

září 2001 ■ číslo 7 ■ ročník 1

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

Autoimunní onemocnění štítné žlázy

Kongenitální hypotyreóza

Jód a jeho potřeba

Struma



OSPDL ČLS JEP

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství
MEDIX

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

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

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

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

Odpočívající redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

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

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

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

Inzerce:

Kontaktní osoba: MUDr. Petr Chaloupka
Poliklinika BIOREGENA, Vajgarská 1141, 198 00 Praha 4
tel: 02/90041897, 02/81021212, mobil: 0602/809709

obsah...



MUDr. P. Neugebauer
Přehled činnosti SPLDD ČR za červen až srpen 2001 5

MUDr. P. Neugebauer
Zpráva o činnosti Koalice ambulantních lékařů 7

Lékařská služba první pomoci 8

MUDr. P. Neugebauer
Katalog PIS 11

Omluvenky 12

Očkování 14

Zápisy z jednání OSPDL ČLS JEP 16



MUDr. M. Míček
Jód a jeho potřeba 18

MUDr. M. Míček
Autoimunní onemocnění štítné žlázy u dětí 20

Zákon o péči o zdraví lidu příloha

MUDr. J. Klabočková
Struma - diagnostický a terapeutický problém 24

MUDr. R. Pomahačová
Kongenitální hypotyreóza 25

Maria Jose Carroquino
Životní prostředí a zdravotní stav dětí 26

Doc. MUDr. Z. Broukal, CSc.
Fluoridy v prevenci zubního kazu 28

Prof. MUDr. O. Hníková, CSc.
Význam trvalého správného jodového zásobení 30



Aktuality 34



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

opět se po prázdninách setkáváme na stránkách našeho časopisu. Prázdninové období je zpravidla spojeno s dobou oddechu, dovolených, jde o období, kdy si na sebe rodina alespoň na chvíli najde čas, kdy mnoho rodičů řeší problém, jak naplnit volno svých dětí.

Co se v tomto období odehrálo ve zdravotnictví? Nejde zde vyjmenovat všechny aktivity, ale rád bych poukázal alespoň na tři z našeho pohledu nejdůležitější.

Prázdniny se staly obdobím, ve kterém se opět naplno rozproutila diskuse nad LSPP. Problém zajištění nepřetržité péče o pacienty se opět začal skloňovat ve všech pádech. Z našeho pohledu je však důležité, že se výrazněji objevily tendence přesunout tuto činnost směrem od praktických lékařů. I když se mnou nebudou někteří souhlasit, pokládám zajištění péče o pacienty mimo běžnou ordinaci za jeden z důležitých úkolů praktického lékaře a ponechat řešení tohoto problému na někom jiném pak za selhání profesní cti. Pravdou je, že dva základní problémy celé LSPP jsou její důstojné ohodnocení a zamezení její zneužívání pacientem a pokud se ty nevyřeší, nikdy se nevyřeší ani celý problém LSPP. Rádi bychom znali i Vaš názor na tuto problematiku, stránky tohoto časopisu jsou Vám k diskusi otevřeny.

Dalším velmi citlivým tématem dneška je problematika nadstandardních služeb a jejich úhrada. Od jara pracujeme nad tímto materiálem z pohledu naší odbornosti, s prvním výstupem jste se již mohli seznámit v červnovém čísle. O prázdninách zveřejnila svůj „Katalog“ i ČLK. Doporučuji Vám ho k přečtení včetně našeho vyjádření k němu, obojí najdete v tomto čísle. Posuďte pak oba materiály a pokud budete mít zájem, napište nám svůj názor, zkušenosti či náměty, abychom mohli na tomto materiálu, který považujeme za trvale otevřený, nadále pracovat.

O prázdninách se rozjelo další kolo cenových jednání, tentokrát pro období prvního pololetí příštího roku. Celé jednání je poznamenáno obavami ambulantního sektoru z nepřiměřeného nárůstu úhrad do nemocnic, to vše v důsledku vládního rozhodnutí o cenách na první polovinu roku letošního. I v tomto případě by mohlo sehrát významnou úlohu koaliční uskupení, o jehož aktivitách Vás již od počátku roku na stránkách časopisu informujeme, ne jinak je tomu i v tomto čísle. V této souvislosti je třeba zmínit i snahu revokovat režijní náklady zavzaté do jednotlivých výkonů Sazebníku, o to i v souvislosti s neúměrným nárůstem režijní ordinací. Asi Vám nemusím připomínat např. provozní řád. Jaké však bylo naše překvapení, když jsme se dozvěděli, že ČLK, tedy organizace, která se ráda zaštiťuje hájením ekonomického zájmu všech lékařů vydalo k této problematice svůj materiál, ve kterém stojí, že režie stoupla jen ambulantním specialistům. Téměř doslova v něm stojí - proč ji upravovat praktikům, když mají svou kapitaci. Budeme tuto problematiku pečlivě sledovat a na všech jednáních prosazovat oprávněné navýšení režijní i v naší odbornosti. Možná, že k tomu budeme potřebovat i Vaši podporu. I proto Vás vyzývám, dobře se zamyslete nad tím, kdo vlastně hájí Vaše zájmy a jak.

Byly i další významné okamžiky v našem zdravotnictví, které se mohou bezprostředně dotknout činnosti Vašich ambulancí, část z nich je obsažena i v tomto vydání časopisu, o ostatních zase příště. Věřím, že Vám i tentokrát nabízíme dostatek zajímavých a důležitých informací, které budete moci využít při své nelehké činnosti.

S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

**Poruchy růstu v ordinaci
praktického pediatra**

**Diagnóza a terapeutické
možnosti u poruch růstu u dětí**

**Co se může skrývat
za poruchou růstu u dítěte?
(kazuistiky)**



**seznam
inzerujících
firem...**

BOOTS HEALTHCARE

HAPRA

HEINZ

LÉČIVA

ORION PHARMA

MERCK

NUTRICIA

PEARS HEALTH CYBER

STIEFEL



Přehled činnosti SPLDD ČR za období červen až srpen

Změna ve vedení Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP, období charakterizováno nárůstem diskusí na téma LSPP, vrcholí příprava Katalogu nadstandardních služeb, rozbíhají se cenová jednání pro první pololetí roku 2002, opět problém omluvenek (materiály otištěny na jiném místě), snaha kultivovat úhradový systém pro praktické lékaře zavedený VZP.

3.6. – Kácov, volba nového výboru OSP-DL, do čela Odborné společnosti praktických dětských lékařů je zvolena MUDr. Hana Cabrnchová, která zároveň vykonává funkci místopředsedkyně SPLDD, položen základ k úzkému propojení činnosti obou společností (podrobnější informace byly již zveřejněny v červnovém čísle)

4.6. – další kolo jednání s VZP na téma bonifikace praktických lékařů, ze strany VZP předložen návrh na zavádění kvalitativních ukazatelů do hodnocení činnosti PL, forma zohlednění, ale i náplň obsahu kvalitativních ukazatelů však zůstala otevřenou otázkou, obě Sdružení PL byla seznámena s prvními výsledky analýzy nákladovosti vztáženými na rodná čísla a klientelu jednotlivých ordinací PL, tyto výsledky zatím svědčí o rozhodujícím vlivu místa provozování praxe, kvalita jde zatím stranou, což je pro nás jednoznačně nepřijatelné, předběžné výstupy:

- připuštěna možnost změny nastavení bonifikace ve smyslu podílu okresu a republiky
- bonifikace podle stávajícího nastavení „postihne“ pouze asi 70% praktických lékařů
- diskutován způsob zvýhodnění prevencí, resp. těch, u nichž jejich množství přesahuje celostátní průměr
- diskutován podíl využívání ambulantních specialistů v porovnání k počtu registrovaných (kritérium toho, kolik jich

kdo posílá a kolik léčí?, bude podrobeno dalšímu rozboru)

- možnosti bonifikace využití „home caru“ před hospitalizací, bude také podrobeno dalšímu rozboru
- sledování a rozbor čerpání nepravdivé péče, „bolavá pata“ již mnoha předchozích jednání, tento systém by mohl problémem vyřešit
- rozebírání i procentní podíl návštěvní služby

5.6. – Jednání Koalice ambulantních zařízení (zápis otisknut již v předchozím čísle)

7.6. – rozbíhají se jednání nad možností pronájmu nových prostor kanceláře Sdružení, stávající prostory změnily majitele, t.č. v majetku České správy sociálního zabezpečení, množí se problémy s parkováním, již prakticky není nikdo z Předsednictva, kdo by na svém voze nepocítil zásah pražské galérie

7.6. – jeden z dalších jednacích dní nad Seznamem výkonů, pro PL dominuje otázka definice a úhrady výkonu „průkaz krvácení do GIT haemokultem“, ventilována snaha zavést výkon specialisty v domácím prostředí (přesunuto na separátní jednání, jehož výsledek bude předložen na jednom z dalších jednacích dní)

7.6. – Parlamentní seminář na téma Rozvoj primární péče, opět mnoho krásných slov

o důležitosti a významu primární péče, praktická realizace však zatím stále pokulhává za slovy

7.6. – pokračují jednání Koalice se zástupci Parlamentu ČR, tentokrát opět se senátorkou MUDr. Roithovou, stínovou ministryní pro zdravotnictví za „Čtyřkoalici“

9.6.–16.6. – členové Výboru se účastní pracovní cesty po Skandinávii, cílem bylo zjistit možnosti a získat zkušenosti a podklady pro možné zavádění drobné laboratorní diagnostiky do ordinací PL

12.6. – Kulatý stůl Zdravotnických novin za účasti členů Koalice na téma rozdělení peněz ve zdravotnictví, současné trendy a možnosti změn do budoucna, cílem Koalice je prosadit alespoň základní rozdělení fondů na ambulantní a nemocniční s tím, že nesmí docházet k nekontrolovatelnému přelivu peněz z jednoho do druhého

13.6. – Parlamentní seminář na téma „Zákon o odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání“, krom již tradičních diskusí kolem možnosti zavedení rodinného lékaře zde poprvé silně zaznívá myšlenka zavést PLDD jako základní obor

13.6. – tisková konference Koalice vyjadřující se se znepokojením k vývoji úhrad ve smyslu vzniku disproporce mezi ambu-



lantním a lůžkovým sektorem, rozhodnutí o cenách způsobuje přelévání peněz do nemocnic, meziročně až o 20% (celkově ze 49% výdajů ve zdravotnictví na 51%)

20.6. – na MZ ČR svoláno jednání na téma dětská LSPP (zápis z tohoto jednání otiskujeme na jiném místě)

20.6. – na půdě MZ ČR probíhá závěrečné jednání na téma „Koncepce pediatrie“, širší skupina za účasti celého spektra „pediatrů“ se nakonec rozchází smírně, do koncepce prosazeno mnoho námi předkládaných myšlenek, došlo k redukci hypertrofovaného návrhu Společnosti dorostového lékařství, zdání názorového smíření se zástupci klinických pediatrů s ustavením PLDD jako základního oboru, další vývoj však ukázal, že v lecčems šlo nejspíše opravdu jen o zdání a čeká nás na tomto poli ještě mnoho práce

25.6. – Dozorčí rada iZIP – na regionálních konferencích a poté i na 1. Sněmu Sdružení mnozí již byli seznámeni s projektem „Internetových zdravotnických informací pacienta“, naše Sdružení se k této myšlence hlásí a proto i na stránkách našeho časopisu budou vycházet další informace kolem tohoto projektu

26.6. – další jednání Koalice (s obsahem jednání se můžete seznámit na jiném místě)

27.6. – pokračují jednání s VZP na téma bonifikace PL, jednání se přiostrňují s blízcím se termínem možné první výplaty bonifikačních paušálů, přes některé již provedené změny vyjádřila obě Sdružení praktiků svou nespokojenost s dopady zaváděného systému, bližší informace budou obsahem některého z dalších čísel časopisu, VZP slíbila předložení souhrnného materiálu analýzy předběžné výstupy:

- diskrepance v hodnocení PL různými pojišťovny – proč?
- rozdíly hodnocení u jednoho lékaře dosahují až 50% – proč?

■ po propočtení okresních bonifikací bude jednání k jejich hodnocení a možné korekce směrem k republikovým

27.6. – z iniciativy Národního centra primární péče proběhlo v Klimentské jednání nad možností zavedení výkonu činnosti ambulantního specialisty v domácím prostředí; pro mnoho otazníků, riziko finančního průlomů do systému a nakonec i možné obcházení úlohy PL, z naší strany nelimitované zavedení nového kódu výkonu do Seznamu výkonů důrazně odmítnuto 27.6. – Výbor, předmětem bylo hodnocení výše uvedených jednání a stanovení strategie pro jednání následující

24.7. – Koalice tentokrát jedná s poslancem Parlamentu MUDr. Ivanem Davidem, bývalým ministrem zdravotnictví, jednání v mnohých bodech překvapivé, ze strany pana poslance zazněly mnohé zajímavé a podnětné myšlenky, škoda, že nezaznívaly s patřičnou intenzitou v době jeho působení na ministerstvu

27.7. – Předsednictvo, jednání bylo poznamenáno neúčastí nadpoloviční většiny členů Předsednictva, mnozí se ani neomluvíli, natož aby poslali za sebe zástupce, vzhledem k tomu, že se tento orgán Sdružení vyjadřuje k zásadním koncepčním otázkám Sdružení, bylo rozhodnuto o nutnosti svolání náhradního jednání, na kterém bude mimo jiné diskutována i zmíněná problematika účasti na těchto jednáních

8.8. – Výbor, opět diskutována aktuální problematika – příprava na cenová jednání, nový systém VZP, očkování, ale i reky na některé aktivity v tisku – LSPP apod.

24.8. – Předsednictvo, náhradní jednání tentokrát chybí jen zástupce Severní Moravy a Prahy, regionální předsedové dostali za úkol svolat regionální rady, na kterých bude nutno probrat nutnost volby mandátů členů pro Konferenci Sdružení, zhodnotit komuni-

kaci s Krajskými úřady, ustanovit zástupce regionu do pracovního týmu nad bonifikačním systémem VZP

28.8. – Koalice se připravuje na schůzku s ministrem, hlavními body jednání by měly být – disproporce v úhradě segmentu nemocnic a ambulancí (od ledna 2001 dochází k navyšování úhrad nemocnicím kterým neodpovídá obdobné navyšování v segmentu ambulantní péče) a chystaná legislativa (Koalice obdržela připravovaný návrh „Zákona o zdravotnických zařízeních“, snad první legislativní návrh stávajícího vedení ministerstva, po jehož přečtení jsme neměli strach o vlastní zdraví)

30.8. – již avizovaná schůzka s ministrem a jeho náměstkou dr. Pohankou a dr. Hlaváčkem, opět deklarativní vstřícný postoj k našim výhradám k systému úhrad, deklarována oprávněnost našich požadavků na růst úhrad v návaznosti na růst pojistného, některé zásadní otázky do připravované legislativy slíbeny zpracovat, především jasnější vymezení podnikání ve zdravotnictví jako fyzické osoby ve smyslu obchodního zákoníku, zástupce Koalice přizván na jednání legislativní rady vlády některé postřehy:

- Hlaváček – nárůst výběru pojistného 9,7%, ne vše do plateb ZP, podhodnocené zdravotně pojistné plány v příjmové složce, proto i podhodnocené výdaje (ve zdravotně pojistných plánech vždy vyrovnaná bilance), zvýšená úhrada za státní pojištěnce od 1.7., do zdravotně pojistných plánů zpracovat popis nárůstu výdajů v návaznosti na růst příjmů
- přesnější odhad nárůstu úhrad do nemocnic – cca 10%, oproti ambulancím – méně 5%, nic nebrání zohlednit nárůst i u ambulancí

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR



Zpráva o činnosti Koalice ambulantních lékařů

Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů Praha 26.6.2001
Program:

1. Současný stav příprav zdravotnické legislativy

2. Hodnocení tiskové konference

3. Ekonomické dopady provozního řádu

1. Současný stav příprav zdravotnické legislativy

- vláda vrátila předložené normy ministerstvu k přepracování, nutno kontaktovat ministerstvo ke zjištění stavu a připomenout slib předkládání materiálů k připomínkování
- stále trvá stav s možností nepřijetí žádné normy Parlamentem
- nové normy však vznikají, zpravodajem snad MUDr. David – nutno zkontaktovat, domluvit schůzku
- připravit alternativně možnou novelu „160“

2. Hodnocení tiskové konference

- odezva v médiích malá, nutný důslednější postup
- z informací od ZP signály o až 20% nárůstu úhrad u nemocnic
- nutno dojednat schůzku s ministrem – plnění slibů dozoru nad proporcionalitou vývoje úhrad

3. Ekonomické dopady provozního řádu

- úkol pro všechny – pokusit se vyčíslit
- pravděpodobně se připravit na revokaci režii v Seznamu výkonů

ČSK bude kontaktovat Lékařskou komoru a Grémium majitelů lékáren s žádostí o schůzku – odezva na jejich materiál „Koncepte lékové politiky – patientské lékárnické listy“.

Další schůzka 24.7. – buď MUDr. David nebo lékárnici, dle možností.

Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů Praha, 24. 7. 2001
Program:

1. Financování zdravotnictví

2. Legislativa

1. Financování zdravotnictví

V současné době je stále zvýhodňováno

financování lůžkových zařízení před ambulantní péčí.

Návrhy na zlepšení financování ambulantních zařízení:

- stanovení limitů pro počty smluvních ambulantních zařízení
- snížení počtu nemocničních ambulancí a jejich specializace dle zaměření nemocnice
- oddělení financování lůžkových a ambulantních zařízení.

2. Legislativa

Zúčastnění se shodli, že předložené návrhy zákonů s největší pravděpodobností nebudou schváleny (termín jejich předložení – 20. 8., předpokládaný termín projednání legislativní radou vlády – do konce září, předpokládaný termín projednání ve vládě – říjen, 1. čtení – listopad).

Schůzka s ministrem zdravotnictví ČR se koná 30. 8. 2001 od 8.00 hod.

Další schůzka Koalice se uskuteční v úterý 28. 8. v 16.30 hod. v pracovně prezidenta ČSK.

Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 28. 8. 2001

Program:

1. Návrh zákona o zdravotnických zařízeních a jejich provozování

2. Schůzka s ministrem zdravotnictví

3. Různé

1. Návrh zákona o zdravotnických zařízeních a jejich provozování

Na základě rozhodnutí Legislativní rady vlády sloučilo ministerstvo zdravotnictví zákon o státní správě a samosprávě ve zdravotnictví a o zdravotnickém zařízení do jednoho návrhu s názvem „zákon o zdravotnických zařízeních a jejich provozování“. Zástupci Koalice tento materiál projednali a shodli se na zásadních připomínkách, které budou předloženy 30. 8. 2001 na schůzce ministru zdravotnictví.

2. Schůzka s ministrem zdravotnictví 30. 8. 2001

Témata k projednání:

1. Financování nemocnic a ambulantních

zdravotnických zařízení v roce 2002

2. Připomínky k návrhu zákona o zdravotnických zařízeních a jejich provozování

3. Různé

MUDr. Dvořák požádal ostatní zástupce Koalice o včasné informování v případě předem neavizovaných, individuálně předkládaných požadavků jednotlivých segmentů.

Další jednání: úterý 11. 9. 2001 od 17.00 hodin v kanceláři prezidenta ČSK.

Na regulaci počtu lékařů nejsou jednotné názory

Už léta se diskutuje o tom, zda je v České republice dostatek lékařů, jestli jejich struktura odpovídá potřebám jednotlivých oborů a zda by bylo zapotřebí jisté regulace. Zdravotnické noviny v této souvislosti oslovily ministerstvo zdravotnictví, IPVZ, ÚZIS, ministerstvo práce a sociálních věcí, VZP, ale i prezidenty České lékařské komory a České stomatologické komory, ředitele některých nemocnic, předsedy některých odborných společností a další instituce a osobnosti. Závěry nejsou jednoznačné. Lékařů je podle většiny oslovených dostatek, nikoli ale přebytek, jsou však nerovnoměrně rozmístěni z hlediska teritoriálního a někdy také jejich počty neodpovídají potřebám konkrétních specializací. Ministerstvo počty nereguluje. Ministerstvo zdravotnictví jako zastřešující orgán odpovědělo, že počet zájemců o různé obory nereguluje. Z jeho statistiky kromě jiného vyplynulo, že počet absolventů lékařských fakult se v posledních letech trvale snižuje. Zatímco ještě v roce 1997 činil 1297, v roce 1999 jich bylo už jen 936.



