu mít plno a budu muset přijmout dejme tomu stovku lidí z mého okrsku, pak budu muset doporučit těm ze vzdálenějších míst, aby se přeregistrovali. Nebudu totiž stíhat všechny ošetřit. Na rozhodnutí ministerstva doplatí i pacienti, kteří se mnou byli do té doby spokojeni,“ oponuje Jelínek. Návrh zákona požaduje přijetí zodpovědnosti za svůj okrsek jako jednu z podmínek pro získání registrace. Bez ní ministerstvo nezařadí lékaře či zdravotnické zařízení do zdravotní sítě.

Porodnost poprvé za deset let stoupla Ve srovnání se státy EU se v Česku stále rodí nejméně dětí

Silné ročníky narozené v sedmdesátých letech můžou zvrátit nepříznivý trend: již více než deset let neustále klesající porodnost.

V Česku se v minulém roce narodilo o 1500 dětí více než předloň. Jde o první významné zvýšení porodnosti od počátku 70. let. Jenže to nestačí: počet zemřelých za rok stále převyšuje počet dětí, které přijdou na svět, a Česko je proto jednou z nejméně „plodných“ zemí v celé Evropě. V posledních pěti letech se narodilo méně dětí než za první světové války, kdy se narodilo nejméně dětí v moderní historii. „Je to populační deprese, jakou tato republika ještě nezažila,“ řekl Milan Aleš z oddělení demografických analýz Českého statistického úřadu. Loňský nárůst počtu dětí ještě nemusí znamenat změnu trendu. Odborníci ale tvrdí, že by to však mohl být signál k obratu. Do reprodukčního věku se totiž dostávají lidé narození v období demografického „boomu“ z poloviny sedmdesátých let. Současný mírný růst počtu novorozenců tedy podle odborníků nelze přičítat jenom lepšímu ekonomickému stavu, ale hlavně silným populačním ročníkům. Oproti Evropě ovšem na české páry připadá průměrně nižší počet dětí. Jedna žena v Česku přivede na svět průměrně 1,3 dítěte. Aby se však počet obyvatel držel na stále stejné úrovni, musel by jeden rodičovský pár vychovávat průměrně 2,1 dí-



těte. Na dlouhodobě nízkých počtech novorozenat se podle některých odborníků podepisují také špatné sociální podmínky. „Neutěšená ekonomická a sociální situace mladých párů je jistě jedním z důvodů. Pokud mladí nemůžou sehnat byt, nemohou chtít zakládat rodinu,“ podotýká statistik Milan Aleš. Ministr práce a sociálních věcí Vladimír Špidla chce problém řešit zvýšením porodného a přídavků na děti. Ekonomickou situaci mladých rodin má zlepšit také opatření, díky němuž si budou mladé matky moci přivydělávat do tří let věku dítěte aniž by přišly o dávky. Návrh navíc umožňuje, aby rodiny nepřicházely o část příspěvků, pokud posílají děti do jeslí nebo do školky. České republice konkurují v nízké porodnosti hlavně ostatní postkomunistické země. Méně dětí než u nás se v Evropě narodí pouze na území bývalé Německé demokratické republiky, spojení se západním Německem ji však o poslední místo připravilo. Pokles populační křivky v České republice se vztahuje především k pádu komunistického režimu. Ten zamíchal prioritami mladých lidí. Mnozí z nich dali přednost cestování, studiu a podnikání před zakládáním rodiny. „Za komunistů bylo všechno příliš brzy, protože nebyly jiné možnosti. Dnes je jich více, mladí je využívají a mají děti později,“ míní sociolog Jiří Večerník.

Mladí lidé odkládají založení rodiny

Dlouhodobě nejvyšší porodnost zaznamenala republika v polovině sedmdesátých let, kdy vzrostly přídávky na děti. Zároveň se otevřel systém intenzivních výhodných půjček pro mladé páry k nákupu tehdy dostupného spotřebního zboží. Těžko odhadovat, zda by taková opatření měla výraznější účinek také dnes. Podle sociologa Večerníka je trendem v celé Evropě mít děti později. A Češi nezůstávají pozadu. Zatímco se za komunismu stávaly dívky matkami již v jedenadvaceti letech, dnes se hranice prvního mateřství posunula průměrně na pětadvacátý rok. Různé předpovědi tvrdí, že počet Čechů může do roku 2030 poklesnout až o jeden milion. Neoptimističtější odhady oproti tomu doufají, že se počet obyvatel sníží o šedesát tisíc. Trend, kdy se narodí méně lidí, než kolik jich zemře, však nejspíš bude pokračovat. Takový vývoj mohou zmírnit pouze imigranti, ne ovšem zvrátit.

Populace stárne

S nízkou porodností stoupá průměrný věk Čechů. Zatímco v současnosti je v České republice průměrné stáří 37 let, za deset let to může být již 45 let. Stárnutí populace se týká celé Evropy, více dětí se narodí v tradičně katolických zemích, jako je třeba Polsko. I v takových oblastech je ale znatelný pokles, který je příznačný pro celou dnešní Evropu. „V katolickém Irsku byla vysoká porodnost. Nyní ale klesá, protože jde země ekonomicky nahoru,“ uvádí Aleš. V některých evropských zemích se již rozjela propagační kampaň. Články v novinách upozorňují na nízkou porodnost například Italy. Ti mohou také vídat propagační billboardy, které ukazují rodiny s minimálně dvěma potomky.

