

červen 2002 ■ číslo 6 ■ ročník 2

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

Logopedická péče

CRP v ordinaci PLDD

Prevence alergie dietou

Žaludek a dvanáctník - vyšetřovací metody



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

Adresa vydavatelství:
Branická 141, 147 00 Praha 4
tel./fax: 02/4446 2959
e-mail: vox@imedix.cz

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

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

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

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

Adresa redakce:
U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10
sekretariát - tel.: 02-6718 4065, fax: 02-6718 4050
redakce VOX - tel.: 02-6718 4065, 6718 4047
e-mail: centrum@detskylekar.cz

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s 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:

VOX PEDIATRIAE - Veronika Drahovzalová
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10
tel.: 02-6718 4065, mobil: 0602 873 761
e-mail: centrum@detskylekar.cz
e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za květen	5
Usnesení regionální konference SPLDD JM regionu	6
Regionální konference Ústeckého a Libereckého kraje	6
Zápis z jednání Analytické komise SPLDD ČR	9
Bez pediatriů? (dopis maminky)	10
Usnesení Sněmu okresních zástupců	10
Jednání AKL ČR a SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP	11



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP	12
PaedDr. M. Michaličková Logopedie	12
as. MUDr. J. Sýkora Žaludek a dvanáctník - vyšetřovací metody	15
MUDr. J. Marek CRP - významný pomocník při volbě ATB	18
MUDr. E. Daňková Prevence alergií dietou?	20
Sociální dávky v pediatrii a Cenový věstník MF ČR	příloha
MEDIFORUM - EpiStop IV	22

MUDr. I. Lochman a kol. Úskalí v laboratorní diagnostice alergických onemocnění	28
MUDr. V. Holeček, MUDr. J. Liška Volné radikály a antioxidanty	30
MUDr. R. Hronová, MUDr. H. Kuželková Vztah lékař - pacient: lékař coby lék?	31
MUDr. J. Prokopec, CSc. Pokroky v očkování	33



Aktuality	34
Řádková inzerce	38



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 048/5161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namalovala ústy Jolanta Borek - Unikowska.



Vážené kolegyně a kolegové,

jsou okamžiky v životě lidském, kdy snad každý člověk stíhaný chvatem všedních dnů se na chvíli zastaví, aby se ohlédl zpět po cestě, kterou právě prošel. Pokud současně zjistí, že tato chvíle od počátku cesty má na konci „nulu“, slaví různá výročí. Letos takový „nulový“ okamžik nastal i v „životě“ SPLDD, neboť, ač k nevíře, od jeho založení uplynulo letos v červnu právě 10 let.

Cesty uplynulých deseti let, kterými se SPLDD ubíralo, nebyly vždy rovné, občas se vyskytla i ostřejší zatáčka, či dokonce smyk. I přes tato úskalí se podařila řada věcí, které zásadním způsobem ovlivnily životy nás všech, praktických dětských lékařů.

Podařilo se zavést kombinovanou kapitačně výkonovou platbu, která ekonomicky stabilizovala postavení našich privátních praxí. Podařilo se, že naše členská základna se letos blížila skoro 100 % všech PLDD v ČR. Námi založená Odborná společnost praktických dětských lékařů se stala na půdě ČLS J.E.P. i MZ ČR významným partnerem ostatních odborných společností. Úspěšně se začínají rozvíjet naše mezinárodní aktivity s partnerskými organizacemi v zemích EU. Sdružení se stalo významným mediálním partnerem pro většinu sdělovacích prostředků.

Přes určitou stagnaci vývoje v resortu zdravotnictví se SPLDD spolu s ostatními asociacemi sdružující lékaře-provozovatele NZZ podařilo minimalizovat možné negativní legislativní zásahy ze strany menšinové vlády do nestátního sektoru poskytovatelů zdravotní péče. Věřím, že spolu s Vámi mohu konstatovat, že SPLDD si vydobyla výrazné postavení mezi dobrovolnými zdravotnicko-profesními asociacemi v ČR a výraznou měrou se zasloužila o to, že postavení PLDD v nestabilním rezortním prostředí není zrovna nejhorší. SPLDD je v současnosti jednou z respektovaných profesních skupin poskytovatelů, kteří v čele pomyslného pelotonu se stávají nositeli pozitivních změn zdravotnického systému v ČR.

Protože každé profesní společenství je tvořeno konkrétně zvolenými lidmi, jejichž každodenní činnost a nasazení ve prospěch členské základny se podílí nezastupitelnou měrou na konečném výsledku mnoha konkrétních jednání, ale i společensko-ekonomické prestiži všech našich kolegů, chtěl bych poděkovat všem, kteří se na různých postech ve vedení SPLDD za posledních 10 let vystřídali. Všichni naši kolegové, zvolení na všech úrovních naší struktury, se více či méně spolupodíleli na současné podobě našeho Sdružení.

Je mi ctí a současně potěšením na stránkách tohoto našeho časopisu popřát nám všem - praktickým dětským lékařům, aby i nastávající období bylo nejméně stejně úspěšné, jako to právě uplynulé desetiletí.

MUDr. Milan Kudyn



Milé kolegyně a kolegové,

také já bych se rád ohlédl na a zhodnotil uplynulá léta. Nastoupil jsem do čela našeho Sdružení v nelehké situaci, neboť mým úkolem bylo navázat na trend emancipace PLDD nastolený dlouholetým předsedou dr. Kudynem. Věřte, že to nebylo vždy jednoduché, a možná i proto nebyla zvolená cesta vždy nejpřímější, přesto si dovoluji tvrdit, že nástrahy, které byly vloženy do cesty budování silné profesní organizace jsme nakonec, i s Vaší pomocí, zvládli, pomyslné smyky jsme vyrovnali a v současnosti směřujeme opět plnou parou vpřed.

Narůstající agenda, množství řešených problémů, celá řada jednání, to vše jsou na jedné straně atributy narůstajícího významu role a postavení naší profesní organizace v našem zdravotnickém prostředí, na straně druhé ale také závazek, který znamená aktivně se zhostit dilčích úkolů, formulovat myšlenky, vytvářet koncepční materiály, účastnit se mnohých jednání atd. atd. To vše sebou nese velké pracovní vypětí, zároveň je nutno myslet na zadní kolečka, na své zázemí, což je především rodina, ale také vlastní lékařská praxe. Skloubit toto vše dohromady je stále obtížnější.

Jako každá lidská činnost, i práce ve Sdružení musí každému přinést určitý díl uspokojení z vykonané práce. Nemyslím tím jen slova uznání a chvály, nemyslím ani žádné pompézní recepce či dekorace, myslím tím jakýkoliv způsob vyjadřující podporu, způsob, který dá těm, co vyjednávají i za Vás, a věřte, že je to často neúprosný a nepřijemný boj, alespoň nějaký signál, zda to dělají dobře. Chtěl bych Vám vysvětlit, jak to bylo, proč to tak bylo, proč to dopadlo, jak to dopadlo a očekávají, že jim řeknete, ano, tak je to správné, nebo, mělo by to být spíše tak a tak atd.

Prostorem pro sdílení takových informací mají být naše konference. Jenže účast na těchto konferencích není taková, jaká by odpovídala významu a důležitosti takových jednání. A tak se mnozí z Vás svou neúčastí na akcích, které by měly zásadním způsobem ovlivňovat směr naší činnosti, podílíte na vzniku různých spekulací, že to, co je za Vás vyjednáváno, nevyjadřuje zcela názor většiny z Vás, čím mohou být výsledky různých jednání až zpochybňovány.

Věřím, že start do dalšího desetiletí naší existence bude v tomto směru startem do období, kdy si všichni uvědomíme, že pasivitou se naše postavení zástupců medicínské činnosti, která se rozhodující měrou podílí na zdravotním stavu budoucích generací, nezlepší, že v sobě dokážeme najít dost sil, abychom obhájili význam a úlohu praktického dětského lékaře v primární péči, že mezi sebou najdeme dost schopných jedinců, kteří tu pomyslnou káru potáhnou dál, že ji nenecháme sjet zpět z kopce dolů.

I já bych chtěl poděkovat všem, kdo se nebáli vytáhnout do nelehkého boje, všem, co nesli náš pomyslný prapor stále kupředu, všem, bez nichž by nebylo Sdružení tam, kde dnes je. Mějme pochopení pro to, že ne vždy se vše hned podaří, ale také neslevujeme ze svých požadavků. Jedině tak můžeme dosáhnout toho, že se stane praktický dětský lékař tím pilířem celého systému, jakým by dle našich představ měl být.

K tomu nám všem přejí do dalšího období hodně štěstí.

MUDr. Pavel Neugebauer

**Revmatologická problematika
v praxi PLDD**

**Imunologie revmatologických
onemocnění**

Uzlinový syndrom



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR

BOIRON

CORAL

LÉČIVA

ORION DIAGNOSTICA

PLIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00

Středa 10,00 - 17,00

Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla

zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

14,00 - 16,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Středa

10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnachová

13,00 - 17,00 - MUDr. Milan Kudyn

15,00 - 17,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc květen

MUDr. Pavel Neugebauer

I v měsíci květnu pokračují diskuse nad možností zavedení nového oboru PLDD, podpora byla vyjádřena i na našem Sněmu, kde se sešla většina našich volených zástupců; zároveň zde byl odsouzen postup ČLK zejména vůči rozdílným názorovým proudům, více viz Usnesení; VZP přišla s návrhem na úpravu bonifikačního systému, zdá se, že by mohlo být odzvoněno regulacím na nepravdělnou péči, vše si však zasluhuje ještě detailní rozbor; VZP také u příležitosti 10. výročí zavedení systému veřejného zdravotního pojištění uspořádala kolokvium, na kterém zazněla celá řada zajímavých příspěvků svědčících o tom, že jsou známe slabiny systému, jen nezaznělo, jak budou napraveny.

4.5. – pokračuje cyklus vzdělávacích akcí ve spolupráci s firmou NUTRICIA, tentokrát v regionu Praha a Střední Čechy, opět se prokazuje velký zájem o vzdělávací akce ze strany PLDD, za zamyšlení stojí porovnání účasti na akcích tohoto druhu s účastí na našich konferencích

11.5. – Konference Jihomoravského regionu, řešena základní aktuální témata, stále v popředí problematika očkování, podrobnější informace včetně usnesení otiskujeme na jiném místě

13.–14.5. – Kolokvium VZP, pod záštitou prof. Ing. Václava Klause, DrSc., předsedy Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR se ve dnech 13. – 14. května 2002 v Praze na Žofíně uskutečnilo kolokvium pod názvem: „Přibližují se naše představy o změnách v poskytování a financování zdravotní péče evropským trendům?“ Jednání bylo rozděleno do bloků, dovoluji si Vás seznámit se základními myšlenkami tak, jak jsem si je zaznamenal.

1. blok: Moderní stát a zdravotnictví

V bloku vystoupili: Václav Klaus, Reinhard Busse a Martin Bojar.

Václav Klaus: především zdůraznil nedokončenost transformace zdravotního systému.

Reinhard Busse: se soustředil na vzájemnou vazbu nákladů, kvality a dostupnosti zdravotní péče.

Martin Bojar: provedl spíše analýzu založenou na rozboru splnění či nesplnění očekávání z doby zahájení činnosti pojišťovacího systému ve zdravotnictví.

2. blok: Zdravotnictví v programech parlamentních politických stran

V bloku vystoupili: Milan Cabrnach, Zuzana

Roithová, Rostislav Čevela, Pavel Hroboň.

Milan Cabrnach: vše se točilo kolem základní teze, že zdraví je soukromý statek.

Zuzana Roithová: vyzdvihla nutnost rovnováhy 3 pilířů – kvalita, dostupnost, ekonomika, zároveň se zmínila o nutnosti propojení zdrav. a soc. pojištění.

Rostislav Čevela: zdůraznil negativní postoj k navyšování plateb pacientem.

Pavel Hroboň: zdůraznil nutnost posílení primární péče.

3. blok: Výzvy k inspiraci

V bloku vystoupili: Michal Pohanka, Tomáš Kučera, Pavel Hroboň, Jiří Pavlíček a Josef Suchopár.

Michal Pohanka: v ČR je o 10% méně léků na počet obyvatel než v zemích EU.

Josef Suchopár: 30% léků bez doplatku, 33% léků s doplatkem.

4. blok: Výzvy problémů

V bloku vystoupili: Ivan David, David Rath, Petr Zimmerman, Jiří Pekárek, Jiří Schlanger.

Ivan David: základem systému musí být státem prováděná regulace.

David Rath: nutno vytvořit standardy péče, zpracovat systém hodnocení a způsoby řešení.

Petr Zimmerman: kraje by neměly oddlužovat nemocnice, nutnost externích auditů, spoluúčast.

Jiří Pekárek: jen ve 20% má na střední délku života vliv zdravotnictví.

5. blok: Financování zdravotní péče v kontextu evropských trendů

V bloku vystoupili: Karel Nohejl, Petr Pasternak, Jaroslav Dostal, Eduard Kováč, Hans Jürgen Ahrens, Jiří Rusnok.

Jiří Rusnok: zaměřil se na strukturu finan-

cování zdravotnictví – 82% zdrav. pojištění, 12% ze stát. rozpočtu, 1% samosprávy, 5% spoluúčast pacienta.

6. blok: Lze zvyšovat efektivitu českého zdravotnictví?

V bloku vystoupili: Václav Šmatlák, Lubomír Berka, Ivan Staněk, Luboš Kmeť, Vladimír Špidla, Jiřina Musílková.

Vladimír Špidla: z Ústavní listiny každý nárok na bezplatnou zdravotní péči.

16.5. – další kolo jednání na téma bonifikace PL, zápis po obdržení otiskneme, za nejpodstatnější považuji možné zrušení regulace na nepravdělnou péči od 1.7.2002

17.5. – s VZP pokračují jednání o možnosti zavedení CRP vyšetření v ordinaci PLDD, dohodnut „pilotní projekt“ pro II.pololetí 2002, kdy bude toto vyšetření hrazeno těm, kteří již toto vyšetření v ordinaci používají, bude proveden rozbor a na základě jeho výsledků bude případně doporučeno plošné zavedení této metody

18.–19.5. – Sněm SPLDD ČR, podrobnější informace otiskujeme na jiném místě

20.5. – zasedá Rada projektu iZIP, kladně hodnoceny výsledky v pilotních okresech, vše nasvědčuje tomu, že by mohl být tento projekt životaschopný

22.5. – mimořádný jednací den dohody o cenách, MZ ČR vrátilo 2 dohody, vzniklé změny nemají žádný vliv na dohodu naši

25.5. – opět vzdělávací seminář ve spolupráci s firmou NUTRICIA, tentokrát v regionu Západní Čechy



Usnesení regionální konference SPLDD jihomoravského regionu v Brně dne 11.5.2002

Regionální konference SPLDD Ústeckého a Libereckého kraje dne 6.4.2002 v Terezíně

MUDr. Olga Roškotová – předseda regionu

■ Zpráva o činnosti SVČ regionu SPLDD

1. Bere na vědomí a schvaluje Zprávu o činnosti jihomoravského regionu SPLDD MUDr.I.Hülleové – předsedkyně SPLDD JMR ČR v plném znění jednomyslně .

2. Bere na vědomí zprávu o hospodaření v r.2001 a schvaluje rozpočet na r.2002. Předneseno MUDr.Stránskou – pokladníkem JMR SPLDD.

3. Souhlasí s předáním finančního daru kolegyni v těžké životní situaci. Ve výši 20 000,- Kč z účtu jihomoravského regionu a zařazení této sumy do rozpočtu. Doporučuje předsednictvu rozpracovat myšlenku sociálního fondu.

4. Souhlasí se zprávou předsedy SPLDD MUDr.P.Neugebauera zaměřenou na otázku samostatného oboru PLDD. Doporučuje výboru SPLDD nadále aktivní účast na řešení obsahu náplně postgraduální přípravy nového oboru.

5. Vyslechla argumenty Dr.Neugebauera k problematice konstrukce nových výkonů bodového hodnocení očkování a doporučuje analytické komisi řádnou analýzu výsledků nového hodnocení očkování a vyvození ekonomických dopadů na jednotlivé praxe. V návaznosti na to doporučuje formulovat návrh nového modelu hodnocení práce PLDD v této oblasti.

6. Vyslechla zprávu JUDr. Věry Švarcové – krajské zdravotní radové o struktuře zdravotní péče v kraji Vysočina.

7. Bere na vědomí zprávu o činnosti OSPDL Dr. T. Soukupa a doporučuje OSPDL pokračovat v aktivní spolupráci s SPLDD ČR v oblasti samostatného oboru PLDD.

8. Konference jihomoravského regionu SPLDD podporuje prohlášení výkonného výboru SPLDD k současné problematice ČLK. Zásadně odmítá skutečnost, že tito členové byli vedením ČLK označeni za zrádce lékařského stavu.

Úvodem připomenu regionální strukturu SPLDD ČR a z ní vyplývající činnost jednotlivých orgánů za uplynulé období od 7. 4. 2001 do 6. 4. 2002.

Nejvyšší orgán: **Regionální konference**

Výkonný orgán: **Výbor regionu**

Rídící orgán: **Regionální rada** (Výbor a Okresní zástupci příslušných okresních poboček)

Kontrolní orgán: **Regionální revizní komise**

V SVČ SPLDD je v současné době organizováno 217 členů z 11 okresů, čtyři členové okresu Česká Lípa pobočku netvoří, ale někteří se akcí Sdružení zúčastňují.

Výbor regionu – svolávaný předsedou by se měl scházet 1x za 2 měsíce. Z časových a ekonomických důvodů činnost regionálního výboru probíhá většinou formou telefonických kontaktů, protože zastoupení členů ve Výboru je z 5-ti okresů obou krajů a osobní kontakt by regionální pobočku SPLDD finančně zatížil proplácením cestovného a paušálu za jednání. Uplatňovaný telefonický způsob jde finančně většinou na úkor osobních výdajů členů Výboru. Osobní schůzky jsou nezbytné mezi předsedou a pokladníkem, i když mnohé záležitosti jsou řešeny z výše uvedených důvodů rovněž převážně telefonicky nebo korespondenčně.

Dne 12. 3. 2002 byla Regionální radě předložena **žádost MUDr. J. Sudkové o uvolnění z funkce pokladníka** Výboru SVČ regionu z důvodu její MD a tím mimořádného členství v SPLDD. MUDr. Sudková slíbila činnost pokladníka dovést do konce 1. čtvrtletí t. r. a předat svému nástupci po začátku 2. čtvrtletí, prakticky po proběhnutí Regionální konference. Při této příležitosti mi dovoluje kolegyni Janě Sudkové jménem svým i za Vás za všechny srdečně poděkovat za její činnost pokladníka a okresního zástupce za okres Ústí n. L., za to, že byla ochotna část svého volného času věnovat ve prospěch nás všech, přestože má jedno dítě školního věku, jedno do tří let a nyní novorozené dítě a je za-

pojena do dalších aktivit jako člen komise pro děti a mládež při Ok.Ú v Ústí n L.

Místopředsedkyně MUDr. Hronová se spolupodílela na přípravě aktivit SVČ Sdružení a pro plánovaný odchod MUDr. Sudkové na MD se zapojila především do činnosti týkajících se finančních záležitostí regionu. Přinášela zprávy o činnosti ČLK a svým optimismem podporovala ty, které klesaly na mysli při neúspěšných jednáních.

Místopředsedkyně MUDr. Duřtová společně s okresní zástupkyní Martincovou a dalšími aktivními členy ze sousedního okresu Semily, do nedávné doby příslušejícímu k regionu VČ, rozvíjely činnost Sdružení Libereckého kraje.

Okresní zástupkyně se pravidelně aktivně zúčastňovaly Regionální rady, Sněmu a Konferencí. S různou frekvencí svolávaly okresní schůzky, organizovaly okresní semináře, někdy ve spolupráci se členy OSPDL nebo dětskými lůžkovými odděleními. Většina z nich se účastnila jednání na téma „omluvenky“ a věcně nedořešené téma LSPP (podrobněji dále). Stalo se již samozřejmostí, že iniciovaly jednání a reagovaly pružně tam, kde bylo potřeba. Děkuji jim za jejich spolupráci a velkou podporu, kterou v nich jako předseda regionu mám.

V okrese Semily založili vlastní internetovou stránku, v okrese Teplice se zástupkyně pokoušela o sjednání proplácení vyšetření CRP od VZP, v okrese Most dosáhli svým jednáním rozšíření úvazku alergologa, vyjasnili si vztahy s ORL.

Jako **předsedkyně SVČ regionu** jsem se zúčastnila akcí svolávaných Výkonným výborem SPLDD ČR – zasedání Předsednictva Sdružení v Centru primární péče, společně s okresními zástupci Sněmu Sdružení v květnu 2001 a Celostátní Konference s oběma místopředsedkyněmi. Mým úkolem bylo koordinovat činnost SVČ Sdružení.

Ve spolupráci s farmaceutickými firmami Nestlé, Nutricia, Milupa, Johnson & Johnson, Aventis Pasteur a GlaxoSmithKline jsem zorganizovala regionální seminář pro sestry z ordinací PLDD, na téma „Drogově závislý



pacient v ordinaci PLDD“ přednesené MUDr. Pajerkem – ordinářem JIP DK ILF z Ústí n. L., „Očkování v ordinaci PLDD“ prim. MUDr. Trmalem, krajským epidemiologem a zástupkyní firmy Aventis Pasteur a „Provozní řády v ordinaci PLDD“ MUDr. Zárubou z KHS z Ústí n. L.

Pro velký zájem ze strany sester proběhl seminář ve dvou termínech, 13. 11. v Mostě a 15. 11. 2001 v Ústí n. L. Celkem se zúčastnily sestry ze všech 11 okresů Ústeckého a Libereckého kraje, ze 166 účastníků celkem – bylo 145 sester z ordinací členů SPLDD, 7 sester od nečlenů (za účastnický poplatek), 13 lékařů členů SPLDD a 1 lékař nečlen SPLDD. Pro zajímavost a Vaši představu uvádím i počet sester z jednotlivých okresů, protože takové zastoupení z řad PLDD členů SPLDD nebylo na žádné akci Sdružení: ÚL19 +1 nečlen, DC 14, JB 8, TP 19 +2 nečleni, SM 2 +1 lékařka, ČL 1+1 lékařka, LTM 16+4 lékařky, MO 24+1 lékař + 1 nečlen, LN 14+6 lékařek+1 nečlen, CV 21 + 1 lékař+ 3 nečleni, LB 7 sester.

Spolu s jednatelkou a okresní zástupkyní okresu Louny Dr. Johnovou jsme vyvolaly jednání na téma „omluvenky“ a sešly se dne 5. 12. 2001 s Mgr. Žákem, vedoucím odboru školství, mládeže a tělovýchovy na Krajském úřadě Ústeckého kraje. Setkaly jsme se s ochotou k jednání a pozitivním přístupem k této problematice, dohodli společně účast na zastupitelstvu kraje po novém roce, k čemuž nedošlo vzhledem k vydání Metodického pokynu k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví v souladu s § 12 odst. 1 zák. č. 564/1990 Sb. Obdobná jednání proběhla i na Krajském úřadě v Liberci za účasti Dr. Martincové a místopředsedkyně Duřtové. V souvislosti s tím byl chtěla vzpomenout a poděkovat kolegyním z okresu Most, odkud iniciativa nepsané omluvenek vzešla a byla přednesena okresní zástupkyní Dr. Šedivou na celostátním zasedání Regionálních výborů v listopadu 2000 v Pardubicích. Ačkoliv se mnozí PLDD dostali díky nesprávným výkladům některých ministerských úředníků a učitelů do problémů, současnost ukazuje, že i přes tyto nepříjemnosti myšlenka a cíl byly správné. Tzv. „zátahy“ sociálních pracovníků na mládež vysedávající v době školního vyučování po ústeckých vinárnách zaměstnávají ty, kteří mají nést zodpovědnost za docházku dětí do školy, bez „posvěcení“ záškoláctví lékařským razítkem.