Lékařská služba první pomoci

V posledních měsících se rozvinula mediální polemika v odborném i denním tisku nad možnostmi změny stávající LSPP. Tyto diskuse jsou o to intenzivnější, čím více je zřejmé, že dochází ke kolapsu ve financování této služby Okresními úřady, které do této doby mají povinnost takovéto služby zřizovat. Dovolujeme si Vám proto předložit několik úhlů pohledu na toto téma. Bohužel z většiny „návrhů řešení“ se vytrácí základní a zásadní role praktického lékaře jako poskytovatele primární léčebně preventivní péče o občana jako jedinice. Z těchto důvodů Výbor Sdružení v krátké době zveřejní ve VOXu PEDIATRIAE komplexní stanovisko k LSPP z pohledu péče o dítě.

redakce VOX

Závěry jednání na MZ ČR z června 2001 k problematice LSPP pro děti a dorost

Jednání zahájil MUDr. Březovský, ředitel odboru zdravotní péče MZ, který shrnul dosavadní jednání, která proběhla na MZ k problematice týkající se poskytování LSPP. Byl rozdán zápis z jednání ze dne 19.12.2000.

Z diskuse vyplynulo následující:

- poskytování a dostupnost LSPP garantuje stát
- financování LSPP je ze dvou zdrojů: místní zdroje (okres) + veřejné zdravotní pojištění (výkony)
- LSPP bude řešena jako standard veřejné služby, měla by být součástí připravovaného zákona o veřejných službách a zákona o veřejné správě
- MZ připravuje vyhlášku o LSPP, která bude prováděcím předpisem k zákonu o zdravotní péči
- V rámci okresu by měla být zajištěna LSPP pro děti poskytovaná pediatrem (praktickým lékařem pro děti a dorost) a to v návaznosti na LSPP pro dospělé. Případná návaznost na ZS a ÚPS je vítaná a žádoucí. LSPP pro děti bude menší počet než LSPP pro dospělé (dojezd není problémem).
- Vhodnost společného dispečinku v rámci integrované záchranné služby
- Měla by být zajištěna dostatečná věcná, technická, personální a vědomostní vybavenost LSPP
- Množí se stížnosti na poskytování LSPP
- ÚSP často supluje LSPP
- Lékaři odmítají sloužit LSPP, povinnost sloužit LSPP nelze uložit zákonem, může být součástí kupř. smlouvy se ZP. Lékaři sloužící LSPP by měli být pravidelně vyškolení, měli by být dostatečně finančně ohodnoceni
- Náplň přípravy na atestaci I. stupně z pediatrie je 50 služeb ÚPS, 5 služeb LSPP

Závěr:

- poskytování a dostupnost LSPP garantuje stát
- V rámci okresu by měla k dispozici LSPP pro děti poskytovaná pediatrem (praktickým lékařem pro děti a dorost) a to v návaznosti na LSPP pro dospělé. Případná návaznost na ZS a ÚPS je vítaná a žádoucí.
- Měla by být zajištěna dostatečná věcná, technická, personální a vědomostní vybavenost LSPP
- LSPP bude řešena jako standard veřejné služby, měla by být součástí připravovaného zákona o veřejných službách a zákona o veřejné správě. Na tvorbě tohoto standardu se budou podílet odborné společnosti.

Návrh transformace současného systému LSPP

s ohledem na širší zajištění neodkladné přednemocniční péče

2. pracovní verze (vypracovaná představenstvem ČLK a projednaná na jednání 23.6.2001 v Jaroměřicích nad Rokytkou)

Cíl:

a) zlepšit kvalitu poskytované péče – pacient nemusí jít do ordinace LSPP a nemusí vyhledat ani lékaře, pokud jde o banální zdravotní problém (vyřeší telefonická konzultace), dále pacient nemusí čekat před ordinací LSPP, aby byl následně poslán (dopravní službou) k dalšímu vyšetření do nemocnice (naprostá nevybavenost ordinací LSPP) – pacient přichází přímo do nemocnice, tedy čeká jen jedou, zde je komplexnější diagnostika i péče, spoří se ujeté km sanitním vozem

b) změnit alokaci finančních prostředků z provozu neefektivních a dublujících se zařízení LSPP (ordinace, setra, řidič, sanitní vůz...) k jednotlivým lékařům kteří skutečnou péči poskytují

c) odstínit od LSPP pacienty, kteří jí zneužívají či využívají neindikovaně – filtr přes telefonickou konzultaci s lékařem

I. velké městské aglomerace (krajská města a Praha)

a) zrušit ordinace LSPP existující v současné podobě – převezmou centrální příjmy rajónních nemocnic, kde jsou ve službách zapojeni i praktičtí lékaři příslušného spádového území nemocnice. LSPP budou integrální součástí centrálních příjmů nemocnic.

b) zavést všeobecně dostupnou konzultační službu „lékař na telefonu“ – bude zajištěno 24 hodinovou službou zkušeného lékaře, který má k dispozici expertní počítačový program. Zde probíhá první telefonická konzultace a třídění (samoléčba, doporučení návštěvy u OL či v nemocnici, povolání ZS – úzká komunikace s dispečinkem ZS, návštěva lékaře OL či SOS)

c) SOS – lékař – 24 hodinová služba napojená na dispečink ZS a komunikující s lékařskou telefon. konzultační službou. Jde o lékaře jež má stanovený rajón v okolí bydliště a vyjíždí sám osobním autem označeným majákem a zajišťuje návštěvní službu u pacientů u kterých ji dnes zajišťuje LSPP (úspora ordinace, sestry, řidiče a sanitního vozu). Tento režim může nabízet ZS či jiné zdravotnické zařízení (nestátní).

d) zdravotnická záchranná služba pracující v setkávacím režimu

II. střední, menší města a venkov:

a) zrušit ordinace LSPP v současné podobě (stanou se integrální součástí nemocnic) – převezmou centrální příjmy rajónních nemocnic, při jejich neexistenci se o pacienty dle onemocnění podělí jednotlivé oborové ambulance (méně praktické). Do služeb jsou zapojeni i jednotliví soukromí ambulanti lékaři působící v příslušném spádovém území nemocnice.

b) možnost využití centrálních telefonických lékařských konzultačních služeb

c) zajištění 24 hod. služby praktickými lékaři dle přirozených regionů. Za



rozpis jednotlivých lékařů do služeb a organizační zajištění (mobilní telefony, propojení s dispečinkem ZS atp.) odpovídají orgány veřejné správy, které při tomto spolupracují s okresními orgány ČLK. Sloužící lékař především zajišťuje telefonické konzultace pacientů či případnou návštěvní službu. Lékař slouží doma na mobilním telefonu a komunikuje buď přímo s volajícími pacienty či s okresním dispečinkem ZS, který ví, kdo příslušný den souží.

d) zdravotnická záchranná služba pracující buď v setkávacím režimu či režimu 3 členné posádky. Setkávací systém je i na venkovské oblasti a menší města operativnější a umožňuje větší přítomnost lékaře v místě a umožňuje pokrýt větší spádové území jedním lékařem.

Polemika k materiálu ČLK „Návrh transformace současného systému LSPP“ uveřejněného na webových stránkách ČLK.

Problematika zlepšení kvality

1. nejprve je potřeba si odpovědět na otázku, zda má být LSPP poskytována odděleně pro odbornost 001 (praktický lékař) a 002 (praktický lékař pro děti a dorost)

Argumenty pro:

- zajištění kvalitnější péče více odpovídající běžnému standardu běžné ambulance příslušné odbornosti
 - znalost problematiky související s věkem pacienta
 - větší pravděpodobnost kontinuity péče
 - lepší předpoklad vzájemného předávání informací, vzájemné komunikace
 - větší předpoklad racionální léčby
- ✓ úspora systému
- národní tradice rozdělení primární zdravotní péče na péči o děti a dorost a péči o dospělé
 - možný rozvoj příslušné odbornosti
- větší znalost problematiky charakteru onemocnění vzhledem k věku
 - možnost telefonického řešení problému (viz materiál ČLK)
- ✓ upevnění pozice obou odborností praktického lékaře
- zmenšení rizika nezajištění naplnění služeb (více lékařů – dnes 2 i více pohotovostí v okrese)
- finanční úspora – možnost navýšení odměn, spravedlivější ohodnocení
- možná profesionalizace činnosti (pracovní příležitost pro lékaře bez zaměstnání, čekající na uvolnění ordinace zařazené do sítě, prostor pro zaměstnání lékařů, pokud by došlo k žádoucí redukci sítě nemocnic do doby, než by takovýto lékař našel nové uplatnění ve svém oboru)
- bezproblémovější naplnění státem garantovaného zajištění zdravotní péče

Argumenty proti:

- při nezměnné hostotě míst, kde je LSPP provozována problémy při personálním obsazení
- nestejný počet lékařů odborností 001 a 002 (přibližně 2:1 ve prospěch odbornosti 001)
- snížení dostupnosti, ale:
 - současná velká nabídka přímo vybití k zneužití (možný prvek regulace)
 - nic nebrání aktivitám praktických lékařů obou odborností ve smyslu zajištění péče pro svou registrovanou klientelu nad rámec LSPP (viz současná diskuse o „nadstandardech“)
 - urgentní stavy řešeny přes záchrannou službu
 - větší poptávku po ošetření dospělé populace (početnější) možno řešit posilováním služeb
 - větší tlak na občany, aby více orientovali na čerpání péče v „normální“

provozní době ambulancí praktických lékařů
- větší tlak na praktické lékaře ze strany občanů, aby na tuto skutečnost reagovali ev. úpravou svých ordinačních hodin (ve vyspělém světě není obvyklé končit ordinaci ve 12,00 hod)

Návrh možného řešení:

Pro stávající okres pouze jedna pohotovostní ambulance pro odbornost 001 i odbornost 002. Nelze vyloučit i oblasti, kde bude tato skůzba oběmi odbornostmi (obdobu oblastí, kde problémy s naplněním počtu registrovaných pojištěnců pro každou odbornost zvlášť – příhraniční oblasti apod.) – materiál ČLK neřeší

2. Ošetření pacienta odpovídající stupni zdravotního postižení

V současnosti nevyhovující stav, kdy pacient čeká před ordinací LSPP, aby byl následně poslán k dalšímu vyšetření do nemocnice.... (převzato z materiálu ČLK)

Návrh řešení:

Zajištění odpovídajícího vyšetření pacienta zavedením jednotného dispečinku (LSPP, RZP) kvalifikovaným personálem, který na základě telefonické výzvy předá konkrétní případ k řešení lékaři LSPP nebo záchranné službě (nebo přímo příjmové ambulanci?) – materiál ČLK řeší odlišně

Argumenty pro:

- již existují vyzkoušené metodické pokyny (standarty) pro činnost takového dispečinku
- odpadne občas složité pacientovo hledání odpovídajícího místa k poskytnutí zdravotní péče
- snížení rizika dostupnosti odpovídajícího typu poskytnuté zdravotní péče (putování pacienta po ambulancích)
- ekonomizace činnosti jednotlivých složek v systému
- nevylučuje možnost telefonické konzultace pacienta lékařem LSPP
- možné propojení s aktivitami praktických lékařů zmíněných výše
- ✓ zlepšení kvality poskytnuté péče

Argumenty proti:

- předání výzvy nesprávnému stupni (LSPP, SZS, příjmová ambulance nemocnice), ale
 - nutné důkladné proškolení pracovníků dispečinku
 - v případě nejasnosti vždy možno řešit o stupeň výš (snížení rizika pro pacienta)

Místo provozování LSPP

- nemocnice, samostatná ambulance, ambulance sloužícího lékaře

1. nemocnice

- možno uvažovat o začlenění:
 - a) do komplexu příjmové ambulance

Argumenty pro:

- možnost využití komplexnější diagnostiky
- návaznost na lůžková oddělení v případě nutnosti hospitalizace
- snížení požadavků a tím i nákladů na dopravní zdravotní službu
- ✓ kvalita, efektivita

Argumenty proti:

- ne všechny nemocnice mají vyčleněný úsek – příjmová ambulance
- nároky na prostorové uspořádání

Návrh možného řešení:

Tato varianta nejvhodnější pro velké městské aglomerace – Praha, Brno a další krajská města, některá okresní města – v souladu s materiálem ČLK.
b) na příslušná oddělení nemocnic (nejspíše dětská oddělení pro dětskou LSPP, interní oddělení pro dospělé LSPP)

Argumenty pro:

- vzájemná zastupitelnost a výpomoc sloužících lékařů s blízkou kvalifikací – odborností (každý zodpovědný za svůj úsek, ale v případě výjezdu k pacientovi případně ambulantní vyšetření může provést lékař sloužící na od-



dělení, lékař sloužící LSPP může naopak případně pomoci lékaři na oddělení)

- lékař LSPP bude mít možnost „sledovat další osud pacienta“, ověření vlastní dg. atd.
- v každém okrese dnes existují příslušná dětská oddělení
- zlepšení komunikace mezi „terénem“ a lůžkovým oddělením
- ✓ zvyšování odbornosti, svým způsobem výukový efekt

Argumenty proti:

- nároky na prostorové uspořádání
- ne vždy dobré vztahy mezi „terénem“ a lůžkovým oddělením
- porucha komunikace – nucení lékaře LSPP k práci na oddělení, neochota lékaře z oddělení ošetřovat ambulantní pacienty

Návrh možného řešení:

Varianta vhodná spíše pro střední až menší města – v souladu s materiálem ČLK.

2. samostatná ambulance – nejspíše v některém poliklinickém zařízení

Argumenty pro:

- větší možnost výběru prostor oproti umístění v areálu nemocnic
- Argumenty proti:
 - omezení vzájemné zastupitelnosti – možno řešit spojením místa provozování dětské a dospělé LSPP
 - neochota praktických lékařů ošetřovat dětské pacienty a naopak
 - zvýšení nároků na dopravní zdravotní službu při nutnosti hospitalizace, odeslání pacienta ke konzíliu na specializovanou ambulanci, využití komplementu nemocnice apod.
 - vyšší nároky na hrazení ztrátovosti ze strany státní zprávy
- ✓ méně ekonomické

Návrh možného řešení:

Využití této varianty pokud nelze použít variantu předchozí – tuto variantu materiál ČLK odmítá.

3. ordinace sloužícího lékaře – obdoba dosud používané tzv. „žurnální služby“, kdy lékař je k dispozici do určité doby pacientům v rámci LSPP ve své ordinaci, v nočních hodinách spíše jen možnost návštěvní služby při službě „na telefonu“, nevylučuje se ani využití vlastní ambulance i v nočních hodinách

Argumenty pro:

- decentralizace místa LSPP
- není nutnost hledat prostory pro výkon služby LSPP

Argumenty proti:

- ne všechny ordinace praktických lékařů jsou pro tento účel přístrojově a technicky vybaveny
- nedořešená úloha a způsoby využití dopravní zdravotní služby – spíše vyšší nároky
- nevyřešeno hrazení ztrátovosti provozu – úloha státní správy
- nutno vyřešit komunikační problém – propojení s ostatními ambulancemi dispečinkem atd.
- možnost omezení dostupnosti pro občany, dle místa provozování konkrétní ambulance
- ✓ vyšší ekonomická náročnost

Návrh možného řešení:

Tato varianta v obecném smyslu nejméně vhodná pro plnění státní zádky ve smyslu garance zajištění nepřetržité péče občanům, spíše vhodná pro lokální aktivity praktických lékařů obou odborností, nebo využití pro menší oblasti (venkov) – materiál ČLK řeší jiným způsobem

24 hodinová služba „lékaře na telefonu.“

Argumenty pro:

- zajištění 24 hodinové konzultační služby pokud možno zkušeného lékaře používajícího expertní počítačový program
- kvalifikované třídění, resp. konzultace pacienta (samoléčby, doporučení

návštěvy u PL či doporučení vyšetření v nemocnici, povolání ZS, komunikace s dispečinkem, sjednání návštěvy PL či SOS)

✓ převzato z materiálu ČLK

Argumenty proti:

- efektivita a smysl využití 24 hodinové lékařské konzultační služby problematická
 - tento lékař by asi plnil i jiné úkoly (práce na odd. apod.), jinak spíše tato služba velmi problematická
 - základní filtr by měl zvládnout kvalifikovaný personál dispečinku ZS, zkušený lékař by neměl řešit domlouvání převozu pacienta, sjednávání návštěvy jeho praktického lékaře apod., šlo by až o obcházení činnosti a úlohy praktického lékaře
 - v době provozu ambulantních praktických lékařů tuto činnost vykonávají sami (znalost pacienta), šlo by tedy o zbytečné zdvojení služby
 - telefonická konzultace lékařem je možná již nyní – lékař sloužící LSPP, proč zavádět službu dalšího lékaře?

Návrh možného řešení:

Efektivita a smysl zavedení velmi problematický, neboť tato činnost je již dnes vykonávána jinými subjekty – rozpor s materiálem ČLK

SOS – lékař

Argumenty pro:

- 24 hodinová služba napojená na dispečink ZS a komunikující s lékařskou telefonickou konzultační službou řešící problematiku pacientů ve stanoveném rajónu v okolí bydliště
- úspora nákladů – vyjíždí sám osobním autem označeným majákem a zajišťuje návštěvní službu u pacientů, u kterých ji dnes zajišťuje LSPP
- ✓ převzato z materiálu ČLK

Argumenty proti:

- opět zdvojování činnosti především praktického lékaře, resp. jeho možné obcházení, pokud tuto činnost nevykonává sám

Návrh možného řešení:

Určitou paralelu lze najít v bodě 3. týkajícího se místa provozování LSPP – možná paralela s materiálem ČLK.

Setkávací režim záchranné služby

Argumenty pro:

- efektivnější, operativnější a profesnější využití personálního obsazení Střediska záchranné služby, kdy ne ke všemu vyjíždí 3 členná posádka vč. lékaře, což umožňuje pokrýt větší spádové území

Argumenty proti:

- větší nároky na kvalifikované obsazení dispečinku – volba správné posádky k výjezdu

Návrh možného řešení:

Tato varianta se jeví pro činnost záchranné služby jako operativnější a využívající v plném rozsahu její kompletní personální obsazení. Ne vše musí řešit 3 člená posádka s lékařem – soulad s materiálem ČLK.

Závěr:

Materiál ČLK nepředstavuje jistě koplexní návrh transformace současného systému LSPP, některé jeho body jsou navíc nejasné ve smyslu jejich praktické realizace. Pokusil jsem se provést rozbor tohoto materiálu z pohledu účastníka mnoha jednání na toto téma. Nedomnívám se, že se mi podařilo provést úplný výčet problému, ale budu rád, pokud tento materiál poslouží k posunutí současného nevyhovujícího systému alespoň o kousek kupředu.

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR



Katalog PIS

V minulém čísle na straně 30 jsme Vás seznámili s představou vedení Sdružení o možnosti poskytování nadstandardních služeb. Nyní Vám předkládáme představu téhož z dílny ČLK, která není s naší představou tak zcela v souladu a to zejména s ohledem na Zákon o cenách. (materiál převzat z www.lkcr.cz)

redakce VOX

Katalog dohodnutých služeb hrazených přímo nemocným v rámci ambulantní péče

Představenstvo ČLK

Jedná se o péči, které je nemocnému poskytována lékaři různých odborností na rámec péče, která je nyní tak zvaně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Tato péče se v zásadě dělí do dvou skupin. První skupinu tvoří výkony poskytované za úhradu všemi skupinami lékařů, druhou pak výkony poskytované především v rámci dané odbornosti.

Kalkulace minimální doporučené ceny výkonů vychází z minimální ceny práce lékaře (tj. 500,- Kč za hodinu práce) a z ostatních nákladů spojených s tímto výkonem. Minimální cena by měla být členy ČLK dodržována. Vynímečně může lékař či zdravotnické zařízení poskytnout tuto péči zdarma.

I. Služby poskytované za úhradu lékařů všech odborností:

1. Vyšetření a vydání potvrzení o zdravotním stavu (školy, sportovní činnost, ŘP, ZP a pod.). 300,-

2. Vyšetření či ošetření mimo stanovené ordinanční hodiny na výslovné přání pacienta (pacient nehradí poskytnutou zdravotní péči, ale možnost přístupu k lékaři mimo ordinanční hodiny, jako dohodnutou službu – výše odměnu musí být dohodnuta předem). 300,-

3. Návštěva lékaře u pacienta doma za účelem vyšetření či ošetření na výslovnou žádost pacienta a to pouze u odborností u kterých není návštěvní služba hrazena ze zdravotního pojištění. Pacient nehradí poskytnuté výkony zdravotní péče ale službu spočívající v příjezdu lékaře k pacientovi do bytu. 300,-

4. Poradenská činnost v problematice nemající přímou souvislost se zdravotním stavem nemocného (zdravý životní styl, uplatnění v zaměstnání, hodnocení možností studia, otázky zdravého bydlení, další poradenská činnost). Činnost se účtuje á 15 minut. 100,-

5. Přítomnost lékaře u výkonu, který provádí jiný ošetřující lékař, pokud si přítomnost lékaře

u tohoto výkonu výslovně vyžádal pacient a tato není hrazena ze zdravotního pojištění. Činnost se účtuje á 20 minut. 100,-

6. Telefonická konzultace (mimo ordinanční hodiny a na soukromou linku lékaře). Činnost se účtuje á minuta. 10 Kč za minutu, minimálně 50,-.