Vývoj porodnosti v ČR

1990	130 564
1992	121 705
1994	106 579
1996	90 446
1998	90 535
1999	90 471
2000	asi 91 000*

Sedmdesátá léta: Demografický „zázrak“. Porodnost stoupla po zvýšení přídavků na děti. Mladé páry začaly rovněž využívat intenzivně novomanželské půjčky.

Devadesátá léta: Nezájem o rodinu. Pád totality otevírá mladým nové možnosti – začínají cestovat, studovat v zahraničí, podnikat. Česko se podobá Západu a věk párů, které zakládají rodinu, se posouvá ke třicítce. V letech 1996 až 1999 se porodnost ustálila na rekordně nízké úrovni. Na nízkém počtu novorozenců se podepsala také stagnující ekonomika.

Rok 2000: Pokles se zastavuje. Počet narozených stoupá k 91 000. Oproti roku 1999 se narodilo asi o 1500 dětí víc, což je první výraznější nárůst od „demografického boomu“ v 70. letech. Důvodem může být jak ekonomické oživení, tak fakt, že se do „rodičovského věku“ dostávají silné ročníky ze začátku 70. let.

**) Přesné číslo není zatím známo*

Papírování u lékaře brzy skončí

Ráno k obvodnímu lékaři na krev. Později pro výsledky a pak s nimi ke specialistovi. A ještě léky, u kterých zapomenete, kolik jich užívat a kdy. Scénář známý každému, kdo měl víc než angínu, se může v budoucnu změnit díky virtuálním chorobopisům. Pacient bude mít údaje o svém zdraví na internetu a s jeho svolením do nich bude moci nahlížet každý lékař. Odpadnou papírové karty a také zbytečná vyšetření, kterými někdy pacient kvůli nepořádku ve své kartě musí projít.

„Přinese to zásadní zlepšení komunikace mezi pacientem a jeho lékaři,“ říká poslanec Milan Cabrnok, jeden ze spoluautorů projektu iZIP, který už od léta bude k dispozici prvním lékařům. Každý člověk bude mít možnost zaregistrovat se a na zvláštních internetových stránkách vytvořit svou zdravotní kartu. Do té pak s jeho souhlasem lékaři budou zapisovat údaje. Pacient rozhodne, kdo bude mít k jeho dokumentaci přístup: bez číselných kódů by se ke kartě neměl dostat nikdo. Přístupy ke kartám budou dvojí: zvlášť pro lékaře a zvlášť pro pacienty. To aby si lidé do svých chorobopisů nepsali, co chtějí.

„Tento systém má řadu výhod. Pro obyčejného člověka například tu, že informace, které mu dávají jednotliví lékaři, nezapomene ani nezkomolí a může je předat k využití dalším lékařům,“ říká Cabrnok.

„Kromě toho, když budou mít lékaři informace o poskytnuté léčbě, zamezí se zbytečnému opakování již provedených vyšetření či terapií.“ Autoři si od projektu slibují, že se jednak zkvalitní péče o pacienty, jednak se ušetří řádově miliardy korun.

Ty se dnes vyplývají za zbytečně poskytovanou péči.

Kdo ochrání citlivá data pacientů - projekt iZIP má ovšem řadu úskalí. Předně: jde o soukromou aktivitu a pacientovi se tudíž stát nezaručí za bezpečnost dat. Což je v zahraničí obvyklá praxe.

„Umím si představit, že vzniknou nějaké národní evidence, například pro pacienty s určitou chorobou. To je ve světě běžné. Podobné evidence jsou ovšem velmi důkladně zabezpečeny a nese za ně plnou zodpovědnost příslušné ministerstvo,“ říká předseda Úřadu pro ochranu osobních údajů Karel Neuwirth.

„Pokud by ale měly vzniknout celonárodní soubory chorobopisů, ve kterých jsou obzvláště citlivé osobní údaje, a celé to bude na komerční bázi, je to něco zcela jiného. Obávám se, že ochrana tako-



vých dat se nedá zabezpečit.“

Počítačovní hackeři se dnes totiž dokážou nabourat v podstatě kamkoli: v Čechách naposledy „vylepšili“ stránky Ministerstva vnitra i obrany, ve Spojených státech se jim dokonce podařilo proniknout do počítačového systému Pentagonu.

„V dnešní době bych se toho opravdu bála. Pokud nebude mít projekt zákonnou úpravu, která ošetří, jak dokumentaci vést a jak ji zabezpečit, do něčeho takového bych se nepouštěla,“ řekla Vladimíra Bošková ze Sdružení na ochranu pacientů. Zákonná úprava ovšem podle autorů není nutná.

„Žádnému současnému zákonu to neodporuje,“ říká Cabrnch.

Ten připouští, že otázka bezpečnosti dat je zásadní. „Nícméně: informace budou jistě zabezpečeny mnohem lépe, než je tomu u zdravotních karet v ordinacích lékařů a kartotékách poliklinik,“ míní Cabrnch.

Lékaři jsou pro, ale nemají internet - jenže zdravotní karty budou i do budoucna pro řadu lékařů nutností: k internetu má zatím připojení jen menšina zdravotníků. Nemáme proč si ho pořizovat, je to pro nás zbytečný výdaj, tvrdí.