O zavádění očkování a úhradě vykazování

souběžných očkování bude ještě zmínka v úseku zprávy o činnosti Regionální rady. Na regionální úrovni nebyly zaměstnaneckými ZP předloženy do konce roku 2001 dodatky ke smlouvě o vykazování a účtování v souvislosti s těmito výkony, proto jsem zahájila začátkem roku 2002 jednání s vedoucími revizními lékaři VOZP a ZP MV ČR v Ústí n. L. Vzhledem k tomu, že problém v těchto ZZP nebyl Sdružením na centrální úrovni projednáván, VOZP oznámila toleranci ve vykazování do konce roku 2001 dle individuálního vykazování se slibem, že nebude zpětně revidováno a vyřazováno i v případě souběžného použití dvou kódů 02110 (tj. á 98 b.) a od ledna 2002 přistupuje na kód 02111 s bodovým ohodnocením 18 bodů stejně jako VZP. ZP MV ČR po zasedání svých regionálních poboček rozhodla, že za období roku 2001 uzná kód souběžného očkování ve výši 3 bodů a vzhledem ke zvýšení kapacity na 36,- Kč tomu tak bude i od ledna 2002.

Ve snaze dosáhnout Ministerstvem financí vyhlášené ceny 1,10 Kč za bod při vykazování lékařských zpráv pro OSSZ, jsem jednala s předsedkyní posudkové komise MPSV pobočky v Ústí n. L. MUDr. Hladíkovou. Naši žádost předala MPSV v Praze a doporučila, abychom se se svou žádostí o navýšení obrátili na ředitele jednotlivých OSSZ.

Současný Výbor byl volen dle starých Stanov na 2 roky, ve Stanovách přijatých Celostátní konferencí v květnu 2000 délka volebního funkčního období pro Regionální výbory není časově vymezena. Úkolem dnešní Regionální konference je vybrat ze dvou možností:

1) Bud prodloužit funkční období stávajícího Výboru o jeden rok nebo

2) provést znovu volbu Regionálního výboru na období jednoho roku, aby jeho funkční období bylo souběžné s obdobím ostatních volených orgánů Sdružení.

V obou případech považuji za důležité dát do usnesení naší Regionální konference návrh Předsednictvu Sdružení předložit tento nedostatek ve Stanovách Celostátní konference. V případě, že Regionální konference zvolí variantu 1) – byl by stávající Výbor čtyřčlenný:

- předseda Roškotová
- současný místopředseda Hronová – RR navrhuje pověřit ji vedením pokladny regionu
- jednatel Johnová
- místopředseda Duřtová – pro kraj Liberecký

V případě přijetí varianty 2) nechť Konference zváží, zda volit Výbor tříčlenný nebo pětičlenný. Doporučuji, abychom tyto otázky společně zodpověděli hlasováním až v úvodní části odpoledního bloku pracovního jednání, abychom měli všichni čas na rozmyšlení po zprávě o činnosti, zprávě pokladníka o finanční situaci regionu, závěrečné zprávě Revizní komise a předložení návrhu rozpočtu. Každopádně je nutno vzít v úvahu, že v současné době rozdělením republiky na Vyšší územně správní celky, má každý kraj svá specifika. To jistě nevylučuje, že nadále činnost Sdružení obou krajů může probíhat pod vedením jednoho Výboru. O navázání kontaktu s vedením obou krajů jsme se pokusili již před loňskou Regionální konferencí. Přislíbená účast hostů se sice neuskutečnila, ale vedení obou krajských úřadů bylo informováno dopisem předsedy SPLDD ČR o existenci naší profesní organizace s nabídkou naší spolupráce v oblasti zdravotní politiky.

Regionální rada navrhla pro tuto spolupráci v Ústeckém kraji – za SVČ SPLDD MUDr. Roškotovou a Kulhánkovou, za OSPDL MUDr. Holého a Šedivou, (oznámeno dopisem předsedovi Zdravotního a sociálního výboru MUDr. Vladimíru Záhorskému) a za kraj Liberecký za SVČ SPLDD MUDr. Martincovou a Alšovou, za OSPDL MUDr. Mindžákovou a Vejvarovou (oznámeno vedoucímu Odboru zdravotnictví Libereckého kraje MUDr. Vladimíru Richtrovi a členu Rady kraje Jiřímu Hromádkovi). Jsme potěšeni, že zástupci krajských úřadů přijali naše pozvání a že je mohu mezi námi přivítat, abychom vyslechli jejich představu o možnostech naší spolupráce.

Revizní komise SVČ regionu se sešla od minulé konference 2x, spolupracovala s pokladníkem za účasti místopředsedkyně Dr. Hronové navržené březnovou RR vedením pokladny regionu za odstoupivší Dr. Sudkovou. Členky RK v čele s předsedkyní MUDr. Suchopárovou se pravidelně zúčastňovaly Regionální rady. Ostatní týkající se pokladnictví a činnosti RK následuje ve zprávách.

Regionální rada zasedala 18. 9. 2001 v hotelu Zlatý hrozen v České Lípě a 12. března 2002 na DS U kapličky v Litoměřicích. Byla informována g projednávaných tématech Předsednictva SPLDD ČR ze dne 27.7., 24. 8., 14. 12. 01 a 2. 3. 02 a zaujala k nim následující stanoviska:

■ 1. Bonifikace PLDD

Potvrdila, že bonifikaci obdrželo přibližně 70 procent členů z okresů SVČ regionu, což



odpovídalo předpokladu VV SPLDD ČR, který nás informoval, že velké aglomerace mají menší šanci získat bonifikaci díky vysoké koncentraci neindukované péče při současném nastavení 4 a 16 Kč, a proto ve 2. pololetí 2001 bod zvýšen na 0,80 Kč.

Regionální rada vítá a podporuje tendence postupného zavádění prvků kvality pro hodnocení praxe, zamýšlené zavádění určitých koeficientů navýšení a zejména ustanovení analytické komise k problematice bonifikace. Za SPLDD SVČ region do komise delegován MUDr. Jan Vojta z Kadaně. Rovněž vítá veřejná jednání některých OP VZP s praxí na tato témata, k čemuž jistě přispěla loňská účast regionálního ředitele VZP a ředitelů některých poboček.

Přesto však kolegové, kteří díky tzv. „drahým pacientům“ se závažnými diagnózami nebo jejichž pacienti si oblíbili turistiku po ordinacích specialistů a zneužívají nedokonalosti současného systému zdravotnictví, se cítí v současném období poškozeni oproti kolegům s menším počtem takto pro ně „rizikových“ pacientů.

■ 2. Očkování

RR vzala na vědomí stanovisko hlavního hygienika výkladu pojmu 12. rok života – odst. 3 § 7 vyhl. č. 439/2000 Sb. a § 23 téže vyhlášky, že v r. 2001 očkování proti virové hepatitidě typu B se týká dětí, které od 1. 1. 2001 vstoupí do 12. roku života, tzn. že jim v průběhu tohoto intervalu bude 12 let.

Díky dobré spolupráci s krajským epidemiologem prim. MUDr. Trmalem přijala jeho ujištění, že počáteční nedostatek očkovacích látek a nerovnoměrná distribuce by se již neměly opakovat, dále že je možné v r. 2001 pokračovat v započatém očkování u ročníku 1988 v důsledku počátečního nesprávného výkladu pojmu „12. rok života“. Proškolení sester z ordinací PLDD o očkování včetně seznámení s jeho technikou proběhlo v rámci regionálního semináře. Kolegové RR vyjádřili zklamání nad informací o neúspěšných jednáních VV SPLDD ČR s ÚP VZP z léta 2001 na téma úhrady nově zavedeného očkování. RR se domnívá, že mnohým problémům s tím spojených se mohlo předejít včasným jednáním VV SPLDD ČR s pojišťovnami, s hlavním hygienikem, že přípravě měla být věnována ze strany SPLDD ČR větší pozornost. O existenci Vyhlášky MZ o očkování proti infekčním nemocem a její platnosti od 1. ledna 2001 byli členové informováni již v 1. čísle VOX Pediatrie v lednu 2001. Neúspěch nelze svádět

na tehdejší nekomunikaci s OSPDL, protože dohodování ekonomických zájmů PLDD je parketou Sdružení. Doporučením VV SPLDD doúčtovat provedená očkování až koncem roku 2001 po slibovaném dojednání podmínek ti, kteří tuto výzvu poctivě uposlechli, dosáhli za provedené výkony zavedením zvláštního kódu s názvem „Očkování s. c., i. m. typ II“ podstatně nižších příjmů (za souběžné očkování 3 b. ve 3. čtvrtletí, 18 bodů ve 4. čtvrtletí) oproti těm kolegům účtujícími při souběhu 2x kódem 02110 za 2x 98 b. nebo rozepisováním očkování do následujících dní.

Předsednictvo SPLDD ČR navrhuje při zásluhy do Sazebníku:

- možnost vykazování dvou parenterálních vakcín
- kombinaci parenterální a perorální vakcíny
- kombinaci očkování současně s preventivní prohlídkou.

Na základě výše uvedených zkušeností, RR SVC SLDD navrhuje Výkonnému výboru, aby zásah do sazebníku v oblasti očkovacích kódů pečlivě zvážil, aby se nestalo, že bude sice navýšen kód souběžného očkování, ale sníží se hodnota kódu samostatného očkování, který je v dětském věku používán častěji a zavedením očkování Engerixem B tak alespoň nepatrně navýšuje příjem PLDD.

Někteří kolegové opakovaně upozorňují na snahy některých rodičů nepodrobit své děti povinným očkováním dle zákona o veřejném zdraví Č. 258/2001.

Diskutována otázka kalmetizace a konstatováno, že v obou krajích u 11-ti letých v současné době probíhá bez obtíží. Buď testování a kalmetizace v ordinaci TRN nebo někde dosud na školách ve spolupráci kalmetizační sestry s rodiči formou dotazníků a jejich písemného souhlasu s provedením očkování. Okresní zástupci RR pověřeni k upozornění pracovníků kalmetizačních oddělení TRN na nutnost dodržování termínu očkování 11-ti letých. Doporučila jsem připomínkovat na regionálním fóru TRN při používání dotazníku pro rodiče rozšířit ho o otázku, zda dítě užívá vakcínu. Znovu projednána otázka kalmetizace na regionálním pneumologickém semináři 15.3. 2002 v Ústí n. L. – za účasti lékařů TRN, krajského epidemiologa a PLDD.

■ 3. Omluvenky

– zmíněno výše. Patřilo to mezi nejžhavější témata uplynulého období a prakticky všechny okresní zástupkyně se opakovaně zúčastnily jednání se Školským úřadem nebo

s jednotlivci z řad učitelů, dokonce i s VZP. Mnohé výhrůžky z různých stran by nás neměly odradit v dodržení jednotného postupu, protože právě tímto způsobem můžeme přispět k vymýcení záškoláctví a přenesení zodpovědnosti tam, kam patří. Vydáním Metodického pokynu problémy omluvenek nekončí.

■ 4. Cenová jednání, platby od pojišťoven, PIS

RR přijala informace o cenových jednáních a rozdílných návrzích výše kapitace – 30,00 Kč/0,90 Kč za bod, 32,00 Kč/1;00 Kč za bod více ve svých příspěvcích poskytnou zástupci VV. Nebyly stížnosti ze stran PLDD na nedodržování cenových ujednání, pokud skluz plateb, pak jen zcela krátkodobý 1 – 3 dny. otázce PIS se setkáváme dosud ve vlastních řadách s neschopností ocenit a vážit si své vlastní práce pod rouškou rábdy sociálního citění.

■ 5. Předávání praxí

Tato otázka sice podrobně probírána na stránkách VOXu, ale dle mínění starších kolegů, kterých se to především týká, jsou návody příliš složité. Znepokojení, komu předat praxi, vyjadřují zejména kolegové z pohraničního okresu Děčín, kam se zájemci o praxi PLDD nehlásí – v diskusi Dr. Kudyn.

■ 6. VOX

Změnil svou tvář a náplň k lepšímu. Regionální rada informována o výzvě redakční rady k zasílání kasuistik členy Sdružení, vzala na vědomí informaci z červencového Předsednictva o nabídce Dr. Haka na užší spolupráci s VOXem při přípravě odborných témat a projektu dalšího vzdělávání formou písemných znalostních testů s možností následné notifikace bodového ohodnocení ČLK ve spolupráci s Výborem OSPDL. Diskutován prodej časopisu VOX nečlenům SPLDD – Regionální rada zaujala negativní stanovisko. RR informována o záměru vydání knihy „Praktická medicína“, v minulosti snad již bylo její zpracování zahájeno, ale následně pozastaveno. V jaké fázi je v současné době a dále o možnosti překladu americké publikace „Ambulantní pediatrie“ – pravděpodobně poinformuje MUDr. Kudyn.

■ 7. OSPDL

Spolupráce v rámci regionu přes červnové změny ve vedení OSPDL výborná, regionální zástupce Dr. Holý se pravidelně zúčastňuje



Regionální rady, spolupráce mezi Sdružením, OSPDL i DK ILF Ústí n. L je založena na dobrých přátelských vztazích – je to o lidech, přístupu a vzájemné úctě, postaveno na poctivé snaze naplnit vytčené ideály Sdružení. O situaci v OSPDL, plánovaných aktivitách a zamýšleném ustavení oboru PLDD nás bude informovat předsedkyně OSPDL MUDr. Cabrnchová.

6. Zástupy v ordinaci PLDD

– návrh na změnu – **tzv. přerušení činnosti ordinace** – do 3 dnů, nad 3 dny, z jiných důvodů než dovolené V jakém stadiu je návrh na navýšení kapacity asi o 3% úhrady nepravdělné péče s následným zrušením vykazování nepravdělné péče v rámci okresu, zda bude řešeno samostatným dodatkem ke smlouvě – podrobněji zástupci VV v diskusi. Někteří kolegové upozorňují, že v rámci jejich dostupnosti jsou paradoxně „trestáni“ regulací pojišťovnou za ty kolegy, kteří svým pacientům nejsou dostatečně k dispozici. Připomínky k návrhům poskytovat recepty zastupovaného lékaře zastupujícímu – okr. Chomutov. – zazní v diskusi.

9. LSPP

V obou krajích tendence organizovat dětskou LSPP převážně na jednom místě v okrese, bez výjezdů a jen do 22 hodin. Podrobněji v přehledu z jednotlivých okresů a v diskusi.

10. Profesionalizace v SPLDD ČR

Jistě správný záměr, ale musí proběhnout vertikálně od Centra k poslednímu výkonnému orgánu, tj. okresnímu zástupci, spolu s finančním ohodnocením. V souvislosti s VÚSC, jak již zmíněno, bude profesionalizace činnosti základem úspěšného řešení zdravotní politiky v krajích.

Celostátní Konference SPLDD ČR v Brně tuto otázku diskutovala, přijala návrh nového finančního řádu. O možných problémech v oblasti financování za činnost ve prospěch Sdružení na regionech zazní ve zprávě regionálního pokladníka a návrhu rozpočtu.

V souvislosti s tím si neodpustím poznámku, což mi nálepka největšího „šťoury“ Sdružení, kterou jsem si za dlouhá léta aktivní činnosti vysloužila, umožňuje, že ve Sdružení nadále přetrvává „duch“ občasné nesprávné komunikace – jednou s OSPDL, podruhé s ČLK, jindy s regionálními předsedy. Pokud se podaří potlačit „ducha peněz, moci a osobních ambicí“, bude opět Sdružení hodnoceno vysokým kreditem, což bude nej-

větším oceněním těm, kteří se o to od začátku jeho existence zasloužili. Jim všem patří náš dík.

Vážení kolegové,

dovolte mi po ukončení zmíněného desatera projednávání problémů závěrem několik osobních připomínek. Většina informací, o kterých jsem ve zprávě hovořila se točila kolem čísel, jako by hlavním zájmem lékaře byl jen zájem ekonomický. Chtěla bych připomenout, abychom nezapomínali, že jsme pro ostatní populaci nositelem jejich naděje a že máme denně možnost při své práci dotýkat se a hladit to nejcennější, co život přináší – děti.

– Nabíjeme se přes všechny naše starosti a strasti, které se nám stejně jako ostatním lidem nevyhýbají. Jejich čistotou, nevinností, bezelstností a lidskostí.

– Važme vždy, jakými slovy je vítáme, budme těmi, kteří pro ně mají první tři slova příjemná, protože pacient a jeho rodiče jsou citliví, zranitelní nebo zranění, smutní nebo depresivní, bezbranní nebo nešťastní a mnohdy jsme pro ně tím poslední, ke kterému se uchylují.

– Chovejme se na úrovni, po níž voláme a mějme pro ty druhé úsměv.

Úsměv

(P. Faber)

- Úsměv nestojí nic a přináší mnoho.
- Obohacuje toho, kdo jej přijímá, aniž by ochuzoval toho, který ho dává.
- Trvá jen chvíličku, ale vzpomínka na něj je někdy věčná.
- Nikdo není tak bohatý, aby se bez něj obešel a nikdo není tak chudý, aby ho nemohl darovat.
- Úsměv přináší štěstí do domu, ve starostech je oporou, je citlivým znakem přátelství.
- V únavě přináší odpočinek, ve znechucení a ve smutku je potěchou a pro každou bolest je přirozeným lékem.
- Je dobré, že si ho není možné koupit ani půjčit, protože má hodnotu chvíle, kdy se dává.
- A kdybys někoho potkal a on neměl pro tebe úsměv, i když na něj čekáš, buď velkodušný a obleč ho svým úsměvem ty, protože nikdo tak nepotřebuje úsměv jako ten, kdo ho nemá pro druhé.

Zápis z jednání analytické komise SPLDD ČR

Konané dne 23.5.2002–06–08

Prezence:

Holdšvendová, Růžička, Jirkovský, Vitouš, Neugebauer

Omluveni:

Krbušek, Vojta, Hesoun

1. Problematika programu VZP k analýze dat

■ Nutno doplnit o možnost třídění léků do ATC skupin, nejlépe již od II. pololetí 2001

■ Písemně bude VZP vyzvána k předání nových dat

2. Bonifikace VZP

■ Vyplacení bonifikací za II. pololetí bylo přislíbeno vedením VZP v červnu, a to současně okresní a republikové

■ Předány návrhy sestav pro II. pololetí 2002 – event. další připomínky do příští komise, rámcově probráno

■ Diskutovány další možná kritéria kvality – přístrojové vybavení, preventivní programy na určité období a danou lokalitu

3. Šetření nákladovosti ordinací PLDD

■ Dokončuje se vyhodnocení proběhlé akce, prezentace byla na Sněmu

■ Diskutovány změny v dotazníku, případně formě pro příští období

■ Výsledky šetření jsou alarmující, budou otisknuty

4. Audit ordinace PLDD

■ Snaha stanovit a provádět procesy monitorování, měření, analýzy nezbytné pro zjištění úrovně poskytované péče, pro zvyšování úrovně, vše za použití vhodných metod (příp. i statistických)

■ Vyjít z dostupného materiálu k normě ISO 9001?

5. Očkování

■ Diskutovány možnosti zohlednění efektivity proočkovanosti populace v systému bonifikací PL

■ Zatím není jednoznačný způsob – do příště úkol pro všechny

6. Příští schůzka pracovní komise – 25.6. v 17:30 hod

Zapsal: dr. Neugebauer



Bez pediatriů?

Promiňte, ale nedovedu si to bez nich představit. Mohu srovnávat péči o děti v Rakousku a v České republice. A abych pravdu řekla, tak jsem ráda, že je u nás máme! Já nechci sedávat s miminkem v jedné čekárně s nemocnými dospělými lidmi kašlajícími do vzduchu různé viry a čekat, než přijdu na řadu. I když mají děti v těchto ordinacích přednost, přesto jsou v čekárně dost dlouho na to, aby něco chytly.

Kromě toho trvá u těchto lékařů všechno třikrát déle. Protože se musí přece podívat jaké dávkování nějakého léku mají vůbec předepsat, nemluvě o celkovém chladném přístupu k dětem.

A očkování? Přijdeš - přijdeš. Nepřijdeš - nechod'. Matky si musí všechno hlídat, a tak není divu, že je očkováno tak malé procento dětí. Vždy jsem se divila, proč jezdí tolik dvou až tříletých dětí v kočárkách. Dětská obrna - to není dobrý začátek. Také v porodnicích se neočkuje proti TBC jako u nás. Když potom jdete se svým dítětem na kontrolu s kyčlemi k ortopedovi, kde to jede jako na páse, a který vám udělá pouze ultrazvuk, abyste se dozvěděl, že výsledek přijde k praktickému lékaři až za tři týdny a ten vám oznámí, že tomu příliš nerozumí....měla jsem dost!

Začala jsem chodit k pediatrovi u nás a jsem velice ráda, že máme tak dobrý systém, co se dětské péče týče. A povinné očkování? Na očkování dostávám pozvánky, i přístup je jiný (vřelejší).

Když jsem se dozvěděla, že se mají pediatri rušit a zavést se to jako např. v Rakousku, tak mě se to jako horko. To už můžete zrušit i jiné specializované obory, jako např. oční, kožní, ORL...., a nechat vše na praktickém lékaři.

Myslím si, že každý lékařský obor je důležitý a v každém se musíme neustále učit, když jde medicína tak strašně dopředu. A zvláště u dětí se musí dávat pozor, vždyť je to naše budoucnost.

Alespoň takto to všechno vidím já, a tak prosím za všechny maminky - ponechte nám naše pediatri, ať můžeme klidně spát!

17.5.2002

Myslivečková Ilona
(dříve Rakousko, nyní Valtice)

Usnesení Sněmu okresních zástupců, Předsednictva a Výboru SPLDD ČR ze dne 19.5.2002

I. Sněm vzal na vědomí

- zprávu o regulacích a bonifikacích v úhradovém systému zdravotního pojištění a v souvislosti s tím doporučuje všem členům, aby v případě pochybností o správnosti vždy vyžadovali od zdravotních pojišťoven písemný přehled sestav nákladů, ze kterých byly výpočty provedeny

- zprávu analytické pracovní skupiny SPLDD ČR o nákladovosti praxí PLDD a doporučuje pokračovat v dalším šetření tak, aby získané podklady mohly být argumentačně využity volenými zástupci při jednáních se zdravotními pojišťovnami, Ministerstvem zdravotnictví ČR a ostatními orgány státní správy (Správa sociálního zabezpečení, Okresní a Krajské úřady, Policie ČR, Soudy apod.)