7. Konzultace po internetu. Činnost se účtuje á minuta. 10 Kč za minutu, minimálně 50,-.

8. Osobní konzultace mimo ordinanční hodiny na žádost pacienta. Činnost se účtuje á minuta. 5 Kč za minutu, minimálně 50,-.

9. Výpis z dokumentace na žádost nemocného a pro jeho osobní potřebu (nikoliv v souvislosti s převzetím do péče jiným lékařem či navazující péčí). 100,-

10. Administrativní výkon vyžádaný pacientem a nesouvisející s léčebně preventivní péčí. Činnost se účtuje á 15 minut 100,-

11. Vyplnění „Návrhu na lázeňskou péči...“ u samoplátce (v případě, že lázeňská léčba není nutná). 300,-

12. Vyšetření na žádost fyzické osoby nesouvisející s léčebně preventivní péčí. Činnost se účtuje á 12 minut 100 Kč za 12 minut, minimálně 300,-

13. Klinické vyšetření a odběr krve na alkohol na žádost pacienta. 300,-

14. Zjištění stavu hospitalizovaného pacienta ambulantním lékařem na žádost zákonného zástupce či příbuzných (a se souhlasem pacienta či zákonného zástupce). 200,-

15. Posouzení bodového ohodnocení bolestného a ztížení společenského uplatnění. 200,-

16. Vyplňování cizojazyčných dotazníků. Činnost se účtuje á 12 minut 100 Kč za 12 minut, minimálně 300,-

17. Vystavení zprávy v cizím jazyce. Činnost se účtuje á 12 minut 100 Kč za 12 minut, minimálně 300,-

18. Analýza a posouzení zdravotnické dokumentace z jiných zdravotnických zařízení provádě-

né na žádost pacienta a jiným než ošetřujícím lékařem, kterého si pacient sám zvolil.

Činnost se účtuje á 12 minut 100 Kč za 12 minut, minimálně 300,-

19. Odběr krve a vyšetření krevní skupiny na žádost pacienta. 300,-

20. Aplikace jedné náušnice, 150,- a každé další.

21. Vstupní a výstupní prohlídka při práci na rizikovém pracovišti (hradí zaměstnavatel – úhradu lze řešit smlouvou se zaměstnavatelem či platbou vyšetřovaného, která mu je poté zaměstnavatelem refundována).

Činnost se účtuje zpravidla 1 Kč za bod, neplatí však žádná omezení stran Q a H kódů a podobně.

II. Péče poskytovaná za úhradu především v rámci dané odbornosti.

Stanovení ceny se řídí doporučením na začátku katalogu.

A. Praktická medicína:

1. Vyšetření nutné k udělení zdravotního průkazu.

2. Vystavení duplikátu očkovacího průkazu na žádost pacienta.

B. Praktická dětská medicína: stejně jako praktická medicína +

1. Lékařské potvrzení do dětského tábora.

2. Vyšetření před nástupem do MŠ.

3. Potvrzení k adopci.

4. Povolení rekreace mimo období prázdnin.

5. Vystavení duplikátu očkovacího průkazu na žádost zákonného zástupce či pacienta.

(Poznámka redakce: následuje výčet jednotlivých odborností)

Informace na závěr, která není součástí katalogu:

Patologie – úhrada služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění je jen těžko představitelná.



Omluvenky

Nefrologie – oborová komise čeká na vyjádření VZP???

Urgentní medicína – tyto výkony nepřicházejí v úvahu.

Nukleární medicína – obor nebude poskytovat výkony nehrazené ze zdravotního pojištění???

Dětská chirurgie – úhradu výkonů nehrazených z ze zdravotního pojištění společnost nedoporučuje.

Důvody rozdílných pohledů na konstrukci „Katalogu dohodnutých služeb“

MUDr. Pavel Neugebauer

Předseda SPLDD ČR

1. v uvedeném katalogu postrádáme základní rozdělení na:

a) výkony nehrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění, ale poskytované všem registrovaným pojištěncům

b) výkony poskytované individuálně a výběrově, netýkající se běžně poskytovaných placených služeb („nadstandard,“)

2. pro obě kategorie by dle našeho názoru měl být dodržován zákon č. 526/1990 o cenách, který pro veškerou zdravotní péči ustanovuje tzv. regulované ceny, což znamená, že tyto ceny nelze vytvářet volně, ale pouze na základě určitých pravidel vyplývajících z tohoto zákona. Na základě ustanovení tohoto zákona platí pro péči nehrazenou ze zdravotního pojištění tzv. věcně usměrňované ceny, které je povinno každé zdravotnické zařízení si kalkulovat samo, což znamená volnější tvorbu regulace cen, kdy s přímo nestanoví částka ceny, nýbrž závazné nebo přípustné způsoby její konstrukce. Zde bychom viděli úlohu ČLK, která pro takovou tvorbu ceny stanoví nepodkročitelnou hodnotu lékařské práce.

Jak mnozí z Vás na vlastní kůži pocítili, Ministerstvo školství vyjádřilo velmi svérázný názor na povinnost PLDD omlouvat nepřítomnost žáků ve škole způsobenou návštěvou ve Vaší ordinaci a to přímo na příslušné referáty Okresních úřadů. Protože se Výbor Sdružení má názor zcela opačný a řada kolegů je stále pod tlakem učitelů a rodičů tyto omluvenky vystavovat, zveřejňujeme v plném znění oficiální stanovisko SPLDD a MZ ČR. Jak z níže uvedeného vyplývá, záleží pouze a jedině na „osobní statečnosti“ každého z Vás, jak se s uvedenými skutečnostmi vyrovnáte.

■ Omlouvání nepřítomnosti žáků a studentů ve škole ze strany lékařů – stanovisko SPLDD

dovoluji si Vám poskytnout stanovisko k problému omlouvání žáků základních a středních škol z důvodů nemoci, které bylo vypracováno ve spolupráci s právníkem SPLDD JUDr. Machem a právníkem SPL Mgr. Uhrem (jde tedy i o stanovisko SPL ČR).

Dle shodného názoru je zcela zřejmé, že právními předpisy upravený vztah, týkající se dané problematiky, **existuje prakticky pouze mezi zákonným zástupcem žáka (studenta) a školou.** Toto zcela zřetelně uvádí jak vyhláška č.291/1991 Sb., o základní škole (§3, odst.8): „Nemůže-li se žák zúčastnit vyučování z důvodů předem známých žákovi nebo jeho zástupci, požádá zástupce žáka třídního učitele nebo ředitele školy o uvolnění z vyučování. Nemůže-li se žák zúčastnit vyučování z nepředvídaného důvodu, je zástupce žáka povinen nejpozději do dvou dnů oznámit třídnímu učiteli důvod nepřítomnosti. Dobu, na kterou žáka uvolní třídní učitel nebo ředitel školy, stanoví řád školy.“, tak i vyhláška č.354/1991 Sb., o středních školách (§2 odst.2): „Nemůže-li se nezletilý žák zúčastnit vyučování, požádá zákonný zástupce žáka, pěstoun nebo občan, popřípadě ústav, jemuž byl žák na základě soudního rozhodnutí svěřen do výchovy (dále jen „zástupce žáka,“), třídního učitele nebo mistra odborné výchovy o uvolnění z vyučování; je-li žák ubytován v domově mládeže, uvědomí současně o tom vychovatele.“

§2 odst.3) dále uvádí: „Nemůže-li se nezletilý žák zúčastnit vyučování z důvodu, který nemohl předem předvídat, je zástupce žáka, popřípadě vychovatel, jde-li o žáka ubytovaného v domově mládeže, povinen nejpozději do 3 dnů oznámit třídnímu učiteli nebo mistru odborné výchovy důvod nepřítomnosti. Zástupce žáka ubytovaného v domově mládeže sdělí důvod nepřítomnosti též vychovatele.“)

Obdobně i zákon č. 29/1984 Sb., o soustavě základních a středních škol, v §36 ukládá **zákonnému zástupci dítěte, pěstounovi či občanovi (popř. ústavu) jemuž bylo dítě svěřeno do výchovy dbát, aby docházelo do školy pravidelně a včas.** Zákon č.94/1963 Sb., o rodině, hovoří mimo jiné i o **povinnosti rodičů důsledně chránit zájmy dítěte, řídit jeho jednání a vykonávat nad ním dohled.**

Z výše uvedeného je zřejmé, že **osobou jejíž povinností je omlouvat v nutných případech neúčast na vyučování je nepochybně zákonný zástupce**

(v praxi nejčastěji rodič). Tuto povinnost **nelze přenést na ošetřujícího lékaře** ani z morálního, ale ani z právního hlediska.

Některé značně účelové výklady v praxi zřejmě vycházejí z ustanovení předmětných výše uvedených vyhlášek (vyhl.č.291/1991 Sb., o základní škole, vyhl.č.354/1991 Sb., o středních školách), které umožňují v určitých odůvodněných případech škole požadovat další doklad zdůvodňující nepřítomnost žáka (vyhl.č.291/1991 Sb., o základní škole, §3 odst.9): „Nepřítomnost žáka omlouvá zástupce žáka; V odůvodněných případech může škola požadovat lékařské potvrzení o nemoci žáka či jiný úřední doklad potvrzující důvod nepřítomnosti žáka.“, vyhl.č.354/1991 Sb., o středních školách, §2 odst.4): „Třídní učitel nebo mistr odborné výchovy omluví nepřítomnost žáka při vyučování na základě **omluvenky podepsané zástupcem žáka nebo vychovatelem nebo lékařem.**“)

Škola je zde tedy dána **možnost**, aby se v případě pochybností nespokojila pouze se sdělením zákonného zástupce a požadovala další doložení. V praxi ovšem **musí být žádost o doložení směřována na zákonného zástupce** (nikoli přímo na jinou osobu, např. lékaře), neboť dle příslušných ustanovení **on je tím, který žádá o omluvení či oznamuje nepřítomnost.** Pokud by došlo k omluvení **pouze na základě potvrzení podepsaného lékařem** dle §2odst.4), č.354/1991 Sb., o středních školách, **došlo by postupu v rozporu** s předchozími odstavci (2 a 3) téhož paragrafu, které zcela jasně uvádějí, že o omluvení žádá zákonný zástupce. Nelze účelově vyjmout pouze část předmětného ustanovení a tím zásadně změnit smysl celku.

Požadavek školy na doložení lékařského potvrzení zákonným zástupcem však může být nesplnitelný, neboť **žádný právní předpis ošetřujícímu lékaři takovéto potvrzení vystavit neukládá**, a tudíž zákonný zástupce nemusí být schopen toto získat. Zde lze nalézt určitou paralelu ve vztahu zdravotnické zařízení – zaměstnanec, kdy zaměstnanec musí prokázat zaměstnavateli důvod důležité osobní překážky v práci ve smyslu §127 zák.č.65/1965 Sb., zákoník práce (takovou překážkou je např. „**vyšetření nebo ošetření ve zdravotnickém zařízení, které nebylo možno zabezpečit mimo pracovní dobu zaměstnance**“). Platné nařízení vlády č.108/1994 Sb., kterým se provádí zákoník práce a některé další zákony, **zrušilo z ústavních důvodů povinnost zdravotnických zařízení vyhotovovat potvrzení o návštěvě pacienta v tomto zařízení.** V současné době tedy nemá ani za-



městnanec možnost donutit lékaře k vystavení písemného potvrzení o návštěvě.

V některých právních robech, mimo jiné i v předloženém stanovisku MŠMT, které nám bylo Vámi laskavě dáno k dispozici je s odkazem na § 38, zák.č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění („Hrazená péče zahrnuje posuzování dočasné neschopnosti k práci nebo ke studiu ošetřujícím lékařem a posuzování skutečností, které jsou podle § 127 zákoníku práce důležitými osobními překážkami v práci, a obdobné výkony u žáků a studentů.“) stavěno na roveň postavení žáků či studentů a zaměstnanců. Proto si dovoluujeme uvést výše uvedené nařízení vlády, abych upozornili na to, že ani u zaměstnanců neexistuje povinnost lékaře písemně potvrdit vystavit.

Na základě ustanovení §38, zák. č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, bývá také mylně dovozováno, že je-li součástí péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění administrativní úkon vystavení dokladu o pracovní neschopnosti (zde ještě bývá argumentováno zněním vyhlášky č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, která v kapitole 4, v definici obsahu výkonu cíleného vyšetření uvádí v bodě 17 administrativní činnost spojenou s výkonem (PN, OČR, potvrzení o trvání PN, povinná hlášení, žádanku o zdravotní transport a podobně) je povinností vystavit potvrzení i o onemocnění žáka. Zde je nutno odlišit administrativní úkony nutné z hlediska zdravotního (např.žádanka o zdravotní transport, záznam ve zdravotní dokumentaci), a administrativní úkony, jež je lékař povinen provést na základě dalších zvláštních právních předpisů (např. vyhl.č.31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení). Vyhláška č.134/1998 Sb., v návaznosti na zákon č.48/1997 Sb., pouze specifikuje rozsah a podmínky úhrady z veřejného zdravotního pojištění, nemůže tedy na jejím základě dojít k uložení povinnosti, která není žádným předpisem definována a specifikována.

Argumentace, že potvrzení o nemoci žáka je obdobným úkonem jako potvrzení o pracovní neschopnosti nemůže obstát. Byť věcně lze tyto dvě srovnávat, jsou zde dva zásadní rozdíly : povinnost vystavit potvrzení o pracovní neschopnosti je uložena zvláštním právním předpisem (vyhl.č.31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení) a důvodem vystavení pracovní neschopnosti je především vznik nároku na nemocenskou dávku (tento studenti či žáci nemohou uplatnit, upravuje platná vyhl.č.165/1979 Sb.).

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

dání s osobními údaji“.

Lze tedy shrnout, že není povinností ošetřujících lékařů vystavovat potvrzení o vyšetření, ošetření, či o onemocnění žáka (studenta). Pokud by lékař byl ochoten takovéto potvrzení vystavit, domníváme se, že by tak měl učinit pouze na žádost zákonného zástupce, nebo s jeho svolením. Vzhledem k úvodním odstavcům, ze kterých vyplývá povinnost zákonného zástupce vystupovat vůči škole, omlouvat nepřítomnost žáka atd., se domníváme, že nevhodnější by bylo, pokud to bude nezbytné a rodič se s lékařem tak dohodne, předat toto potvrzení přímo zákonnému zástupci k jeho dispozici.

Dle našeho názoru by v tomto případě šlo o administrativní výkon nehrazený z veřejného zdravotního pojištění ve smyslu §15, odst.9), zák.č.48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění („Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce.“).

Tuto informaci uvádíme již jen na okraj – jsme si vědomi, že otázka případné úhrady není v tomto případě zásadní, nicméně jsme považovali za vhodné na tuto skutečnost alespoň upozornit.

Za SPLDD ČR

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda

Použité právní předpisy:

zák.č.48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, §38
vyhl.č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
zák.č. 29/1984 Sb., o soustavě základních a středních škol
vyhl.č.291/1991 Sb., o základní škole vyhl.č.354/1991 Sb., o středních školách
vyhl.č.31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení
zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

■ Omlouvání nepřítomnosti žáků ve škole ze strany lékařů – stanovisko MZ ČR

Dle § 13 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, se ze zdravotního pojištění hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav.

Dle § 15 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb. se ze zdravotního pojištění nehradí vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce.

Dle § 38 zákona č. 48/1997 Sb. hrazená péče zahrnuje posuzování dočasné neschopnosti k práci nebo ke studiu ošetřujícím lékařem a posuzování skutečností, které jsou podle § 127 zákoníku práce důležitými osobními překážkami v práci, a obdobné výkony u žáků a studentů.

Dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozděj-

ších předpisů, jsou součástí výkonů klinických vyšetření komplexní, opakované komplexní cílené a kontrolní je i administrativní činnost spojená s výkonem (PN, OČR, potvrzení o trvání PN a podobně). Podle § 21 odst. 1 zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, je posudková činnost nedílnou součástí léčebně preventivní péče.

Ze zákona č. 29/1984 Sb. o soustavě základních a středních škol (školský zákon) vyplývá, že školy v právních vztazích vystupují svým jménem a mají odpovědnost vyplývající z těchto vztahů. V ustanovení § 3 odst. 9 vyhlášky č. 291/1991 Sb., o základní škole, je stanoveno, že „Nepřítomnost žáka omlouvá zástupce žáka; v odůvodněných případech může škola požadovat lékařské potvrzení o nemoci žáka či jiný úřední doklad potvrzující důvod nepřítomnosti žáka“. Z tohoto znění vyplývá, že jen v odůvodněných případech by si mohla škola vyžádat omluvenku od lékaře, nejedná se tedy o obligatorní právo. Vyhláška č. 354/1991 Sb., o středních školách, pak v ustanovení č. 2 odst. 4 stanoví tři resp. dva subjekty, kteří mohou nepřítomnost žáka omluvit: „Třídní učitel nebo mistr odborné výchovy omluví nepřítomnost žáka při vyučování na základě omluvenky podepsané zástupcem žáka nebo vychovatelem nebo lékařem“. Tato problematika však nespadá do kompetence našeho resortu.

Vzhledem k výše uvedenému by postup zdravotnických zařízení při omlouvání nepřítomnosti žáků ve škole ze zdravotních důvodů měl být podle našeho názoru následující:

V případě, že zdravotnické zařízení navštíví fyzická osoba v roli pacienta (v případě nezletilých dětí v doprovodu zákonného zástupce) s cílem poskytnutí léčebné péče za účelem zachování nebo zlepšení zdravotního stavu, součástí této zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění by v souladu s výše citovanými právními předpisy mělo být i posouzení na základě vyšetření a poskytnutí písemného vyjádření jako závěru posouzení dočasné neschopnosti žáka ke studiu.

V případě, že zdravotnické zařízení vyhledá fyzická osoba (žák, či jeho zákonný zástupce) s cílem vydání „omluvenky“ bez úmyslu poskytnutí zdravotní péče za účelem zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pacient nelze v souladu s postupy lege artis „omluvenku“ vystavit. Jedná se o obdobu postupu právně zakotveného v §2 odst. 1 písm. a) vyhlášky č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Konečné rozhodnutí ke správnému naplňování platných předpisů náleží pouze soudu, pokud je k dané problematice vedeno soudní řízení. Ostatní výklady, jako např. výklady ministerstev, advokátů, právních poradců apod., mají charakter nezávazného doporučení.

MUDr. Pavel Březovský
ředitel odboru zdravotní péče



Očkování

V poslední době se setkáváme se závažnými problémy v základní činnosti, která se bezprostředně dotýká těch, o které se praktický dětský lékař stará. Touto činností je pravidelné očkování dle platné legislativy. Vzhledem k tomu, že praktický dětský lékař je pouze realizátorem očkování, je nezbytná úzká součinnost s orgány státní správy přímo zodpovědné za naplnění legislativy. Požadavky hygienické služby ne vždy korespondují s představou zdravotních pojišťoven o úhradách nového způsobu očkování. S danou problematikou úzce souvisí i problematika kalmetizace, proto Vám nabízíme korespondenci na dané téma. První zkušenosti kolegů s kombinací očkování nového způsobu je zřejmé, že může mnohem častěji docházet k nežádoucím reakcím. Žádáme Vás proto, aby jste na předepsaném formuláři (k dostání na OHESu) tuto skutečnost oznamovali.

redakce VOX

Dopis Hlavního hygienika České republiky MUDr. Michaela Víta předsedovi SPLDD ČR MUDr. Pavlu Neugebauerovi ze dne 4. 6. 2001:

Věc. *Provádění kalmetizace dětí a dorostu*

Dopisem ze dne 4. 4. 2001 č. j. 129/01 NE jste mě upozornil na provádění kalmetizace a s tím spojená úskalí, odrážející se v praxi dětských lékařů. V příloze Vám zasílám na vědomí vyjádření formulované odbornou společností na zasedání výboru ČPFPS, konaného dne 3. 5. 2001.

MUDr. Michael Vít
Hlavní hygienik ČR

Příloha:

Vážený pane náměstků,

Výbor ČPFPS se na svém jednání dne 3. 5. 2001 zabýval dopisem předsedy Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR MUDr. Pavla Neugebauera ze dne 4. 4. 2001, a to té jeho části, která se týká kalmetizace u dětí a dorostu.