„Internet používá ke své práci asi dvacet procent dětských praktických lékařů. Někteří navíc mají počítač doma, a nikoli v ordinaci, kde jej budou potřebovat,“ podotkl pediater a místopředseda Sdružení dětských praktických lékařů Milan Kudyn.

Sám Kudyn považuje projekt virtuálních karet za výborný nápad. „Všem lékařům by takový systém velice pomohl a zlepšil by jejich práci. Musím ale říct, že se trochu obávám, aby v našem zdravotnictví fungoval. Už nyní totiž mají praktičtí lékaři velké problémy získat z nemocnic a klinik běžné zprávy,“ říká Kudyn.

Tvůrci projektu hodlají iZIP spustit letos v létě. Pro zájemce funguje už dnes internetová stránka <http://www.izip.cz>, na níž je možné prohlédnout si, jak by takový přístup ke kartě o vlastním zdraví vypadal.

„Pro pacienty i doktory bude registrace zdarma. Jednáme se zdravotními pojišťovnami, které by se mohly na projektu finančně podílet. Především těm totiž ušetří výdaje,“ prohlásil Cabrnchův spolupracovník Pavel Horák.

Ošetření hradí pojišťovna

V případě zdravotních potíží hradí od 1. dubna občanům České republiky nutnou a neodkladnou péči při pobytu na Slovensku jejich zdravotní pojišťovna. Nadále si však budou muset hradit potřebné léky a zdravotní pomůcky v hotovosti. Vyplývá to ze smlouvy mezi oběma zeměmi o vzájemných úhradách péče.

Malé zdravotní pojišťovny se snaží získat klienty

Slevy v optice, proplácení homeopatik, příspěvek na přítomnost otce u porodu a odměny svým pracovníkům za každého získaného klienta – to jsou příklady postupů, jimiž menší zdravotní pojišťovny usilují o nové klienty a které jim má největší z nich, Všeobecná zdravotní pojišťovna, za zlé. Tvrdí totiž, že někdy je zároveň v očích lidí VZP očeňována. „Nezbývá než nesouhlasit s nekorektním postupem těch, kteří podávají klamné nebo nepravdivé informace a užívají metody, které nemají s regulérní činností pojišťoven nic společného,“

řekla mluvčí VZP Kateřina Zamastilová s tím, že pojišťovny mimo jiné používají na úhradu nadstandardních služeb peníze určené na péči ve veřejném zdravotním pojištění. Ostatní pojišťovny mají podle ní zájem především o zdravé a mladé lidi s vyššími příjmy. „Zaznamenali jsme i zvýšený zájem o některé státní pojištění, jako jsou studenti či matky na mateřské,“ řekla Zamastilová. Od července se totiž má pojištění, které za tyto lidi hradí stát, zvyšovat. Představitelé menších pojišťoven však kritiku odmítají. „Sledujeme, co klienti vyžadují, a snažíme se jim to nabídnout. Jestliže umíme sehnat něco navíc, pak je logické, že tak učiníme,“ řekl předseda Svažu zdravotních pojišťoven Vladimír Kothera, který zároveň řídí pojišťovnu Metal–Aliance. Té měla VZP za zlé, že mimo jiné nabízí klientům několikaprocentní slevu v optice. Kothera, stejně jako například mluvčí České národní zdravotní pojišťovny Miroslav Kaiser, odmítl obvinění, že pojišťovny používají peníze ze základního fondu pojištění na nadstandardy. „Zákony to neumožňují, používáme peníze z preventivního nebo z provozního fondu,“ řekl Kaiser. VZP kritizuje i fakt, že někdy doporučují změnu pojišťovny lidem lékaři v ordinaci. „Pojišťovny nás o to nežádají. Děláme to proto, že nám VZP, která je dlouhodobě v deficitu, nabízí horší podmínky a platí i později,“ uvedl pražský dětský lékař Milan Kudyn. Dohodu s lékaři popírají i zástupci malých pojišťoven.

Lidé se bojí nákazy a žádají tablety místo kapslí

Strach z nemoci šílených krav mají někteří pacienti, kteří užívají léky v podobě kapslí. Ty se totiž vyrábějí z želatiny, která se získává z orgánů vepřového nebo hovězího dobytka.

Léky v kapslích nechci. Nemáte obyčejné tablety? Takové dotazy poslouchají v posledních dnech někteří čeští lékárníci ze strany zákazníků, kteří si přicházejí pro své léky. Rostoucí zájem o klasické tablety není „návratem do starých časů“, způsobily jej obavy z nemoci šílených krav. Kapsle jsou totiž vyráběny z želatiny, kterou výrobci léčiv získávají z vybraných orgánů vepřového a hovězího dobytka. „Lidé přicházejí a říkají, že nechtějí chytit nemoc šílených krav, a k tomu ještě přidávají možnou nákazu slintavkou a kulhavkou. Mají strach, a tak raději nakupují pilulky,“ řekla jedna pražská lékárnice, která si nepřála být jmenována.