- zprávu MUDr. Milana Kudyna o výsledcích jednání v souvislosti s předáváním praxí a doporučuje všem členům, kteří předpokládají převod praxe v horizontu tří let, aby se přihlásili písemně u MUDr. Milana Kudyna, který je vázán mlčenlivostí o získaných skutečnostech, aby mohla být zahájena konkrétní jednání k zařazení do „Projektu generační výměny lékařů ordinací PLDD“

- informaci o výsledcích jednání k možnosti zavedení vyšetření CRP v ordinacích PLDD a doporučuje zapojení lékařů již používajících tuto metodu do pilotního projektu ve spolupráci s VZP v období II. pololetí roku 2002

II. Sněm projednal

- problematiku LSPP a doporučuje na všech jednáních prosazovat následující zásady:

- oddělení LSPP od přednemocniční neodkladné péče (odbornost urgentní medicíny)
- zřízení jedné dětské LSPP na území přibližně

současných okresů

- oddělení LSPP pro děti (odbornost 002) a pro dospělé (odbornost 001)
- ordinace LSPP jako nevýjezdni ordinace, tj. bez návštěvní služby
- prosazovat důstojné ohodnocení této činnosti odpovídající profesi lékaře

III. Sněm žádá

- Předsednictvo SPLDD ČR, aby při své činnosti vycházelo i z usnesení, závěrů a návrhů regionálních rad a konferencí

- Výkonový výbor SPLDD ČR, aby řešil ekonomickou kompenzaci ztráty vzniklé vydáním novely Seznamu výkonů ve vztahu k očkování

IV. Sněm zaujal stanovisko k problematice zřízení samostatného oboru PLDD

a vyjádřil ho ve svém Prohlášení, které bylo jednohlasně schváleno a je přílohou tohoto usnesení

V. Účastníci Sněmu se důrazně ohra- zuji

proti způsobu, jakým byli mediálně napadeni čelní volení zástupci SPLDD ČR prezidentem ČLK a jednohlasně podporují prohlášení vydané Výkonovým výborem SPLDD ČR k problematice povinného členství v ČLK.

V Brandýse nad Labem dne 19.5.2002

Zapsal:

MUDr. Pavel Neugebauer

Za návrhovou komisi ověřila:

MUDr. Olina Roškotová

Prohlášení

My, účastníci Sněmu okresních zástupců Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost sdružujících členskou základnu 1960 praktických dětských lékařů poskytujících primární léčebně preventivní péči o dítě a dorost v České republice, jednomyslně podporujeme návrh Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP na ustavení základního oboru „Všeobecný (praktický) lékař pro děti a dorost“.

Domníváme se, že po zrušení Fakulty dětského lékařství UK je zřízení tohoto nového základního oboru nezbytnou podmínkou zachování dosavadní vysoké odborné úrovně primární péče o dítě v ČR.

Vznik samostatného oboru PLDD je také nezbytnou podmínkou pro další rozvoj odborných kompetencí PLDD.

V Brandýse nad Labem dne 19.5.2002

Pozn. Prohlášení bylo zveřejněno ve VOX PEDIATRIAE 5/2002.



Jednání zástupců Asociace klinických logopedů ČR se zástupci SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP

ze dne 10.4.2002.

Přítomni:

za AKL ČR:

PaedDr. Marcela Michaličková - místopředseda AKL ČR

PaedDr. Eva Škodová

za OS praktických dětských lékařů:

MUDr. Milan Kudyn

MUDr. Hana Cabrnachová

za Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Soukup

Téma:

Dohoda – regulace a její dopady na praktické lékaře 1) Do péče klinickému logopedovi by měl dítě předat praktik (příp. specialista) – tiskopis K – 06.

Podle AKL ČR tento doklad zůstává v kartě pacienta, jako materiál pro revizního lékaře, klinický logoped jej neposílá k vyúčtování pojišťovně.

- Dr. Cabrnachová podporuje regulace pojišťovnami.
- Dr. Cabrnachová - při indukované péči je nutné hledět na náklady: kvalitnější lékaři by měli být bonifikováni, nekvalitní sankcionováni.
- Dr. Škodová a Dr. Michaličková se snaží přítomné uvést do obrazu stran kvalifikačních předpokladů pro povolání klinického logopeda. Informace lékařům o typech pregraduálního a postgraduálního studia klinických logopedů.

Celé jednání (reakce pediatriů na logoped v terénu) je zaviněno spíše nedorozuměním a systémovou chybou – vysvětlení AKL: kliničtí logopedi na žádost revizních lékařů psali při první návštěvě dítěte na logopedii – IČZ lékaře. Bylo řečeno, že je sledována návaznost pediatra na další odborníky. Nebylo řečeno nic o nákladech pro pediatri. Při revizích u kl. logopedů se objevilo toto nedorozumění. Po jednání s MUDr. Pěchoučkou z ústředí VZP byl zaslán dopis všem členům AKL ČR dne 2.5.2001 tohoto znění:

a) první návštěvu Komplexní vyšetření – výkon 72011, účtujte pod svým IČZ jako ostatní výkon.

b) v případě, že Vám pošle lékař pacienta jen k posouzení (konzilium) a pacienta nepřebíráte do trvalé péče, musíte uvést IČZ lékaře, který Vám pacienta poslal. AKL ČR neručí za pobočky VZP, které stále vyžadují IČZ lékaře při první návštěvě lékaře a za své nechápající členy. Dr. Cabrnachová: neexistuje indukovaná péče v návaznosti na ambulantní specialisty (???)

05 – nepravdivá péče (konzilium)

06 – indukovaná péče

01 – trvalá péče (více než dvě kontroly – žádost o převzetí do péče)

■ Dr. Soukup vznesl dotaz: kdo má jaké kompetence a pravomoce? (školská x klinická logopedie)

vysvětleno: AKL ČR nemá kompetence na školské logopedie. Většinou v MŠ dělají logopedickou péči učitelky s kurzem v rámci své pracovní činnosti, nebo ji provádí školský logoped na základě živnosti – „Poradenská činnost v oblasti společenských věd a rozvoje osobnosti“ §114 – výchova a mimoškolní vzdělávání. Kl. logoped je ze zákona zdravotnický pracovník s VŠ vzděláním a atestací a nese právní zodpovědnost za svá rozhodnutí. Školský logoped nenese žádnou právní odpovědnost. Klinická logopedie ve zdravotnictví není podle zákona živností.

■ Dr. Kudyn: dotaz, kde lze hledat klinické logopedie (aby pediatr neposílal pacienty log.školským) – poskytnut kontakt na adresář českých klin. logopedů (www-akl-cr.cz/pece)

■ Ujistění lékařům, že AKL ČR preferuje týmovou spolupráci a v tomto směru své členy vede.

■ Stížnosti pediatriů na to, že pošlou-li klin. logopedovi do péče pacienta, jen málokdy dostanou zpět zprávu o stavu pacienta, příp. potvrzení správnosti určené dg. při převzetí do péče.

■ Kliničtí logopedi by měli posílat zprávu tomu lékaři, který jim dítě do péče poslal. (vzájemná spolupráce a zpětná vazba)

■ Stížnosti pediatriů na to, že někteří klin. logopedi provádí ve školách nábor klientely a naprostá většina školských logopedů (uč. MŠ) provádí ve školách úpravu výslovnosti – obojí bez vědomí nejen pediatriů, ale i rodičů! Porušují bioetickou konvenci – hrubé zasahování do rodičovských práv. Jen rodič má konečné právo rozhodnout, zda a do jaké péče chce své dítě svěřit.

■ Členy vedení AKL ČR byla přislíbena informace všem členům AKL ČR o nepřípustnosti takového jednání.

■ Kliničtí logopedi by neměli chtít doporučení log. péče od pediatra zpětně, ale vždy při zahájení péče.

■ Obě strany (pediatri i logopedi) si ohlížejí podobné aktivity ve svých odbornostech a podobné jednání svých členů se budou snažit omezit na maximum (ze strany klin. logopedů lékařům potvrzeno, že o podobných nešvarech víme – jedná se většinou o kolegy, kteří mají malou klientelu a ve školách se snaží nabrat klientelu novou).

■ Lékaři žádají o poskytnutí alespoň základního vodítka pro ordinaci logopedické péče podle věku (pro preventivní prohlídky). Kriteria log. péče poskytne kompletně emailem Dr. Michaličková.

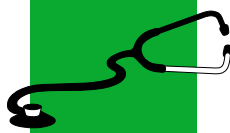
■ Po vzájemném vysvětlení (představení oboru, jeho metod, ohodnocení jednotlivých výkonů) zástupci pediatriů usoudili, že je obor klinická logopedie vlastně vůbec neohrožuje – v tomto směru budou své kolegy informovat.

■ Proběhla vzájemná výměna kontaktů – adresy webových stránek a elektronické pošty.

Zapsala:

Dr. Škodová

Foniatrická klinika v Praze



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 15.5.2002

Přítomni:

MUDr. Cabrnchová, MUDr. Liška, MUDr. Marek, MUDr. Krejčík, MUDr. Růžicková, MUDr. T. Soukup, MUDr. Procházka, za revizní komisi MUDr. Kolářová

1) Výbor OSPDL volbami doplněn o dva řádné členy – MUDr. Růžicková a MUDr. Procházka. Výbor si zvolil svého místopředsedu, stává se jím MUDr. Marek.

2) Konference odsouhlasila navržené kontaktní osoby pro odbornost PLDD v jednotlivých krajích, spolu se zástupci profesní SPLDD budou znovu oznámeni jednotlivým krajským zastupitelům. Aktuální bude problematika plnění závěrů projektu „Zdraví do 21. stol.“ Zvolen nový regionální zástupce pro JM region – MUDr. Derner.

3) Vyhodnocení konference v Luhačovicích, bohatá účast PLDD, přednášky budou zveřejněny ve VOXu. Závěrečné vyúčtování s pozitivní bilancí, přednášející budou proplaceni dodatečně.

4) Proběhla schůzka s Katedrou pediatrie IPVZ (doc. Novák, MUDr. Seifertová, MUDr. Karger), výsledkem je domluva o rozeslání společného oslovujícího dopisu pro všechny zájemce o školitele tak, aby po navrácení vyplněného dotazníku mohl být každý ze zájemců oblesán pozvánkou na podzimní setkání školitelů plánované na Javorníku v termínu 20–22.9.2002. Program připraví Katedra pediatrie, do konce června proběhne ještě společná schůzka nad programem a rozpočtem školitelů.

5) Výbor úkolován revizní komisí k provedení inventury majetku, odloženo na další výbor vzhledem ke stěhování kanceláře. Výbor s ohledem na dobrou finanční situaci schvaluje nákup dataprojektoru, výběrem pověřil Dr. Cabrnchovou.

6) Dr. Liška informuje o přípravě Pediatrického kongresu v Teplicích. Dva panely PLDD budou 5.9.2002 odpoledne. Další členové výboru se účastní i jiných panelů (Dr. Cabrnchová, Dr. Liška, Dr. Procházka).

7) Informace z jednání výboru ČPS podala Dr. Cabrnchová. Výbor ČPS požádán

o stanovisko k časnému propuštění novorozenců, k termínu provádění screeningů. Současně opět diskutována problematika fluorizace u dětí, společná snaha o centrální doporučení jak dál s fluoridací u dětí. Panuje neshoda v případě zdravotního a očkovacího průkazu. Výbor ČPS trvá na tom, aby obsahoval edukativní materiály blíže nespecifikovaného rozsahu a percentilové grafy. Výbor OSPDL se domnívá, že percentilový graf by měl zůstat i nadále platnou součástí zdravotní dokumentace, nikoliv jako nezbytná součást ZOP.

8) Diskutována problematika kalmetizace z pohledu termínu provádění, techniky a místa provedení, na MZČR jsme iniciovali schůzku na toto téma s dalšími odborníky. Nutné i technické sladění v 11 letech.

9) MUDr. Cabrnchová a MUDr. Marek zastupují OSPDL při jednání s VZP stran úhrady výkonu CRP. Zatím pouze studie pro omezený počet stávajících vlastníků přístroje. VZP začne účastníkům studie hradit tento výkon od 1.7.2002.

10) Informace o proběhlých akcích – tisková konference na MZ na téma očkování, mediální aktivity v rámci týdne mediální podpory očkování. Dále probíhají očkovací kurzy, další dva termíny na podzim v Praze a v Brně. Informace z regionálních vzdělávacích akcí.

11) Na příští výbor pověřen MUDr. Liška zkontaktovat regionální zástupce a zajistit podklady pro přípravu páteřních akcí na rok 2003 (témata, místa, termíny).

12) Plánované akce – WONCA, UNEPSA, republikový sněm SPLDD, konference o právech dítěte v Třeboni.

13) Přijetí nových členů: MUDr. A. Koroušová, MUDr. A. Povolná, MUDr. M. Cihlová, MUDr. J. Soukup, MUDr. L. Plocková, MUDr. M. Zahradníková

Zapsala:
MUDr. Cabrnchová
Ověřil:
MUDr. Liška

Logopedie

PaedDr. Marcela Michaličková

Místopředseda AKL ČR

Vzdělání pro výkon logopedické péče je stanoveno zákonem č. 548/Sb.1991, vyhl.77/Sb. z roku 1981:

– je absolventem VŠ se státní zkouškou z logopedie a surdopedie

– od nástupu v resortu zdravotnictví absoljuje dle vyhl. 77 par. 19 průpravu pro výkon ve zdravotnictví. Následuje pak specializační příprava dle par. 45 též vyhl., jež je zakončena (tři roky) atestační zkouškou na ILF – subkatedry foniatry, audiologie, a klin. logopedie.

Po dobu specializační přípravy pracuje a odborně je logoped veden odborným garantem – klinickým logopedem s nejméně sedmiletou praxí. Absoluje stáže na akreditovaných pracovištích.

Je povinen účastnit se na odborných kurzech a stážích předepsanými AKL ČR.

Po atestačním řízení stává se klinickým logopedem.

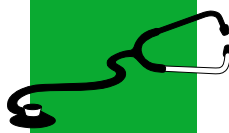
Dále je **povinen se vzdělávat** dle zákona č.548/Sb. par. 57–58. Pro NZZ, nemá-li 5 let praxe, musí mít odborný zástup klinického logopeda s 10 ti letou praxí. Výběrové řízení pro NZZ probíhá dle zákona č.160 Sb./92, č.48 Sb./97 par. 46 – 48 atd.

Kliničtí logopedi v NZZ mají své logopedické ambulance umístěny:

- na poliklinikách
- v obecních a veřejných objektech – jako jsou školy
- v soukromých objektech
- a také ve vlastních domech.

V okresech s rozsáhlým územím (týká se to hlavně pohraničních okresů) mají kliničtí logopedi elokovaná pracoviště v obcích umístěné stejným způsobem. V registraci Obecních úřadů a ve smlouvách se ZP jsou tato pracoviště uvedena. Podobně je to u lékařů v takových oblastech. Jejich ustavení podléhá opět zákonným podmínkám dle zákona č.160 Sb./92 a zákona č.48 Sb./97.

Náplní práce klinického logopeda je poskytovat kvalitní reedukační a rehabilitační péči osobám se všemi typy poruch komunikace. Má sledovat stav a rozvoj komunikačních schopností hlavně u dětí. Prevence by se měla zaměřit na poruchy vývoje.



Soustavná systematická logopedická terapie trvá nejméně dva roky, aby se odstranily následky vývojových poruch (důsledky rizikových těhotenství a rizikové porody, závažná onemocnění v dětském věku).

Po této době jsou pacienti ukončení a již kl. logopeda nenavštěvují. V péči zůstávají pouze pacienti s těžkou kóktavostí, dysfázií, s dysartrií a sluchově postižení.

■ Vývoj řeči v předškolním věku

2 – 2,5, let

dítě začíná pozvolna ohýbat slova, vnímá a diferencuje distinktivní znaky některých foném z hlediska znělosti (b – p), způsobu artikulace (k – o) a místa artikulace (f – g). Upřednostňuje už verbální formu komunikace, na konci tohoto období začíná tvořit víceslovné věty, při komunikačním neúspěchu frustrované (když mu není rozumět, nebo rodina nemá čas s ním komunikovat).

2,5 – 3 rok

dokáže už říci své jméno a příjmení, chápe pojmy – já – moje, rozdíl (malý – velký), ovládá výslovnost přibližně 2/3 samostatných hlásek, dokáže pochopit svoji úlohu komunikačního pacienta a reagovat v ní specificky podle konkrétní situace, chápe pojmenování časových pojmů (den – noc), pozná přibližně 1000 slov.

3 – 3,5 rok

dítě dokáže říct jména svých sourozenců, výrazný kvalitativní pokrok = chápání obsahu slov, tvorba tzv. vyšších pojmů je často spojena s tzv. fyziologickými těžkostmi v řeči, druhý věk otázek (proč, kdy), tvorba souvětí.

3,5 – 4 rok

markantní zkvalitnění morfologicko – syntaktické jazykové roviny: na konci tohoto období se už většinou nevyskytují nápadné dysgramatismy, větší suverénnější antonym (rozdíly); reprodukce krátké básničky, ovládání už 80% samostatných konsonantů, schopnost nejen navázat konverzaci, ale ji i udržet.

4 – 5 rok

verbální projevy by měly být z gramatického hlediska správné, přesná identifikace barev, ovládání cca 1500 – 2000 slov, pro foneticko – fonologickou rovinu je charakteristické přetrvávání nesprávné výslovnosti tzv. těžkých hlásek, v řeči se už vyskytují všechny slovní druhy.

5 – 6 rok

verbální projev se ve všech jazykových rovinách už více přibližuje řeči dospělých, dítě dokáže přijatelně vysvětlit, na co se používají rozličné předměty denní potřeby, správné a ve správném pořadí realizuje dlouhé a komplikované příkazy,

rozpráví souvisle a spontánně o rozličných událostech, reprodukuje poměrně dlouhou větu, výslovnost by měla být správná, může však jít ještě o tzv. prodlouženou fyziologickou dyslálii, koncem předškolního věku pozná cca 2500 – 3000 slov.

Po 6. roku

verbální projev obsahově i zvukově odpovídá požadavkům běžné konverzační řeči, v dalším věku permanentně zkvalitňuje – stylistické stránky řečových projevů, zlepšování sémantické a pragmatické roviny jazyka, větší a častá schopnost komunikovat (dítě ví co se patří) osvojení prozodických nuancí jazyka, rozvoj regulační funkce řeči, správné chování ve složitých situacích, osvojování grafické podoby řeči (čtení, psaní) cizí jazyk.

■ Vývojové poruchy

1) Vývojová neplýnulost (kóktavost)

Prof. V. Lechta – je přirozené, že v řeči dětí ve věku 2 – 4 let se vyskytují určité řečové neplýnulosti, které jsou velmi podobné příznakům kóktavosti. Většinou jsou způsobeny zejména prudkým nárůstem slovní zásoby, gramatickou stavbu řeči, osobnostním i artikulačním vývojem dítěte.

– O vývojové neplýnulosti můžeme hovořit, jakmile se u dítěte předškolního věku vyskytuje fyziologické neplýnulosti (**opakování, opravy, zrychlené tempo, případně vsuvky, narušené dýchání**).

– Obvykle ne déle než 3 měsíce – i přesto, že nejsou orgánově nebo geneticky podmíněné, že prostředí dítěte není neurotizující nebo nejde o narušený vývoj řeči. Dr. Klentová

2) OVŘ – opožděný vývoj řeči

Pokud ve 3 letech dítě nemluví nebo mluví méně než ostatní děti v tomto věku, jde o OVŘ. Musí se vyloučit: sluch, vada zraku, zrakové vnímání může být také příčinou OVŘ, porucha intelektu, autismus, autistické rysy, vady mluvidel, rozštěpy vedou k OVŘ, akustickou dysgnozií (neschopnost pamatovat si slova a rozumět jim) – centrální porucha nervové soustavy.

Dr. Klentová

3) Vývojová dyfázie

Řadíme ji k centrálním vadám řeči Příčiny dyfázie:

- a) funkcionální – vyplývají z nedostatku společenského prostředí
- b) organické – podmíněné nevyzrálostí centrální nervové soustavy, častou příčinou je i LMD

Projevuje se:

- 1) buď jako neschopnost rozeznávat slyšené výrazy a chápat obsah slyšených slov (dítě slyší, ale nerozezná)

2) nebo jako nedostatek řečového projevu při dobrém chápání a porozumění slyšené řeči.

Nemluvnost může být **úplná** (dítě nezačalo mluvit vůbec, nebo částečná (řeč se vyvíjí opožděně a pomaleji jak u jiných dětí, případně ustrne na některém nižším stadiu vývoje).

Protože příčiny dyfázie mohou být různé a mohou se navzájem kombinovat je nutné komplexní lékařské vyšetření (neurologie, psychologie) a dlouhodobé logopedické pozorování.

Úprava vývojové dyfázie je zdlouhavá a vyžaduje logopedickou péči, opírající se o principy ontogenetického vývoje řeči a všeobecné platné pedagogické zásady. Závažnost této poruchy komunikační schopnosti závisí na rozsahu poškození mozkových funkcí.

Dr. Klentová, Prof. Sovák

4) Poruchy artikulace

Nejrozšířenější poruchou řeči u dětí

Při dyslálii rozlišujeme:

- nesprávnou výslovnost
- vadnou výslovnost, která má výrazné patologický charakter již od počátku jejího vývoje

Příčiny dyslálie:

- nesprávný řečový vzor
- poruchy sluchu
- poruchy fonemického sluchu (nedostatečná schopnost analyzovat a diferencovat jednotlivé hlásky)
- nedostatek citů
- poruchy v centrálním nervovém systému (LMD)
- motorická neobratnost
- anomálie řečových orgánů (př. defekty chrupu, přirostlá uzdička...)
- nesprávný postoj prostředí k mluvenému projevu dítěte (neustálé napomínání, výsměch...)

5) Poruchy hlasu v dětském věku

- hlavním příznakem dysfónie je chraptivý drsný hlas (nedětský)

■ Závěr:

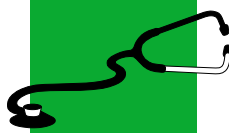
Artikulace a mluva se zvládají ve 4 letech.

Základní syntaktická výstavba elementární věty musí existovat ve věku 4,5 roku.

■ Kdy je nejvhodnější dítě doporučit do logopedické péče, aby nevznikly bariéry v řečovém rozvoji dítěte:

Ve 3. roce:

Netvoří jednoduché věty, dorozumívá se jednoduše – ukazováním – citoslovci – brm, brm, tu, atd. Vyšetřením se zjistí jakého původu je zpožděný vývoj řeči



Ve 3. – 3,5 roce:

Tvoří jednoduché věty, ale netvoří hlásku K a zaměňuje ji za T, hlásku L zaměňuje za J, nebo ho tvoří pomocí rtů, hlásku Ch zaměňuje za H hlásku, V zaměňuje za F, hlásku TDN tvoří vysouváním hrotu jazyka mezi zoubky, dvojhlásku OU zaměňuje za O hlásku, A zaměňuje za E

Ve 4. roce:

Bě, pě, mě, vě zaměňuje za be, pe me, ve Ď, Ť, Ň zaměňuje za D, T, N

V 5. – 5,5 roce:

Vadně tvoří Č, Š, Ž, C, S, Z, R, Ř

Logopedická péče dětí s rozštěpem patra je účinná, je-li prováděna už v předoperačním období.

Logopedická péče dětí se sluchovou vadou je nutná ihned po zjištění vady.

Logopedická péče dětí s koktavostí je nutná ihned při prvních řečových projevech.

Logopedická péče dětí po DMO je nutná už v prvním roce věku, aby byly navozeny základy pro tvoření řeči.

Logopedická péče dětí s problematickým zdravotním vývojem během těhotenství, porodu a do 1. roku je nutné zahájení logopedické péče po 2. roce.