Obsah dopisu týkající se shora uvedené problematiky je zřejmě výsledkem neinformovanosti profesní organizace praktických dětských lékařů v oblasti kalmetizace. Předně, dnes již řada oddělení TRN zabezpečujících kalmetizaci již provádí testování a očkování proti TBC ve svých ordinacích a nikoliv bromadně přímo na školách. Je pravdou, že zbývající část provádí testování a někdy i očkování bromadně na školách. V těchto případech však musí ošetřované dítě přinést vyplněný a rodiči podepsaný dotazník, ve kterém rodiče musí uvést všechna onemocnění dítěte, jeho předchozí očkování a užívání léků. Dotazník obsahuje písemný souhlas rodičů s očkováním dítěte ve škole. V těch případech, kde z dotazníku vyplyne nejasnost, nebo nepřinese dítě dotazník s písemným souhlasem rodičů o očkování dítěte ve škole, je zváno s rodiči do ordinace.

Výbor ČPFPS v současné době zpracovává metodické doporučení pro činnost kalmetizačních oddělení. V tomto metodickém doporučení budou specifikovány podmínky testování a očkování proti tuberkulóze i u školou povinných dětí. Okamžitý požadavek, aby v celé republice byly školní děti očkovány v ordinacích, by mohl vážným způsobem narušit prevenci TBC. Jedná se o oblasti, kde je v současné době problematické spojení a kde požadavek na doježdění dětí s rodiči do ordinace plicního lékaře naráží na nepochopení a neochotu rodičů.

Z hlediska činnosti ordinací plicních lékařů by nebyl vůbec žádný problém okamžitě přejít na očkování proti TBC v ordinacích. Zastáváme názor, že by věc neměla být řešena násilně a okamžitým opatřením, ale postupně.

Jsem s pozdravem

MUDr. Viktor Kašák
Místopředseda ČPFPS

doc. MUDr. Miloš Pešek
vědecký sekretář ČPFPS

Dopis předsedkyně OSPDL ČLS JEP MUDr. Hany Cabrnchové Hlavnímu hygienikovi ČR MUDr. Michaleu Vítovi ze dne 29. 6. 2001:

Vážený pane doktore,

obracím se na Vás se žádostí o stanovisko k situaci vzniklé v souvislosti s realizací vyhlášky č. 439/2000 Sb. o očkování proti infekčním nemocem.

Podle Vašeho výkladu z 1. 6. 2001 měly být proti hepatitidě B očkovány od 1. července 2001 dvanáctileté děti, tedy děti, které již měly dvanácté a doposud neměly třinácté narozeniny. Podle tohoto stanoviska měly být očkovány i děti narozené po 1. 7. 2001, tedy děti, kterým již bylo dvanáct let a doposud nebylo třináct let.



V současnosti obdržely Městské hygienické stanice v Praze od hygienika hlavního města Prahy MUDr. Vladimíra Polaneckého upřesnění výkladu hlavního hygienika MZ ČR z 1. 6. 2001 (kopie v příloze).

Podle tohoto upřesnění výkladu, datovaného 18. 6. 2001, mají být očkované pouze děti narozené v roce 1989. Tímto stanoviskem je popřen nárok všech dětí, narozených mezi 1. 7. 1988 a 31. 12. 1988, na očkování proti hepatitidě B. Takové rozhodnutí může mít i právní důsledky, pokud se rodiče „postižených“ dětí budou očkování dožadovat a obrátí se na soud.

Telefonicky jsem se dotazovala MUDr. Vladimíra Polaneckého na důvod tohoto rozhodnutí. S odpovědí pana doktora Polaneckého nejsem spokojena. Argument, že vyhláška vešla v platnost 1. 1. 2001 a realizována byla až od 1. 7. 2001 (z důvodu výběrových řízení na vakcínu) nemá podle mne žádný vliv na zmíněnou věkovou kategorii dětí narozených po 1. 7. 1988.

Celý výklad vyhlášky je podle mne problematický. Podstatou výkladu je odpověď na otázku, co je to „dvanáctý rok života“, jak je uvedeno v § 7 odst. 3 vyhl. č. 439/2000 Sb. Dvanáctý rok života se rozhodně nekryje s pojmem „dvanáctiletý, tedy ten, který již měl dvanácté narozeniny“, který používáte ve svém výkladu z 1. 6. 2001. Je evidentní, že první rok života končí, nikoli začíná prvními narozeninami, druhý rok života končí, nikoli začíná druhými narozeninami, a tak tedy dvanáctý rok života, uváděný ve vyhlášce, končí dnem dvanáctých narozenin, nikoli začíná. Budeme-li chtít dostat znění vyhlášky, musí být vakcína podána nejdříve den po dni jedenáctých narozenin a nejpозději v den dvanáctých narozenin, tedy může být podána dětem v intervalu jednoho roku mezi dnem jedenáctých a dvanáctých narozenin. Docházíme tedy k tomu, že **dvanáctý rok svého života žijí ty děti, které už oslavily jedenácté a ještě neoslavily dvanácté narozeniny.**

Žádám Vás o stanovisko, které by vneslo pořádek do těchto nejasností vedoucích k rozdílným postojům jednotlivých hygienických stanic a tím i k různým doporučením praktickým lékařům pro děti a dorost v různých regionech. Ráda bych toto stanovisko měla k dispozici do 3. 7. 2001, kdy zasedá výbor naší odborné společnosti, který bude vydávat pokyny praktickým dětským lékařům do jednotlivých regionů.

Děkuji Vám za rychlou odpověď.

S pozdravem

MUDr. Hana Cabrnocová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Dopis Hlavního hygienika ČR MUDr. Michaela Víta předsedkyni OSPDL ČLS JEP MUDr. Haně Cabrnocové ze dne 2. 7. 2001:

Vážená paní předsedkyně,

dovoľte mi, abych se pokusil vyjasnit některé nejasnosti, které uvádíte ve svém podání ze dne 29. 6. 2001 a které se týkají výkladu pojmu „dvanáctý rok života“. Hlavní problémy zřejmě vyplývají z různého výkladu toho, co je „dítě v prvním roce života“ a z toho se následně odvíjí nestejně výklady shora uvedeného pojmu. Podle našeho názoru, který lze oprávněně např. i o běžně uváděné statistické výkazy (viz příloha), je třeba uvažovat s pojmem „nulaleté dítě“ neboli dítě v nultém roce života, tj. dítě ve věku od narození do prvních narozenin. Pak zcela logicky dítě ve dvanáctém roce života je dítě od svých dvanáctých do třináctých narozenin. S cílem odstranit různé výklady a z nich plynoucí možná nedorozumění, doporučili jsme a stále doporučujeme převzít v rámci celé republiky shora uvedený přístup. Přijmeme-li shora uvedený přístup, pak se očkování proti virové hepatitidě B u dětí ve dvanáctém roce života (odst. 3, § 7 vyhl. č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem a § 23 téže vyhlášky) týká v r. 2001 všech dětí, které v době od 1. ledna do 31. prosince 2001 vstoupí do dvanáctého roku života, t.zn. že jim v průběhu tohoto intervalu bude dvanáct let. Uvedený přístup byl přijat celou hygienickou službou.

S pozdravem

MUDr. Michael Vít
Hlavní hygienik ČR

Dopis vrchního ředitele ÚZP ÚP VZP MUDr. Antonína Pečenky předsedovi SPLDD ČR MUDr. Pavlu Neugebauerovi ze dne 3. srpna 2001 (na vědomí: MUDr. Antonín Malina, náměstek ministra zdravotnictví):

Vážený pane doktore,
odpovídám na Vaši žádost ze dne 24. 7. 2001 o řešení vykazování a úhrady souběhu očkování, ke kterému dochází vydáním nové vyhlášky s platností od 1. 7. 2001.

Po zvážení situace navrhneme výše uvedený problém řešit zpracováním zvláštního kódu s názvem „Očkování s.c., i.m. typ II“ (v této fázi kód VZP), který by reflektoval na zvýšené nároky na aplikaci druhé očkovací látky. Vykazování a úhrada tohoto nového kódu bude se zpětnou platností od 1. 7. 2001. VZP ČR zpracuje návrh nového kódu VZP, ve kterém bude proti kódu 02110 zohledněna další stříkačka a další jehla.

S pozdravem

MUDr. Antonín Pečenka
vrchní ředitel ÚZP ÚP VZP



Zápis z jednání výboru Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP konaného dne 13.6.2001

1) Rekapitulace výsledků voleb, volba funkcionářů, pověření členů výboru:

Originály záznamů z voleb budou uloženy na sekretariátě – zápis z voleb a usnesení bude odesláno na Revizní komisi ČLS JEP.

Vědeckým sekretářem společnosti zvolen výborem MUDr. Jiří Liška – Plzeň, místopředsedou MUDr. Jarmila Seifertová – Kladno. Předsedou revizní komise zvolena MUDr. Marie Kolářová – Praha 9.

Další pověření členů nově zvoleného výboru: MUDr. J.Krejčík – Praha 10 – navržen na předsedu oborové komise ČLK, spolupráce s Českou pediatrikou společností – MUDr. R. Adamová – Čáslav, MUDr. J. Seifertová. Zápis z voleb bude též odeslán na Vědeckou radu ČLK, ČPS, a Odbor péče o dítě při Ministerstvu zdravotnictví ČR (vedoucí MUDr. Iva Truellová).

2) Předání agendy a inventáře nově zvolené předsedkyni:

MUDr. Endler předal inventář bez problémů, zvuková aparatura bude uložena v sekretariátě společnosti. Kontrola razítek bude provedena do příštího výboru, inventář byl předán seznamem, o jeho dalším umístění bude výbor dále jednat.

3) Administrativní zázemí pro OSPDL:

Kancelář v prostorách Dětské kliniky FTN může fungovat do konce roku, sekretářka má do konce roku smlouvu s ČLS JEP na které netrvá. Předsedkyně je pověřena jednat o nájmu nových prostor pro kancelář společnosti. Praktická se jeví nabídka užívání společných prostor od firmy Léčiva a.s. spolu se Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost, se Sdružením praktických lékařů a se Společností všeobecného lékařství ČLS JEP v Praze 10 – Vršovicích.

4) Název společnosti:

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP nebo Společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP? V souvislosti s volbami dosud jen ústní informace ze sekretariátu ČLS JEP, ověří MUDr.Cabrnochová.

5) Diskutována praktická realizace vyhlášky o očkování 439/2000 Sb.:

Pokyny z hygienických stanic bohužel přicházejí na poslední chvíli, není dostatečná informovanost v terénu. Výbor **doporučuje** dodržování znění vyhlášky a respektovat pokyny z hygienických stanic při dodržování všech známých kontraindikací. Výbor bude sledovat a dále diskutovat praktické dopady této vyhlášky v terénu. Aktuální informace bude zveřejňovat prostřednictvím časopisu VOX.

6) Dispenzární péče – diskuze k připravované vyhlášce Ministerstva zdravotnictví:

Výbor se shoduje v základním pojetí dispenzární péče a to, že ji navrhuje registrující lékař za účelem koordinovat pohyb pacienta v systému zdravotní péče a jeho léčbu. Dispenzární péči chápe více jako sledování pacienta ve vyjmenovaných skupinách diagnos. Zásadně kritizuje chybění PLDD mezi vyjmenovanými dispenzarizujícími lékaři, uveden někde pouze pediatr. Podrobněji se tímto bude výbor zabývat na dalších jednáních, přípravou a připomínkováním pověřen MUDr. Hanousek.

7) Zákon o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání:

Verze připravená poslancem M. Cabrnochem je nejucelenější a nejprůhlednější. Rozpor s návrhem ČLK zůstává pro primární péči v novém curiculu rodinného lékaře (RL). V návrhu poslance Cabrnocha je RL nástavbovou atestací na PLDD a PL (Praktického lékaře). V návrhu ČLK je uvažováno o rodinném lékaři jako o základním oboru. Toto pojetí odmítnuto na semináři v Senátu ČR jak zástupcem MZ – náměstkem MUDr.A.Malinou, tak zástupcem prezentovaného poslaneckého návrhu – MUDr.M.Cabrnochem. Bude-li odhlasován PLDD jako základní atestace, bude legislativně dána postgraduální výuka. Je nutná též spolupráce s katedrou pediatrie IPVZ a její subkatedrou praktického dětského lékařství (vedoucí P.Karger). Osud a postavení IPVZ však bude řešit připravovaný zákon. Bude nutná nová akreditace školitelů podle nových kritérií. Výbor se dále touto situací bude zabývat v souvislosti s tím, zda nový zákon

bude přijat a v jaké podobě.

8) Vzdělávací akce:

Výbor doporučuje tato páteřní témata na rok 2002:

a) Urgentní medicína

b) Metabolické vady a ATB v primární péči. MUDr. Liška osloví regionální zástupce společnosti, aby připravili termíny a rozpočet do 15.9.2001. MUDr. Krejčík ověří na ČLK, zda akce pořádané OS mají akreditaci v rámci ČLS JEP, nebo zda OS bude žádat samostatně.

9) Problematika ATB v primární péči:

Práci nad novou směrnici za OSPDL pověřen MUDr. Marek z Veselí nad Lužnicí, který se již tímto zabývá a připravuje s prim. MUDr. V. Jindrákem z mikrobiologické společnosti další sondu do preskripce ATB v primární péči a její ovlivnění. Průběžně bude informovat výbor.

10) Internetové stránky:

Výbor doporučuje jednat o internetových stránkách za nabídky sponzorství firmy GlaxoSmithKline ve spolupráci se Sdružením a pověřuje MUDr. Cabrnochovou dalším jednáním.

11) Nový výbor se seznámil se **stavem financí** a tvorbou rozpočtu v minulém období. Zásadně je nutné připravit na příští rok rozpočet dopředu a zvážit výši vybíraných částek při pořádaných akcích a to v souvislosti s kladným hospodářským výsledkem za minulé období. Při příštím jednání bude projednán návrh na finanční náhradu času při zasedáních výboru.

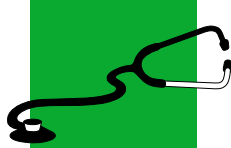
12) Zápis z jednání výboru:

Budou poskytnuty k zveřejnění ve Voxu pediatrie v plném znění.

13) Schváleno přijetí nových členů:

MUDr. Zora Čechová – Brno, MUDr. Lydie Machandrová – Český Těšín, MUDr. Eva Matoušová – Telč, MUDr. Hana Sedláčková – Brno, MUDr. Miluše Uhlířová – Brno

Zapsala MUDr.Seifertová
Ověřila MUDr.Cabrnochová



Zápis z jednání výboru Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP konaného dne 3.7.2001.

1) Administrativní zázemí

Sekretářka ing. Švejsová ukončila činnost, předala agendu MUDr. Cabrnchová. Výbor rozhodl, že do doby získání nových prostor bude dočasně sídlo společnosti na adrese SPLDD, tj. Klimentovská 11, 115 60 Praha 1. Doporučil přijetí nové sekretářky sl. Veroniky Michlové, která bude k dispozici členům odborné společnosti na sekretariátu SPLDD (tel. 24802549). MUDr. Cabrnchová převzala též ozvučovací techniku od MUDr. Nedělkové.

2) Název společnosti

MUDr. Cabrnchová kontaktovala vedoucí sekretariátu ČLS JEP paní Smrkovskou, název platí beze změn, tj. Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP.

3) Nové kancelářské prostory

Jedná se o zřízení nových prostor pro OSPDL v Praze 10 – Vršovicích. Nabídka na jejich zřízení i zařízení je od firmy Léčiva. Ve stejné budově bude sídlit i SPLDD, SVL ČLS JEP a SPL. Smluvní vztah ošetřitelů JUDr. Vacek – právník ČLS JEP.

4) Proběhlá jednání

Na MZ ČR proběhla schůzka k dispensární péči, za OSPDL přítomna MUDr. Cabrnchová. Názor výboru je, že by měl do dispensární péče pacienta zařazovat registrovaný lékař a nikoliv lékař ošetřující. V tomto smyslu je nutné dále komunikovat s MZ při přípravě nových legislativních norem. Připomínky budou zaslány na MZ. L. Hanousek zpracuje do září písemný materiál připomínající diagnózy a dispensarizující odbornosti v návrhu nové vyhlášky.

Jednání o LSPP na MZ ČR, za OSPDL přítomna MUDr. Cabrnchová. Jednání přítomni i MUDr. Neugebauer a doc. Novák. Panovala shoda v pojetí LSPP, preference toho, aby dětem byla LSPP poskytována pediatrem. MZ pracuje na standardech služeb veřejné správy, kam řadí i LSPP. Za OSPDL předány podkladové materiály vycházející z původního stanoviska k dané problematice.

Na MZ ČR schůzka nad koncepcí oboru pediatrie, přítomna MUDr. Cabrnchová za OSPDL, jednání vedla doc. Hrstková. Koncepce popisuje stávající stav oboru pediatrie. V případě vzniku nového oboru praktický lékař pro děti a dorost bude možné předložit novou koncepci. Přesto se podařilo prosadit několik našich stanovisek do stávající koncepce. Podrobněji prezentováno na výboru.

5) Kontrola smluv uzavřených s farmaceutickými firmami

MUDr. Cabrnchová jednala jménem OSPDL s firmou GlaxoSmithKline, i nadále platí plnění smlouvy podepsané předchozím vedením OSPDL na rok 2001. MUDr. Liška pověřen revizí proběhlých vzdělávacích akcí v regionech v souladu s naplňováním uzavřené smlouvy. Přislíbená spolupráce na rok 2002.

6) Regionální vzdělávací akce

Budou probíhat i nadále, je nutno do 15. září připravit plán a rozpočet na příští rok, aby akce mohla být umístěna do Katalogu kongresů a přednášek ČLS JEP a tím byla řádně akreditována. Diskutovali jsme nad používáním názvů pro vzdělávací centra v republice, ponecháme název regionální zástupci OSPDL (nemusí se vždy krýt s krajem).

Páteřní témata na rok 2002:

a) antibiotická terapie v primární péči, metabolické vady (zajištění MUDr. Marek ve spolupráci s doc. Zemanem)

b) přednemocniční neodkladná péče (oslovíme doc. Nováka)

Koordinací přípravy vzdělávacích akcí na regionech a komunikací s regionálními zástupci OSPDL pověřen MUDr. Liška. Na podzim je naplánované setkání výboru s regionálními zástupci.

7) Setkání školitelů

Diskuse nad náplní této akce. Výbor se shoduje na tom, že by se mělo jednat o akce zcela otevřené pro lékaře, kteří mají zájem v budoucnu žádat o akreditaci výukového pracoviště, mají zájem vzdělávat budoucí kolegy. V tomto pojetí OSPDL bude dále napomáhat při organizování akce „školitelů“. Problematikou pověřena MUDr. Seifertová, naplánována je schůzka se zástupci ILFu.

8) Novým členem redakční rady časopisu VOX za OSPDL jmenován J. Krejčík

9) Problematika očkování

Nejasnosti v očkování „12 letých“!? Dle posledního vyjádření hlavního hygienika se očkují proti hepatitidě B děti ve „dvanáctém roce života“, tj. v souladu se zněním vyhlášky. Pro letošní rok jsou to děti narozené od 1.1.1989. Celý text bude zveřejněn v časopise VOX.

10) Diskuse k očkovacímu průkazu bude pokračovat v září. Připomínky je možné zasílat doc. Jandovi (Praha 5 – Motol) za ČPS a za OSPDL MUDr. Hanousek (Hradec Králové).

11) Spolupráce s ČPS MUDr. Adamová, MUDr. Seifertová – předají zápisy z jednání výboru,

MUDr. Cabrnchová navázala kontakt s ČPS.

12) 13. – 15. 9. 2001 proběhne v Ženevě **12. kongres Evropské společnosti ambulantních pediatrů** – návrh účasti za OSPDL – MUDr. Seifertová a MUDr. Hanousek.

13) J. Krejčík ze zúčastnil jednání na MZ o **rescreeningu kongenitální hypotyreozy**. OSPDL podporuje navržený materiál prof. Hníkové k nutnosti v indikovaných případech provádět rescreening. OSPDL zašle připomínky na MZ ČR i na VZP – podklady pro jednání Dohodovacího řízení k seznamu výkonů hrazených ze zdravotního pojištění.

14) Ve vyhlášce je stále doporučena **despistáz fenylketonurie** u novorozenců chloridem železitým – doporučujeme toto zrušit cestou novelizace vyhlášky – požádáme MUDr. Truellovou na Odboru péče o dítě MZ ČR.

15) Do **perinatologické komise** MZ ČR jmenován za OSPDL J. Krejčík

16) MUDr. Seifertová a MUDr. Adamová přináší informaci z ČPS o žádosti Sdružení výrobců dětské výživy umísťovat pouze společné logo této organizace na výrobcích dětské výživy. OSPDL nebyla žádným výrobcem dosud oslovena.

17) Výbor navrhuje připravit konferenci se všemi subjekty, které se podílejí na péči o děti a dorost (neonatologové, pediatři, dorostoví lékaři, praktičtí lékaři...). Konference by mohla mít dvě hlavní části: odbornou a organizační (předávání pacientů, informace). Všichni členové výboru si připraví témata na příští schůzku.