Odborníci: Obavy jsou neopodstatněné. „V případě, že by se tyto obavy rozšířily, mohlo by to ohrozit firmy vyrábějící tyto tobolky,“ dodala. Její obavy však považuje za zbytečné profesor Vysoké školy chemicko–technologické v Praze Jan Pokorný. „Výroba léků je tajemstvím každé firmy. Netroufnu si proto říci, jakým způsobem je ta či ona kapsle vyrobena. Na druhé straně bych ale pacienty uklidnil v tom, že želatina je zpracovávána tepelně a chemicky, a proto by zde výrazné nebezpečí hrozit nemělo,“ řekl chemik. Uživatele kapslí uklidňuje také vedoucí výroby měkkých želatinových tobolek Ladislav Gazdoš, který je zaměstnán v zahraniční firmě vyrábějící léčiva. „Skutečně kapsle vyrábíme z želatiny. Tu ale získáváme z vybraných částí kůže, které nejsou virulentní,“ řekl.

Firmy mají strach o zákazníka. Podnik, ve kterém pracuje, však přesto pomalu najíždí na dovoz suroviny ze zemí mimo Evropu. „Není to kvůli tomu, že bychom se obávali nákazy a nedůvěřovali technologiím, kterými je želatina zpracovávána. Tuto změnu provádíme kvůli tomu, abychom stoprocentně ujistili naše odběratele a zákazníky o nezávadnosti kapslí,“ vysvětlil Gazdoš. Surovinu na

MODERNÍ VÝZKUM V HOMEOPATII

Homeopatie je léčebnou metodou, založenou již 200 let na klinickém experimentu. Indikace jednotlivých homeopatických léků byly opakovaně kriticky ověřovány a upřesňovány.

V 80. letech 20. století se uskutečnila řada studií potvrzujících biologickou účinnost vysokých ředění léku HISTAMINUM a APIS MELLIFICA na degranulaci bazofilů. Jiná studie, založená na podání vysokého ředění léku SILICEA zvířatům, potvrdila stimulaci produkce makrofágů a zvýšení jejich pohotovosti během mikrobiální invaze.

Fyzikálně - chemický výzkum, zaměřený na objasnění mechanismu účinku vysokých ředění, probíhá zejména od 90. let. K atraktivním studiím posledního období se řadí práce zabývající se imunomodulačními efekty homeopatických preparátů PHYTOLACCA a HISTAMINUM.

Bylo prokázáno, že oba léky významně ovlivňují některé parametry cytokinové sekrece lidskými mononukleárními buňkami (TNF-alfa, IL-10, IL-12, IFN-gama).

Následující kazuistika hodnotící zlepšení svalové síly dětí se **SPINÁLNÍ SVALOVOU ATROFII** po kůře homeopatickým lékem GELSEMIUM SEMPERVIRENS naznačuje i možnosti objektivizovat účinky homeopatických přípravků.

U pacientů se spinální svalovou atrofií jsou místem postižení přední rohy míšni a jádra motorických nervů, kde dochází postupně k degeneraci alfa motoneuronů.

Při intoxikaci Jasmínem virginským (Gelsemium sem.) vznikají rovněž histologické léze předních rohů míšních.

Tato identická topika, stejně jako dříve pouzáný efekt léčby poliomyelitis anterior acuta pomocí homeopatika Gelsemium sempervirens (aut. Denis DEMARQUE), nás přivedla k ověření efektu daného léku na zvýšení svalové síly u zmíněného neurologického onemocnění.

Za měsíc po zahájení terapie, u 4 dětí, došlo ke zvýšení svalové síly o 28 - 77 %, za další měsíc až o 94 %.

Předpokládáme, že efekt homeopatického léku byl podmíněn potenciací kolaterální inervace na úrovni předních rohů míšních.

Spinální svalová atrofie je neuromuskulárním onemocněním s progresivním průběhem bez remisí.

Skutečnost, že v průběhu homeopatické léčby došlo ke zvýšení svalové síly a poměrně rychlé zhoršení po jejím vysazení, jednoznačně potvrzují klinický efekt zvoleného homeopatika.

Všechny kazuistiky, uváděné v homeopatické literatuře, nelze takto kvantitativně objektivizovat.

V dispozici jsou však velké soubory pacientů úspěšně léčených pro recidivující infekty dýchacích cest různými homeopatickými přípravky.

Výsledky výzkumných prací stejně jako výsledky klinických studií proto odůvodňují současné zařazení homeopatik mezi léčiva.

MUDr. Miroslav Černý
dětský neurolog

Boiron



výrobu tobolek lze také získat z rostlin. Tato možnost je ale podle Gajdoše stále ve vývoji. „Některé léky se dnes již bez želatinových kapslí aplikovat nedají. Proto byly vymyšleny takové výrobní postupy, aby vše bylo bezpečné. Želatina se zpracovává chemicky a tepelně a výsledný produkt nemá s orgány zvířat již takřka nic společného,“ upřesnil Gajdoš. Nedůvěra občanů v kapsle je proto podle něj zbytečná. Kapsli v lékárně by si bez větších obav koupila i tisková mluvčí Státního ústavu pro kontrolu léčiv v Praze Blanka Pospíšilová. „Výrobci mají definovány podmínky, za jakých musejí vyrábět pomocné látky k přípravě léků. Vše je pod přísným dohledem. Bezpečnost želatiny neustále prověřujeme,“ řekla. Někteří odborníci přesto připouštějí, že by vyvolaný strach z kapslí mohl způsobit problémy firmám, které je vyrábějí. „Kdyby lidé přestali tyto léky kupovat, přineslo by to nepříjemné následky. Myslím si ale, že přípravky jsou tak důkladně testovány, že veškeré obavy jsou nepodložené,“ sdělil pracovník české firmy vyrábějící léky, který si nepřál uvést své jméno. „Proto doufáme, že zákazníci budou rozumní.“