■ Poruchy řeči podle mezinárodní klasifikace

F 800 – Specifická porucha artikulace řeči

Diagnostická vodítka:

a) **Normální vývoj:** do věku 4 let chyby v mluvené řeči běžné, ale cizí lidé mohou snadno rozumět. Kolem 6 – 7 let umí dítě většinou používat mluvených výrazů. Mohou mít potíže s určitými kombinacemi výrazů, které by neměly vyústit do problémů při komunikaci. Kolem 11 – 12 let by mělo dítě umět téměř všechna mluvená slova.

b) **Abnormální vývoj:** nastává, když je řeč dítěte opožděná (a nebo) deviantní, což vede k vadné artikulaci, k vynechávání, komolení nebo nahrazování mluvených zvuků, k nedůslednosti v souhře zvuků, (tj. umí vytvořit fonémy v některých slovech správně a v jiných nesprávně). Řeč dítěte se pro ostatní stává obtížně srozumitelnou.

Tato Dg. OVŘ by se měla stanovovat pouze, když porucha artikulace je natolik vážná, že přesahuje normální odchylky pro mentální věk dítěte, nonverbální artikulaci nelze přičíst senzomotorické, strukturální nebo neurologické anomálii, špatná výslovnost je jasně abnormální v kontextu s hovorovou mluvou ve společenském prostředí dítěte.

Zahrnuje:

- vývojovou poruchu artikulace

- vývojovou fonologickou poruchu dyslálií

- funkční poruchu artikulace

- opakování jedné hlásky

Vylučuje:

- poruchu artikulace v důsledku afázie, apraxie, dysfázie,
- rozštěp patra, ztráta sluchu, mentální retardaci

F 801 – Expresivní porucha řeči – DYSFÁZIE

Je schopnost dítěte užívat expresivní mluvený jazyk, který je ale pod úrovní odpovídající jeho mentálnímu věku, ale chápání řeči je v mezích normy. Mohou, ale nemusí být anomálie v artikulaci.

Diagnostická vodítka:

jestliže dítě kolem dvou let neumí jednotlivá slova (či aproximující slova) a kolem věku 3 let neumí vytvořit větu o dvou slovech. Pozdější potíže zahrnují omezenou slovní zásobu, přehnané užívání malého souboru běžných slov, nesnáze při volbě vhodných slov, nebo substituci slov, stručné vyjadřování, nezralou skladbu vět, chyby ve větné skladbě, zvláště vynechávání koncovek slov nebo předpon. Nesprávné užívání nebo neužívání mluvnických tvarů jako jsou předložky, zájmena, časování slovesa skloňování podstatných jmen. Věty nejsou plynulé a bývá obtížné vyprávět minulé události ve správném sledu. Často je narušení mluveného jazyka doprovázeno opožděným nebo abnormálním tvořením slova – zvuku.

Schopnost sociálně komunikovat i beze slov by měla být nepoškozena. Není však obvyklé, že po zdánlivě normálním užívání několika jednotlivých slov dojde k regresi nedochází k dalšímu pokroku.

Zahrnuje:

- vývojovou dysfázii nebo afázii, expresivní typ

Vylučuje:

- získanou afázii s epilepsií
- vývojovou dysfázii nebo afázii – receptivní typ (F 802)
- dysfázii a afázii (R 470)
- elektivní mutismus (F 940)
- mentální retardaci (F 70 – F 79)

F 802 – Receptivní porucha řeči

Při které je chápání řeči u dítěte pod úrovní jeho mentálního věku. Téměř ve všech případech je také zřetelně postižená expresivní řeč a obvykle se vyskytují abnormality při tvoření mluveného slova.

Diagnostická vodítka:

Za signifikantní znaky zpoždění by se měla pokládat neschopnost reagovat na běžná slova kolem prvních narozenin (za nepřítomnosti nonverbálních pokynů), neschopnost určit alespoň

několik běžných předmětů kolem 18 měsíců věku, nebo neschopnost porozumět jednoduchým běžným instrukcím kolem 2 let. Pozdější obtíže zahrnují neschopnost chápat jemnější aspekty řeči, (tón hlasu, pohyby při řeči).

Je vážně i opožděn vývoj expresivní řeči a běžně se vyskytují abnormality v produkci mluveného slova. Ze všech různých specifických poruch řeči je tato nejčastěji spojena se socio. – emocionálně – behaviorální poruchou. Tyto poruchy nemají specifickou formu, avšak poměrně častá je hyperaktivita a nepozornost sociální neobratnost a izolace od vrstevníků, úzkost, zvýšená citlivost a přílišná plachost.

Děti s nejtěžšími formami narušeného chápání řeči mohou být časově opožděné ve svém sociálním vývoji, mohou opakovat slova, kterými nerozumí a mohou mít omezené zájmy. Od autistických dětí se však liší tím, že obvykle projevují normální sociální vzájemnost, normálně přijímají utěšování rodičů, téměř normálně užívají gest a jejich neverbální komunikace je jen mírně narušena. Není neobvyklý určitý stupeň porušeného vnímání vysokých tónů, stupeň poruchy sluchu nestačí k tomu, aby vysvětlil narušení řeči.

Zahrnuje:

- vrozenou neschopnost vnímat sluchem
- vývojovou afázii, dysfázii – receptivní typ
- vývojovou afázii Wernického
- slovní hluchotu

Vylučuje:

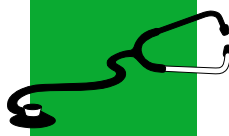
- získanou afázii s epilepsií
- autismus (F 84.0, F 84.1)
- dysfázii a afázii (R 470 nebo F 801 – expresivní)
- elektivní mutismus F 940
- sluch, mentální retardaci

Specifická porucha motorické funkce

Je to porucha, jejímž hlavním rysem je vážné postižení vývoje pohybové koordinace.

Diagnostická vodítka:

Potíže s koordinací by neměly být již od raného vývoje dítěte. Vývojové mezníky pohybu mohou být opožděny a mohou se vyskytovat poruchy řeči – především artikulace. Malé dítě může být celkově neobratné – pomalu se učí běhat, skákat, chodit do schodů a ze schodů. Obtížně se bude učit zavazovat tkaničky, zapínat a rozepínat knoflíky, házet a chytat míč. Má sklon pouštět věci, zakopávat, narážet do překážek má špatný rukopis. Obvykle je i chabá schopnost kreslit. Nejdou skládačky, konstrukční hračky při stavbě modelů, chápání map. U některých dětí jsou problémy i v chování. V anamnéze bývá často – nízká porod-



ní váha nebo předčasný porod.

Zahrnuje:

- syndrom neobratného dítěte
- vývojovou poruchu koordinace
- vývojovou dyspraxii

Vylučuje:

- abnormalitu chůze a pohyblivost (R 26)
- nedostatečnou koordinaci (R 27) v důsledku mentální retardace
- nervovou poruchu

Specifické poruchy učení

Důležité zjistit: závažnost, průběh, klinický obraz, přidružené problémy.

1) Užitečným ukazatelem je průběh. Jestliže běžný stupeň postižení je mírný, ale v anamnéze byl těžký stupeň postižení, je pravděpodobné, že jde o pozůstatky významné poruchy, než jen normální odchylka. Pozornost by se měla věnovat způsobu řeči a fungování jazyka. Jestliže není způsob normální je pravděpodobnost klinicky významná porucha.

2) Při určování dg. Je potřeba diferencovat mentální retardaci nebo globální zpoždění ve vývoji. Protože inteligence zahrnuje i verbální schopnosti, je pravděpodobné, že jestliže IQ dítěte je podstatně pod průměrem, bude vývoj jeho řeči také o něco pod průměrem. Diagnóza specifické vývojové poruchy znamená, že specifické zpoždění signifikantně zaostává za všeobecnou úrovní kognitivních funkcí. U mentální retardace je obvyklý nerovnoměrný typ intelektuální výkonnosti. Obzvláště stupeň postižení řeči je závažnější, než retardace v nonverbálních dovednostech.

3) Třetí potíž se týká odlišení poruchy v důsledku těžké nedoslýchavosti nebo některých neurologických abnormalit.

Speciální pracoviště v nemocnici MOTOL

Na logopedii na Klinice dětské rehabilitace jsou doporučovány děti pediatrii nebo příslušnými specialisty od novorozeneckého věku do 18 let. Logopedická terapie v raném věku je zaměřena na před řečové období a spočívá v rehabilitaci poruch polykání, narušeného perorálního příjmu stravy. Zahájení terapie v kojeneckém popř. již novorozeneckém období přispívá k úspěšnější rehabilitaci poruch polykání, zabraňuje vytvoření kompenzačního odmítavého potravinového chování. Současně tzv. tréninkem primárních funkcí jsou mluvidla připravována pro pozdější verbální komunikaci.

Literatura u autorky

Vyšetřovací metody v oblasti žaludku a dvanáctníku v dětském věku

z hlediska praktického lékaře pro děti a dorost

as. MUDr. Josef Sýkora

Dětská klinika FN a LF UK Plzeň

■ Úvod

V posledním desetiletí došlo k velkému rozvoji vyšetřovacích metod gastroduodenální oblasti u dětí i dospělých. Průkaz infekce *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) zcela zásadně změnil koncepci onemocnění žaludku a dvanáctníku u dětí i dospělých. *H. pylori* je hlavní příčinou primární chronické gastritidy u dětí, žaludečních a duodenálních vředů, MALT lymfomů (mucosal associated lymphoid tissue) a žaludeční rakoviny v dospělosti.

Symptomatologie chorob gastroduodenální oblasti však není specifická a v běžné klinické praxi je třeba odlišit jiná onemocnění, která se klinicky manifestují podobnými projevy. Praktický lékař pro děti a dorost se v každodenní praxi setkává s dětmi s různými gastrointestinálními (GIT) projevy a je trvale postaven před problém jaké vyšetřovací metody zvolit, aby byly co nejméně invazivní, ale na druhé straně co nejvíce přínosné pro dětského pacienta. Cílem je poskytnout praktickým pediatrům přehled o současných diagnostických možnostech v oblasti žaludku a dvanáctníku u dětí.

■ Anamnéza, klinické projevy

Anamnestické údaje jsou nejdůležitější součástí klinického vyšetření dětí s gastroduodenální patologií. Matka má velmi často tendenci zlehčovat nebo naopak nadhodnocovat projevy podle jejich vlastních zkušeností s těmito obtížemi. Systematické shromažďování informací dovolí však praktickému lékaři poměrně rychle rozlišit mezi diagnostickými metodami, které by odhalily chorobné stavy v souvislosti s klinickými projevy.

Choroby žaludku a duodena se projevují bolestí v nadbříšku, dyspeptickými obtížemi,

říháním, ublinkáváním nebo zvracením, zvracením krve (hematemeza) a vzdálenými projevy. Vlastní onemocnění žaludku a duodena nemají vždy všechny příznaky zastoupeny. Onemocnění žaludku mohou být však také klinicky latentní nebo zcela nenápadné.

Mezi nejčastější projevy v dětském věku vůbec patří bolesti břicha. I přes pečlivé vyšetření zjištění přesné příčiny bolestí břicha může být velmi obtížné. Z hlediska praktického by bylo dobré, kdyby podle charakteru bolesti břicha bylo možno usoudit na možnou příčinu. Bohužel individuální reakce na vnímání bolesti jsou zcela odlišné a může vést lékaře k nesprávnému zhodnocení symptomů. Bolesti břicha **funkčního charakteru** jsou velmi často tak intenzivní, že připomínají organické onemocnění a velmi často nutí lékaře do invazivního vyšetřování. Při hodnocení klinických projevů je třeba brát v úvahu věk a pohlaví pacienta.

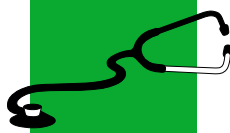
■ Fyzikální vyšetření

Celkové fyzikální vyšetření je zcela nezbytné, stejně jako v jiných případech. Obtížné je však interpretovat bolestivost v nadbříšku a v celém břiše u dětí. Důležité je sledovat i reakci dítěte při vyšetření. Význam fyzikálního vyšetření u chorob žaludku a dvanáctníku je významně ovlivněn ve všech věkových skupinách širokou dostupností invazivních (endoskopie) nebo neinvazivních zobrazovacích metod (sonografie, CT, MRI).

■ Laboratorní metody

Laboratorní diagnostika chorob žaludku a dvanáctníku není tak přínosná jako u jiných chorob GIT.

Prakticky důležitá je však diagnostika infekce *H. pylori*. Prokazuje se neinvazivními



testy (sérologie IgG, antigen *H. pylori* ve stolici – HpSA, 13C-dechový test) a invazivními přímými testy, které vyžadují odběr žaludeční sliznice biopsií při endoskopii (histologie, ureázový test, PCR, bakteriologie, FISH – fluorescein in situ hybridization). Všechny testy mají svoje výhody i nevýhody a uplatňují se různě v diagnostice, kontrole eradikační léčby nebo epidemiologických studiích.

Hladina **gastrinu** v krvi se stanovuje při podezření na gastrinom (tumor produkující gastrin). Vyšetřují se **protilátky proti parietálním buňkám** při podezření na perniciózní anémii a také se zde stanovuje hladina **vitamínu B12**.

■ Radiodiagnostika (Rdg) onemocnění žaludku a duodena

Rdg horní etáže trávicí trubice má stále svoje místo v diagnostice onemocnění žaludku a dvanáctníku v pediatrické praxi, i když rozvoj digestivních endoskopických technik odsunul rdg až na druhé místo v zobrazovacím algoritmu.

■ Nativní snímek a skioskopie

Jedná se o jednoduché a v běžné praxi všeobecně dobře dostupné vyšetřovací metody. Umožní posoudit pneumatizaci různých částí GIT (atrézie jícnu, tracheoefozofageální píštěl, situs viscerum inversus, hypertrofická stenóza pyloru). Může informovat o patologicky lokalizovaném plynu (pneumoperitoneum, pneumoretroperitoneum). Může poskytnout i specifické informace v případě přítomnosti dvou hladin při obstrukci duodena. Většinou se však jedná o informace nespecifické. Důležitým je nativní snímek při posouzení přítomnosti cizího tělesa nebo kalcifikací.

■ Kontrastní rdg vyšetření

Je možno provést klasické vyšetření baryovou kontrastní látkou v jednoduchém kontrastu většinou u nespolupracujících dětí. Většinou je snaha provést dvojkontrastní vyšetření. Používá se baryová suspenze a následné rozepnutí stěny žaludku a dvanáctníku plynem, které umožní získat kvalitní obraz a zachycení slizničního reliéfu.

Klasické kontrastní vyšetření žaludku slouží k snadnému posouzení změn **polohy** a **tvaru** žaludku a duodena. Dále slouží k zjištění některých funkčních změn v gastroduo-

denální oblasti (hypersekrece, aerofagie, hypertonie, hypotonie). **Gastroefozofageální reflux** (GER) se dnes posuzuje výhradně sonograficky. Kontrastní rtg vyšetření se používá ve sporných případech, u výrazně neklidných dětí nebo v případě zjištění anatomických změn (hiátová hernie). Referenční metodou diagnostiky GER je však v současné době pouze 24-hodinová pH metrie jícnu. U kojenčů by měla kontrastní látka proniknout ze žaludku do duodena do 10 minut po podání. Opožděná evakuace žaludku a nitkovitě zúžený pylorický kanál s typickým obrazem deštníku a chabá náplň dvanáctníku svědčí pro **hypertrofickou stenózu pyloru**.

Kontrastní rdg. vyšetření má svoje nezapomenutelné místo v diagnostice vrozených vad v oblasti duodena (atrézie, stenózy, Laddův syndrom).

Flegmonózní gastritida většinou následkem cizích těles je v rtg obraze podobná tumoru. **Korozivní gastritida** po poleptání (louh, kyseliny) může být provázena spazmy, rigiditou stěny, s maximem změn v antru žaludečním. Rdg obraz **chronické gastritidy** je značně nespecifický. Diagnostika je založena však pouze na histologickém vyšetření žaludeční sliznice získané při biopsii.

Crohnova choroba může postihnout až v 60% oblast žaludku a duodena a manifestovat se až obrazem tumoru. Diagnózu upřesní endoskopie, CT nebo US.

Vředová choroba se manifestuje jako čep nebo depo kontrastní látky (plus v náplni) podle projekce. Nejzávažnější **akutní komplikace vředu** (perforace) se projeví na nativním snímku jako pneumoperitoneum. Jako pozdní komplikace vředu může být jizevnatá deformita duodena. Rdg je dobře použitelná pro diagnostiku benigních nebo maligních tumorů, se kterými se setkáváme v dětském věku naštěstí extrémně vzácně. Poměrně charakteristický rtg obraz zjišťujeme při žaludečním bezoáru (dospívající děvčata).

■ Ultrasonografie (US)

V dětském věku je velkým přínosem US dobrá zobrazovací schopnost, neinvazivnost, neškodnost, opakovatelnost metody, poměrně snadná interpretace obrazů a možnost dynamického sledování. Dopplerometrie umožní posoudit vaskularizaci stěny. Moderní metodou vyšetření žaludku a duodena i v dětském věku je **endoskopická ultraso-**

nografie (endosonografie), která využívá těsný kontakt ultrazvukové sondy se stěnou trávicí trubice. Touto metodou lze zobrazit strukturu žaludeční stěny, je možno posoudit hloubku uložení patologického procesu a také orgány mimo žaludek a duodenum (pankreas). Endosonografie pomůže dobře v odlišení tumoriformních afekcí (varixy v rozsahu žaludečního fundu). Její nevýhodou je však invazivita vzhledem k nutnosti endoskopie HČTT.

US je suverénní metodou v diagnostice **hypertrofické stenózy pyloru**, přínosná z praktického hlediska je v diagnostice GER v kojeneckém věku.

US může být použita k hodnocení **vyprazdňování žaludku**.

■ Počítačová tomografie (CT)

Tato metoda je z hlediska topografického nej přesnější a její indikace je většinou vyhrazena pro případy u dětí neobjasněné jinými technikami. U malých dětí je většinou nutná celková anestezie a naplnění žaludku plynem nebo kontrastní látkou.

Moderní jsou spirální CT techniky, které umožní rychlejší vyšetření a zvýšení rozlišení.

■ Magnetická rezonance (MRI)

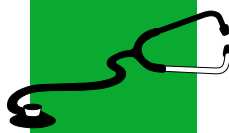
Obecně platí v dětském věku pro indikace MRI v dětském věku totéž jakou u CT. Pro vyšetření u dětí se však zatím používá pouze minimálně.

■ Endoskopie horní části trávicího traktu (HČTT)

Endoskopie HČTT se stala hlavní metodou v diagnostice onemocnění žaludku a duodena v dětském věku. Rozvoj endoskopických metod umožňuje vyšetřit děti všech věkových skupin.

Pediatrická endoskopie obecně, stejně jako jiná vyšetření je prakticky užitečná pouze v případech, kdy může vést k objasnění diagnózy, změně léčebného postupu a prognóze dítěte. Endoskopické metody v oblasti HČTT rozdělujeme do čtyř skupin:

1. **Diagnostické metody** - jsou ezofago-gastroduodenoskopie (EGDS) a endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie (ERCP). V průběhu vyšetření je možno přímo hodnotit změny slizniční a odebírat přímo materiál na histologické vyšetření (biopsie). ERCP je metoda, která zobrazuje anato-



mické změny v oblasti pankreatu, žlučových cest a vývodu pankreatu (chronická pankreatitida, obstrukce žluč. cest, pankreas divisum)

2. **Terapeutické metody** - Endoskopicky je možno dilatovat stenózy, sklerotizovat jícnové varixy, odstraňovat polypy (polypektomie). Důležitá je možnost odstraňovat cizí tělesa z jícnu nebo žaludku. Léčebně je možno digestivní endoskopii použít k založení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG), která slouží k zajištění dlouhodobé výživy enterální u dětí při nemožnosti fyziologického přísunu stravy (neurologické poruchy, stenózy jícnu).

3. **Urgentní endoskopie** - HČTT se provádí v případě krvácení do trávicího traktu nebo cizího tělesa retinovaného v jícnu, kdy hrozí perforace.

4. Novou **perspektivní metodou** je endoskopická ultrasonografie, kombinující výhody endoskopie a sonografie. zmíněná již výše.

Příprava na endoskopii HČTT je jednoduchá a spočívá ve vyšetření na lačno. Vlastní provedení a zabezpečení endoskopie HČTT již spadá svoji problematikou do oblasti specializovaného pracoviště zaměřeného na dětskou endoskopii. Jedná se o invazivní vyšetření, které má svoje rizika, i když jsou komplikace při vyšetření jen ojedinělé.

V běžné klinické praxi je trvale snaha o vymezení indikačních skupin k provedení endoskopie HČTT, které mají pomoci v běžné praxi při rozhodování, které děti se mají endoskopii podrobit. Obecně je možno říci, že endoskopie se stala metodou volby u dětských pacientů s příznaky, které ukazují na **organické onemocnění** v horní části GIT.

V další části jsou uvedena doporučení, která jsou dobře použitelná v klinické praxi dětského lékaře pro děti a dorost a mají pomoci při doporučení dětí k endoskopii HČTT.

■ Diagnostická endoskopie a biopsie (všeobecně doporučovaná)

- GIT krvácení
 - Varikózní
 - Non-varikózní
- Poruchy polykání
- Nechutenství
- Bolesti na hrudi
- Bolesti břicha s dalšími projevy (ztráta na

váze, anorexie, anémie, nauzea, zvracení)

- Upřesnění nejasných rtg nálezů
- Požití žrávín (louhy, kyseliny)
- Zvracení neznámého původu
- Nevysvětlená sideropenická anémie
- Onemocnění v souvislosti s *H. pylori*
- Terapie nesteroidními antirevmatiky (dyspeptické obtíže, vředová anamnéza)

■ Opakovaná diagnostická endoskopie a biopsie (všeobecně doporučovaná)

- Barretův jícen
- Slizniční abnormality (vředy)
- Skleroterapie varixů (léčba)
- Žaludeční a duodenální polypy (syndromy, polypóza)

■ Diagnostická endoskopie (všeobecně nedoporučovaná)

- Gastroezofageální reflux (nekomplikovaný)
- Funkční bolesti břicha (nekomplikované)
- Izolovaný pylorospasmus
- Kongenitální hypertrofická stenóza pyloru

■ Opakovaná diagnostická endoskopie (všeobecně nedoporučovaná)

- Sledování zhojených benigních lézí

■ Terapeutická endoskopie (všeobecně doporučovaná)

- Polypy žaludeční, duodenální (polypektomie)
- Sklerotizace, bandáž (krvácející varixy)
- Dilatace stenóz (jícen, žaludek)
- PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie)
- Extrakce cizích těles (jícen, žaludek)

■ Terapeutická endoskopie (všeobecně nedoporučovaná)

- Skleroterapie, bandáž varixů jícnu (před prvním krvácením)

■ Kontraindikace endoskopie HČTT

- Perforace trávicí trubice
- Poranění krční páteře
- Šok
- Koagulopatie
- Akutní tonzilitida

- Kardiopulmonální dekompenzace
- Zcela nespolupracující dítě

■ Scintigrafické metody vyšetření žaludku a duodena (nukleární medicína)

Používají se méně než rdg. metody, ultrasonografie a endoskopie, ale mohou poskytnout na druhé straně informace jiným způsobem nedostupné. Metody nukleární medicíny poskytují spíše informace fyziologického charakteru, na rozdíl od ostatních zobrazovacích metod, které poskytují spíše přesnější anatomické detaily.