18) 5.– 7. 9. 2002 připravuje ČPS celostátní **Pediatrický kongres**. Výbor vyzývá všechny PLDD k aktivní účasti! Témata budou upřesněna.

19) Bakteriologické vyšetření dětí před nástupem do ozdravovny, léčebny, lázní je sporné. Dotážíme se MUDr. Truellové (MZ – odbor péče o dítě) zda se jedná skutečně o nařízení hl. hygienika, jak některá zařízení udávají.

20) Objevuje se z ministerstva školství opět problematika omlouvání nepřítomnosti žáků na školách lékařem. O vypracování stanoviska poprosíme výbor SPLDD.

21) Přijati noví členové: MUDr. Hradská – Olomouc, MUDr. Volšíková – Sokolov

Další schůzka výboru se bude konat 5.9. 2001

*zapsala MUDr. Seifertová
ověřila MUDr. Cabrnchová*



Jód a jeho potřeba

MUDr. Milan Míček

Endokrinologická ordinace, České Budějovice

Proč potřebujeme jód?

Jaké množství jódu ve stravě je optimální?

Co se stane, máme-li jódů nedostatek, nebo přebytek?

Jaké množství jódu je v naší stravě?

Co udělat pro to, aby jsme ho měli ve stravě dostatek?

■ Metabolismus jódu

Jód je základní složkou tyroideálních hormonů a tvoří 65% molekulové hmotnosti celkového tyroxinu (TT4) a 59% hmotnosti celkového trijodthyroninu (TT3). Ze zaživacího traktu se resorbuje cca 100% anorganického jodidu; organické jódované látky se resorbují ze 70–90%. 20% průtoku jodidu přes štítnou žlázu se vychytá na membráně folikulární buňky, dostane se dovnitř do buňky, kde se naváže na tyrozínové zbytky a z nich vzniknou tyroideální hormony. Tímto se jód ve štítné žláze ukládá a následně uvolňuje do oběhu podle potřeby. Tyroideální hormony se po uvolnění ze štítné žlázy naváží na specifické receptory, přes které dochází k jejich účinku – expresi genů v cílových tkáních, zvláště v játrech, hypofýze, svalech a ve vyvíjejícím se mozku. Nedostatečný přísun jódu má za následek zvýšení senzitivity buněk štítné žlázy na TSH, jejich následnou hypertrofii, další pokles intratyroideálních zásob jódu a následnou hyperplazii štítné žlázy a s tím související nedostatečnou tvorbu jejich hormonů; následkem toho může dojít ke vzniku hypotyreózy.

Jodid se také vychytává v extratyroideálních tkáních, jako například ve slinných žlázách, v mléčné žláze, v žaludeční sliznici, corpus ciliare a v placentě. Závěry některých klinických studií ukazují, že fibroplastické změny v prsních žlázách jsou citlivé na přísun jódu. Při jeho zvýšené dodávce dochází ke zlepšení fibroplastických změn; toto onemocnění lépe reaguje na přísun jódu (I_2) než jodidu (I^-). Metabolický mechanismus účinku v této oblasti není zatím znám.

■ Optimální přísun jódu

Doporučené denní dávky jódu se liší v závislosti na věku pacienta: u dospělého 150 mcg/den, u těhotných a kojících žen 200 mcg/den. Výraznější jsou rozdíly u dětí, kde například denní potřeba jódu u donošeného novorozence je 15 mcg/kg, u nedonošeného

novorozence je 30 mcg/kg, děti ve věku do 6 let mají denní potřebu 90 mcg jódu, zatímco u dětí ve věku 7–10 let se jako denní potřeba jódu uvádí hodnota 120 mcg, u starších dětí je to 150 mcg denně.

Asi 90% jódu se vylučuje z těla močí. Toho se využívá při stanovení jodurie, jako markeru pro zásobení populace jodem. Jodurie se stanovuje z jednoho náhodně odebraného vzorku moči a vyjadřuje se v mcg l/l. Střední hodnoty jodurie naměřené v ČR při akci Tyromobil se pohybovaly v rozmezí 80–90 mcg l/l. Mezní hodnota pro jodurii, která odpovídá ještě dostatečnému přísunu jódu ve stravě, uváděná ICC IDD a WHO, je 100 mcg l/l; toto odpovídá dennímu přísunu jódu v dávce 150 mcg.

Horní hranice pro bezpečný přísun jódu není přesně známá a liší se jak v rámci jedné populace, tak i mezi jednotlivými populacemi. Pro většinu lidí jsou ještě bezpečné dávky do 1 mg jódu denně.

■ Následky nedostatečného přísunu jódu

Následkem nedostatečného přísunu jódu dochází ke vzniku strumy, hypotyreózy, mentální retardace a mohou být narušené reprodukční funkce jedince. Příčinou všech těchto potíží je nedostatečná tvorba tyroideálních hormonů vyplývající z nedostatečného přísunu jódu.

Prvním a nejlépe viditelným znakem nedostatku jódu je vznik strumy. Jak jsem uvedl výše, dojde vlivem TSH k zvětšení objemu štítné žlázy. Toto zvětšení štítné žlázy může při lehkém nedostatku jódu zachovat u jedince eutyreózní stav; je zde však riziko možného útlaku okolních struktur ze zvětšené štítné žlázy. Nedostatečná adaptace jedince může vést až ke vzniku hypotyreózy.

K ještě většímu poškození může dojít při nedostatku jódu během fetálního vývoje nebo u novorozenců a kojenců. Tyroideální hormony v tomto věku odpovídají za řádný vývoj cent-

rální nervové soustavy – mají vliv na její myelinizaci. Jsou-li v tomto věku děti vystaveny hypotyreóze, má to za následek jejich mentální retardaci anebo „pouze“ zhoršení kognitivních funkcí, které již v pozdějším věku nejdou nijak napravit (ani podáváním tyroideálních hormonů, ani jódu).

V několika studiích byl také prokázán vliv dostatečné suplementace jodem na zlepšení novorozenecké mortality.

■ Následky nadměrného přísunu jódu

Většina lidí dobře snáší nadměrný přísun jódu ve stravě. Výjimkou jsou lidé s deficitem příjmu jódu, lidé s autoimunním onemocněním štítné žlázy a papilárním karcinomem štítné žlázy.

V populaci, která původně žila v jódovém deficitu, který se velmi rychle napravit podáváním jódu, dochází k vzestupu **jodem vyvolané hypertyreózy**. K této situaci došlo na začátku 20. století ve Spojených Státech Amerických a opakuje se nyní v zemích, kde dochází k úpravě příjmu jódu u populace. Tyto potíže vznikají nejčastěji u starší populace, u které se ve štítné žláze nachází autonomní uzly, které nejsou schopny správně zareagovat na zvýšený přísun jódu a na místo toho produkují více tyroideálních hormonů. Prísun jódu ve stravě by se měl, i navzdory tomuto onemocnění, korigovat – s tím souhlasí převážná část lékařské veřejnosti.

Zdá se, že existuje souvislost mezi množstvím jódu ve stravě a **autoimunní tyroiditidou**. Podá-li se experimentálním zvířatům tyreoglobulin, nebo tyreoglobulin obohacený o jód, dojde u nich ke vzniku tyroiditidy, která se podobá autoimunní tyroiditidě u lidí. Po podání jódu lidem se strumou, došlo u některých z nich ke vzniku reverzibilní tyroiditidy a k elevaci tyroideálních protilátek. V epidemiologických studiích bylo prokázáno, že zvýšená incidence autoimunní tyroiditidy často korelu-

léčiva
nový Zodac



je se zvýšeným příjmem jódu ve stravě.

Zdá se, že přísun jódu ve stravě má vliv i na **karcinom štítné žlázy**. V zemích, které korigovaly svůj jódový deficit, došlo ke zvýšení incidence papilárního karcinomu štítné žlázy a ke snížení incidence folikulárního karcinomu štítné žlázy. V epidemiologických studiích byla prokázána korelace mezi přísunem jódu ve stravě a výskytem papilárního karcinomu štítné žlázy (9% incidence papilárního karcinomu štítné žlázy v Polsku, kde má populace deficit přísunu jódu ve stravě a naproti tomu 36% incidence papilárního karcinomu štítné žlázy ve Francii, kde je populace jodem dostatečně zásobená).

■ A jaká je situace v České republice?

Většina populace v naší zemi přijímá jód v soli. Jedlá sůl by v 1 kilogramu měla obsahovat 35 mg KJ. Problém je, že KJ sublimuje a proto při skladování soli, jejím transportu, apod., dochází ke snížení obsahu KJ. Tato situace se v současnosti řeší náhradou KJ za jodidčan.

V současné době jsou již v prodeji jódované minerálky, pro děti existují dětské přesnídávky s jodem, pro novorozence a kojence se vyrábějí jódované mléčné přípravky. Je také vhodné upravit jídelníček populace tak, aby se ve větší míře konzumovaly mořské ryby a jiné mořské produkty s obsahem jódu.

Pozor na nadměrný přívod jódu, protože jód je dále obsažený v mnohých vitamínových preparátech, z nichž mnohé obsahují kolem 150 mcg jódu v jedné tabletě! Stejně množství jódu obsahují preparáty, které těhotným ženám předepisují v současné době gynekologové. Někteří lidé užívají kelp a jiné tzv. „zdravé potraviny“, které také obsahují jód.

Vezmeme-li do úvahy, že průměrná jodurie je v ČR kolem 80 mcg l/l, a že hranice, která odpovídá dostatečnému přísunu jódu ve stravě, je 100 mcg l/l, je třeba zvýšit příjem jódu aspoň o 20%. Na druhé straně je třeba si uvědomit, jak jsem uvedl výše, že vyšší přísun jódu, v předtím jodopenické oblasti, může vést k zvýšení incidence onemocnění štítné žlázy. Proto si myslím, že děti do 18 let a starší populace, by měla být před nasazením jódu vyšetřena endokrinologem, a to s ohledem na přítomnost eventuálních uzlových změn ve štítné žláze, nebo lymfocytární tyroiditidy, a nemělo by docházet k celoplošnému nasazování jódových preparátů s odůvodněním, že se nacházíme v jodopenické oblasti.

■ 1) Protilátky proti TSH receptoru (TRAK (TRAb))

Tyto protilátky jsou dvojího typu – stimulu-

Autoimunní onemocnění štítné žlázy u dětí

MUDr. Milan Míček

Endokrinologická ordinace, České Budějovice

Autoimunní onemocnění štítné žlázy jsou častou diagnózou v ordinacích dětských endokrinologů. Tato onemocnění se týkají hlavně dospívajících a zvláště dívek, i když nejsou výjimkou ani v mladším školním věku. Ve svém článku se chci zmínit hlavně o jednotlivých typech protilátek, které s autoimunním onemocněním štítné žlázy souvisí, a které běžně v ordinacích (ať už endokrinologických, nebo ordinacích PLDD) můžeme vyšetřovat. V závěru článku stručně proberu jednotlivá autoimunní onemocnění štítné žlázy u dětí, a to hlavně s ohledem na jejich etiopatogenezi.

Abychom mohli hovořit o autoimunním onemocnění, potřebujeme k tomu antigen a proti němu se tvořící protilátku.

Mezi **antigeny štítné žlázy** patří tyto složky folikulárních buněk štítné žlázy (viz obrázek):

1. peroxidáza (mikrosomální antigen)
2. tyreoglobulin
3. receptor TSH
4. nedefinované antigeny (tzv. druhá složka koloidu, antigen buněčného povrchu, 24 kDa antigen v okohybných sva-lech a ve štítné žláze, atd.)
5. antigeny mohou být i T4 a T3, jako součást velké bílkoviny tyreoglobulinu

Všechny antigeny se exprimují na povrchu folikulárních buněk, čímž dochází ke spuštění autoimunních reakcí.

Etiopatogeneze autoimunních onemocnění není dosud zcela jasná. Při etiopatogenezi autoimunních onemocnění se uvažuje hlavně o těchto příčinách:

- 1) teorie zakázaných klonů
- 2) změny charakteru antigenu: – anomální exprese HLA systému – změny charakteru membrán při virové infekci
- 3) poruchy rozpoznávání – self recognition
- 4) poruchy specifické aktivace T-lymfocytů (jde o poruchu supresorových orgánově specifických lymfocytů??), a dalších příčinách.

Proti antigenům se v organismu vytváří **cirkulující protilátky**. Mezi tyto protilátky patří:

ující a inhibující.

A) TSI (Thyroid Stimulating Immunoglobulins) nebo také nazývané TSAb (Thyroid Stimulating Antibodies) Jedná se o polyklonální protilátky, které se vážou na TSH receptor a stimulují tím nitrobuněčné metabolické kaskády buňky štítné žlázy. V konečném důsledku dochází ke zvýšení tvorby tyroideálních hormonů.

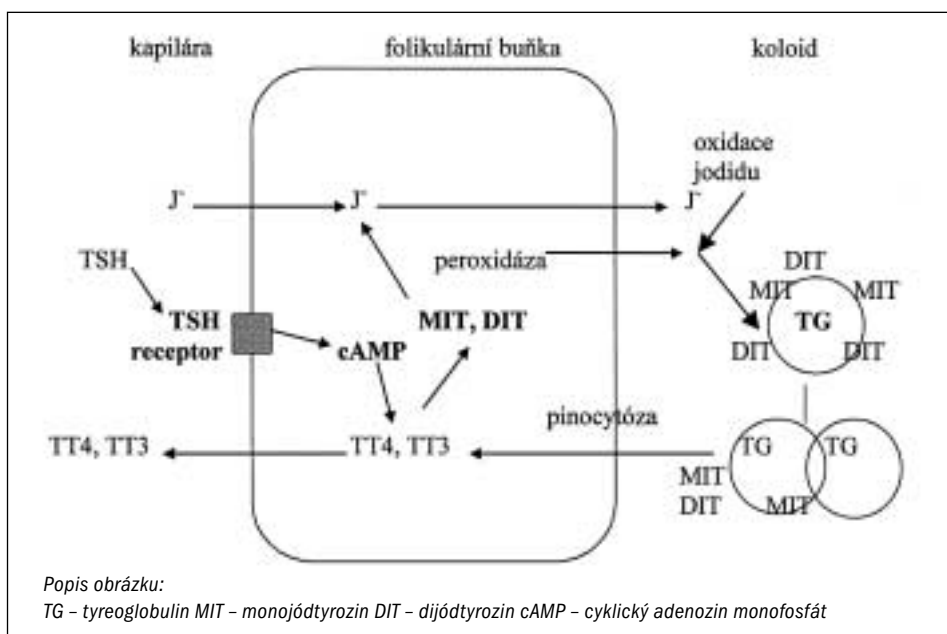
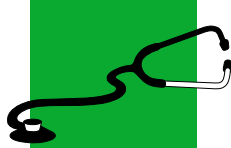
B) TBII (Thyrotropin Binding Inhibiting Immunoglobulins) TBII jsou inhibující protilátky, které se na TSH receptor pevně váží a brání tím vazbě TSH na tento receptor. TBII receptor nestimulují.

Protilátky TSI a TBII se společně nazývají TRAb (Thyrotropin Receptor Antibodies) protilátky. V německé literatuře je to zkratka TRAK (Thyrotropin Receptor Antikörper). Tuto zkratku používáme i u nás. Je nutné, si ale uvědomit, že když lékař indikuje vyšetření hladiny TRAK v séru, dostane výsledek, který je součtem TSI a TBII. Takže vlastně neví „jaký je poměr stimulujících a inhibujících protilátek“. Toto přesné rozdělení na stimulující a inhibující protilátky je záležitostí vysoce specializovaných laboratoří, a myslím si, že pro běžnou každodenní praxi není nutné.

TRAK protilátky jsou přítomné u hlavně u Morbus Graves-Basedow a u endokrinní orbitopatie.

■ 2) Protilátky proti peroxidáze (aTPO)

Peroxidáza se ve starší literatuře uváděla jako mikrosomální antigen. Dnes víme, že jde o enzym, který oxiduje jodid. Protilátky proti peroxidáze (aTPO) fixují komplement a do-



cháží k rozpadu folikulárních buněk (jsou tedy cytotoxické). Setkáváme se s nimi u lymfocytární tyreoiditidy a u tyreotoxikózy Graves-Basedow. Protilátky aTPO jsou pozitivní i u 5–10% „normální zdravé“ populace, a to hlavně ve vyšším věku.

■ 3) Protilátky proti tyreoglobulinu (aTG)

Tyreoglobulin je velká bílkovina, která se nachází v koloidu štítné žlázy. Do krevního oběhu se dostává hlavně při destrukci buněk štítné žlázy. Jeho hladina v plasmě je za normálních okolností velmi nízká, norma je do 50 pmol/l. K tvorbě protilátek aTG dochází u predisponovaných jedinců; 80% protilátek je ve formě IgG, cca 19% ve formě IgA a cca 1% je ve formě IgM. Protilátky aTG nefixují komplement a nejsou tedy cytotoxické. Tvorba protilátek aTG souvisí s úrovní zajódování jedince, dokazují to epidemiologické studie, ve kterých byla prokázána zvýšená imunogenita tyreoglobulinu obsahujícího hodně jódu.

Protilátky aTG jsou přítomné u lymfocytární tyreoiditidy (Hashimotova tyreoiditida), Morbus Graves-Basedow a u malignit štítné žlázy. Protilátky aTG jsou pozitivní také u 3–5% „normální zdravé“ populace.

■ 4) Ostatní protilátky

Běžně se nevyšetřují protilátky proti druhé složce koloidu, a ani protilátky proti T4 a T3.

Při interpretaci výsledků hladin protilátek je vždy třeba znát referenční meze jednotlivých laboratoří. Toto se obzvláště týká situace, kdy porovnáváme výsledky dvou různých la-

boratoří, které mohou používat rozdílné sety (např. RIA a Elisa metodu). Dále je třeba brát do úvahy i to, že některé z protilátek se v určitém nízkém procentu (viz výše) vyskytují i u jinak „zdravé“ populace; při diagnostice autoimunního onemocnění štítné žlázy je proto třeba brát do úvahy především klinický stav pacienta a další pomocná laboratorní nebo zobrazovací vyšetření.

Etiopatogeneze a klinický obraz autoimunního onemocnění štítné žlázy u dětí:

Při autoimunního onemocnění je štítná žláza infiltrovaná lymfocyty v aktivovaném stavu (senzibilizované a primované endogenními antigeny – tyreoglobulin, peroxidáza, TSH receptor). U Hashimotovy lymfocytární tyreoiditidy klesá procento supresorů a stoupá podíl helperů, a tím dochází ke zvýšení aktivity plasmatických buněk a tvorbě protilátek přímo ve štítné žláze.

Dochází tím k napadení tkáně štítné žlázy, které se projevuje nenápadnou destrukcí vedoucí k hypothyreóze, následně k růstu objemu štítné žlázy a někdy i k projevům hypertyreózy. Lokální nález na krku může kolísat od velké polynodózní strumy, přes difúzní strumu, ke štítné žláze, která má normální velikost vzhledem k věku, až po vymizelou štítnou žlázu, kterou nelze na krku nijak prokázat. Objem štítné žlázy u dětí by se měl vždy měřit pomocí ultrazvuku, jiné metody stanovující velikost štítné žlázy nejsou přesné a jsou v současnosti považované za obsoletní (palpace štítné žlázy, scintigrafie). V současnosti existují tabulky vztahující objem štítné žlázy u dětí k pohlaví a věku, těles-

nému povrchu, či hmotnosti dítěte, na základě kterých lze velmi přesně říct co už struma je, a co ne.

Svůj význam při autoimunních onemocněních mají i genetické faktory. V různých studiích byly prokázány souvislosti mezi určitou třídou HLA antigenů a autoimunním onemocněním štítné žlázy. Například HLA B8/DR3 je u bílé populace spojen s 3–4x vyšším výskytem Morbus Graves-Basedow. Černá populace s HLA DRw6 má asi 4x vyšší výskyt Morbus Graves-Basedow.

■ A) Hypertyreóza – Graves-Basedowova nemoc

Vliv na rozvoj tohoto onemocnění má genetická predispozice jednotlivce (viz výše). U geneticky predisponovaných jedinců dochází k exprimaci HLA antigenů na povrchu tyreocytů spolu se specifickými antigeny štítné žlázy, následkem čehož dochází k abnormální autoimunní odpovědi. Určitý vliv zde mají také exogenní faktory jako virové infekce (HIV, EBV), gravidita, zvýšený příjem jódu – jódem indukovaná hypertyreóza (v epidemiologických studiích bylo zjištěno, že se jedná buď o:

- 1) zvýšenou imunogenitu tyreoglobulinu obsahujícího hodně jódu, nebo
- 2) poškození buňky tyreocytu zvýšenou hladinou volných kyslíkových radikálů, nebo
- 3) přímý cytotoxický účinek jódu), infekce Yersinii enterocolitica (obsahuje protein antigeně shodný s TSH receptorem) a stres.