Lékař zřejmě falšoval recepty

Všeobecná zdravotní pojišťovna v Hradci Králové podezřívá bývalého lékaře pohotovostní služby, že vystavoval lékařské předpisy lidem, kteří žádné léky nepotřebovali. Pojišťovna přišla na více než sedmdesát zfalšovaných receptů, které byly vystaveny od loňského července. Recepty byly lékárně řádně proplaceny, ta však ve skutečnosti žádné léky zřejmě nevydala. Pojišťovna nadále pokračuje v kontrole a na lékaře ani na nikoho dalšího zatím trestní oznámení nepodala. Podezřelý lékař pracoval od roku 1992 na vedlejší poměr na pohotovosti Územního střediska záchranné služby v Hradci Králové. „Zjistili jsme, že v jedné konkrétní lékárně se vyskytují recepty, na kterých není napsáno datum vystavení, což je nutná podmínka pro vydání léčiva,“ uvedl ředitel královéhradecké pobočky Všeobecné zdravotní pojišťovny Pavel Pechánek. Podle ředitele bylo kontrolním pracovníkům navíc podezřelé, že recepty byly vyzvednuty v takové posloupnosti, jako by pacienti, kteří byli právě ošetřeni, stáli u výdeje léků za sebou v zástupu. Pohotovost, kde byly recepty vystaveny, je však vzdálena od lékárny několik kilometrů. Pojišťovna zatím vyčíslila škodu na 15 tisíc korun, ale počítá, že bude vyšší. „V současné době prověřujeme dalších asi pět set receptů, u kterých jsou podobné indicie,“ řekl Pechánek. Podezřelý lékař již na pohotovosti nepracuje. Podle ředitele Územního střediska záchranné služby v Hradci Králové Jiřího Štětiny čelil lékař podobnému podezření již dříve. „Omylem napsal recepty na zemřelé pacienty,“ dodal Štětina. Od 1. března letošního roku vstoupila v platnost vyhláška Ministerstva zdravotnictví, která by měla vnést pořádek také do účetnictví lékáren. „Vyhláška umožňuje, aby příslušné orgány kontrolovaly lékárnou, zda dostává uvedené léky a vydává je. Tím je možné zjistit, že uvedený lék lékárnou nikdy nedostala, a přesto ho vyúčtovala pojišťovně k úhradě,“ řekl vedoucí oddělení zdravotní péče pojišťovny Josef Štajner. „Za posledních šest let je to již čtvrtý podobný případ s recepty. Je to důkaz, že náš kontrolní systém pracuje dobře a dříve nebo později podvody odhalíme,“ uvedl ředitel pojišťovny Pechánek. Při kontrole v létě roku 1999 královéhradecká pobočka VZP v Hradci Králové zjistila padělání lékařských předpisů. Obviněno bylo dohromady pět lékárníků a lékařů, kteří svým jednáním způsobili pojišťovně škodu zhruba jeden milion korun. Nejví-

ce postižena byla Všeobecná zdravotní pojišťovna, které vznikla ztráta 700 tisíc korun.

Komfort v nemocnici? Platíte!

Pacienti si na výběrové jídlo v Motole připlácejí denně 221,40 korun.

Nechcete být v nemocnici v pokoji s docela neznámým člověkem? Pak vám nezbyvá než začít šetřit. Den v nadstandardním pokoji vás totiž ve většině pražských nemocnic vyjde na tisícovku. Za tyto peníze budete mít kromě vlastního soukromí obvykle k dispozici telefon, chladničku, šatní skříň, toaletu a sprchový kout. Za privátní pokoj v nemocnici Na Homolce zaplatí pacient denně 1400 korun. „Tyto pokoje mají naprosto jiný design než nemocniční. Jsou obloženy dřevem, mají balkón, a pokud nemusí pacient dodržovat konkrétní dietu, může si vybrat ze dvou až tří jídel,“ vypočetla mluvčí nemocnice Na Homolce Jitka Kalousková. V nedaleké Motolské nemocnici zaplatí pacienti za nadstandardní pokoj, kde budou zcela sami, taxu tisíc nebo pět set korun. „Když má pacient zájem o výběrové nebo vegetariánské jídlo, musí si na den připlácet 221 korun 40 haléřů,“ uvádí Eva Jurinová, mluvčí nemocnice. Do nadstandardních pokojů v Motole si pak není problém – za běžné ceny – objednat kosmetičku, pedikérku či kadeřnici. Nejčastěji jsou ale soukromé pokoje vyhledávány na porodnických klinikách. „O nadstandardní pokoje je takový zájem, že bychom jich potřebovali dvojnásobek,“ říká přednosta gynekologicko-porodnické kliniky U Apolináře Jaroslav Živný. Za první tři dny na zdejší gynekologii platí ženy 1000 korun, za každý další den 300 Kč. Ženy po porodu platí zase za den v privátním pokoji taxu 500 korun.