Gastrointestinální krvácení může být zjištěno scintigrafickým vyšetřením Meckelova divertiklu nebo pomocí značených erytrocytů. **Vyprazdňování žaludku** může být stanoveno scintigraficky pomocí testovacího pokrmu značeného ⁹⁹Tc nebo dechovým testem s izotopem ¹³C. U **gastrinomu** (Zollinger-Ellisonův syndrom) se používá octeotid značený ⁹⁹Tc k zobrazení hormonálně aktivního tumoru v různých orgánech produkujícího gastrin a vyvolávající hyperaciditu žaludeční štávy a recidivující gastroduodenální vředy. **Vyšetření ztrát bílkovin** do žaludku je možno stanovit pomocí albuminu značeného ⁵¹Cr (Ménétrierova choroba, exsudativní gastroenteropatie).

■ Vyšetření žaludeční acidity

V současnosti již nemá takovou praktickou důležitost. Hlavní indikací je podezření na vzácný Zollinger-Ellisonův syndrom, perniciozní anémii a syndrom krátkého střeva s poruchou výživy. Vyšetření žaludeční acidity neprovádíme u dětí s dyspeptickým syndromem a nekomplikovanou vředovou chorobou gastroduodenální. V klinické praxi je jedinou obecně přijatou metodou vyšetření žaludeční acidity po stimulaci pentagastrinem v dávce 6 ug/kg subkutánně. Sekrece pepsinogenu nemá v běžné klinické praxi žádný význam.

Literatura

1) Sýkora, J., Chudáček Z., Pozler, O., Neumann, D. Onemocnění žaludku a dvanáctníku v dětském věku. s. 206, Praha, Triton, 2002.

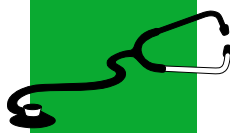
Ostatní literatura u autora



PLDD, Veselí nad Lužnicí

VOX PEDIATRIAE - červen/2002 - č.6 - ročník 2

Maxová



tivní nález u tonsilitid není rozhodující, stěžejní marker je výtěr z krku. Naopak vysoké CRP je často u salmonelóz, ale ATB zde použijeme jen zcela výjimečně.

Tabulka č. 4 a č. 5 – ukazuje, u kterých dg. jsem indikoval CRP v sestupném pořadí, zároveň v posledním sloupci je údaj o počtu „vysokých“ CRP. Tyto výsledky potvrzují, co bylo řečeno v úvodu, že dg. bronchitis a laryngitis jsou převážně virová onemocnění.

Tabulka č. 6 – ukazuje absolutní i % pokles četnosti ATB v r. 2001, kdy r. 2000 je brán jako 100%. Pokles je velmi významný skoro ve všech skupinách ATB

Tabulka č. 7 – ukazuje zcela názorně pokles v počtu případů léčených ATB a s tím ruku v ruce úsporu vyjádřenou přímo v Kč.

■ Závěr

Práce ukazuje praktický přínos přístroje Ouik Read, úspora 44% je statisticky velmi významná. Troufám si tvrdit, že celoplošné zavedení do praxe bude mít přímou úsporu. V nákladech na ATB a s absolutním poklesem spotřeby ATB poklesne s určitou časovou latencí i rezistence na ATB. Ročně se utratí za ATB více než 3 mld. Kč, z toho více než 2 mld. Kč v ambulantních zařízeních. Jsou tyto prostředky účelně vynaložené? Jsou ATB převážně správně indikovány? Na tyto otázky si musí odpovědět každý sám.

tab. č. 7

ČETNOST ATB				
Druh ATB	ATB	2000/9 mész	2001/9 mész	%
Celkem	ATB	796	499	64
1.	Penic	423	258	62
2.	Amoxicilin	14	11	69
3.	Macrolon	51	25	49
4.	Amoxycilin	46	23	50
5.	Clavulans	26	13	50
6.	Trichomycin	73	1	1
7.	Clindamycin	1	1	100
8.	Clindamycin	1	1	100

tab. č. 8

NAKLADY NA ATB			
ROK	2000/9 mész	2001/9 mész	ÚSPORA
Celkem ATB	730 k (0,09%)	409 k (0,05%)	
Náklady v Kč	128 454 (100%)	72 417 (56%)	56 037 (44%)

Prevence alergie dietou?

MUDr. Eva Daňková

Imunologické centrum, Praha

Epidemie alergie – termín se kterým se stále častěji setkáváme v alergologických časopisech. Není tedy překvapivé, že za posledních 10 let byla dokončena řada studií, které se snaží zjistit faktory, jenž by pomohly snížit riziko senzibilizace na inalační i potravinové alergen y u geneticky predisponovaných jedinců tzv. primární prevence alergických onemocnění, nebo by zamezily rozvoji alergických onemocnění u osob, které jsou již senzibilizovány – sekundární prevence alergických onemocnění.

V podstatě jde o modifikaci funkce specifické buňčné imunity tak, aby se funkční převaha pomocných CD4 lymfocytů typu Th2 preferující proalergický typ odpovědi změnila na převahu funkce CD4 lymfocytů typu Th1. Zájem se orientuje na snížení časné expozice domácím alergenům, na stimulaci odpovědi Th1 lymfocytů některými bakteriálními a virovými antigeny, na ovlivnění mikrobiální střevní flory probiotickými bakteriálními kmeny Lactobacillus, Bifidobacterium a další. V neposlední řadě se zkoumá i účinnost dietních opatření v primární i sekundární prevenci alergických onemocnění.

Do studií, které zkoumají vliv dietních omezení, vstupují děti s vysokým genetickým rizikem atopie. Vychází se většinou z anamnézy, kdy jeden či oba rodiče jsou atopici nebo sourozenec dítěte je atopik. Studie se zaměřují na vliv dietních opatření v těhotenství, na délku kojení a dietu matky během kojení a na dietu kojence i batolete. Zásadně se vylučují potraviny, které mohou aktivovat žírné buňky a basofily přímo i bez přítomnosti specifických IgE protilátek – čokoláda, citrusové plody a jahody. Pravidelně se pak vynechává kravské mléko, vejce, ořechy a ryby. V některých studiích bylo vynecháno i hovězí maso.

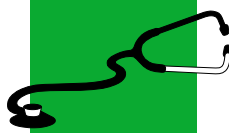
Má vůbec význam předpoklad, že by dieta v těhotenství mohla být prevencí alergických onemocnění? Z teoretického hlediska ano. Schopnost mononukleárních buněk specifické odpovědi na alergen byla prokázána již ve 22. týdnu gestace (5). K senzibilizaci by mohlo docházet přes amniotickou tekutinu, ve které byly detekovány nejen specifické IgE protilátky a proalergické cytokiny ale i samotné alergen y – například alergen roztočů Der p1. Z potravinových alergenů byl detekován v amniotické tekutině například ovalbumin. K průniku alergenů do plodu by mohlo docházet vysoce propustnou kůží nebo přes gastrointestinální trakt, jelikož velké množství plodové vody je spolýkáno. Vzácněji dochází i k aspiraci plodové vody. (6). V období gestace je nutné pomýšlet i na možnost vzniku toleran-

ce. Výsledkem jedné práce bylo zjištění, že expozice matky alergen y bříz a bojínku do 6 měsíce těhotenství vedla k senzibilizaci plodu, zatímco expozice těmito alergen y v pozdním stadiu gestace vedla spíše k supresi odpovědi na tyto alergen y či k vývoji tolerance (8).

Ve studiích, které zjišťovaly preventivní vliv diety v těhotenství docházelo k přísnějším dietním omezením ve 3. trimestru těhotenství. Závěry studií se prakticky shodují. Bylo zjištěno, že dieta ve 3. trimestru těhotenství nebyla prevencí senzibilizace na potravinové alergen y ani nesnížila výskyt alergických onemocnění. Ovšem výjimku tvoří burské ořechy, po jejichž konzumaci v těhotenství a laktaci docházelo ke zvýšenému riziku senzibilizace na alergen y burských ořechů a dokonce se zvýšil i výskyt alergických onemocnění. Tato zjištění dokonce vedla Ministerstvo zdravotnictví ve Velké Británii k doporučení pro rodiny s vysokým rizikem atopie, aby vynechaly burské ořechy v těhotenství, laktaci a až do třetího roku dítěte.

Není zatím všeobecný konsensus, zda dieta během laktace je účinná v primární a sekundární prevenci alergických onemocnění. Jsou známy výsledky jedné randomizované studie, která prokázala, že dieta v období laktace snižuje riziko vývoje atopického ekzému do 18 měsíce věku, ne však již později. (3) Ostatní studie, které asi z poloviny potvrzují a z poloviny odmítají preventivní vliv diety v období laktace, jsou nerandomizované. Faktem však zůstává, že v mateřském mléce byla prokázána řada potravinových alergenů, které s největší pravděpodobností senzibilizují plně kojené děti na některé z nich.

Většina studií potvrzuje, že kojení je prevencí potravinové alergie, atopického ekzému i astmatu. Téměř všechny studie prokázaly preventivní vliv do 2 let dítěte, ovšem jen pár studií prokázalo přetrvávání ochranného vlivu kojení až do adolescence. (2) Ojedinělým nálezem bylo Wrightovo zjištění, že vylučné kojení dětí atopických matek alespoň 4 měsíce a déle je spojeno s vyšším rizikem manifestace asthma bronchiale u těchto dětí po šestém roce věku, zatímco atopici kojení kratší dobu než 4 měsíce měli riziko vývoje astmatu významně nižší. Matka ovšem musela trpět astmatem v době kojení. (9) Autor se domnívá, že by příčinou mohlo být rozdílné složení mateřského mléka atopiček. Skutečně bylo zjištěno, že se mléko atopických matek liší různým poměrem zastoupení nenasycených mastných kyselin, což jsou mimo jiné i prekursor prostaglandinů.



Naši pediatři a alergologové dobře znají hydrolyzáty bílkovin, jako náhradu preparátů z kravského mléka. Jedná se o štěpené bílkoviny pro něž platí, čím kratší řetězec tím menší schopnost alergizace, ale též i horší chuťové i nutriční vlastnosti. K výrobě se používá kasein z hovězího masa, syrovátka nebo sója. Většina autorů považuje tyto hydrolyzáty za účinnou metodu prevence potravinové alergie. Některé studie prokázaly snížení rizika vývoje atopického ekzému, alergie na kravské mléko a dokonce i astmatu ve skupinách dětí, u kterých se místo preparátů z kravského mléka podávaly dětem hydrolyzáty. Ochranný vliv byl prokázán do 18–24 měsíce, jen výjimečně však ve věku 4–5 let. Sojová mléka nejsou všeobecně doporučována pro primární prevenci potravinové alergie. Právě pro chuťové vlastnosti, nutriční hodnotu a v neposlední řadě i cenu většina autorů doporučuje preparáty s nízkým stupněm hydrolyzy pro prevenci potravinové alergie a pro léčbu již prokázané alergie na kravské mléko preparáty s vysokým stupněm hydrolyzy. Studie, které prověřovaly schopnost prevence alergických onemocnění zatím prokázaly vyšší účinnost preparátů s vysokým stupněm hydrolyzy. Ve věku 12 – 17 let však již nebyl rozdíl ve výskytu alergických one-

mocnění mezi dětmi, kterým byly podávány preparáty s různým stupněm hydrolyzy. Společným konse-
ensem je potřeba dalších studií.

V roce 1999 bylo publikováno společné „Doporučení pro prevenci nežádoucích reakcí na potravinové proteiny“ Evropského výboru pro dětskou alergologii a klinickou imunologii (ESPACI) a Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPHGAN), které doporučuje výlučné kojení 4–6 měsíců (pokud lze i déle), náhradu kojení hypoalergenními hydrolyzáty a zavádění tuhé stravy až po 5. měsíci věku (4). O rok později bylo publikováno doporučení centra pro výživu Kalifornské university jako „Prozatímní doporučení pro primární prevenci potravinové alergie“. Profesor Zeiger dietu v těhotenství nedoporučuje a dietu během laktace považuje za experimentální.

Doporučuje kojit nejméně 4 – 6 měsíců, náhradu kojení hypoalergenními hydrolyzáty a zavádění tuhé stravy po 6. měsíci věku. Potravinu zavádět od nejméně alergizujících, novou potravinu až po 2–4 týdních. Kravské mléko přidat do jídelníčku až v 9–12 měsíci, kravské mléko v 6 měsíci sice toleruje ale velice nerad. Slepíčí vejce přidat po 1. roce, ryby s burskými oříšky až po 3 roce věku. (10)

Literatura:

- 1.Arshad SH. Food allergen avoidance in primary prevention of food allergy. *Allergy* 01;56:Suppl67:113–116
- 2.Gdelvich MG, Mimouni D, Mimouni M. Breast feeding and the risk of bronchial asthma in childhood A systematic review of meta-analysis of prospective studies. *J.Pediatr* 01;139,261–6
- 3.Hatlevig G, Sigurs N, Kjellman B. Effects of maternal dietary avoidance during lactation on allergy in children at 10 years of age. *Acta Paediatr*.1999;88:7–12
- 4.Host A, Koletzko B, Dreborg S et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint statement of the European Society for Pediatric Allergy and Immunology (ESPACI) Committee of Hypoallergenic Formulas and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPHGAN) *ArchDisChild* 99;81:80–84
- 5.Jones AC, Miels EA, Warner JO et al. Fetal peripheral blood mononuclear cell proliferative responses to mitogenic and allergenic responses in gestation. *Pediatr Allergy Immunol* 96;7: 109–16
- 6.Jones AC, Holoway JA, Warner JO. Does allergy start in foetal life? *Allergy* 00;55:2–10
- 7.Schoetzau A, Gehring U, Wichmann HE. Prospective cohort studies using hydrolysed formulas for allergy prevention in atopy prone newborns “a systematic review. *Eur J Pediatr* 01;160:323–332
- 8.Van Duren-Schmidt K, Pichler J, Ebner C et al. Prenatal contact with inhalant allergens. *Pediatr Res* 97;41:128–131
- 9.Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM et al. Factors influencing the relation of infant feeding to asthma and recurrent wheeze in childhood. *Thorax* 01;56:192–197
- 10.Zeiger RS. Dietary aspects of food allergy prevention in infants and children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 00;30:S77–S86

BOIRON - C. E. D. H.

(Středisko vzdělávání a rozvoje homeopatie se sídlem v Paříži)

HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE pro lékaře, farmaceuty a veterináře

školní rok 2002/2003; vždy sobota 9.00 – 17.00, neděle 9.00 – 17.00

Přednášející: čeští i francouzští lékaři

SEMINÁŘE I. CYKLU - moderní styl výuky - elektronická prezentace

Příspěvek účastníka: 2.100,- Kč/rok (1. den 1. sem. ZDARMA)

	Praha	Hradec Králové	Brno	Ostrava
1. seminář	12.- 13. 10. 02	09.- 10. 11. 02	05.- 06. 10. 02	09.- 10. 11. 02
2. seminář	16.- 17. 11. 02	04.- 05. 01. 03	23.- 24. 11. 02	07.- 08. 12. 02
3. seminář	18.- 19. 01. 03	08.- 09. 02. 03	11.- 12. 01. 03	25.- 26. 01. 03
4. seminář	22.- 23. 02. 03	01.- 02. 03. 03	15.- 16. 02. 03	08.- 09. 03. 03
5. seminář	22.- 23. 03. 03	05.- 06. 04. 03	15.- 16. 03. 03	05.- 06. 04. 03
6. seminář	26.- 27. 04. 03	17.- 18. 05. 03	12.- 13. 04. 03	24.- 25. 05. 03

SEMINÁŘE II. CYKLU

Příspěvek účastníka: 2.100,- Kč/rok (1. den 1. sem. ZDARMA)

Praha	Brno
19.- 20. 10. 02	05.- 06. 10. 02
30.11.- 1. 12. 02	11.- 12. 01. 03
18.- 19. 01. 03	15.- 16. 02. 03
22.- 23. 03. 03	15.- 16. 03. 03
17.- 18. 05. 03	24.- 25. 05. 03

a dále: SPECIALIZAČNÍ SEMINÁŘE a regionální setkání

Výuka probíhá ve 20 zemích světa.

Homeopatický diplom
je uznávaný Celostátní radou
francouzské lékařské komory

V případě Vašeho zájmu kontaktujte:

BOIRON CZ, Pobřežní 3, 186 00 Praha 8, tel.: 02/24835090-1, fax: 02/22326502, e-mail: iz@boiron.cz



MINIMÁLNÍ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ STANDARD U PACIENTŮ S EPILEPSIÍ IV

IV/1 Psychologické vyšetření v epileptologii

IV/2 Minimální standard při podezření na neepileptické (pseudepileptické) záchvaty



AUTORSKÝ KOLEKTIV

Užší autorský kolektiv

MUDr. Milan BRÁZDIL
MUDr. Jiří HOVORKA, CSc.
Doc. MUDr. Vladimír KOMÁREK
MUDr. Jana ZÁRUBOVÁ

Širší autorský kolektiv

MUDr. Jindřiška Burešová
MUDr. Jiří Dolanský
MUDr. Jan Hadač
Doc. MUDr. Miluše Havlová, CSc.
MUDr. Markéta Jirásková
MUDr. Marie Kolínová
MUDr. Petr Marusič
Prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc.
Prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc.
MUDr. Zdena Salcmanová, CSc.
MUDr. Radomír Šlapal, CSc.
MUDr. Boris Živný

Uspořádal

MUDr. Milan Brázdil

IV/1 PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ V EPILEPTOLOGII

Psychologický aspekt péče o epileptické pacienty představuje neprávem opomíjenou část rozsáhlé epileptologické problematiky. Výsledek včas provedeného psychologického a eventuálně neuropsychologického vyšetření u pacientů s epilepsií je pro další diagnostický i terapeutický postup mnohdy velmi významný. Přitom však indikace k tomuto vyšetření jasně definovány dosud nebyly, a tak jsou ku škodě samotných pacientů tato vyšetření prováděna jen výběrově, s významnými rozdíly mezi jednotlivými pracovišti.

Léčba epilepsie je interdisciplinární problém. Cílem je nejen ovlivnění záchvatových projevů, ale i dalších problémů somatických, psychických a sociálních.

Psychologické vyšetření je indikováno

- Jako součást minimálního diagnostického standardu po prvním záchvatu a dále v průběhu onemocnění dle rozhodnutí ošetřujícího neurologa
- Při subjektivních nebo klinicky patrných změnách intelektu či paměti
- Při poruchách pozornosti a soustředění, osobnosti, chování, emotivity a sociability

Neuropsychologické vyšetření je indikováno

- Při snaze o zjištění a vymezení epileptogenní zóny nebo oblasti mozkové dysfunkce
- Při diferenciální diagnostice epileptických a neepileptických záchvatových stavů
- Jako pomoc při posudkové činnosti

Případné psychologické problémy by měly být sledovány i v nejbližším okolí nemocného. Na psychologické vyšetření může navazovat vyšetření psychiatrické.

IV/2 MINIMÁLNÍ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ STANDARD PŘI PODEZŘENÍ NA NEPILEPTICKÉ (PSEUDOEPILEPTICKÉ) ZÁCHVATY

Diferenciální diagnostika mezi záchvaty epileptickými a neepileptickými je v některých případech velmi obtížná. Situaci dále komplikuje poměrně častý současný výskyt neepileptických a epileptických záchvatů u téhož pacienta. Incidence neepileptických záchvatů je vysoká zejména v populaci pacientů léčených pro zdánlivě farmakorezistentní epilepsii. Diagnostika a terapie takových pacientů vyžaduje interdisciplinární přístup. Jestliže si nejsme jisti původem záchvatového onemocnění, je vhodná konzultace na specializovaném pracovišti s možností video-EEG monitorování.

Podle etiologie dělíme neepileptické záchvaty na somaticky podmíněné a psychogenně podmíněné.

Somaticky podmíněné neepileptické záchvaty

- Synkopy nejrůznější etiologie (především „konvulzivní“ synkopy)
- Kardiovaskulární onemocnění, zejména arytmie
- Poruchy spánku (narkolepsie-kataplexie, somnambulismus, noční děs, fyziologická myoklonie při usínání, iactatio capitis nocturna, enuréza atd.)
- Paroxysmální dystonie a paroxysmální kinezigenní chorea
- Neepileptický myoklonus a patologická úleková reakce
- Tetanie
- Migrény (zejména pokud bolesti hlavy jsou minimální nebo chybí)
- Paroxysmální vertigo
- Tranzitorní ischemické ataky
- Tranzientní globální amnézie
- Paroxysmální endokrinní dysbalance
- Jiné

Psychogenně podmíněné neepileptické záchvaty

- Nevědomě navozené záchvaty (především projev konverzních a somatoformních onemocnění)
- Panické ataky
- Vědomě navozené (simulované) záchvaty
- Poruchy osobnosti a chování:
 - Münchhausenův syndrom
 - Münchhausenův syndrom by proxy

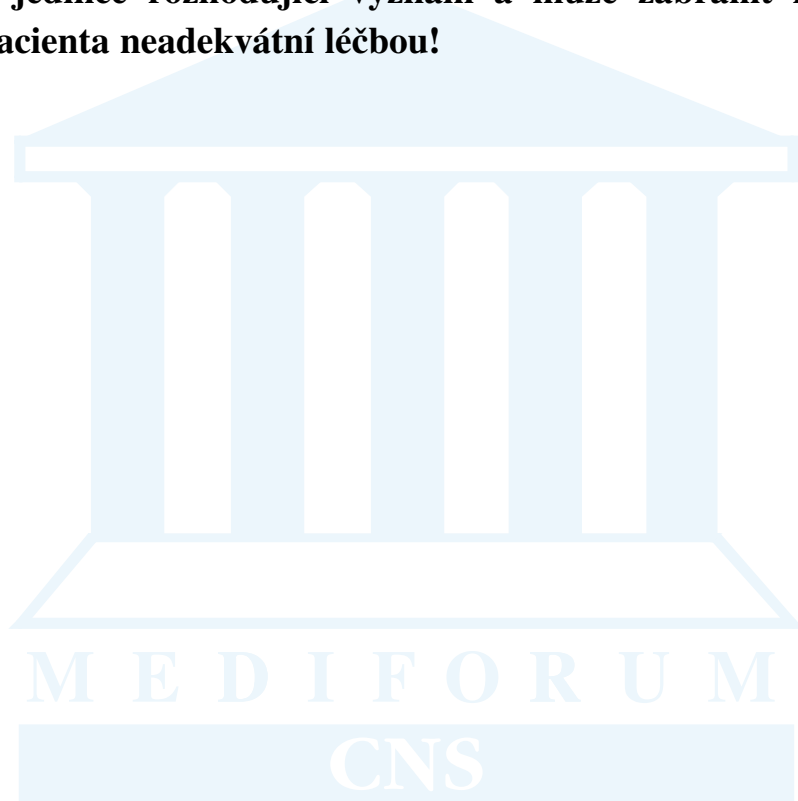
Diagnóza

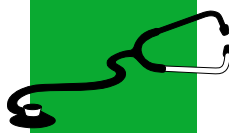
- Pečlivý rozbor anamnestických dat, včetně důkladné objektivní anamnézy
- Objektivní neurologické vyšetření
- EEG vyšetření včetně EEG po spánkové deprivaci (Pozor na hodnocení nálezu!)
- MR vyšetření mozku
- Dlouhodobé video-EEG monitorování s registrací záchvatů pro pacienta typických (důležité je bedlivé zhodnocení klinických záchvatových projevů a přítomnosti či absence specifické aktivity v iktálním EEG záznamu).
- Psychologické vyšetření (se zaměřením na testy osobnosti a testy na organicitu)
- Psychiatrické vyšetření
- Fakultativně vyšetření koncentrací sérového prolaktinu interiktálně a iktálně.
- Fakultativně interní a dle potřeby kardiologické nebo endokrinologické vyšetření, a to včetně funkčních testů (ortostatické testy, tilt table test, variabilita RRR komplexů).