■ B) Endokrinní orbitopatie

Endokrinní orbitopatie je, kromě jiného, způsobená přítomností 24 kDa proteinu v okohybných svalech; v poslední době se také stanovují protilátky proti 64-kDa proteinu štítné žlázy, o kterém se předpokládá, že se také nachází na povrchu okohybných svalů. Ve fibroblastech okohybných svalů byl prokázán receptor TSH. Vlivem tvorby protilátek dochází k degeneraci svalových vláken, infiltraci svalů lymfocyty a makrofágy, ke zvýšení obsahu kyselých mukopolysacharidů ve svalech a k jejich následné fibróze.

■ C) Lymfocytární tyreoiditida (Hashimotova tyreoiditida)

Toto je nejčastější autoimunní onemocnění štítné žlázy, se kterým se dětští endokrinologové setkávají. Podle Volpeho je pro diagnostiku tohoto onemocnění potřebný klinický obraz, charakteristický ultrazvukový nález,



přítomnost aTPO nebo aTG protilátek a nutnost provést FNAB (Fine Needle Aspiration Biopsy) = punkce štítné žlázy tenkou jehlou. Výskyt v populaci se u tohoto onemocnění udává různě, s maximem do cca 7% (vyšší prevalence je u žen). Jsou sporné údaje o nadbytku jódu a manifestaci tohoto onemocnění (v některých experimentálních studiích na zvířatech došlo při nadbytku jódu k manifestaci tohoto onemocnění). Jsou ale také práce, které prokazují, že při zajišťování jód deficitní populace dochází ke zvýšení výskytu reverzibilní lymfocytární tyreoiditidy a zvýšení hladin protilátek aTPO. Neexistuje zatím ale žádná studie, která by prokázala, že nadbytek jódu autoimunní proces přímo vyvolává.

■ D) Primární hypotyreóza

Primární hypotyreóza není autoimunním onemocněním štítné žlázy v pravém slova smyslu, ale je to spíše následek onemocnění štítné žlázy, které začalo jako autoimunní lymfocytární tyreoiditida, neléčené postupně přešlo do subklinické hypotyreózy a dále do primární hypotyreózy. Je to tedy důsledek autoimunního onemocnění štítné žlázy, které zničilo funkci štítné žlázy. S primární hypotyreózou se v dětském věku moc často neseťkáváme, a to asi hlavně díky tomu, že dětští pacienti jsou diagnostikováni časněji, t.j. již ve fázi lymfocytární tyreoiditidy nebo subklinické hypotyreózy. Primární hypotyreóza se vyskytuje asi u 10% postmenopauzálních žen.

■ Vztah lymfocytární tyreoiditidy k jiným onemocněním:

Chtěl bych vyjmenovat některé nejdůležitější nemoci, ke kterým má lymfocytární tyreoiditida vztah: známý je přechod jedné formy tyreopatie do druhé, následkem čehož může u pacienta dojít ke vzniku např. Graves-Basedowovy nemoci, ale možný je i opačný přechod; vztah k M.Addison jako součást polyglandulárních syndromů; asi 7-38% dětských pacientů s diabetes mellitus I. typu má prokázanou lymfocytární tyreoiditidu; lze pozorovat také přítomnost hypoparatyreózy, vitiliga, alopecie areata; lymfocytární tyreoiditida se diagnostikuje také u pacientů s revmatoidní artritidou a systémovým lupus erythematoses; zajímavý, i když nevysvětlený, je vztah mezi zvýšeným titrem protilátek aTPO a depresí u perimenopauzálních žen.

Na závěr ještě uvedu stručnou charakteristiku autoimunních polyglandulárních syndromů, se kterými se v dětském věku můžeme setkat:

APS I (Autoimunní Polyglandulární Syndrom I)

Je to autosomálně recesivní onemocnění charakterizované přítomností mukokutánní kandidózy, hypoparatyreózy a M.Addison (někdy se do tohoto syndromu zahrnuje také primární hypogonadismus, autoimunní tyreopatie, alopecie nebo diabetes mellitus I.) Příčina: defekt AIRE genu, kódujícího AIRE protein

APS II = Schmidt-Carpenterův syndrom

Tento syndrom je vázán na HLA B8/DR3, 6. chromozom. Je-li přítomná primární hypotyreóza + M.Addison jedná se o Schmidtův syndrom; Je-li přítomná primární hypotyreóza + M.Addison + diabetes mellitus I. typu jedná se o Schmidt-Carpenterův syndrom.

APS III = autoimunní tyreopatie + jiné autoimunní syndromy bez M.Addison Např. lymfocytární tyreoiditida + atrofická autoimunní gastritida (protilátky proti intrinsic faktoru a H+, K+, ATPáze) = tyrogastrický syndrom, vedoucí k perniciozní anémii;

■ Terapie autoimunních onemocnění:

Cílem terapie autoimunních onemocnění štítné žlázy u dětí je:

1) Úprava funkce žlázy - substitucí funkce (podávání hormonů štítné žlázy), nebo blokádu funkce (carbimazol, thiamazol, propylthiouracil)

2) Ovlivnit autoimunní proces - podáním hormonů (isohormonální terapie), glukokortikoidů, nebo imunosupresiv.

3) Léčba lokálního syndromu, t.j. strumy: při podávání hormonů struma obvykle regreduje zpět k normální velikosti, někdy je však na terapii resistentní a může působit i tlakové potíže.

V ojedinělých případech může i při léčbě hormony štítné žlázy dojít k nárůstu objemu štítné žlázy. Při přetrvávajícím mechanickém syndromu je proto někdy nutné použít chirurgické řešení situace - t.j. tyreidektomie.

■ Proč se už nedává fluor do vody?

Nejrozšířenější metodou prevence zubního kazu byla až do konce roku 1988 fluoridace pitné vody. Skončila. A zřejmě nenávratně. „Byla to metoda poměrně drahá a nebrala ohled na to, že každý člověk by měl mít právo svobodně rozhodnout, zda chce fluor konzumovat, či nikoli,“ podotkl ředitel Výzkumného ústavu stomatologického v Praze Otakar Krejsa. Účinnost této metody postupně snižovalo i to, že lidé stále víc pijí balenou pitnou vodu. „Preventivní účinek fluoridu však do dnes nebyl překonán a s jeho použitím je třeba počítat i v dalších letech,“ upozornil Krejsa. Podle dostupných údajů snižuje fluoridace vody kažení zubů o celých šedesát procent a čištění zubů o třicet procent. O fluoridaci jednala nedávno kvůli horšícímu se stavu dětských zubů i vědecká rada ministerstva zdravotnictví. Zatím se nedobrala k jasnému závěru, ale nejspíš se k fluoridaci nevrátí. „S fluorem jsou potíže nejen tehdy, když je ho nedostatek, ale i tehdy, kdy je ho nadbytek. V některých oblastech, kde se hodně hnojilo, přijímá člověk fluor i z potravin, malé děti polykají při čištění zubní pasty a kromě toho jsou na trhu minerální vody, které obsahují množství fluoru,“ uvedl předseda rady Jan Dvořáček. Švýcarský expert Jiří Pollak je v kritice fluoridace vody naprosto kategorický. Podle něho jde o nedemokratický, neekologický a drahý instrument, neboť: 96 % upravené vody se nedostane ani do blízkosti úst, 50% se spotřebovává na koupání a splachování WC, 40% takové vody končí pod městem z prasklých potrubí, upravená voda mnohdy smrdí, lidé dnes kupují balenou vodu už téměř na všem.

Jak zajistit zubům fluor? Fluor zásadně zvyšuje odolnost sklovin proti zubnímu kazu. Jeho zdroje jsou následující: fluoridovaná voda (s celkovou fluoridací vody se skončilo v roce 1988, fluor však obsahuje řada minerálních vod, například Mattoni či Hanácká kyselka); fluoridovaná sůl (je účinná už v malých dávkách); fluoridované zubní pasty; tabletky s fluorem sodným (obvykle se však dávají jen dětem, jimž se víc kazí zuby); fluoridové roztoky, gely a laky (aplikují se několikrát do roka přímo na vyčištěné zuby dítěte obvykle v ordinaci stomatologa).

Ale POZOR: Optimální dávka je 1 mg denně. Předávkování fluorem se může projevit například bílými skvrnami na sklovině. Automatické předepsání fluoridových tabletek pediatrem je tedy chybné.

Pramen: Výzkumný ústav stomatologický, www.zdravezuby.cz

orion



Struma - diagnostický a terapeutický problém?

MUDr. Jarmila Klabočová

Nemocnice U Sv. Jiří, Plzeň

Při preventivních prohlídkách se dětský lékař často setkává se zvětšením štítné žlázy –strumou. Struma je štítná žláza, která je viditelná nebo hmatná. Její velikost závisí na pohlaví, věku a hmotnosti dětí a rozměry lze stanovit sonograficky. Struma je buď endemická – jestliže se vyskytuje u více než 10 % obyvatelstva na určitém území, nebo sporadická. Sporadická struma mívá rodinný výskyt.

Velikost strumy podle WHO z roku 1979

- 0 žádná struma
- Ia struma hmatná, ale neviditelná ani při úplném záklonu hlavy
- Ib struma hmatná i viditelná při záklonu hlavy
- II struma viditelná v normální poloze
- III struma velká, patrná z dálky, deformující krk

U pacienta se strumou je nutno vyloučit jednak **poruchy funkce štítné žlázy**, dále **uzle**, nebo **zánětlivá onemocnění**. Dítě se strumou a poruchou růstu nebo opožděním psychomotorického vývoje může mít získanou **hypothyreózu** (často po proběhlém zánětu). Kongenitální hypothyreózy jsou díky novorozeneckému screeningu zachyceny a léčeny včas.

Naopak struma, tachykardie, neklid, třes a oční změny mohou být projevem **hyperfunkce štítné žlázy**. Ta bývá někdy v časné fázi strumitis nebo jde o Graves–Basedowovu nemoc. Záněty štítné žlázy (**strumitis**) jsou stále častější příčinou strumy především u dospívajících. Můžeme prokázat protilátky proti tyroidální peroxidáze. Palpačně je struma difuzní, elastické konzistence a může působit polykací potíže. Sonografickým vyšetřením prokážeme obvykle zrnitou, nehomogenní strukturu.

Prostá eufunkční struma je nejčastější endokrinní onemocnění. Jedná se o difuzní nebo uzlové zvětšení štítné žlázy, přičemž klinicky a laboratorně má štítná žláza normální funkci.

■ Příčiny

Hlavní příčinou eufunkční strumy je **nedostatek jódu v potravě**. Prakticky celé území bývalého Československa je endemickou oblastí. Stav se zlepšil přidáváním jodidu draselného do kuchyňské soli (jodidace). Jód se ale ze soli ztrácel sublimací při nesprávném skladování, a proto se v současné době kuchyňská sůl joduje jodičnanem draselným, který je při skladování stabilnější. Pro kojence se přípravky mléčné výživy a ovocné přesnídávky fortifikují jódem. Jód je důležitý pro syntézu hormonů štítné žlázy. Doporučené dávky jódu u dětí do 1 roku jsou 100 µg na den, větší děti a dospívající 150 µg, těhotné a kojící ženy 200–300 µg na den. Saturaci organismu jódem můžeme prokázat vylučováním jódu do moči (jodurie). K vyšetření posíláme vzorek ranní moče.

Další příčinou vzniku strumy jsou některé součásti rostlinné stravy obsažené především v zelenině a luštěninách – strumigeny. Strumigenem jsou také hnojiva a jiné příměsi, které se dostávají do zemědělských produktů.

Struma se vyskytuje častěji v období rychlého růstu, zvláště v pubertě, a význam mají genetické vloh, dívky onemocní 3x častěji než chlapci.

■ Diagnóza

Při vyšetření pacienta se strumou palpací zjišťujeme vztah k okolním tkáním, velká struma může vést k deviaci trachey nebo jícnu a měnit hlas parézou rekurentu.

Dále musíme vyloučit případné nodozity

ve žláze, které zjistíme palpací a prokážeme sonograficky. Sonografické vyšetření také objasní, zda se jedná o solidní uzel nebo o cystický útvar. Scintigrafie není u eufunkční strumy indikovaná. Endokrinolog ji indikuje při podezření na hyperfunkční adenom. U solidních uzlů je nutno provést aspirační biopsii tenkou jehlou, která umožní diagnostikovat adenom nebo karcinom štítné žlázy.

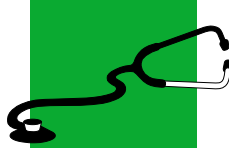
■ Léčba

U prosté eufunkční strumy z nedostatku jódu podáváme nejčastěji kombinaci tyroxinu a jódu (Jodthyrox Merck).

U zánětlivých strum nebo benigních uzlů je indikováno podávání tyroxinu. Ten zlepšuje zásobení organismu tyroidálními hormony, snižuje tak stimulaci štítné žlázy endogenním TSH a vede k regresi strumy (Euthyrox Merck, Eltroxin Glaxo, L-thyroxin Henning a Letrox Berlin Chemie).

U malých strum vystačíme zvýšením příjmu jódu stravou, nebo v tabletové formě (Jodid Merck).

Uzlové strumy podezřelé z malignity a strumy, které vedou k útlaku struktur na krku jsou indikovány k radikálnímu řešení. ■



Kongenitální hypotyreóza

MUDr. Renata Pomahačová

Dětská klinika FN a LF UK, Plzeň

Kongenitální hypotyreóza je vrozená nedostatečná tvorba hormonů štítné žlázy. Rozlišujeme dvě základní formy, formu endemickou a formu sporadickou.

Endemická forma kongenitální hypotyreózy představuje nejzávažnější formu těžkého intrauterinního jódového deficitu. Tato forma se u nás vyskytovala ještě začátkem tohoto století. V současné době je známa v horských oblastech rozvojových zemí, zejména v Asii, Jižní Americe a Africe. Protože nedostatek hormonů štítné žlázy v důsledku jódového deficitu je přítomen již v nitroděložním vývoji, je vývoj CNS při porodu těžce narušen a nelze ho terapií plně ovlivnit.

Sporadická forma kongenitální hypotyreózy se u nás vyskytuje s četností 1:3500–4000 živě narozených dětí. Dle lokalizace poruchy rozlišujeme jednak **primární** hypotyreózu (dysgeneze nebo dyshormogeneze štítné žlázy), jednak **centrální (sekundární)** hypotyreózu s lokalizací na úrovni hypofyzární nebo hypotalamické, vzácná je periferní rezistence k hormonům štítné žlázy.

Příčinou **primární hypotyreózy je v 80% dysgeneze štítné žlázy, ve 20% dyshormogeneze**, tedy porucha v biosyntéze tyreoidálních hormonů.

U **dysgeneze štítné žlázy** je 2x častěji zastoupeno ženské pohlaví. Přenos je autozomálně recesivní nebo autozomálně dominantní. Jedná se buď o **hypoplazii štítné žlázy, její ektopii** (např. struma na kořeni jazyka) **nebo atyreózu**. U hypoplazie štítné žlázy nacházíme sonograficky pouze její rudiment, u atyreózy se štítná žláza nezobrazuje jak sonograficky, tak scintigraficky. Pro normální embryonální vývoj štítné žlázy jsou důležité 3 transkripční faktory (TTF-1, TTF-2, PAX-8). Jsou známy genové mutace, které vedou k dysgenezi štítné žlázy, např. mutace genu pro TSH-receptor vede k těžké hypopla-

tab. č. 1

Dysgeneze štítné žlázy
Hypoplazie
Ektopie
Atyreóza

Dyshormogeneze štítné žlázy
defekt v transportu jodidu
defekt tyreoidální peroxidázy
defekt syntézy tyreoglobulinu
defekty dejodace

zii štítné žlázy. Některé formy dysgeneze štítné žlázy se mohou pojít s postižením dalších orgánů, např. mutace genu pro transkripční faktor pax-8 s expresí ve fetální ledvině a štítné žláze se pojí s malformací ledvin a kryptorchismem, dědičnost je zde autozomálně dominantní. Mutace genu pro transkripční faktor TTF-2 (Benforthův syndrom) s expresí ve štítné žláze se může pojít s rozštěpem rtu, patra, epiglotis a s choanální atrezií.

Laboratorně u **primární hypotyreózy nacházíme vysoké TSH, nízké periferní hormony štítné žlázy** T4 (tyroxin), T3 (trijodtyronin). U **centrální hypotyreózy je snížen jak TSH, tak periferní hormony štítné žlázy**.

U **poruchy v biosyntéze tyreoidálních hormonů** je přenos většinou autozomálně recesivní. Štítná žláza je normálně vyvinutá, nebo nacházíme u novorozence strumu. Porucha v syntéze tyreoidálních hormonů zahrnuje poruchu na úrovni transportu jodidu, defekt tyreoidální peroxidázy (enzym nezbytný pro syntézu hormonů štítné žlázy, tento defekt v syntéze tyroxinu je nejčastější), poruchu v syntéze tyreoglobulinu (laboratorně nacházíme nulovou nebo nízkou hladinu tyreoglobulinu), defekty dejodace. Jsou známy mutace genů vedoucí k těmto defektům v syntéze tyreoidálních hormonů.

U novorozence jsou **klinické známky hy-**

potyreózy nevýrazné, jedinou známkou může být pouze prolongovaný ikterus. Při neléčeném onemocnění se postupně vyvíjí typické známky hypotyreózy – psychomotorická retardace, porucha růstu, opožděná osifikace, typická facies způsobená myxedémem a makroglosií, bradykardie, obstipace, častá je umbilikální hernie.

Od roku 1985 je v České republice prováděn **screening kongenitální hypotyreózy** u všech novorozenců. V současné době se provádí z krve stanovení hladiny TSH. Včasná diagnóza kongenitální hypotyreózy umožňuje časně zahájení léčby novorozence, které zabrání poškození CNS.

V **léčbě** jsou podávány syntetické preparáty hormonů štítné žlázy (Euthyrox nebo Letrox). Iničiální dávka levotyroxinu u novorozence je 8–10 µg/kg/den, od 6–12 měsíců 6–8 µg/kg/den, od 1–5 let 5–6 µg/kg/den, od 6–12 let 4–5 µg/kg/den, u starších dětí 2–3 µg/kg/den. Dávka se řídí laboratorními kontrolami hladin hormonů štítné žlázy, které jsou pravidelně prováděny.

Kritériem správné léčby je normální psychomotorický vývoj dítěte, lineární růst, odpovídající kostní zrání, laboratorně i klinicky eutyroidní stav.

Celoživotní adekvátní substituční léčba zajišťuje většině pacientů s kongenitální hypotyreózou normální vývoj neodlišující se od zdravé populace a umožňuje jim tak zcela plnohodnotný život.

V současné době probíhá na Klinice dětí a dorostu FN Královské Vinohrady a 3. LF UK v Praze celonárodní projekt molekulárně genetického vyšetření dětí s kongenitální hypotyreózou.



Životní prostředí a zdravotní stav dětí

(Naturopa, 90, 1999, s.13)

Maria Jose Carroquino

Regionální kancelář WHO pro Evropu, Evropské centrum pro zdraví a životní prostředí, Řím

Dnešní děti žijí v prostředí, které se významně odlišuje od toho, ve kterém vyrůstaly předcházející generace. V řadě evropských států se kromě obvyklých enviromentálních rizik v důsledku ekonomického rozvoje, progresivní urbanizace a též jako následek války objevila i rizika spojená se znečištěním životního prostředí. V Evropě sice přetrvává výskyt klasických dětských onemocnění, jako jsou průjmy, neprospívání a infekční nemoci, ale výrazně stoupá výskyt onemocnění vázaných na životní prostředí, jako je astma bronchiale, onemocnění dýchacích cest způsobená pasivním kouřením, stejně jako stoupá počet dětských úrazů, mnohdy s fatálním zakončením. Pozornost je též třeba věnovat nárůstu výskytu zhoubných onemocnění v některých evropských státech a riziku užívání chemických látek ovlivňujících dětský endokrinní systém. Děti, které žijí v rodinách s nízkým ekonomickým standardem jsou uvedenými zdravotními riziky ohroženy neúměrně více, protože žijí v oblastech s více znečištěným ovzduším, obvykle v domácnostech nedostatečně hygienicky vybavených, dostává se jim horší kvality vzdělání a mají horší dostupnost zdravotní péče a horší přístup k institucím pečujícím o veřejné zdraví.

■ Zranitelnost dětské populace

Obavy ze zvýšeného ohrožení dětské populace enviromentálními riziky vycházejí z řady faktorů. Děti konzumují relativně větší dávky potencionálního rizika, protože na kilogram tělesné váhy spotřebovávají větší množství vody i potravin a „vydýchají“ více vzduchu, než dospělí. Vzhledem k dynamice růstu a vývoje v dětském věku, může mít expozice některým toxickým látkám v určitých obdobích dětského věku nezvratné důsledky. Pokud například nedojde v průběhu vývoje CNS ke správnému vytvoření spojení mezi neurony, vzniká vysoké riziko, že výsledné neurologické poškození bude trvalé a nezvratné. Je třeba též mít na paměti, že děti mají perspektivu delšího života, než dospělí a jakékoliv chronické onemocnění vznikající v důsledku nevhodného životního prostředí má u nich tedy dostatek času na to, aby se plně rozvinulo.