Nemocniční taxa za den v nadstandardním pokoji:

Nemocnice Na Homolce	400 a 1400 Kč
Thomayerova nemocnice	500 a 1000 Kč
Všeobecná fakultní nemocnice	500 a 1000 Kč
Fakultní nemocnice Motol	500 a 1000 Kč
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	500, 750 a 800 Kč

Kojence a školáky čeká nové očkování

Nové povinné očkování čeká od července kojence, dvanáctileté školáky a některé pracovníky na rizikových pracovištích. Naopak lidé zařazení do skupiny takzvaně stigmatizovaných osob, kteří nežijí v ústavech sociální péče, domovech důchodců, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a penzionech pro důchodce, přijdou od letošní sezóny zřejmě o bezplatné očkování proti chřipce. Vyplývá to z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví o očkování proti infekčním nemocem. Za nově zavedené očkování zaplatí letos podle odhadů stát 247 milionů korun. Úplnou novinkou je zavedení povinného očkování nejmenších dětí proti invazivnímu onemocnění hemofilové infekce, která prostřednictvím viru napadá mozek a způsobuje otok hrtanové příklopky s následným udušením dítěte. Právě závažnost této nemoci vedla ministerstvo po poradě s odborníky k zahájení prevence pomocí očkování. „Očkování bude aplikováno v návaznosti na trojvaccínu proti záškrtu, tetanu a dávnému kašli, s nímž se začíná



mezi 9. a 12. týdnem života. Dosud ale přesně nevíme, zda se bude tato vakcína podávat zvlášť nebo se bude aplikovat společně jako tetravakcína,“ uvedla vedoucí epidemiologického oddělení kladenské okresní hygienické stanice Jarmila Židová. Mluvčí Ministerstva zdravotnictví Otakar Černý nicméně tvrdí, že začátkem července, kdy začnou pediatři proti hemofilové infekci očkovat, už bude postup jasný. Kojence budou muset rodiče přivést od července do ordinací dětského lékaře na očkování ještě jednou. Stát totiž od poloviny roku zavádí plošné očkování proti virové hepatitidě typu B, známé spíše jako žloutenka. „Proti této infekční nemoci budou zároveň očkovány i dvanáctileté děti, a to až do doby, než už naočkovaní kojenci dosáhnou věku dvanácti let,“ doplnila kladenská epidemioložka. Zavedením očkování proti tomuto typu žloutenky reaguje Česká republika na výzvu Světové zdravotnické organizace, která už v roce 1992 doporučila celoplošné očkování novorozenců, dospívajících či obou těchto skupin. „Hlavním důvodem k zavedení očkování je fakt, že pokud virovou hepatitidou typu B onemocní děti v útlém věku, zůstává v 90 procentech tato infekce bez příznaků a tudíž se na ní nepřijde. U některých z takto postižených jedinců se pak později projeví primární karcinom jater či cirhóza jater,“ vysvětlil mluvčí Černý. Důvodem zavedení očkování u dvanáctiletých školáků jsou pak obavy z nárůstu drogově závislých mladých lidí a fakt, že od roku 1998 stoupá mezi teenagery nemocnost žloutenkou typu B. Z předběžných statistik Ministerstva zdravotnictví vyplývá, že jen během letošního druhého pololetí dostane vakcínu proti žloutence 95 tisíc novorozenců a 130 tisíc dvanáctiletých školáků. Nárok na bezplatné očkování proti žloutence mají podle nové ministerské vyhlášky i lidé, kteří nově přijdou do ústavu sociální péče, lidé, kteří žijí ve společné domácnosti s nemocným hepatitidou a ti, kteří s ním byli v sexuálním kontaktu. Také lidé, kteří se náhodně poranili o injekční stříkačku a v jejichž těle se neprokáží proti žloutence protilátky, budou zdarma očkováni proti hepatitidě A i B. Změny nastávají od letošní sezony také u očkování proti chřipce a proti pneumokokovým nákazám, které u starších lidí způsobují vážné meningitidy. Bezplatnou vakcínu dostanou pouze osoby, které žijí v léčebnách dlouhodobě nemocných, domovech důchodců, penzionech pro důchodce a ústavech sociální péče a zároveň trpí chronickými nemocemi dýchacích cest, chronickým onemocněním srdce, cév, ledvin nebo diabetem. Až dosud přitom dostávali zdarma vakcínu proti chřipce všichni takto postižení lidé, bez ohledu na to zda bydlí doma či v ústavu. „Naši snahou je zakotvit toto očkování u lidí starších 65 let, kteří nežijí v uzavřených kolektivech, do připravované novely zákona o zdravotním pojištění. To se ale samozřejmě v letošní sezoně nestihne. Proto se jeví jako nezbytné řešit toto očkování proti chřipce u lidí, kteří byli v loňském roce očkováni zdarma a letos na to nárok nemají, vyhlášením bezplatného mimořádného očkování,“ slibuje mluvčí ministerstva.