Terapie

- Při průkazu neepileptické etiologie záchvatů léčit podle příčiny, postupně vysazovat antiepileptika
- Při kombinaci epileptických a neepileptických záchvatů nutná adekvátní terapie obou typů záchvatů, antiepileptika preferujeme v monoterapii
- U psychogenně podmíněných záchvatů dlouhodobá a systematická terapie psychiatrická (psychoterapie, rodinná terapie)
- Často důležitá péče sociální

Správná a včasná diagnostika neepileptických záchvatů má pro další péči o postižené jedince rozhodující význam a může zabránit iatrogennímu poškození pacienta neadekvátní léčbou!





Úskalí v laboratorní diagnostice alergických onemocnění

MUDr. I. Lochman, MUDr. A. Kloudová, MUDr. A. Lochmanová, MUDr. V. Novák

Odbor imunologie a alergologie KHS Ostrava

MUDr. O. Škopková, MUDr. J. Drábková, MUDr. J. Kostřicová

Dětská klinika FNŠP Ostrava, Dětské odd. Slezské nemocnice Opava

Reakce okamžité přecitlivělosti (alergická reakce) je několikastupňový proces, na jehož konci lze pozorovat podle místa průběhu a je-

Jsou to:

– basotest (měří se exprese aktivační molekuly CD63 na basofilech)

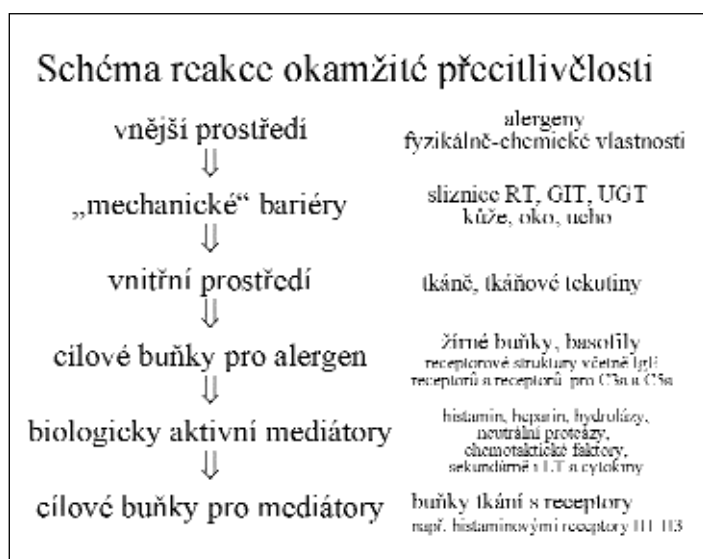
– testy na uvolňování histaminu z basofilů

– testy na uvolňování leukotrienů z leukocytů periferní krve (CAST)

Nejčastěji používanými laboratorními testy jsou stanovení celkového a specifického IgE v séru. Při interpretaci laboratorních nálezů těchto testů si musíme uvědomit, že ne všechny alergické reakce jsou mediovány IgE, resp. prostřednictvím IgE receptorů na žírných

Koncentrace specifických protilátek v těchto Ig třídách bývá totiž mnohonásobně vyšší než ve třídě IgE. Takováto situace může nastat často např. u pacientů s potravinovou alergií/intolerancí a u jedinců po dlouhodobé desenzibilizační léčbě. V takovýchto případech je namíste použít k diagnostice tzv. „capture“ techniky. U některých nedostatečně definovaných alergenů (např. alergeny srsti zvířat, některé potravinové alergeny, alergeny plísní apod.) mohou testy s diagnostiky různých výrobců poskytovat rozdílné výsledky.

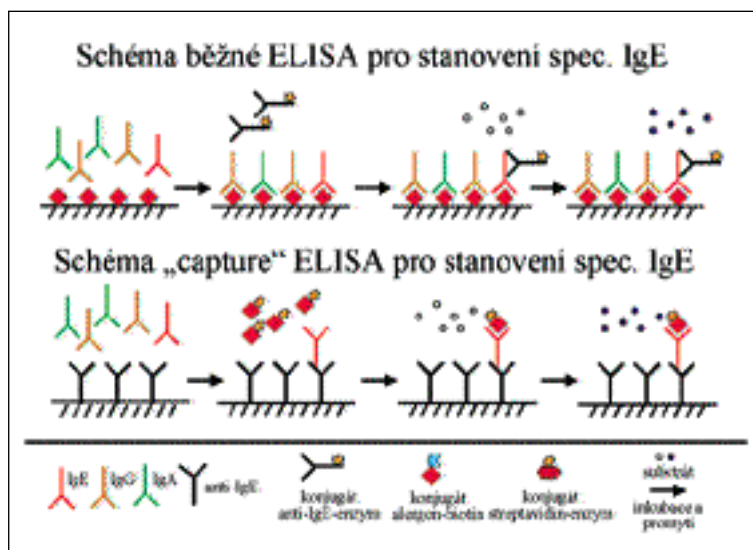
Buněčné testy mají širší výpovědní hodnotu než stanovení spec. IgE. Uvolňování biologicky aktivních látek z basofilů a žírných buněk probíhá totiž, jak již bylo zmíněno, nejen přes IgE receptory. Navíc, zatímco poločas IgE v séru je jen 2,5 dne, IgE vázané na receptorech žírných buněk přetrvává i několik měsíců. Musíme si však být vědomi toho, že žírné buňky různých tkání a basofily mají poněkud rozdílné receptorové vybavení i obsah granul s biologicky aktivními látkami a proto výsledky získané testováním basofilů periferní krve nemusí vždy odpovídat skutečné lokální reaktivitě pacienta in vivo.

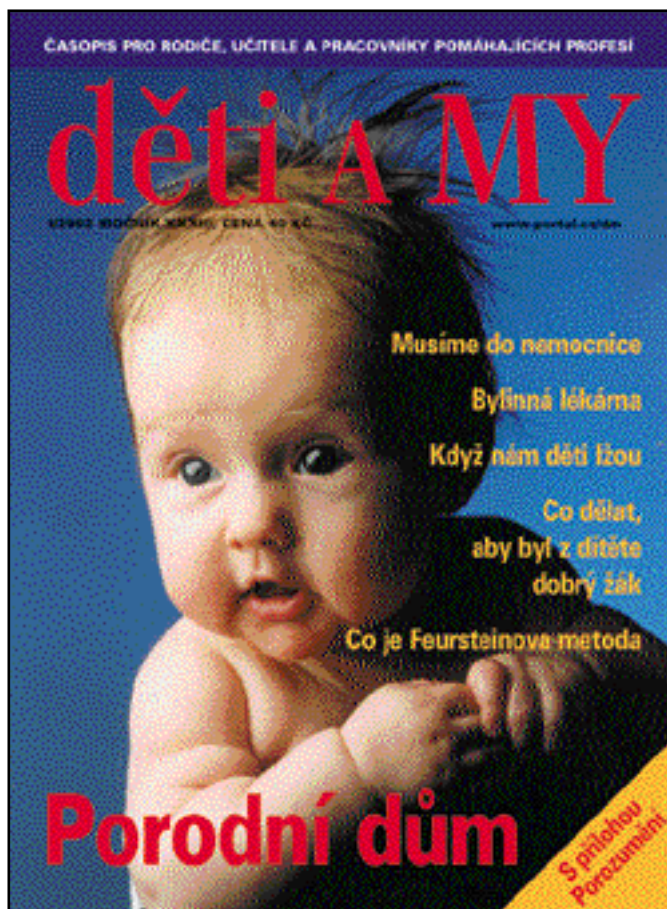


ho rozsahu známé patofysiologické projevy jako svědění, kopřivka, kýchání, otoky apod. (viz schéma). Nejdramatičtější projevem je systémová alergická reakce – anafylaktický šok. Alergeny se do organismu dostávají většinou z vnějšího prostředí. IgE protilátkovou odpověď mohou ale u vnímavých jedinců za určitých okolností vyvolat i autoantigeny (autoalergeny). Alergická reakce však může být vyvolána také pouze fyzikálními faktory (změnou teploty, intenzitou světelného záření apod.), obecně tedy změnou prostředí, v němž se buňky obsahující mediátory alergické reakce (žírné buňky a basofily) nacházejí. V testech měřících uvolňování histaminu z basofilů periferní krve jsme prokázali, že tyto buňky jsou na změny prostředí u alergických pacientů daleko citlivější než u jedinců, kteří alergií netrpí.

V laboratorní diagnostice alergické reakce jsou v současné době k dispozici testy stanovující celkové a specifické IgE v séru a buněčné testy využívající reakce basofilů periferní krve s alergeny.

buňkách a basofilech. Vysoké koncentrace IgE v séru jsou významným rizikovým faktorem alergie, nejsou však podmínkou její existence. Běžné ELISA techniky používané většinou pro průkaz spec. IgE v našich laboratorích včetně FEIA budou poskytovat falešně negativní nebo výrazně snížené hodnoty nálezů, budou-li použity k diagnostice u jedinců, kteří současně odpovídají na testovaný alergen v jiných imunoglobulinových třídách, především IgG a IgA.





děti a MY

- pravidelné informace ze světa dětské medicíny, psychologie a pedagogiky
- srozumitelný odborný časopis, který vás dopředu připraví na důležité okamžiky v životě vašich dětí
- časopis s mnohaletou tradicí, který nezapomíná na děti vyžadující zvýšenou péči

Zajistěte si důležité informace z dětské medicíny a psychologie!

Ano, chci si předplatit časopis Děti a my od č. ☐

Jméno a adresa plátce:

Jméno a adresa příjemce:

Celoroční předplatné (4 čísla + přílohy) činí 160 Kč včetně poštovného.
Tuto objednávku zašlete na adresu:

SEND Předplatné, s.r.o., P.O.Box 141, Antala Staška 80, 140 21 Praha 4
fax: 02/6100 6563, e-mail: administrace@send.cz.

Po objednání dostanete nejbližší číslo časopisu Děti a my se složenkou.
Nebude-li se vám časopis líbit, nemusíte složenku platit a **Děti a my** vám automaticky přestane chodit.

Vážení praktičtí pediatři,

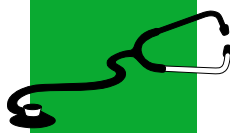
dovoluji si doporučit Vaší pozornosti časopis **Děti a my**. Jde o časopis pro „rodiče, prarodiče, lékaře, učitele a pracovníky pomáhajících profesí“, který má v naší zemi dlouhou tradici. Prof. PhDr. Zdeněk Matějček spolu s redaktorem Desiderem Galským jej zakládali v lednu 1970, letos tedy vychází již 32. rok.

Tento nekomerční časopis, který přináší fundované a srozumitelné informace ze světa dětské medicíny, psychologie a výchovy, školství atd., čte mnoho maminek a babiček, ale i dětských lékařů, učitelů a pracovníků pomáhajících profesí. **Děti a my** se také jako jediný časopis pro tzv. zdravou veřejnost na našem trhu věnuje pravidelně i problematice dětí se zdravotním postižením (v rubrice Jiné je tvé dítě) a nabízí i prostor k diskusi a výměně názorů mezi rodiči a odborníky (v příloze Porozumění).

Troufám si říci, že je v oboustranném zájmu, tedy v zájmu jak rodičů, tak Vás, lékařů, aby se dostal v co největším počtu do čekáren Vašich ordinací. I představitelé Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost se domnívají, že časopis **Děti a my** by měl mít své místo v každé čekárně.

Časopis vychází jako čtvrtletník, cena jednoho čísla o 56 stranách (včetně přílohy Porozumění) je 40,- Kč, předplatné na celý rok tedy činí pouhých 160,- Kč - tato nepatrná investice je pro Vás navíc daňově odpočitatelná.

PhDr. Helena Chvátalová
šéfredaktorka **Děti a my**



Volné radikály a antioxidanty v imunologii a u infekčních chorob

MUDr. V. Holeček CSc., MUDr. J. Liška CSc.

Mulačova nemocnice s.r.o., Plzeň

Volné radikály jsou molekuly, které mají jeden nebo více nepárových elektronů. Z molekuly, která elektron ztratila, vzniká nový volný radikál. Tento zhoubný koloběh trvá, dokud volný radikál není zneškodněn antioxidantem nebo jiným volným radikálem. Volné radikály vznikají jednak z exogenních příčin (znečištění životního prostředí, kouření, UV-paprsky aj.), jednak endogenně (v krvinkách bílé krevní řady, v T-buňkách, v reperfuzní fázi po předchozí ischemii, při stresu, během různých metabolických pochodů aj.). Volné radikály poškozují závažným způsobem tkáň – např. lipoproteiny lipoperoxidací, tím jsou hlavně poškozovány buněčné membrány, ale oxidací vznikají i aterosklerotické změny, poškozením DNA vznikají mutace a karcinomy, poškozeny jsou i bílkoviny a glycidy, čímž je podporován vznik diabetu, katarakty, degenerativních neurologických onemocnění, některých kožních chorob, urychluje se stárnutí atd. Nerovnováha mezi volnými radikály a antioxidanty ve prospěch volných radikálů se nazývá oxidační stres.

V tomto článku se budeme zabývat vlivem volných radikálů na imunologii a infekční choroby. Fagocyty a zvláště makrofágy obsahují velké množství volných radikálů, jimiž zabíjejí bakterie, viry a parazity. Tvorbu volných radikálů vystupňuje zánět, ale hlavně septický šok. Ten zvyšuje i tvorbu tumor necrosis faktoru-alfa (TNF α). Oxidační účinek TNF α dokáže poškodit nádorové buňky a buňky infikované virem. Proto oxidační stres působí poruchu buněčné imunity a naopak antioxidanty mají imunostimulační účinek. Např. vitamin C snižuje symptomy z nachlazení, zvyšuje počet T-buněk, vitamin A zvyšuje imunitu proti průjmovým onemocněním apod. Při nedostatku antioxidantů však TNF α může naopak podporovat replikaci virů a ni-

čit imunokompetentní buňky, jako T-buňky. Oxidační stres pak snižuje imunitní odpověď. Rybí tuk zvyšuje potřebu antioxidantů, je protizánětlivý, tlumí proliferaci lymfocytů a snižuje hladinu interferonů IL-1 a IL-2.

Virové infekci se daří nejlépe v proliferačních buňkách. Virus chřipky, HIV, hepatitidy aj. působí oxidační stres. Malé molekuly antioxidantů, které se dostanou do bezprostřední blízkosti DNA, chrání je před účinkem volných radikálů. Tak např. u jedinců s nedostatkem selenu může dojít k mutacím virů, z relativně neškodného viru se může stát vysoce virulentní.

Volné radikály schopností mutace DNA mohou být významnou příčinou nádorového bujení. Funkce imunitního systému u nádorového bujení je kontraverzní. Jen stimulací imunity se nikdy nepodařilo eradikovat proliferaci nádorových buněk. Aktivace lymfocytů

klesá s nádorovým růstem. Při terapii karcinomů pomocí IL-2 jako aktivátoru lymfokinů a T-buněk je třeba přidávat vitamin C, který při této terapii rychle ubývá, zatímco hladina vitaminu E se nemění. Vitamin C navíc snižuje krevní tlak a působí pokles Fe. Antioxidanty působí zvýšení imunitní funkce proti maligním buňkám. Antioxidanty mohou působit proti vzniku nádorů.

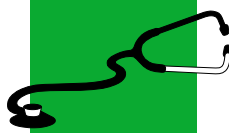
Přetrénovanost a redukce tělesné hmotnosti může u sportovců poškodit imunitu. Důležitý pro její zachování je např. vitamin C, ale i Se, Zn, Ca a Mg. Volné radikály a antioxidanty musí být v biologické rovnováze a jakékoliv významné odchylky jako protrahovaný oxidační stres a/nebo snížená nebo příliš zvýšená antioxidační kapacita může působit imunodeficienci.

Literatura u autorů.

19. celostátní konference dětské gastroenterologie a výživy se koná

4. - 5. 10. 2002 v Muzeu policie ČR, Praha 2, Ke Karlovu 1

- Akce je garantována 1.LF UK a přísluší jí 1 certifikát podle stavovského předpisu ČLK o celoživotním vzdělávání.
- Probíraná témata:
 - 1) Funkční poruchy GIT,
 - 2) Manifestace metabolických vad na GIT,
 - 3) Varia.
- Přihlášky k pasivní účasti do 31.8., k aktivní účasti do 30.6. (abstrakt do 31.8.).
- Sjezdový poplatek 100 Kč splatný při registraci. Přihlášeným bude v září rozeslán program.
- Členové Pracovní skupiny pro dětskou gastroenterologii a výživu ČPS dostanou přihlášku v květnu na svoji adresu uvedenou v registru.
- Adresa pro korespondenci:
dr. Frühauf - Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 2, 121 09 Praha 2
fax: 02/ 2496 1453 (JIRP KDDL)
telefon: 02/ 2496 7801 (gastroenterologie)
e-mail: fruhauf.pavel@vfn.cz



Vztah lékař – pacient: lékař coby lék?

Bálintovské sebezkušenostní semináře

MUDr. Romana Hronová, MUDr. Helena Kuželková

Středisko psychoterapeutických služeb, Praha 1

Při současném rozmachu vědy a techniky jsou lékaři postaveni před volbu z širokého spektra diagnostických metod, terapeutických postupů a před velké množství přípravků farmaceutických firem, a tak není divu, že pacienti očekávají zázračné účinky. Lékař pak stojí před dvěma tlaky: na jedné straně velká nabídka úspěchů slibujících možností a na druhé straně pacient s vizí rychlého vyléčení. Všichni však jistě známe z praxe obtížné, nedařící se, chronifikující, zatěžující, jakoby nesrozumitelné a nelepšící se případy.

Často se vyskytne otázka, proč stejná diagnosa i terapie mají tak rozličný průběh nebo proč stejný lék ve správné indikaci má v jednom případě úspěch a jindy nikoliv. Proč by se téměř dalo říci, že se na některé pacienty těšíme a před návštěvou jiných se skoro „osypeme“. Proč nás někteří pacienti opouštějí a jiní se nás pevně drží. Proč některé pacienty tolik opečováváme a u jiných nás to stojí zvýšené úsilí. Proč některé pacienty nosíme v hlavě a jiné snadněji „necháme“ v ordinaci. Proč jednomu lékaři připadá některý pacient „obtížný“ a jiný s ním nemá větší těžkosti? A což tedy teprve všem známé situace označované jako „crux medicorum“?

V pediatrii je možné situaci považovat za komplikovanější, protože mezi pacientem a lékařem stojí ještě „prostředník“ (rodič nebo pečující osoba).

Psychologickým pozadím vztahu lékař – pacient se zabýval anglický psychiatr a psychoanalytik maďarského původu Michael Balint (1896 Budapešť – 1970 Velká Británie).

Lékařská a psychoanalytická praxe přivedly Balinta k přesvědčení, že chce-li praktický lékař vykonávat svoji praxi kompetentně, měl by rozumět nejen somatickým, ale také psychologickým komponentám nemoci, se kterými se na něho jeho klienti obrazejí. Podobně jako většina praktických lékařů si totiž všiml, že to, co pacient předkládá jako nemoc, totiž svoje tělesné potíže, je jen část obrazu, o kterém se v ordinaci mluví.

Balint je představitel celostní medicíny a průkopník na poli psychosomatiky. Značný

počet nemocí totiž považuje za důsledek „nevyřešených emočních konfliktů“, které se nemohou projevit psychologicky, ale pouze regresivně, totiž somaticky. Nestačí si proto jen všimnout tělesných příznaků nemoci, ale je nutno věnovat pozornost i příznakům duševním, které však nelze považovat za duševní nemoc. Balint se proto zabývá nejen tělesnými symptomy, ale celým člověkem v kontextu jeho konkrétního života. Tímto kontextem je myšlena pacientova rodina, jeho vztahy a pracovní podmínky. Balint svůj přístup vypracoval ve spolupráci s praktickými lékaři, ale vztahuje jej i na specialisty.

Nyní nechejme promluvit ve volných citacích autora metody:

„Po několik let byly na Tavistocké klinice v Londýně organizovány výzkumné semináře zaměřené na studium psychologických aspektů práce praktického lékaře. Na začátku jsem měl určitou představu o tom, že se z psychologického hlediska ve všeobecné praxi mezi pacientem a lékařem odehrává mnohem víc, než o tom píší tradiční učebnice. Jedním z prvních témat našich diskusních seminářů byly čirou náhodou léky, které jsou praktickými lékaři obvykle předepisovány. Diskuse rychle ukázala, a jistě to nebylo poprvé v dějinách medicíny, že tím zdaleka nejčastěji používaným lékem je ve všeobecné praxi lékař sám, tj. že to, co je důležité, není jenom lahvička s lékem nebo krabička s tabletami, ale způsob jakým je lékař svému pacientovi předepíše. Ve skutečnosti celá atmosféra, ve které je lék předepsán a užíván. Zjistili jsme, že o farmakologii tohoto „léku“, nevíme skoro nic. Vyjádřeno jazykem medicíny to znamenalo, že neexistuje učebnice, ve které by bylo možné vyhledat informace o dávkování této drogy „lékař“, tj. sebe sama, jaká léková forma by měla být použita a jaké jsou její terapeutické a udržovací dávky atd. Dalším nedostatkem je chybění zkoumání možných rizik tohoto léku, nežádoucích vedlejších účinků, možných alergií ... Projekt představoval směr výzkumu a výcviku. Probíhal formou diskusních skupin, které se skládaly z osmi až deseti praktických lékařů a jednoho nebo dvou psychiatrů.

Skupiny se scházely jedenkrát týdně po dobu dvou až tří let.

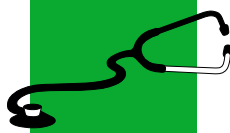
Materiálem pro diskuse byly zkušenosti praktických lékařů s jejich pacienty, o nichž referoval ten či onen z nich. V diskusích jsme omezili používání písemných materiálů na minimum, lékaři byli vyzváni k tomu, aby o své práci s pacienty referovali zcela volně. Z počátku jsme problémy definovali jako následující otázku: Proč dochází tak často k tomu, že navzdory upřímné snaze na obou stranách je vztah mezi pacientem a lékařem neuspokojivý a často dokonce nešťastný? Jinými slovy proč dochází k tomu, že droga „lékař“, i přes její evidentně svědomité předepsání, nepůsobí tak, jak by působit měla? Jaké jsou příčiny tohoto nežádoucího stavu a vývoje a jak jim můžeme předcházet?“

■ Kasuistika

(Jde o tři roky sledovaný a diskutovaný případ v rámci Balintova projektu)

Paní D., 32 let. Před asi dvěma roky jsem byla zavolána na návštěvu k jejímu pětiletému synovi, který měl tehdy svůj první astmatický záchvat. V následující době trpěl zhruba každé 3 měsíce těžkými záchvaty a jeho potíže si vynutily opakované hospitalizace, ke kterým došlo poté, co ani použití adrenalinu nevedlo ke zklidnění záchvatů. Paní D. mne minulý týden navštívila s jiným dítětem a při té příležitosti jsem se zeptal, jak se daří Michalovi (astmatikovi). Řekla, že byl nedávno propuštěn z nemocnice a že je mu teď docela dobře. Pak jsem se zeptal: „A jak se daří vám?“ A paní D. se v očích objevily slzy. V té chvíli mne poprvé napadlo, že by se v jejím případě, mohlo jedna o něco psychického. Zeptal jsem se, jestli by někdy nechtěla přijít a po ordinaci si popovídat, s čímž ochotně souhlasila.