■ Zdravotní rizika prostředí

Astma, úrazy a negativní důsledky pasivního kouření představují pro evropské děti ta nejzávažnější rizika z hlediska životního prostředí. Prevalence dětského astmatu stoupá zejména v rozvinutých průmyslových zemích Evropy. Přesná etiologie astmatu není zná-

ma, ale je nepochybné, že se na jeho rozvoji podílí řada enviromentálních faktorů, jako například kvalita domácího ovzduší (zejména domácí prach a roztoci) a expozice dítěte tabákovému kouři. Na rozvoji astmatu se též podílí znečištění venkovního prostředí, například oxidem siřičitým a ozónem. Pasivní kouření, zejména v případě, že matka je kuřačka je dalším známým rizikovým faktorem astmatu. Pasivní kouření navíc způsobuje akutní i chronické záněty středouší a dává se též do souvislosti se syndromem náhlého úmrtí kojenče (SIDS).

Úrazy představují jednu třetinu z příčin úmrtí evropských dětí do 15 let. V prevalenci dětských úrazů jsou v Evropě výrazné geografické rozdíly – vyšší je ve srovnání se západní Evropou jejich výskyt ve střední a východní Evropě a ve Společenství nezávislých států. Pokud by úmrtnost v důsledku úrazů klesla na průměr zemí EU, pak by každý rok bylo zachráněno 32 000 dětí (31 % všech zemřelých) ve věku 0–19 let.

■ Možnosti preventivních opatření

Rozdíly v prevalenci dětského astmatu a úrazů v rámci Evropy a existence negativně působících faktorů životního prostředí naznačují směr preventivních aktivit. Cílem zdra-

vozní politiky by mělo být eliminovat preventabilní dětská onemocnění tím, že se předejde expozici dětí negativním faktorům životního prostředí a že se při vytváření zákonných norem v oblasti životního prostředí budou brát v potaz rizika dětské populace. Důležitou roli při vytváření takového životního prostředí, které je pro děti bezpečné, hraje tlak ze strany veřejnosti, která má dostatečný přístup k informacím o životním prostředí v dané zemi. V této souvislosti je nutné zdůraznit, že děti jsou nejen spotřebitelé, kteří mají svá práva, ale také občané, kteří hrají významnou úlohu při ochraně svých zájmů.

■ Mezinárodní aspekty

V řadě mezinárodních smluv se zdůrazňuje zranitelnost dětské populace a jejich signatáři se zavázali chránit zdraví dětí před zhoršujícím se životním prostředím. V roce 1999 se problematikou zdravotních rizik životního prostředí pro děti zabývala Třetí mezinárodní ministerská konference o zdraví a životním prostředí v Londýně. Z této konference vychází mezinárodní projekt garantovaný WHO a dalšími mezinárodními organizacemi.

Překlad: MUDr. D. Marx

nutricia
Nutrilon



Fluoridy v prevenci zubního kazu

Doc. MUDr. Zdeněk Broukal, CSc.

Výzkumný ústav stomatologický, 1. LF UK, Praha

Fluor je důležitý biogenní prvek pro mineralizované tkáně lidského těla, tedy pro skelet a pro zuby. Je součástí základního stavebního materiálu těchto tkání – apatitu. Pokud jde o tvrdé zubní tkáně, zejména sklovinu, fluor se během jejich vývoje zabudovává do sklovinného minerálu, hydroxyapatitu a činí jej odolnějším proti rozpouštění v ústním prostředí bohatém na organické kyseliny. Po dokončení vývoje zubů a po jejich prořezání do dutiny ústní fluor obsažený ve slinách dosycuje apatit v povrchových vrstvách sklovinu, napomáhá remineralizaci drobných povrchových defektů sklovinu a brání tak vzniku zubního kazu. Důležitější je právě tato druhá forma účinku fluoru.

Příjem fluoru v dostatečném množství je nezbytný nejen v době, kdy se mineralizované tkáně vyvíjejí ale v případě zubní sklovinu po celý život. Fluorid je přítomen v kostech a zubech, jinak si ale tělo žádné zásoby nevytváří. Je ho proto nutné tělu neustále v malých množstvích dodávat. Fluor přijímáme, jak už bylo uvedeno, zažívacím traktem, tedy v potravě a nápojích. Ideálním zdrojem fluoru pro organismus je voda. Množství fluoridových sloučenin je ve vodě rozpustných a co je navíc důležité, voda je látka, která vůbec nejčastěji přichází do zažívacího traktu v průběhu dne, ať již přímo v podobě nápojů nebo jako součást pevných složek potravy. Obsahuje-li fluoridy, splňuje podmínku pravidelného přívodu fluoridu do organismu.

Pro zásobování organismu fluorem by bylo ideální, kdyby voda obsahovala kolem 0,6–1 mg fluoridu na litr. V lokalitách s přirozeným výskytem fluoridu v pitné vodě v koncentracích kolem 1 mg/l byl také na počátku XX. století v USA jeho ochranný účinek před zubním kazem objeven. Díky tomuto objevu se od konce první poloviny minulého století rozvíjejí nejrůznější formy zvýšeného příjmu fluoridu do organismu k prevenci zubního kazu. O řadě z nich bude dále řeč.

Za bezmála 100 let uplynulých od tohoto objevu však došlo ve většině vyspělých zemích k řadě převratných změn, jejichž výsledkem je, že expozice lidského organismu fluoru ze životního prostředí stoupla. Průmyslová chemie dodává nechtěně do životního prostředí množství fluoridových sloučenin. Celosvětový úspěch ve snižování kazivosti zubů účinkem fluoru vedl k obohacování někte-

rých potravin fluorem. Prostředky ústní hygieny (zubní pasty, ústní vody) dnes téměř bez výjimky obsahují sloučeniny fluoru. Fluor je součástí množství léků a přidává se do mnoha vitamino-minerálových doplňků. Správný příjem fluoru u dítěte se má pohybovat v rozpětí 0,04–0,07 mg fluoridu na kg hmotnosti dítěte a den.

Správný příjem se zajišťuje tak, že se odhadne příjem z přirozených potravinových zdrojů a z obohacených potravin a pokud není dostatečný, přidá se v patřičném množství v podobě doplňků, např. fluoridových tablet. Při tom se dává přednost sestavení dětské výživy tak, aby pokud možno nebylo potřeba fluor uměle doplňovat.

Přirozeným zdrojem fluoru jsou fluoridové sloučeniny přítomné v některých potravinách a v nápojích. V naší potravě je to maso mořských ryb, koryšů a potom čaj a některé stolní a minerální vody. Nověji se setkáváme s vyšším obsahem fluoridu také v balených ovocných džusech a v ovocných dřeních, které se přidávají do mléčných výrobků. Podobně jako v mnoha jiných zemích jsou u nás přirozené potravinové zdroje fluoru nedostatečné a je nutné je doplňovat různými formami.

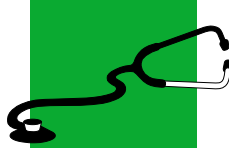
Na prvním místě je to úprava koncentrace fluoridu v pitné vodě na koncentraci 0,7–1 mg/l. Fluoridace pitné vody se nejvíce ujala v USA, kde v současné době pije takto upravenou vodu kolem 125 milionů obyvatel a v některých dalších zemích. V mnoha evropských zemích včetně Československa se po druhé světové válce přistoupilo k obohacování pitné vody fluorem ale přes nesporné pozitivní výsledky v prevenci zubního kazu

se až na výjimky od tohoto preventivního opatření ustoupilo. V současné době v Evropě fluoriduje pitnou vodu město Basilej a dále několik měst ve Velké Británii a v Irsku.

Alternativou fluoridované pitné vody je kuchyňská sůl obohacená fluoridy. Používá se v řadě zemí světa tam, kde není dostatek fluoridu v pitné vodě. V České republice je do užívání schválena kuchyňská sůl obsahující 250 mg fluoridu na kilogram. Preventivní účinek fluoridované soli je srovnatelný s fluoridovanou vodou, neovlivní ale dostatečně kazivost dočasněho chrupu, protože děti do čtyř let prakticky nesolí.

Pro adici fluoridu v dětském věku tam, kde je fluoru v pitné vodě nedostatek se používají fluoridové tablety. Fluoridové tablety předepisuje dětský nebo zubní lékař a dávkové schéma se určuje individuálně jako doplněk přirozených potravinových zdrojů fluoridu. Preventivní účinek těchto tablet je rovněž srovnatelný s fluoridovanou vodou nebo solí za předpokladu, že dítě dostane alespoň 300 denních dávek v roce.

Fluoridová prevence zubního kazu má jedno úskalí. Během vývoje zubů je potřeba zajistit, aby fluoridu do organismu nepřicházelo ani příliš málo ani mnoho. Předávkování fluoridem by se pak projevilo, jak jsme se již zmínili, po prořezání zubů do úst drobnými křídově bílými skvrnkami nebo proužky ve sklovině, které kosmeticky ruší. Říkáme tomu zubní fluoróza. Vývoj korunek stálých předních zubů probíhá mezi půl rokem až čtvrtým rokem života dítěte a v tomto období je nutné přívod fluoridu do organismu správně nastavit. Některé kojenecké a stolní vody, ze kte-



rych se připravuje strava a nápoje pro nejmenší děti totiž obsahují určité množství fluoridu (např. Dobrá voda 0,7 mg F-/litr) o které je nutný příjem ostatních zdrojů fluoridu (např. tablety) snížit. Je potřeba, aby se rodiče včas poradili o všech otázkách fluoridové prevence s dětským nebo zubním lékařem.

U novorozence je příjem živin i tekutin obvykle zajištěn mateřským mlékem. To je na fluorid velice chudé a v období plného kojení je denní příjem fluoru u kojence obvykle pod shora uvedeným optimálním příjmem. Přirozená mléčná výživa se ale záhy doplňuje příjmem dalších tekutin. Nápoje pro kojence i starší děti se obvykle připravují z balených kojeneckých vod, nebo balených stolních vod, vhodných pro kojence. Většina těchto vod má nízký obsah fluoridu a dostatečný denní příjem tedy nemůže zajistit. Jak jsme ale již uvedli, naše Dobrá voda, s obsahem kolem 0,7 mg fluoru na litr, může zajistit dostatečný příjem, bez nutnosti přidávat další zdroje obohacené fluoridem.

Po období plného kojení, které v našich podmínkách trvá 3–6 měsíců je dítě převáděno na umělou mléčnou výživu. Produkty instantní mléčné výživy samy obsahují obvykle jen malá množství fluoru a o příjmu fluoru u takto živěného dítěte rozhoduje jeho obsah ve vodě, která se použije k obnovování mléčné výživy a dále doporučené potravní doplňky, např. fluoridové tablety. Podávání fluoridových tablet bychom se ale rádi zbavili. Naše maminky mají v současné době dvě možnosti. Jednou je obnovování instantní mléčné výživy vodou s dostatečným množstvím fluoru. Druhou možnost nabízí nový produkt instantní mléčné výživy obohacený o řadu stopových prvků, včetně fluoru a vápníku s označením Sunar complex firmy Heinz. Ty pak stačí obnovovat ostatními balenými vodami s nízkým obsahem fluoru nebo převařenou pitnou vodou (s obsahem fluoru obvykle velmi nízkým) a správný příjem fluoru dokáží zajistit.

Jakmile ve výživě dítěte převládá smíšená strava, je možné správný příjem fluoru zajistit masem z mořských ryb a podáváním balených ovocných džusů, samozřejmě ale se současnou přípravou nápojů z vody s vyšším obsahem fluoru. Zhruba ve čtyřech letech už většina dětí může vypít i menší množství minerálních vod, které obsahují obvykle více

fluoru než balené vody stolní a nebo pitná voda z vodovodu či ze studně. V tomto období je z hlediska správného příjmu fluoru vhodné nahradit část denního příjmu tekutin některou z balených minerálních vod. V tomto období se už dítě začíná potrávat přisolovat a k tomu používáme raději fluoridovanou kuchyňskou sůl.

Jak jsme již uvedli, fluor je obsažen také v prostředcích ústní kosmetiky, zubních pastách a ústních vodách. V našich rodinách se obvykle začíná s čistěním zubů u dětí ve věku dvou let, což je z hlediska prevence kazu i výchovy dítěte k pravidelné ústní hygieně velmi dobře. Je tady ale nutné upozornit na jednu důležitou okolnost, která v posledních letech významně ovlivnila pohled na příjem fluoridu v dětském věku. Malé děti totiž část zubní pasty při čistění zubů polykají a s ní ovšem i fluorid, který je v ní obsažen, často ve vysokém množství. Dvou až čtyřleté dítě obvykle spolkyá více než polovinu pasty, která se dala na zubní kartáček a množství spolknuté pasty ještě ve starším předškolním věku činí kolem 20–40 procent. Při pravidelném čistění zubů proto musíme takto přijatý fluor připočítat k fluoru přijatému z přirozených potravních zdrojů. Podávání fluoridových doplňků (fluoridových tablet) pak už nemá opodstatnění.

Množství fluoru spolknutého se zubní pastou nemusí být nijak malé a často převažuje jeho příjem z potravy. Podle současných názorů by měly zubní pasty pro děti od 2 do 4 let obsahovat ne více než 400 mg fluoru na kg a pasty pro věk 4–7 let ne více než 800 mg fluoru na kg. V období, kdy začínáme s čistěním zubů u dětí, volíme tedy pasty s nízkým obsahem fluoru (např. Dětská pasta Elmex) a na kartáček dáváme jen tak malé množství, aby se „umazaly“ štětiny. Kolem čtyř let už můžeme použít širší sortiment dětských past ale na kartáček dáváme pouze „malý hrášek“ pasty. V žádném případě by však neměly být zubní pasty volně přístupné dětem do věku 5–6 let.

Shrňme si nyní zásady správné výživy a ústní hygieny předškolních dětí z hlediska příjmu fluoru. V kojeneckém a batolecím věku používáme pravidelně k přípravě potravy i nápojů balené vody se zvýšeným obsahem fluoru. U instantní mléčné výživy máme nyní možnost zvolit produkt s přídavkem fluoru – Sunar complex. Ten ale pak raději obnovuje-

me vodou s nižším obsahem fluoru (běžné kojenecké vody). Do smíšené stravy zařazujeme jídla z mořských ryb a později předškolním dětem dáváme pravidelně napít minerálky s obsahem fluoru pod 2 mg na litr. Pro přisolování dětské stravy používáme fluoridovanou sůl. Pokud nelze takovýto režim přirozeného příjmu fluoru dodržet, podáváme dětem fluoridové tablety. S čistěním dětských zubů začínáme kolem dvou let s použitím zubní pasty pro děti s nízkým obsahem fluoru a zavede-li se režim pravidelného čistění zubů, od podávání fluoridových tablet upouštíme. Dbáme na to, aby se i tak pasty na kartáček dávalo málo. V pozdějším předškolním věku přejdeme na dětské pasty se středním obsahem fluoru ale pořád hlídáme množství pasty, které se dává na kartáček.

Fluoridové sloučeniny se v prevenci zubního kazu používají také místně. Nejrozšířenějším takovýmto prostředkem jsou fluoridované zubní pasty. Pro domácí péči o dětský chrup lze další preventivní prostředky, fluoridované ústní vody a gely doporučit až ve věku dítěte, kdy spolehlivě zvládlo praktiku ústní hygieny a vyplachování. U dětí ve školním věku pak zubní lékař nebo dentální hygienistka provádějí lokální aplikace fluoridových gelů nebo laků. Tato opatření jsou ale také doporučena až pro děti ve školním věku.

Fluoridová prevence zubního kazu je velice účinná, není však samospasitelná. Zvyšuje sice odolnost skloviny proti rozpouštění organickými kyselinami a urychluje proces remineralizace drobných povrchových defektů. Nepostihuje však dva významné faktory vzniku zubního kazu, a to ústní mikroorganismy a cukernou složku potravy, ze které činností mikroorganismů ony obávané organické kyseliny vznikají.

Zubnímu kazu lze prakticky zcela předejít za předpokladu, že jedinec dodržuje po celý život preventivní zásady. K těmto zásadám patří pravidelné a účinné čistění zubů, optimální příjem fluoridů v potravě nebo v potravních přísadách obsahujících fluoridy, pravidelné lokální aplikace fluoridů v domácí péči o chrup nebo u zubního lékaře a omezení četlosti příjmu cukerných složek potravy. ■



Význam trvalého správného jodového zásobení pro mladou generaci

Prof. MUDr. Olga Hníková, CSc.

Klinika dětí a dorostu FNKV, Praha

Nezbytnost dostatku stopového prvku **jodu** pro lidský organizmus souvisí především s jeho nezastupitelností při tvorbě tyreoidálních hormonů. Jod tvoří 65% molekulární hmotnosti celkového tyroxinu a skoro 60% celkového trijodotyroninu. Nejdůležitějším zdrojem jodu je potrava. Resorbuje se zejména v tenkém střevě a to téměř 100% u jodu anorganického a asi 80 – 90% u jodu organického. Z krevního oběhu je aktivně vychytáván membránou folikulárních buněk štítnice a uvnitř buněk pak navazován na tyroziny v procesu tvorby tyreoidálních hormonů (TH). Po uvolnění TH ze štítné žlázy kdy jde o množství požadované periferními tkáněmi k zachování eutyroidního stavu prostřednictvím zpětných vazeb, se TH naváží na své specifické receptory (ve vyvíjejícím se mozku, hypofyze, svalech, játrech, atd.). Otázka, proč se jod hromadí v některých dalších tkáních mimo štítnou žlázu (mléčné a slinné žlázy, vaječníky, placenta, žaludeční sliznice chorioidální plexus, corpus cilliare) je zatím řešena na experimentální úrovni a dosud ne zcela jasná.

Pro **hodnocení dostatečné jodové dodávky** je všeobecně užívané vyšetření velikosti štítné žlázy pohmatem nebo lépe ultrazvukem a při epidemiologických studiích vyšetřování jodurií z ranních porcí moče, protože až 90% přijatého jodu se vylučuje z organismu ledvinami. Nikdy by neměly chybět pečlivé anamnestické údaje, včetně stravovacích zvyků a výskytu tyreopatií v R.A.

Nedostatečné jodové zásobení, jako historická skutečnost často u celých populací, má za následek zvětšení štítné žlázy s eutyreozou u lehkých deficitů jodu a subklinickou až těžkou klinickou hypotyreozou u těžších jodových deficitů. Následky jodového nedostatku postihují všechny věkové kategorie (tab.1). Nejrizikovější skupinou jsou nepochybně lidské plody od prvních dnů své existence do 8. měsíce po narození, s širší věkovou hranicí do 3 let. Během tohoto kritického období jsou TH pro vývoj a růst lidského mozku zcela nepostradatelné. Těžký jodový deficit v tomto období má za následek klinický obraz kretenismu s výrazným poškozením tělesného vývoje, malým růstem a nezvratnou mentální poruchou. Při porovnání následků plodové jodové nedostatečnosti u novorozenců s následky u novorozenců se sporadickou kongenitální hypotyreozou jsou jasně patrné rozdíly obou stavů co do možností nápravy.

Včasná dostatečná hormonální léčba u sporadické kongenitální hypotyreozy situaci normalizuje, zatímco těžký fetální jodový deficit je při narození už nenapravitelný (tab.2). V oblasti s mírným jodovým deficitem byly prokázány kromě poruch somatických i poruchy v oblasti mentální, jmenovitě kognitivního vývoje. Lze je očekávat se asi u 20% dětí, jejichž matky během těhotenství žily v oblasti s mírnějším jodovým nedostatkem, ve srovnání s dětmi matek z oblastí s normálním jodovým zásobením. Kognitivní endemická porucha se projevuje v období školním, kdy postižené děti mají horší školní výsledky.

Požadavky na normální jodovou dodávku byly formulovány odborníky pro jodovou problematiku tzv. ICCIDD (International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders) při WHO a UNICEF, dle věkového zařazení, s vyššími požadavky v určitých životních etapách (tab. 3), které pak představují nejrizikovější skupiny (těhotné a kojící matky, malé děti do 3 let, adolescenti). ICCIDD pracuje jako kontrolní a současně poradní orgán pro celou naši planetu. Jeho výkonný ředitel se během posledních let osobně účastnil 2 tiskových konferencí v Praze s problematikou jodového deficitu u nás.