Děti budou očkovány proti žloutence Lékaři se ale přou, zda povinně nařízená akce není jen plýtváním peněz

Čeští lékaři začnou od července povinně očkovat děti proti žloutence typu B. Akce se bude týkat dětí do jednoho roku a dvanáctileté mládeže. Část lékařů se ale domnívá, že stát peníze na plošné očkování kojenců „vyhodí z okna“. Podle nich totiž této skupině hro-

zí jen minimální riziko nákazy. Povinné očkování nařídil ministr zdravotnictví Bohumil Fišer vyhláškou letos v lednu. Akce by měla stát každoročně české zdravotnictví zhruba 175 milionů korun. Ministerstvo vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace, v němž se uvádí, že u malého dítěte se infekce v 90 procentech případů projeví až v pozdějším věku a může pak vést k úmrtí na závažná onemocnění jater. Jedním z hlavních argumentů hlavního hygienika ČR Michaela Víta jsou statistické výzkumy, které ukazují, že se ročně v Česku nakazí okolo 3600 dětí do devíti let. „V budoucnosti by na následky hepatitidy B mohlo zemřít více než 70 osob ročně,“ varuje Vít. Tato čísla ale považují někteří lékaři za značně nadsazená. Varují naopak před rostoucím počtem nakažených v období dospívání. Na tyto věkové kategorie se ale povinné očkování vztahovat nebude. Statistiku považují za nakažené každé dítě, u kterého vyšetření zjistilo v krvi protilátky na hepatitidu B. „Ale u dětí infikovaných matek nebo z dalších rizikových skupin, které se už dnes očkují, se protilátky vytvořily právě na základě očkování. Tyto případy lze jen obtížně rozpoznat od skutečných onemocnění,“ tvrdí jeden z předních českých odborníků na séra a očkovací látky Jan Pekárek. Hepatitida B se přenáší krví a dalšími tělními tekutinami. Nejvíce ohrožena je proto ta část populace, která začíná se sexuálním životem či experimentuje s drogami. Tyto skupiny se ale vakcinaci vyhnou. Mohou se nechat očkovat na vlastní náklady. Vakcína stojí asi 3000 korun. Podle Pekárkova názoru by se značné finanční prostředky na plošné očkování měly investovat právě do nejrizikovější skupiny patnáctiletých až devatenáctiletých osob, u nichž lékaři v posledních letech zaznamenali radikální nárůst počtu případů. Podle dlouhodobých statistik zaznamenali lékaři u dětí do jednoho roku v posledních letech hepatitidu B nanejvýš ve třech případech ročně. Stejně výsledky vykazuje i věková skupina od jednoho do čtyř let. Naproti tomu u patnácti až devatenáctiletých stoupl počet infikovaných z 59 v roce 1995 na 120 předloni. „Ve svém okruhu jsem zaznamenal nákažu hepatitidou typu B u malých dětí opravdu výjimečně. Většina se nakazila v průběhu nějaké jiné léčby,“ tvrdí pediatr Milan Kudyn. Zastánci ministerského nařízení připomínají, že všechna očkování začínají vakcinací pouze vybraných ročníků. Jejich volba byla provedena s výhledem do budoucnosti. „Poslední zjištění ukazují, že se věk mladistvých, kteří začínají experimentovat s drogami, z původní skupiny patnáctiletých a starších snižuje. Proto byly k očkování vybrány děti dvanáctileté. Vakcinace dětí do jednoho roku pak připravuje půdu do budoucna,“ říká Jitka Částková ze Státního zdravotního ústavu.

Další zátěž pro kojence. Dětské lékaři však poukazují i na další úskalí nového druhu očkování kojenců. Organismus malých dětí je podle nich už dnes enormně zatížen stávajícími povinnými vakcínami. Rodí se také stále více dětí s poškozeným imunitním systémem, u nichž očkování může vyvolat nežádoucí účinky. Přitom porušení imunity se většinou projeví až po několika letech života. „Každé nové očkování v prvním roce života může organismus nastimulovat do alergie. Jsem pro očkování proti hepatitidě, ale vhodnější by podle mne bylo až mezi druhým a pátým rokem života, když už je dětský imunitní systém vyvinutější,“ myslí si Jitka Škovránková z dětské polikliniky Fakultní nemocnice v Praze Motole. Sporné je i to, zda kojenci získají celoživotní imunitu, či zda je bude nutné v dorostovém věku stejně přeočkovat. „Že by měli imunitu do smrti, je nesmysl,“ tvrdí Pekárek. Nutnost přeočkování nevylučuje ani Částková. „Od-



borníci sice tvrdí, že vakcíny mají celoživotní účinnost, ale u malých dětí se zatím jen předpokládá," připouští.

Počty nakažených hepatitidou B

Věk	1995	1996	1997	1998	1999
0 až 1	3	2	0	0	3
1 až 4	4	3	3	3	2
5 až 9	8	15	5	6	5
10 až 14	15	18	12	10	12
15 až 19	59	65	75	103	112
20 až 29	53	84	80	86	119