Jedná se o pohlednou, milou a tichou mladou ženu, která vypadá na dvacet pět i když je jí třicet dva let. Má čtyři děti: osmiletého a sedmiletého chlapce (Michala), čtyřleté děvčátko a nejmladšímu synovi jsou tři roky. Michal měl první astmatický záchvat v době, kdy bylo dalším dítěti paní D. deset měsíců. Michal je vel-



mi tiché, dobře vychované dítě, vlastně její nejlepší. Zůstává raději doma. Když má peníze, nikdy si nekoupí něco dobrého pro sebe, ale vždy něco pro ni, například vejce. Ona sama byla po nějakou dobu velmi depresivní, trpěla nespavostí a bolestmi hlavy. O Michala si odjakživa dělala velké starosti, například si nechává z Irska posílat čerstvá vejce, protože jsou podle ní lepší než anglická.

... následují další podrobnosti z její osobní anamnézy a údaje o soužití s manželem.

Určité skutečnosti byly zcela evidentní. Hned při našem prvním krátkém rozhovoru jsem poukázal na to, že se vše nepříjemné v její vlastní dětství může projevat v tom, že se o své děti přehnaně strachuje. Řekl jsem jí také, že by astma jejího syna mohlo znamenat touhu po náklonnosti; celá ta věc s kupováním různých věcí a setrvávání v její přítomnosti představují pokus o získání náklonnosti a snahu ukázat, že ji má rád a tak dále v tomto smyslu. Uvedla ještě, že se Michal před jedním ze svých záchvatů pořezal na ruce. Bylo by zajímavé vědět, jestli to udělal schválně nebo zda se jedná o něco nevědomého. Rád bych dodal, že byl Michal do té doby jediným pacientem z této rodiny. Byl již dvakrát podrobně vyšetřen ve dvou dětských nemocnicích. Nikdy nebyla učiněna jakákoli zmínka o možném psychologickém pozadí případu.

Podle katamnézy po roce se zdá, že Michal neměl další astmatické záchvaty, protože se paní D. na mne již s prosbou o jeho léčení neobrátila.

V diskusi se nebudeme zabývat choulostivou problematikou psychogeneze astmatu u dětí. Stranou ponecháme i další zajímavé faktory, které by mohly případ rozvinout, například: vztah Michala k otci, podrobnosti vztahu s matkou, otázka načasování vzniku astmatu vzhledem k narození sourozenců.

Soustředíme se na možnost, že v mnoha případech nemoci dítěte se také jedná o předkládaný příznak „nabízené“ nemoci rodičů.

Některé prvky matčiny neurózy jsou evidentní již na základě prvního rozhovoru. Důležitý je vysoký stupeň její inhibice, zejména průbojnosti a zdravého agresivního egoismu. To jí ve spojení s její poměrně výkonnou osobností umožnilo „klidné a nenápadné“ řešení všech problémů. Tato inhibice vedla také k tomu, že lékař několik let „věřil“, že je s ní vše v pořádku a svou pozornost zaměřil výlučně na dítě a domníval se, že matka pomoc nepotřebuje. Při diskusi o tomto problému byly názory zúčastněných praktických lékařů nejednotné. Někteří tvrdili, že se prakticky u všech matek, které se svými malými dětmi navštěvují ordinace praktických lékařů častěji, jedná o „psychologický“ podmíněné případy. I ti nejzdrženlivější odhadovali, že se v případě nejméně jedné třetiny matek, které přicházejí z důvodů nemoci svých dětí, jedná o dítě jako příznak matčiny nemoci. Do jaké míry se zde uplatňuje otec dítěte, o tom lze jen spekulovat, neboť většinou se do ordinace vůbec nedostaví.

■ Souhrn diskuse

Paní D. nabídla lékaři nemoc svého syna a lékař to akceptoval. Matka, dítě a lékař se pak smířili s tím, že budou spolupracovat na léčení chlapcova astmatu. Byl to dobrý začátek pro úspěšné léčení? Skutečnost, že se za více než dva roky nepodařilo dosáhnout ničeho podstatného i přes svědomitou lékařskou péči a dobrou spolupráci matky a dítěte, v nás vzbuzuje oprávněné pochybnosti. Teprve lékařova empatická otázka vedla k odhalení vysoce neurotického pozadí za matčinou fasádou zdánlivé výkonnosti. Tato situace pak vedla k výrazné změně. Lékařova diagnóza, třebaže správná, byla před tím, než se začalo o neuróze vůbec

mluvit, spíše povrchní a neúplná. Jeho první reakce vedla k soustředění pozornosti na chlapcovo astma a vyloučila ze hry nemoc matky. Jeho druhá reakce k tomuto tématu přidala i nemoc matky. To vedlo k podstatné změně celé situace zásahem lékaře.

(Volně citováno z knihy Michael Balint: Lékař, jeho pacient a nemoc a z předmluvy k jejímu českému vydání od PhDr. Jiřího Růžičky.)

■ Co tedy Balintovské semináře vlastně jsou?

Je to forma skupinového hledání východisek ze složitých či obtížných případů. Vychází z předpokladu, že lékař sám působí na pacienta jako lék. Balintovský seminář vede lékaře k tomu, aby tomuto rozuměli a uměli ho používat. Učí chápat a naslouchat emočnímu světu pacienta i lékaře. Balintovské semináře jsou prevencí před tzv. syndromem vyhoření.

■ Co Balintovské semináře nejsou?

Balintovské semináře nejsou kasuistické semináře. Nejde o hodnocení vhodnosti a účelnosti vyšetření a léčby.

V řadě evropských zemí jsou Balintovské skupiny začleněny do postgraduálního vzdělávání lékařů. U nás je tradice Balintovských skupin zhruba dvacetiletá, v posledních letech se ustavila Balintovská sekce Psychoterapeutické společnosti ČLS JEP. IPVZ již 10 let pořádá Balintovské skupiny pro praktické lékaře.

Případní zájemci zašlete vyplněnou přihlášku na níže uvedenou adresu do 15.9.2002.:

MUDr. Romana Hronová

Středisko psychoterapeutických služeb

Břehová s.r.o., Břehová 3, 110 00 Praha 1

tel./fax.: +420 2 232 38 89.

Nabízíme Balintovské semináře pro nové zájemce především z řad somatických lékařů. 30. září 2002 otevíráme nový kurz. Frekvence seminářů je jedenkrát za dva týdny 2 BS. Jeden BS trvá 1,5 hodiny. V případě většího zájmu mimopražských lékařů je možno semináře uspořádat během víkendů, například jedenkrát za jeden až dva měsíce. Plánovaná cena je kolem 5000 Kč za semestr. Vzhledem k zařazení BS do systému kontinuálního vzdělávání lékařů frekventant obdrží certifikát s příslušným počtem kreditů (1 BS odpovídá 2 kreditům).

Přihláška:

Jméno a příjmení:

.....

Kontaktní adresa:

.....

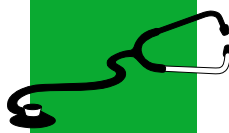
.....

Telefon, popřípadě jiné kontaktní spojení:

.....

Struktura BS:

- 1) nabídka případů, výběr jednoho případu
- 2) vyprávění případu
- 3) otázky ostatních účastníků
- 4) volné asociace a fantazie účastníků
- 5) tzv. „rady“ ostatních účastníků
- 6) vyjádření protagonisty



Pokroky v očkování

MUDr. Jaroslav Prokopec, CSc.

Aventis Pasteur

Očkování bylo jedním z největších úspěchů v medicíně 20. století. Díky vakcinaci byly z planety zcela eliminovány pravé neštovice. Významně se snížila úmrtnost a nemocnost na některá závažná infekční onemocnění jako jsou záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna a invazivní onemocnění způsobená *Haemophilus influenzae* (zánět mozkových blan a příklopky hrtanu).

O tento úspěch se významnou měrou zasloužila právě společnost Aventis Pasteur, která je po dlouhá léta světovým výrobcem očkovacích látek a sér a nabízí nejširší řadu těchto produktů. Aventis Pasteur se věnuje výhradně výzkumu, výrobě a světové distribuci očkovacích látek a sér. Počátky této společnosti sahají až do 19. století a u jejího zrodu stály význačné osobnosti pana Luise Pasteura a pana Marcela Mérieux. Očkovací látky vyrobené ve francouzském Lyonu se používají ve 150 zemích světa. Přibližně každou vteřinu se aplikuje ve světě jedna dávka vakcíny vyrobená touto společností. V České republice se přípravky používají Aventis Pasteur (dříve Pasteur Merieux) již od roku 1992. Nejznámějšími přípravky pro vakcinaci dětí jsou očkovací látka **Act-Hib** (vakcína proti hemofilu influenze), **TETRAct-Hib** (kombinovaná vakcína proti záškrtu, tetanu, černému kašli a hemofilu influenze), **Meningococcal A+C** (vakcína proti meningitidě A+C), **AVAXIM** (vakcína proti hepatitidě A), **VAXIGRIP** (vakcína proti chřipce označená ryskou pro pediatrickou aplikaci). Z vakcín pro dospělé jsou nejznámějšími: již zmiňovaná vakcína proti chřipce (VAXIGRIP), vakcína proti pneumokokům PNEUMO 23, proti hepatitidě A (AVAXIM), proti břišnímu tyfu (TYP-HIM Vi), proti žluté zimnici (STAMARIL), proti vzteklině (VERORAB)...., ze sér můžeme jmenovat sérum proti hadímu uštknutí a vzteklině a tetanu. Detailní informace o kompletní nabídce očkovacích látek a sér společnosti Aventis Pasteur můžete nalézt na internetové adrese:

<http://www.aventis-pasteur.cz>

nebo na <http://www.aventispasteur.com>.

Mezi **důležité pokroky v očkování**, které se významně podílejí na vývoji nových vakcinačních programů a jejich udržení se v současné době řadí:

Vývoj a používání inaktivované vakcíny proti dětské obrně (poliomyelitidě, IPV), která zajišťuje časnější nástup ochrany, výraznější hladiny sérokonverze a eliminuje riziko s vakcínou spojené paralytické poliomyelitidy (VAPP) v porovnání s dosud v některých státech používanou orální vakcínou proti dětské obrně (OPV). Ve většině zemí světa již necirkuluje divoký virus dětské obrny. Rok 2005 byl určen SZO rokem eradikace dětské

obrný, pro jejíž dosažení je nezbytná právě vakcinace IPV vakcínou. V Červenci tohoto roku bude v Kodani vyhlášena certifikace evropských států jako zemí bez cirkulace divokého viru. Právě kvůli přetrvávajícímu riziku VAPP většina okolních států přešla nebo právě přechází na očkování proti poliomyelitidě IPV vakcínou. V některých zemích ponechávají orální očkovací látku jen v kombinaci po předchozím primárním očkování injekčním poliomyelitidem.

Rozrůstající se řada kombinovaných vakcín, které zajišťují ochranu proti širokému spektru infekčních onemocnění najednou, zjednodušují vakcinační schémata, snižují určitý diskomfort, cenu a nesnáze způsobené větším množstvím aplikovaných injekcí. Obsahující mimo injekčního polia i **Rekombinantní DNA technologie**, která je schopná zajistit obrovské množství produkce vysoce purifikované vakcíny proti Hepatitidě B a postupně zařazení **acelulární vakcíny proti pertusi (acP) do očkovacích schémat**, které mají nižší reaktogenitu než celobuněčné vakcíny (wcP). Tuto novou generaci vakcín reprezentuje řada kombinovaných vakcín firmy Aventis Pasteur tzv. PEDcombos (čítající 13 různých kombinací vakcín). Řada nabízí širokou možnost volby vysoce efektivních a bezpečných vakcín k očkování kojenců a dětí. Zajišťuje flexibilitu a jednoduchou aplikaci vakcín, tolik potřebnou pro začlenění kombinovaných vakcín do očkovacích schémat jednotlivých států.

Jednou z rozsáhlé řady vakcín PEDcombos je i vakcína TETRAct-HIB (jedinou injekcí je vyvolána ochrana proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli a invazivním onemocněním způsobeným hemofilem influenze). Právě tato vakcína byla v ČR vybrána ve výběrovém řízení k očkování všech kojenců a to s účinností od poloviny roku 2001.

HEXAVAC je nejnovějším přírůstkem u nás a zároveň jednou z nejmodernějších vakcín této řady. Vakcína byla nyní zaregistrovaná v České republice. Je již po několik let úspěšně používána v zemích Evropy. Například sousední Německo a Rakousko ji zařadilo do základního očkování dětí.

1. Co je HEXAVAC?

HEXAVAC je nová očkovací látka firmy Aventis Pasteur a MSD, která jedinečně doplňuje širokou škálu kombinovaných očkovacích látek určených dětem.

Tato kombinovaná očkovací látka (vakcína) zajišťuje ochranu proti nejširšímu spektru šesti závažných dětských onemocnění najednou. Očkování touto vakcínou chrání děti současně před záškrt, tetanem, dávivým kašlem, dětskou obrnou, zánětem jater vyvolaným všemi známými

podtypy viru hepatitidy B a před invazivním onemocněním způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae* typu b (infekce mozkové a míšní tkáně, infekce krve, infekce záklopky hrtanu atd.).

Klinické studie prováděné s touto očkovací látkou zcela jasně potvrdily dobrou imunogenitu vakcíny (schopnost navodit ochranu) a výbornou snášenlivost vakcíny (nízké % nežádoucích reakcí). Výsledky jsou srovnatelné s jednotlivě podávanými složkami vakcíny.

HEXAVAC reprezentuje velice důležitý krok ve vývoji dětských očkovacích látek, nabízí příležitost zajistit ochranu proti výše uvedeným onemocněním jednou injekcí a snižuje tak určitý diskomfort jak pro dítě, rodiče tak pro lékaře, redukuje výrazně čas, který je jinak nutný k aplikaci jednotlivých složek vakcíny a v konečném důsledku i cenu samotného očkování.

2. JAK POUŽÍVAT HEXAVAC?

Kojenci by měly být očkovány celkem čtyřmi dávkami vakcíny HEXAVAC. Základní očkování se skládá ze 3 dávek, které se podávají v intervalu 1–2 měsíců, počínaje od druhého měsíce věku dítěte. Čtvrtá dávka (posilovací dávka) se podává za 6–14 měsíců po třetí dávce základního očkování a to batolatům ve věku od 12 do 18 měsíců. Před tím než se posilující dávka aplikuje, je nutné, aby dítě obdrželo všechny dávky základního očkování pro každou antigenní složku, obsaženou ve vakcíně HEXAVAC, aniž se bere ohled na to, zda byly tyto složky podány v jednosložkových, nebo kombinovaných vakcínách. HEXAVAC se očkuje do čtyřhlavého svalu stehýnka nebo deltového svalu na horní části paže dítěte, nejlépe do různých míst vpichu pro po sobě následující dávky.

3. JAKÉ JSOU MOŽNÉ VEDLEJŠÍ ÚČINKY TOHOTO OČKOVÁNÍ?

Stejně jako po aplikaci jiných očkovacích látek, se mohou u dětí po očkování vakcínou HEXAVAC objevit některé vedlejší účinky. V klinických studiích byl HEXAVAC všeobecně dobře snášen a prokazoval velice nízkou reaktivitu. Vedlejší účinky zahrnovaly bolestivost při tlaku na místo aplikace, zarudnutí a otok v místě vpichu. Do 72 hodin po očkování se mohou u dítěte objevit i další vedlejší účinky očkování a to podrážděnost, nespavost a neobvyklý pláč nebo naopak zvýšená ospalost. Mírná horečka kolem 38°C je nejčastěji pozorovanou celkovou reakcí a to průměrně u 15% očkovaných dětí. Tyto reakce jsou pouze přechodné a vymizí bez jakýchkoliv následků pro dítě.



Aktuality

■ **Mít, či nemít 40 tisíc hlasů českých lékařů, to je, oč tu běží**

Současný spor prezidenta České lékařské komory dr. Ratha s některými politiky a částí lékařského stavu by byl zcela v pořádku, pokud by udržení povinného členství bylo chápáno jako podmínka pro zajištění těch funkcí komory, které jsou dány zákonem, a přitom nemohou být stejně dobře zajištěny jiným způsobem. Mnohé však ukazuje, že tomu tak není. Zákon (220/1991 Sb.) uvádí pět hlavních úkolů profesních zdravotnických komor, na prvním místě „dbát, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor“. Proto Česká lékařská komora vypracovala a před 10 lety přijala etický kodex a disciplinární řád, který je schopen postihnout i velmi minuciózní prohřešky proti výkonu lékařského povolání i proti dobrým mravům obecně. Zaručuje tak občanům, že jako nemocní lidé mohou mít větší jistotu, než že v případě jejich poškození (i neúmyslného) bude pachatel potrestán podle trestního zákona. Můžeme uvažovat o jiných způsobech, jak toto zajistit (státem jmenované komise, systém krajských odborníků apod.), žádný se však stejně neobejde bez zapojování dalších a dalších lékařů – odborníků v té či oné úzké problematice; pověření stavovské organizace je nepochybně nejdemokratičtější a také nejefektivnější. Jenže sudičky, zastoupené poslanci České národní rady, daly České lékařské komoře do kolébky dva nešťastné dárky: uplatňovat disciplinární pravomoc na okresní úrovni a právo hájit sociální a hospodářské zájmy svých členů.

Soudit nadřízeného?

Současná okresní sdružení ČLK mají v průměru asi 500 členů, ale existují velké regionální rozdíly. Každý si snad dokáže představit, jak lidsky problematické je soudit v komunitě několika málo odborníků jedné specializace, zda se kolega, s nímž úzce spolupracuji nebo který je mi dokonce pracovně či odborně nadřízen, dopustil pochybení. Pro srovnání: v Německu je základní organizační úroveň lékařské komory spolková země s několika miliony obyvatel. Přechod na krajské uspořádání by v tomto směru mohl být podstatnou pomocí – zatím jsem však neslyšel z úst představitelů ČLK o přípravě těchto zásadních změn jediné slovo.

Chránit hospodářské zájmy

Bojovat za sociální a hospodářské zájmy svých členů – to je parketa současného vedení lékařské komory. Vznik Lékařského odborového klubu v polovině devadesátých let byl zcela legitimní, byť rétorika MUDr. Ratha a jeho přátel od samého počátku budila protichůdné pocity. Program radikálního boje za vyšší platy lékařů i ostatních zdravotníků však zabral ve všech lékařských generacích a po dosažení úzké spolupráce se Svazem českých lékařů koncem léta 1995 se mohl opírat o členskou základnu osmi, možná až deseti tisíc lékařů, tedy přinejmenším srovnatelně s Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče.

Být prezidentem!

Dr. Ratha jistě vedla ke snaze zvýšit platy a zlepšit ekonomickou úroveň mladých lékařů osobní zkušenost; platy v motolské fakultní

nemocnici nikdy nebyly nadprůměrné. Možná ne na samém začátku, ale záhy mu začalo jít o mnohem víc: moci mluvit jménem VŠECH lékařů. Po několika málo letech dobyl ČLK prostředky jistě formálně nezpochybnitelnými, ale – slušně řečeno – nekolégialními. On i jeho příznivci zvolení do představenstva komory se na práci podíleli velmi málo, pokud vůbec. Vše bylo podřízeno jedinému cíli – dosáhnout funkce prezidenta. Podle § 17 zákona o ČLK zastupuje prezident komoru navenek. Zastupovat není lehké – znamená to usilovat o postižení a vyvážení i protichůdných myšlenek a přesvědčení. Dr. Rath však má jasno a ti, kdož jeho názory nesdílejí, jsou zrádci. Nelze necitovat: „Co si myslíme o skupině lidí, kteří nám ve chvíli nejtěžší podrazili nohy a přidali se na stranu těch, co nás chtěli rozprášit, tedy o představitelích Sdružení praktických lékařů (dr. Šmatlák, dr. Polák, dr. Jelínek), praktických pediatriů (dr. Neugebauer, dr. Kudyn, dr. Cabrnachová), Skalpelu (dr. Henzl, dr. Havrda) či o doc. B. Svobodovi?“ (z materiálu Výzva pro všechny členy). Je pozoruhodné, že text neuvádí, co že si vlastně myslíme. Jisté je, že mnozí z uvedených reprezentují profesní organizace s dobrovolným členstvím (!) od samého počátku 90. let, takže musí mít přinejmenším trvalou podporu své členské základny. Sotva tedy půjde o nějaké „nepřátele lidu“. Dr. Rath nyní bojuje za zachování povinného členství. Ne proto, aby zajistil dohled nad profesionalitou – je veřejným tajemstvím, že to nikdy nebyla jeho priorita. Komora jako záruka kvality práce jejích členů, kteří se dobrovolně podřizují profesní kontrole až po možnost vyloučení – to je podle názoru prezidenta lékařské komory zřejmě dobré tak nanejvýš pro reklamní agentury nebo cestovní kanceláře. Návrh ODS neprošel, ale „jednu bitvu jsme ustáli, celá ‘válka’ však není zdaleka dobojovaná... komora musí posílit svoji roli při hájení našich ekonomických zájmů“. (Výzva pro všechny členy). Kdyby to dopadlo obráceně, pak by jistě dokázal přeměnit ČLK ve finančně zajištěnou lékařskou lobby sloužící jen zájmům svých členů bez povinností vůči občanům a státu. Je nesporné, že ve světě politiky se počítají hlasy. Odborová práce je potřebná a je politická. Mít, či nemít za sebou 40 000 českých lékařů, to je, oč tu běží. Já bych ty hlasy dr. Rathovi přál. Jen kdyby nebyly ze zákona a pod hlavičkou České lékařské komory.

■ **Editorial: Co vymyslí Klaupidla?**

Všeobecná zdravotní pojišťovna, někdy přezdívaná Všeobjímající přerozdělovna zdravotní daně, existuje už deset let. Samotný fakt její existence při zachování relativní finanční stability českého zdravotnictví lze prohlásit za úspěch. Zdravotní pojištění ustálo privatizaci i dohodovací řízení. Zatímco ministerstvo zdravotnictví postihlo mnoho personálních změn nejen v nejvyšších, ale i v nižších patrech a dnes působí jeho skvadra poněkud demoralizovaně, na čele VZP se objevili pouze dva lidé (Otec Zakladatel a Matka Pokračovatelka), kteří si sice nezískali lásku, avšak zcela jistě respekt partnerů na zdravotnickém kolbišti. Ne náhodou připadla naší největší pojišťovně v mnoha případech role druhého ministerstva, kde se nepikalo, ale hasilo to, co bylo plkáním zažehnuto. Za provokativní úvahu možná stojí i to, že VZP nikdy neředitelovali lékaři ani jiní



zdravotníci. Nutno však současně také vzpomenout, že úspěšnost systému zdravotního pojištění umožnili (ať už přímo nebo nepřímo) svou štedrostí politici a nakonec někteří soukromí poskytovatelé, například lékárníci, kteří stáli na konci řetězce a nezhroutili se, když se jim zrovna neplatilo.