Češi chodí k lékaři třikrát častěji než Němci

Němec, Brit či Francouz jdou k lékaři v průměru šestkrát do roka. Čech téměř třikrát častěji. Ze srovnávací studie vypracované mezinárodní organizací OECD vyplývá, že z 57 sledovaných států se Česká republika v počtu návštěv lékaře na jednoho obyvatele dělí spolu s Maďarskem o druhé místo za Japonskem. Vysoký počet kontaktů pacienta s lékařem svědčí na jedné straně o dostupnosti lékařské péče, na druhé však o jejím zneužívání. V konečném důsledku to znamená drahé, neefektivní zdravotnictví. „Lidé u nás chodí dvaapůlkrát častěji k lékaři, než je obvyklé v západní Evropě, aniž by to mělo vliv na zdravotní stav obyvatelstva. Jen vyšší četností návštěv u lékaře totiž lepšího zdraví nedocílíte,“ tvrdí například Jan Jelínek, místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR. Jsme národem hypochondrů? Zneužíváme bezplatnou lékařskou péči? Nebo je návštěva ordinace praktického lékaře s každou maličkostí reliktem komunistického zdravotnictví? Odborníci soudí, že od každého trochu. „Lidé přijdou k lékaři často jen proto, aby jim předepsal recept na lék, protože jej hradí pojišťovna a oni za něj nemusejí dát dvacet korun ze svého,“ míní Jelínek. „Určité skupiny osob považují návštěvu ordinace za společenskou událost. Posedí, popovídají si se známými,“ říká stínový ministr zdravotnictví za ODS Milan Cabrnach, dětský lékař. Milan Cabrnach soudí, že za množstvím pacientů v ordinacích bývá také potřeba krátkodobé úlevy v práci. „Takový člověk jde k lékaři, aby si opatřil alibi a mohl zůstat doma,“ podotýká Cabrnach. Podle tiskové mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Kateřiny Zamastilové chodí lidé ke svému lékaři s každou maličkostí proto, že za návštěvu nemusejí platit. „Je to pozůstatek čtyřiceti let, kdy se lidem vtloukalo do hlavy, že je lékařská péče bezplatná. V současné době jim sice jejich zaměstnavatel strhává zdravotní pojištění, ale to pacienti nevidí. Neuvědomují si, že tak plýtvají i svými penězi,“ domnívá se Zamastilová. Při opakovaných návštěvách praktického lékaře sice pojišťovna díky paušální kapitální platbě nemusí platit více, přesto se vyšším nákladům nevyhne. „Prakticky každá návštěva končí vystavením receptu. Lidé totiž mají pocit, že když jim ho lékař nenapíše, tak je neléčí,“ upozorňuje tisková mluvčí VZP Kateřina Zamastilová.

Na vyšetření se chodí radši vícrát. Zdravotnictví se přitom potýká s nedostatkem peněz. Nedávná zpráva Světové banky upozornila mimo jiné na to, že ačkoli Česká republika dává na tuto oblast o dvě procenta hrubého národního důchodu více než srovnatelné země, finance nejsou účelně využívány. Jedním z příkladů nehošpodárnosti je také přístup pacientů k vyšetřením. Snad každý lékař se ve své praxi setkal s lidmi, kteří absolvují jednu a tutéž proceduru

u několika specialistů. „Pojišťovny to stojí zbytečné peníze. Opakovaná vyšetření zase mohou pacienta poškodit. Navíc pak často užívá dvoje troje prakticky stejné léky, jejichž kombinace mohou být škodlivé,“ poukazuje Jelínek. Ministerstvo zdravotnictví chce plýtvání peněz zdvojeným či ztrojeným vyšetřením jednoho pacienta se stejnou diagnózou zabránit novým zákonem o zdravotní péči. Pokud návrh, jenž má být v pátek předložen ministrem Bohumilem Fišerem k posouzení vládě, projde, občané by mohli navštívit specialistu pouze na doporučení praktického, dětského a ženského lékaře a také dentisty. Specialisté by museli výsledek vyšetření opět předat praktickému lékaři, který by se tak stal skutečným koordinátorem poskytování lékařské péče. Toto opatření by podle mínění ministerstva mělo nadbytečné a duplicitní návštěvy vyloučit.

Se sankcemi se nepočítá. Podle mluvčího Ministerstva zdravotnictví Otakara Černého však návrh zatím nepočítá se sankcemi pro ty, kteří uvedené pravidlo poruší. Naopak Milan Cabrnach by v takovém případě uvítal, kdyby si lidé nevyžádané ošetření (s výjimkou akutních případů) platili ze svého. „Hrazená péče by měla být jen ta, která je koordinovaně organizovaná. V současné době si lidé tyto nadbytečné návštěvy stejně platí, jen o tom nevědí. A rozumní doplácí na nezodpovědné,“ připomíná Milan Cabrnach. Přistoupit na rozumnou míru koordinace podle jeho slov pro občany znamená mít šanci na kvalitnější zdravotní péči. Podle Jelínka by měli být pacienti finančně zainteresováni spoluúčastí na hrazení nákladů za návštěvu u lékaře. „Stačilo by, kdyby za jeden přístup zaplatili mírný paušální poplatek, třeba padesátikorunu. Jistě by pak v ordinacích ubylo lidí, kteří si jdou jen pro recept,“ myslí si Jelínek. Se zavedením finanční spoluúčasti pacientů však sociálnědemokratická vláda nepočítá.

Jak často chodí k lékaři

Japonci	16
Češi	15
Maďaři	15
Slováci	12
Švýcaři	11
Ukrajinci	10
Belgičané	8
Rusové	8
Australané	7
Kanaďané	7
Rakušané	6
Francouzi	6
Američané	6
Britové	6
Němci	6
Bulhaři	5
Nizozemci	5
Poláci	5

Číslo udává průměrný roční počet zaevidovaných návštěv u lékaře na jednoho obyvatele v letech 1990 – 1998.