Desáté výročí svého vzniku si VZP připomněla velkoryse pojatým kolokviem. Ve dvou dnech se na pražském Žofíně urodila tak vysoká koncentrace důležitých person českého zdravotnictví, až to vyvolalo obavy z útoku anarchistů, kteří tvrdí, že zdravotnictví (podobně jako jiné resorty) není třeba vůbec řídit, a to na žádné úrovni, neboť jeho skutečný běh je řízen samospádem. Nejvíce se obavy týkaly právě toho, že se podaří anarchistům tuto premisu dokázat. Naštěstí poklidný průběh, téměř až selanku, nikdo nenarušil ani zvnějšku ani zevnitř. Většina účinkujících si řekla, co chtěla (kdekdo přesvědčivě hájil shodu okolností právě jen ten svůj segment), někteří pojišťovnu výslovně pochválili. Byl to, zdá se, věrný obraz našeho zdravotnictví – hodně se mluvilo, málo naslouchalo. Při velice hrubém hodnocení bychom však našli trojí shodu: je třeba zvyšovat produktivitu zdravotnictví (čili zdroje hledat především uvnitř), zdravotní pojištění je třeba dále kultivovat, což nepůjde bez toho, že se stane věcí výsostně veřejnou.

Pozastavme se však u dvou mužů, kteří stáli na začátku i konci kolokvia a s nimiž bude stát (či padat) celá naše země v nejbližších čtyřech letech. Václav Klaus kolokvium zahajoval. Všem vyjma sebe

vytkl, že jenom deskribují a málo analyzují. Sám poskytnul obraz zdravotního pojištění několika stav popisujícími poznámkami, o jejichž analytické povaze lze pochybovat. Byl však trefný, když shrnul: zdravotnictví chyběl a chybí reformátor (že by vzácná chvílka kritiky do vlastních řad?), pojištění je na půl cesty, chybí mu autentičnost a bodový systém je třeba zrušit. Pokud byl v sále kdokoliv tak naivní, že si myslel, že bude moci vpálit Klausovi přímo do očí několik ostrých dotazů, hrubě se zmýlil. Z Marsu spadnuvší moderátor svým dětským žvatláním o velikosti pana profesora jakékoliv diskusi zabránil. Vladimíru Špidlovi, uzavírajícímu kolokvium na druhý den, diskutovat bráněno nebylo. Odpovídal, jak je jeho zvykem – neotřesitelně s kamennou tváří, sem tam prosvícenou úsměvem šibala – jasně všem sdělil, že žádná spoluúčast nebude a šmytec. A pokud by mělo zdravotnictví finanční problémy, lze podle V. Špidly uvažovat o zvýšení příslušného podílu HDP. Vystoupení místopředsedy vlády tak bylo studenou sprchou pro většinu přednášejících kolokvia, kteří až do té chvíle více či méně otevřeně alespoň maličkou spoluúčast pacienta na hrazení zdravotní péče doporučovali, když pro nic jiného, tak alespoň z výchovných důvodů. Dokonce i Špidlův stranický kolega (a bývalý podřízený na ministerstvu práce a sociálních věcí) ministr Jiří Rusnok měl na svých slidech finanční spoluúčast vyznačenu.

Je ale před volbami, a stejně jako Klaus, i Špidla moc dobře ví, kdy, proč a co říká (snad to vědí i Koalové), a jenom zdánlivě jsou si fa-

Coral



tálně vzdálení. A tak my občané můžeme být jenom zvědaví, co z předvolebních předsevzetí nakonec zbude, a co tedy Klaupidla, či jiný z voleb vzešlý hybrid, vymyslí. Stojatá hladina našeho zdravotnictví by si konečně zasloužila řádného zčeření.

Studie: rajčata mohou snížit riziko rakoviny

Strava oplývající rajskou šťávou, kečupem a dalšími produkty z rajčat obsahujících účinné antioxidanty může snižovat riziko rakoviny prostaty. Vyplyvá to z nejnovější studie, v níž vědci analyzovali výběr potravin a zdravotní záznamy u více než 47 000 mužů. Výsledky výzkumu včera zveřejnil odborný časopis Journal of the National Cancer Institute. Badatelé zjistili, že u mužů, kteří v týdně konzumovali alespoň dva pokrmy obsahující rajčata, se snížilo riziko rakoviny prostaty o 24 až 36 procent. Podle autora studie Edwarda Giovannucciho potvrzuje tento výzkum dřívější závěry týkající se stravy, zvláště rajčatových produktů, které mají vysoký obsah antioxidantu lykopenu (červeného karotenového barviva). „Tyto poslední objevy podporují domněnky o tom, že strava bohatá na rajčata a potraviny obsahující lykopen, stejně jako na další ovoce a zeleninu, může snižovat riziko rakoviny prostaty,“ řekl Giovannucci. Lykopen podle něj zřejmě chrání proti rakovině tím, že absorbuje volné radikály, které vznikají při látkové přeměně v těle a mohou poškozovat genetickou strukturu buněk. Vědci porovnávali údaje o zdravotním stavu a stravovacích zvyklostech 47 000 mužů ve věku 45 až 75 let v období 1986–1998. V této době onemocnělo rakovinou prostaty 2481 sledovaných mužů. Odborníci přitom zkoumali účinek takových potravin, jako jsou rajčata, rajčatová omáčka, rajčatová šťáva, pizza, vodní meloun, červený grep, kečup a další výrobky z rajčat. Ukázalo se, že rajčata, zvláště ta, která prošla tepelnou úpravou, měla příznivé účinky na rakovinu prostaty. „Nejpopulárnější byla omáčka na špagety, která, zdá se, poskytuje také největší ochranu,“ uvedl Giovannucci. Tepelná úprava rajčat podle něj patrně narušuje buněčnou stěnu plodů a umožňuje tak organismu absorbovat více lykopenu. Vědci nicméně zdůraznili, že výrobky z rajčat by měly tvořit jen malou součást vyváženého jídelníčku, který by měl zahrnovat také další ovoce a zeleninu a jen omezené množství tuků. Podle Jo Ann Carsonové, odbornice na výživu z univerzity v Texasu, je studie „příkladem, že to, co jíme, ovlivňuje riziko rakoviny“. Výzkum prý potvrzuje ideu, že nejlepší ochranu proti rakovině poskytuje strava bohatá na antioxidanty spíše než na vitamínové přípravky.

Nákup léků přes internet je nebezpečný, tvrdí lékárníci

Nákup léků přes internet je velmi nebezpečný. I když ceny léků jsou nižší, zákazník nemusí dostat to, co chce. Řekl to Právu ve středě Jindřich Oswald, prezident České lékárnické komory. „Tento prodej se do Evropy rozšířil z USA a Kanady a u nás je zakázaný. Přesto víme o tom, že se tak v některých případech děje. Pacient ale zhruba ze čtyřiceti procent dostane padělek nebo lék naprosto neznámé kvality, který může přijít i z druhého konce světa,“ řekl Oswald. Uvedl, že konzultace lékárníka s pacientem je i při vydávání léku vždy nezbytná, protože lékárník upřesňuje pacientovi podle pokynů lékaře dávkování léku a může ho upozornit i na některé nežádoucí účin-

ky. Přesto například v Anglii je prodej léků přes internet povolen a v Německu některé zdravotní pojišťovny koketují s tím, že nákup je lacinější. „My jsme však zásadně proti nákupu léků přes internet. Je to pro pacienta velmi rizikové,“ zdůraznil Oswald. Jeho kolegyně lékárnice Leona Štěpková informovala, že lékárníci vyhodnotili anketu, v níž se ptali, zda lidem vadí různé doplatky za stejný lék v různých lékárnách. „Ze 13 000 anketních lístků nám vyplynulo, že rozdílné doplatky za stejný lék v různých lékárnách vadí 54 procentům pacientů, lékárně s nejnižším doplatkem vyhledává 61 procent pacientů a 63 procent lidí by si své léky nikdy mimo lékárně nekoupilo. Sedm procent by si rádo své léky vyzvedlo přímo u lékaře,“ uvedla Štěpková. Letošní den lékáren bude 20. června a lékárníci v něm chtějí upozornit na náročnost a nezastupitelnost svého poslání. „Přímě v lékárnách se vyrábí zhruba šest procent léků, individuálně šitých na pacienta. To už ve světě nemá skoro obdoby. Pediatři a kožní lékaři si však bez takovéto pomoci lékárníků svoji práci už ani neumí představit,“ uzavřel Oswald.

Pětina těhotných v Česku kouří

Jedna z pěti nastávajících matek kouří, i s vědomím, že ohrožuje své dítě. Cigareta je pro některé drogou, polovina žen však vůbec neví, co si pod slovy o škodlivosti kouření představit. A informací od svých lékařů mají ženy málo, vyplývá z nejnovějšího výzkumu 1. lékařské fakulty Karlovy univerzity. „Jen polovině kuřeček doporučil gynekolog v poradně, aby s kouřením přestaly, třetině doporučil kouření omezit a patnácti procentům neřekl nic,“ uvedla Jana Bajarová, jedna z autorek studie. Osloveno bylo 129 žen na porodnické klinice v Praze U Apolináře. „Kritika nepadá na její lékaře, protože se zde koncentrují ženy z poraden celé Prahy,“ upozornila Bajarová. Mezi kuřečkami převládaly ženy s nižším vzděláním a také ty, jež nebyly spokojeny se svým životem, například bydlením. Proč tolik těhotných žen kouří (vzhledem k počtu narozených dětí je jich skoro dvacet tisíc), když ze všech stran slyší, jak je to špatné? Důvodů je mnoho.

Chtěla skočit z okna

Eva Králíková z poradny pro odvykání kouření při 1. lékařské fakultě říká, že mnohé si pod obecným varováním neumějí představit nic konkrétního. Potvrdila to i studie: 53 procent žen na otázku, jak kouření ohrožuje plod, odpovědělo – nevím. O zpomaleném vývoji plodu nevěděla žádná a jen každá třetí zmínila nízkou porodní hmotnost. „Většina si jich nadto myslí, že porodí snáze, když budou mít malé dítě. To je ale zjednodušený přístup, lehkost porodu se odvíjí od velikosti hlavičky,“ varovala Králíková. A mnohé ženy jsou prostě na nikotinu závislé. „Není dobré je jen strašit,“ upozornila Králíková a popsala případ ženy, která čeká dvojčata a svěřila se jí: „Vím, že své děti každým šlukem zabírám, ale nemohu přestat – asi skočím z okna.“ Králíková jí doporučila léčbu nikotinem, který je sice také škodlivý, ale ne tolik, jako jeho kombinace s dalšími pěti tisíci jedovatými látkami v cigaretě. Sociolog Jaroslav Sýkora se domnívá, že ženy – a ty těhotné zejména – jsou v globalizující se společnosti vystaveny mnohem tvrdšímu sociálnímu tlaku než muži. Ty české na to navíc nejsou připraveny. „Připočtete-li, že fyziologické a hormonální změny snižují u gravidních žen i jejich schopnost odolávat tlakům, stresům či svodům, pak se cigareta nabízí jako ‘berlička’,“ míní Sýkora. Problém vidí i v tom, že průměrný Čech ne-



má pro těhotnou ženu příliš pochopení a mnohdy se k ní chová vulgárně. „Když tedy přemýšlím o tom, proč stále více těhotných kouří, pak to dávám za vinu i chabé výchově mládeže, neotesanosti dospělých a koneckonců i státu – ti všichni to gravidní ženě ani za mák neulehčují. Očekávám proto, že počet nastávajících matek, jež kouří, v budoucnu poroste,“ vysvětluje sociolog Sýkora, jenž získal grant Evropské kosmické agentury na výzkumný projekt Žena v zátěži.

Fenomén – mladé kuřáčky

Zatímco kdysi kouřili jen muži a posléze jen některé ženy, dnes se tvoří kuřácká společenství s výhradně ženským osazenstvím. Podle údajů Lékařského informačního centra kouří mezi děvčaty od 15 do 18 let téměř každé druhé. „Je to zcela nový fenomén,“ říká psycholog Slavomil Hubálek. Ženy-kuřáčky jsou podle něj ve srovnání s muži znevýhodněny hned dvakrát: jejich organismu škodí nikotin nesrovnatelně více a mají i mnohem menší vůli s kouřením přestat. Proto ubývá mužů-kuřáků a přibývá žen s cigaretou. U dívek je silnější motiv vypadat i s pomocí cigarety jako již zralá osoba. Podle nové direktivy EU, kterou přijalo i Česko, bude na krabičkách cigaret mnohem větší varování. Ale nebude tam už doprovodný obrázek, jako třeba v Kanadě. Tím nejméně oblíbeným mezi kanadskými kuřáky je nedonošené dítě v inkubátoru.

Jak kouření ohrožuje plod?

- horší přísun kyslíku a živin (následkem oxidu uhelnatého a nikotinu)
- nižší porodní váha (následkem škodlivých látek)
- v druhé části těhotenství může nikotin poškodit receptory, které startují dýchání po krátkém bezdeší, a tím později vyvolat syndrom náhlého úmrtí kojenců

Změny v sazebníku výkonů

S účinností od 1. dubna 2002 byla vydána vyhláška č. 101/2002 Sb., jíž se novelizuje vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Jako výsledek dohodovacího řízení byly ministerstvu zdravotnictví předloženy návrhy na úpravu 607 zdravotních výkonů 23 autorských odborností a návrhy 72 nových zdravotních výkonů, zpracovaných z důvodu zavádění nových léčebných postupů.

Jedná se o odbornosti praktický lékař pro děti a dorost, gastroenterologie a hepatologie, kardiologie, dětská kardiologie, hematologie, transfúzní služba, tuberkulóza a respirační nemoci, lékařská genetika, radioterapie, dermatovenerologie, dětská chirurgie, kardiochirurgie, neurochirurgie, plastická chirurgie, popáleninová medicína, gynekologie a porodnictví, maxilofaciální chirurgie, ortopedie, otorinolaryngologie, oftalmologie, urologie, léčba bolesti, klinická biochemie, lékařská mikrobiologie, radiodiagnostika, toxikologická laboratoř, laboratoř nukleární medicíny, laboratoř hematologická, klinická psychologie, klinická logopedie, sestra domácí zdravotní péče a univerzální mezioborové výkony.

Ministerstvo zdravotnictví dále zpracovalo požadavek na vytvoření nové řady klinických vyšetření (A1 index 5) v některých základních lékařských a nelékařských oborech textovou úpravou kapitoly 3 – výkony klinických vyšetření, požadavek nového ošetřovacího dne akutních lůžek spinálních jednotek rozšířilo o ošetřovací den lůžek odborných rehabilitačních ústavů a zpracovalo dodatečný požadavek nového ošetřovacího dne porodnické intermediární a intenzivní péče.

Dále byla navýšena minutová režijní sazba, byl opětně zařazen výkon prohlídka osoby dispenzarizované, byla rozšířena možnost vykazování administrativních výkonů praktického lékaře pro všechny registrující lékaře a pro lékařskou službu první pomoci bylo umožněno vykazování výkonů návštěva lékaře u pacienta v době mezi 19–22 hod., návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22–06 hod. a návštěva lékaře u pacienta v den pracovního volna nebo pracovního klidu.

Léky stojí vždy jinak

Lidé by se měli před nákupem poradit s lékařem

Zdravotnictví a zdravý život

Než se člověk rozhodne pořídit si lék v konkrétní lékárně, měl by si od lékaře či lékárníka zjistit, kolik na něj bude doplácet. Ceny se totiž lékárnou od lékárny liší, a to o desítky, u dražších léků i o stovky korun. Ani v jedné a téže lékárně tak nemusí zákazník zaplatit za stejný lék vždy také stejnou cenu. Lidé jsou rozlobení a nerozumějí tomu. „Když jsem si svému lékaři stěžovala, že jsem musela na své léky na vysoký krevní tlak hodně doplácet, řekl jen, že mám zkusit zajít do jiné lékárny. Nevěděla jsem, že si mohou ty ceny diktovat podle svého,“ rozčiluje se Jitka Čuříková z Prahy 5. „Často se mi také stalo, že mi lékárník nechtěl poradit,“ tvrdí Čuříková. Ani lékárníkům samým to není příjemné. Shodují se v tom, že rozdíly rozhodně nedostanou oni, jak si mnozí lidé myslí. Byli by raději, kdyby ceny byly všude stejné. Ale nyní to není možné. Chyba je v systému. Bohužel, ani lékař, který předepisuje recept, ani lékárník nemusí mít přehled, kolik se kde doplácí. Petru Havrdovi z Prahy 1 se nelíbí ani to, že když si potřebuje koupit acylpyrin třeba o víkendu, nemůže najít otevřenou lékárnou. V Praze jich je totiž pouze pět. Lidé hledají různé rady k použití léků, kde se dá. Rozhodně by neměli spoléhat na intuici, rady babiček či informace, které najdou například na internetu. Před tím lékaři důrazně varují. Podle místopředsedy Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Milana Kudyna by se rodiče vždy měli podívat, kdo stránky provozuje. „Maminkám doporučuji, aby si vyhledávaly stránky garantované některou odbornou lékařskou společností,“ řekl Kudyn. Potvrdil, že zatím se nesetkal s tím, že by maminka dítě léčila podle rad z internetu a dítěti se něco stalo. Opatrnost radí rovněž předseda vědecké rady ministerstva zdravotnictví Jan Dvořáček. „V podstatě může na některé stránky vstoupit kdokoli a napsat cokoli. To je velké nebezpečí,“ řekl. Některé rady by podle lékařů mohly lidem skutečně způsobit újmu na zdraví. Servery občas doporučují praktiky, u nichž léčebný efekt nemusí být jistý. Například o dezinfekčních účincích moči při léčení bakteriálních infekcí. Rady mohou lidé získat i na webových stránkách nemocnic a ordinací lékařů a lékáren, většinou je možné položit konkrétní dotaz. Podle prezidenta České lékařnické komory Jindřicha Oswalda však udělá člověk lépe, když se vydá k lékaři nebo lékárníkově. „V rozhovoru si upřesní například to, jaké další léky pacient užívá a zda kouří. To vše ovlivní výběr léku,“ řekl Oswald. Podle Kudyna stoupá informovanost lidí o lécích a léčení. „Maminky se více radí o léčebných postupech, intenzivně čtou příbalové letáky u léků a chtějí vysvětlit vše, co jim není jasné,“ podotkl dětský lékař z Prahy. Server www.lekarna.cz zjistil, že o zdravotnické stránky mají zájem především ženy, a to mladšího a středního věku. Šedesát procent návštěv je motivováno snahou ověřit informaci lékaře, v de-



seti procentech přečtené informace ovlivní rozhodnutí pacienta a ve 20 procentech rozšíří jeho dosavadní informace.

Lékárny s non-stop pohotovostní službou v Praze

■ Lékárna v Korunní

Korunní, Praha 2 – telefon: 22 51 77 46

■ Lékárna Fakultní Thomayerovy nemocnice

Vídeňská, Praha 4 – telefon: 61 08 40 19

■ Lékárna Aesculap

Šustova, Praha 4 – telefon: 71 91 07 19

■ Modřanská lékárna

Soukalova, Praha 4 – telefon: 40 21 638

■ Lékárna U Anděla

Štefánikova, Praha 5 – telefon: 57 32 01 94

Různé ceny léků

Před nákupem v lékárně by se lidé měli poradit s lékařem či s lékárníkem, zda není možné medikamenty pořídit jinde levněji. Zákazníka může také překvapit, že se cena léku v téže lékárně mění během několika dnů.

Stomatologická komora si zahrává s reklamou

Kupujte pasty a kartáčky značky Signal, jsou skvělé – i tak lze vnímat poselství, které stomatologická komora, povinně sdružující všechny zubaře, vysílá lidem tím, že podporuje aktivity velké komerční firmy vyrábějící tuto značku. Podle některých názorů tím komora vstupuje na tenký led, ač neporušuje žádný zákon ani předpis. Stomatologická komora udělila už podruhé svou pečeť (ocenění kvality) jednomu z projektů této značky a včera přišel její prezident Jiří Pekárek osobně na tiskovou konferenci Signalu, kde mluvil jako úvodní řečník. Na konferenci byl představen preventivní projekt, který chce naučit děti čistit si zuby, ale který je současně mohutnou reklamní kampaní. Děti totiž budou nepřiměřeně nabádány, aby si čistily zuby právě signalem – dostanou zubní pasty, s nimiž mohou vyhrát „myšáka Signálka“. Firma se bude snažit získat i zubaře: ten „nejaktivnější“, který se do projektu zapojí a rozdá dětem co nejvíce zubních past této značky, získá do své ordinace moderní přístroj. Přízeň komory, která mluví hlasem všech zubních lékařů, plus osobní účast jejího prezidenta na prezentaci akce je pro takový projekt logicky cennou reklamou. Jiří Pekárek to však považuje za legitimní. Jak uvedl, komora uděluje pečeti už léta různým produktům včetně past, kartáčků či žvýkaček, jež shledá jako kvalitní. Za pečeť zaplatí firma komoře 50 tisíc korun a smí ji pak využít v reklamě. „Je to praxe obvyklá v zahraničí, o pečeť se může ucházet kdokoli. My uděláme odbornou oponenturu.“ Zmíněný projekt ocenila komora podle Pekárka proto, že stát prevenci nedělá a ani komora na to nemá dost prostředků. Lékárnická komora je k podobným akcím zdrženlivá: „Chtěli jsme svého času podpořit domácí výrobce léčiv, ale nakonec jsme do toho nešli. Bojíme se, abychom se s někým takzvaně nesmočili,“ uvedl mluvčí komory Jan Horáček. Podle zákona nemá komora v náplni práce orientovat obyvatele na komerčním trhu. Předseda Rady pro reklamu Zbyněk Roubal přesto dospěl k závěru, že „i když je to možná tenký led, v principu je vše v pořádku“. I agentura ČTK byla včera velmi opatrná na to, aby si nezadala s reklamou. V informaci z tiskové konference značku Signal záměrně vůbec nejmenovala, uvedla jen, že stomatologická komora podpořila „mezinárodní preventivní projekt“.

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout

požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.

Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.

Hledám asistenské místo

Dětská lékařka s I. atestací a licencií, po MD, přijme asistenské místo nebo nabízí zástup u PLDD v Praze.

Tel.: 0723/744 730

Přijmu pediatra

Přijmu pediatra do privátní ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, 12 km severně od Brna. Nástup možný od 1.7.2002.

Tel.: 05/4927 3678 - po 18. hodině

Hledám pediatra

Hledám pediatra s I. atestací do soukromé praxe u Liberce, s event. následným přenecháním. Řidičský průkaz nutný, nástup možný ihned.

Tel.: 048/2761 701, 0605/836 227

Pronajmu ordinaci

Dlouhodobě pronajmu zařízenou lékařskou ordinaci v Říčanech - Radošovicích, okres Praha - východ. Seriózní jednání a rozumné nájemné. Vhodné pro praktického lékaře (možnost získání smlouvy s VZP) i specialistu. Nájemné možné od 02/2002.

Prosím kontaktujte tel.: 0603/268 233

Přijmu místo asistentky

Dětská lékařka s atestací I. stupně a licencií přijme místo asistentky u PLDD v Praze 4, ev. 2, 10, nebo přijme místo na částečný pracovní úvazek.

Tel.: 02/4177 4448

Přijmu pediatra

Přijmu pediatra do privátní ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, 12 km severně od Brna. Nástup možný od 1.7.2002.

Tel.: 05/4927 3678 - po 18. hodině

Přijmu asistentku

Přijmu asistentku do ordinace PLDD na 2 - 3 půldne v týdnu, dlouhodobá spolupráce.

Prosím písemně: Dětská ordinace, 273 03 Stochov

Hledáme lékaře - externí spolupracovníky

FN Na Bulovce - dětské interní oddělení hledá lékaře - externí spolupracovníky pro výkon ústavních pohotovostních služeb.

Požadavky: I. atestace z pediatrie. Informace na tel.: 02/6608 2607.