Poruchy zdraví v souvislosti s **dlouhodobým nadměrným přívodem jodu** byly zaznamenány v posledních letech zejména z africké oblasti, kde byla snaha dříve těžký jodový deficit rychleji napravit výrazně vyšším přívodem jodu. Šlo přede-

vším o starší lidi s uzlovými strumami, v nichž se vyvinula autonomní hypertyreóza. Nebyla-li včas rozpoznána a léčena byl její nositel ohrožen zejména kardiálními komplikacemi s dekompenzací. Zvýšená manifestace autoimunitních tyreopatií je často uváděna v souvislosti se zaváděním jodových programů. Jde však o záležitost časově omezenou (většinou do 5 let odezví), která nemůže být překážkou k zavádění akcí pro zlepšení celkového zdravotního stavu celých populací.

Jak jodovému deficitu předcházet je jednou z programových priorit WHO. Epidemiologické studie jodového zásobení se v řadě evropských států uskutečnily v polovině XX. století, s následnými nápravnými opatřeními, zejména obohacováním



tab. č. 1

Choroby z nedostatku jodu

Během nitroděložního vývoje a po porodu	aborty a přenášení vznik vrozených malformit kretenismus (myxedematózní a neurologická forma) zvýšená perinatální úmrtnost psychomotorické defekty
U novorozenců, kojenců a u dětí	struma hypotyreóza poruchy vývoje (somatické i psychické)
U dospělých	struma a její komplikace hypotyreóza sklon k jodové tyreotoxikóze mentální poruchy

JEDNODUCHÉ ŘEŠENÍ HYPOTYREÓZY A STRUMY

EUTHYROX®

JODTHYROX®

JODID®

Onemocněním štítné
žlázy trpí v ČR
přibližně
5-8% populace.¹⁾

MERCK

Euthyrox®

Složení: 1 tableta obsahuje 50, 75, 100, 125, 150 µg levotyroxin-natria. **Indikace:** Hypotyreóza, struma, prevence recidivy strumy po strumektomii. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na levotyroxin, zvýšená činnost štítné žlázy. **Nežádoucí účinky:** Na začátku léčby výjimečně projev zvýšené činnosti štítné žlázy, např. tachykardie, palpitace, třes prstů, nespavost, nesnášenlivost tepla, nadměrné pocení, průjem. **Interakce:** Léčba Euthyroxem® může u diabetiků vést ke změně glukózové tolerance. Účinek léků snižujících krevní srážlivost může být Euthyroxem® zvýšen. Phenytoin, dikumarol, salicyláty, clofibrát a vysoké dávky furosemidu (nad 250 mg) zesilují účinek Euthyroxu®. **Dávkování:** U hypotyreózy a jako profylaxe recidiv strumy po strumektomii se obvykle podává dětem 25-75 µg, dospělým 50-150 µg Euthyroxu® v jedné denní dávce nalačno. Po totální tyreoidektomii 100-200 µg.

Jodthyrox®

Složení: 1 tableta obsahuje 100 µg levotyroxinu a 130,8 µg jodidu draselného, což odpovídá 100 µg jódu. **Indikace:** Léčba strumy z nedostatku jódu u všech věkových skupin a v těhotenství. **Kontraindikace:** Tyreotoxikóza jakéhokoli původu, autonomní adenom štítné žlázy, alergie na jód, flolidní lymfocytární tyreoiditis, dermatitis herpetiformis Dühring. **Vedlejší účinky:** Při přecitlivělosti na jód se může objevit horečka, erytém. Na začátku léčby se může vyskytnout tachykardie, poruchy srdečního rytmu, neklid, třes, nespavost, pocení, úbytek na váze. **Interakce:** Jako u Euthyroxu®. **Dávkování:** Obvyklá zahajovací dávka je půl tbl. denně, po 2 - 4 týdnech podle klinické odpovědi upravit. V těhotenství obvykle 1 - 1,5 tbl. denně.

Jodid®

Složení: 1 tableta obsahuje 130,8 µg, případně 261,6 µg jodidu draselného, což odpovídá 100 a 200 µg jódu. **Indikace:** Prevence a léčba strumy z nedostatku jódu u všech věkových skupin, v těhotenství a během kojení. **Kontraindikace a vedlejší účinky:** Jako u Jodthyroxu®. **Interakce:** Nadbytek jódu omezuje účinek tyreostatik. Vychytávání jódu štítnou žlázou je blokováno perchlorátem a thiocyanátem. **Dávkování:** novorozenci a kojenci obvykle 50 - 100 µg za den, nedonošení novorozenci prvé 3 měsíce po narození až 150 µg za den. Předškolní a školní děti užívají obvykle 100, mladiství a dospělí 150 µg za den. Těhotné a kojící ženy 200 - 300 µg za den. Preventivní a léčebné dávky tablet Jodidu® se užívají obvykle po dobu několika měsíců až jednoho roku.

Literatura: 1) L.Stárka a kol.: Aktuální endokrinologie. Maxdorf, 1999, s. 366-458



tab. č. 2

	KRETENIZMUS neurologická forma	SPORADICKÁ KONGENITÁLNÍ HYPOTYREOZA
DÍTĚ		
Porucha CNS	irreversibilní při narození	ovlivnitelná L-T ₄ časně subst.
Štítná žláza fetální	porucha (jodový deficit)	porucha anatom. n. biochem.
Hormony št. žlázy fetální	↓T ₄ ↑TSH ↓T ₃	↓T ₄ ↑TSH ↓T ₃
Činnost št. žlázy po porodu	normální při dodání jodu	trvalé poškození
MATKA		
Funkce štítné žlázy	porucha (jodový deficit) ↓T ₄ ↑TSH ↓T ₃	normální
Klinicky štítná žláza	eutyreózní	eutyreózní

k životu nezbytných potravin jodem. Nejčastěji šlo o jodid draselný v jedlé soli. To bylo v 50. letech provedeno i u nás zásluhou doc. Šilinka a spol. z Endokrinologického ústavu v Praze. Původně vysoký výskyt strum (cca u 80% obyvatel) se významně zmenšil, nevyskytovaly se těžké formy následků jodového deficitu a stav byl považován za vyřešený. Průzkumné sondy z posledních 15 let minulého století ale ukázaly zhoršení, s výskytem mírného ale místy až těžšího jodového deficitu obyvatel Evropy. WHO ve spolupráci s UNICEF začaly usilovat o docílení úplné eliminace jodového deficitu jako zcela zbytečné příčiny somatických a zejména mentálních poruch zdraví v Evropě a posléze na celé naší planetě. U nás byla v poslední dekádě XX. století uskutečněna rozsáhlá epidemiologická studie jodového zásobení u obyvatel 6–65 letých. Byla opět organizována z Endokrinologického ústavu v Praze prof. Zamrazilem a spol. Epidemiologickou studií nejrizikovější skupiny provedlo naše pracoviště u 5 denních novorozenců a jejich matek v letech 1993–95 ve třech oblastech ČR. Výsledky prokázaly mírný až střední jodový deficit, který zejména u nejrizikovějších skupin vyžadoval okamžitá nápravná opatření. Při informaci odborné i ostatní veřejnosti, včetně ohrožených skupin obyvatel následky jodového deficitu, jsou významnou pomocí média, kdy je možné rychle předat informace i nádavy k nápravě. Pro nejrizikovější skupinu obyvatel (těhotné a kojící maminky a malí kojenci) byla v r. 95 vydána doporučení odborných společností (endokrinologická, pediatriká, gynekologická) k plošnému profylaktickému podávání jodu ve formě tablet (Jodid 100 –1 tbl./den) na lékařský předpis. Kontraindikací jsou tyreopatie nebo přecitlivělost k jodu (velmi vzácná). Při preskripci je třeba získat anamnestické údaje, včetně stravovacích zvyků a event. užívání jiných zdrojů jodu (např. přípravek Gravimilk apod.). Jodová profylaxe tabletami jodu je vhodná i u adolescentů. Pro širokou veřejnost je doporučeno zvýšit příjem přírodních potravin s jodem, což jsou u nás zatím především mořské produkty. Doporučit konzumaci 2 x týdně. V obohacování potravin jodem jsou zahrnuty změny jodování jedlé soli, kdy je místo

tab. č. 3

Nejnižší požadované denní dávky jodu (ICCIDD 1997) dle věkových kategorií	
dávka jodu v mcg I/24 hod	
50 mcg	kojenci (do 12 měs.)
90 mcg	děti (2 až 6 r.)
120 mcg	školní děti (7–12 r.)
150 mcg	dospělí (nad 12 r.)
200 mcg	těhotné a kojící ženy

jodidu draselného užíván stabilnější jodičnan. V 1 kg jedlé sole je u nás doporučeno 27 + 7 mcg jodu. Zdokonalena byla i obalová technika, aby nedocházelo k sublimaci sole a jsou uváděny expirační doby. Zlepšení kvality jodování jedlé sole ale nemá vliv na jodové zásobení nejmenších, neboť se jim pokrmy nesolí a ani všeobecně nelze doporučit více solit, v rámci prevence kardiovaskulárních onemocnění. Pro nejmenší děti bylo docíleno dostatečné obohacení veškeré náhradní mléčné stravy pro kojence, kteří nemohou být kojeni (Sunar baby, Sunar plus, Sunar od 10. měsíce, Sunar complex). Pro starší kojence jsou k dispozici jodem obohacené ovocné přesnídávky i tekutiny (např. Rejovít sirup. koncentrát). Jod obsahují i některé minerální vody (např. Hanácká kyselka, Vincentka).

Současný stav jodového zásobení naší populace je dle výsledků posledních kontrolních studií 6–65leté populace díky nápravným opatřením už hraničně normální. Všeobecně, ale zejména u nejrizikovější skupiny obyvatel vzhledem k následkům jodového deficitu, t.j. těhotných maminek a jejich plodů je třeba i nadále jodovou profylaxi kontinuálně a důsledně uplatňovat. Po pěkných výsledcích při nápravných opatřeních se první 3 roky jodové zásobení novorozenců téměř normalizovalo, ale poslední 2 roky zaznamenalo výrazné zhoršení. Svědčí o tom monitoring jodové suplementace novorozenců, který máme možnost sledovat od zavedení nové screeningové metody kongenitální hypotyreózy.

Posuzování správné jodové dodávky v ČR řeší multioborová „Komise pro řešení jodového ne-

dotatku ČR“ při Státním zdravotním ústavu v Praze. T.č. je dáván do provozu systém permanentních kontrol pro monitorování správné jodové dodávky našemu obyvatelstvu dle doporučení ICCIDD. Kontroly budou zajišťovat celostátní pracovníci oblastních hygienických pracovišť. Na žádosti výrobců posuzuje „Komise“ potraviny jodem obohacované, kterých neustále přibývá a uděluje logo, kterým jsou označeny v prodejnách (obr.). Z výrobců dětské a kojenecké výživy bylo toto logo uděleno pouze společnosti H. J. Heinz CR/SR a.s. a to na výrobky celé řady Sunar a Gravimilk. Správné jodové zásobení obyvatel je dle známých zkušeností i významnou ochranou před následky jaderných katastrof. Mnohonásobně to platí pro nejmladší věkové skupiny, vzhledem ke specifickým jejich štítných žláz (rychlejší obrat jodového metabolismu a minimální zásobní možnosti).

Během epidemiologických studií jodového zásobení v ČR v minulých letech byl zjištěn i významný nedostatek dalšího stopového prvku selenu. Selen má vztah nejen k metabolismu TH (součást dejodázy I. a nutný pro činnost dejodázy II.), ale i k dalším, zejména imunologickým obranným pochodům v organizmu. Substituce selenu je rovněž možná v tabletové formě. Epidemiologická studie selenového zásobení u dětí se připravuje. Správné zásobení jodem i selenem přinese významné zlepšení kvality života všem, ale především mladé generaci .

heinz - sunar



Aktuality

■ **ČLK chce od pojišťoven zásadní navýšení plateb na režii ordinací**

Téměř třicetiprocentní navýšení plateb na režii ordinací ambulantních specialistů chce Česká lékařská komora (ČLK) od zdravotních pojišťoven v prvním pololetí příštího roku. Novinářům to včera řekl prezident ČLK David Rath, jenž návrh předloží na čtvrtěčném dohodovacím řízení. Bez navýšení nelze vyloučit, že se některé ordinace dostanou do technických problémů, poznamenal Rath a připomněl, že od roku 1997 platby na režii stagnují, za tu dobu ale vzrostl index spotřebitelských cen o 27,4 procenta. Lékaři mají část režie v ceně bodu, část ale mají samostatně, hradí z ní energie, platy zaměstnanců, materiál, daně a odpisy.

Mluvčí ministerstva zdravotnictví Otakar Černý řekl, že ministr Bohumil Fišer včera s Rathem o tomto návrhu jednal. „Pan ministr soudí, že je potřeba to nejprve propočítat,“ uvedl. Podle Ratha byl ministr vstřícný. Navýšení se týká 5000 ambulantních specialistů. Pojišťovny by na režii vydaly za rok o necelou miliardu korun víc, což je podle Ratha akceptovatelné, ty se však k tomu stavějí rezervovaně. „Pojišťovny budou vždy proti. Mají peníze rády a rády je zadržují, nečekáme, že by jásaly,“ poznamenal Rath. Viceprezidentka ČLK Helena Fousková řekla, že dosavadní úhrada nepokrývá režii, a tak ambulance šetří na každém kroku, například i na ručnicích. Upřesnila, že podle údajů Českého statistického úřadu stoupl výběr pojistného letos v prvním pololetí o osm procent, což by při pokračujícím trendu bylo letos 20 miliard pro zdravotnictví navíc.

Navýšení plateb na režii by tak podle ní neznamenal ve zdravotně-pojistných plánech pojišťoven na rok 2002 žádný zásadní finanční problém.

ČLK chce navýšení v seznamu výkonů pro výpočet režijní sazby pro interní a chirurgické výkony ambulantních specialistů. Změny nežádá pro nemocnice, které mají vlastní paušální sazby, ani pro praktické lékaře, kteří jsou placeni za registrované pacienty.

■ **Lékaři chtějí zrušit pohotovost**

Ordinace lékařské služby první pomoci, kterou většinou známe jako pohotovost, by měly být zrušeny a nahrazeny centrálními příjmy rajónních nemocnic. Navrhuje to Česká lékařská komora (ČLK). „První pomoc v té podobě, jaká je u nás, není nikde na světě. Ordinace první pomoci jsou špatně vybaveny a většinu případů stejně posílají do nemocnice. Pacienti tak dvakrát čekají a dvakrát jsou vyšetřováni,“ sdělil v pátek Právu prezident ČLK David Rath. Tato služba je podle něho pacienti často navíc zneužívána. Navštěvují ji s banálními nebo s chronickými potížemi jen proto, že nechtějí čekat u svého praktického lékaře. Ministr zdravotnictví Bohumil Fišer připouští, že o návrhu ČLK je možné diskutovat. „Nemyslím ale, že bychom ho mohli stoprocentně akceptovat v každém městě. Bojím se toho, abychom v menších místech nezhoršili dostupnost péče,“ řekl Právu. A jak má sys-

tém po zrušení pohotovostních ordinací vypadat? Vznikla by telefonní lékařská konzultační služba. Její číslo by bylo buď jednotné pro celou ČR, nebo rozdílné podle kraje a okresu. „Na tomto čísle bude sloužit lékař a pacient by se s ním mohl poradit. Čtyřicet procent případů by se tím vyřešilo, protože lékař by jim doporučil třeba postup samoléčby,“ soudí Rath. Zbýlým pacientům by lékař poradil, na koho se obrátit, a dal by jim telefonní číslo. Buď by je poslal za praktickým lékařem, který by měl v daném regionu službu, ale byl by na telefonu doma, nebo by je poslal rovnou do nemocnice na centrální příjem. Tam by lékař určil, které nemocniční specializované oddělení se o něj postará. V menších nemocnicích, kde centrální příjem není, by pacienti šli rovnou na oborové ambulance. Lékař z telefonní konzultační služby by v případě potřeby také přivolával k pacientovi domů záchrannou službu. Ve velkých městských aglomeracích, jako je Praha a všechna krajská města, má vzniknout nepřetržitá služba, napojená na dispečink záchranné služby a komunikující s lékařskou telefonní konzultační službou. Tedy tzv. služba SOS. „Šlo by o lékaře, jenž má stanovený rajón v okolí bydliště. Vyjžděl by k pacientům svým vlastním osobním autem označeným majákem a zajišťoval návštěvnou službu u pacientů, což nyní dělá pohotovostní služba,“ uvedl Rath.

Oprávněné obavy

Výjezdů by ovšem bylo daleko méně než dnes, protože řadu případů by vyřešila už telefonická konzultace s lékařem. Pacienti by se pak v méně nálehavých případech museli do nemocnice dopravit sami. Jde ovšem o to, že při telefonické konzultaci lékař pacienta nevidí a nemůže objektivně posoudit jeho zdravotní stav. Toho se ministr nejvíce obává. Rychlá záchranná služba, která se má od zavolání na linku 155 dostavit k pacientovi do patnácti minut, by také měla projít změnami. „Celý návrh je radikální a musíme spočítat, zda bychom za jeho realizaci nezaplátili víc, než bychom získali. Některým prvkům z něj, například telefonické konzultační službě, se nebráním. To, co komora navrhuje, ale určitě nebude zavedeno ze dne na den. Otázkou je, zda vůbec,“ prohlásil ministr Fišer.

■ **Ministerstvo doporučuje připojištění i do zemí, se kterými má ČR smlouvu**

Ministerstvo zdravotnictví doporučuje občanům, aby si sjednali zdravotní připojištění i před cestou na Slovensko, do Rakouska a C horvatska, s nimiž má Česko smlouvy o poskytování a úhradě péče. „Smlouvy kryjí pouze nutnou a neodkladnou péči, nikoli například dopravu do vlasti,“ řekla ředitelka mezinárodního odboru ministerstva Jana Šilhanová. Občané by se podle ní měli připojistit také proto, že zdravotní pojišťovna za ně zaplatí péči jen v zařízeních, která pracují v systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud musejí být ošetřeni v soukromém zařízení, připojištění se jim vyplácí. S Chorvatskem navíc zatím není podle Ladislava Švece z mezinárodního odboru takzvané správní ujednání, a tak se smlouvou nelze zatím řídit. Přibližně v polovině příštího roku by měla vstoupit v platnost smlouva s Ně-



meckem, kterou obě země uzavřely minulý týden. Připravují se podle ní smlouvy s Lucemburskem, Slovinskem, Izraelem, Jugoslávií, Tureckem, Itálií, Makedonií, Rumunskem, Polskem a Španělskem. Náměstek ministra zdravotnictví Antonín Hlaváček řekl, že náklady na péči o české občany v zahraničí by se podle těchto smluv měly pohybovat kolem 1,3 miliardy korun za rok, což je asi jedno procento celkového rozpočtu zdravotního pojištění. „Zdaleka to nebude pět až 12 miliard, jak uváděly některé katastrofické odhady pojišťoven,“ řekl. „Smlouvy jsou pro občany při cestách do zahraničí přínosem; nevidíme toto jedno procento jako nepřiměřené za tento přínos,“ dodal.

Nekonečná úleva

Je to zdánlivě neřešitelné. Vláda chce zakázat reklamu na léky, které dotuje pojišťovna. Jsou to většinou ty nejběžnější. Acylpyrin si můžete za pár korun koupit. Předepíše-li jej lékař, pojišťovna cenu dotuje. Vláda se domnívá, že pokud jsou pacienti bičováni televizními spoty a billboardy o „nekonečné úlevě“, nutí lékaře psát recepty. Pojišťovna je pak dojena na samu dřev. Naopak výrobci reklam argumentují jinak: Pokud dostatečně masivně propagujeme „nekonečnou úlevu“, většina lidí se nebude obtěžovat do mnohahodinové fronty k doktorovi. Koupí si lék sami a pojišťovna ušetří. Kritici zákazu mohou přijít i s jiným argumentem: Pokud se lidé nedovědí o nových přípravcích z reklamy, stanou se ve výběru závislími na lékaři. A ten jim doporučí – budeme-li vycházet z materialismu – výrobek, za nějž dostal nejvyšší provizi. Pojišťovna na tom bude daleko hůř než před zákazem. Naopak vláda se může zaštitit tím, že reklama stejně mnoho neříká. *Nekonečná úleva* neexistuje. Bolestí trápený člověk je však ochoten uvěřit i takovému nesmyslu. Lékař ví, co dělat. Vycházíme-li z idealismu, předepíše nemocnému to opravdu neúčinnější bez ohledu na reklamy a provize všeho druhu. Kde je tedy pravda? Úplně jinde. Systém, v němž výraz „zdravotní pojištění“ de facto znamená nárokovou bezplatnou péči, je absurdní. A z absurdity plynou další, například tato se zákazem reklamy. Kdyby stát přestal skrze pojišťovnu dotovat nejběžnější léky proti nachlazení či proti žaludečním obtížím, celý spor by rázem vyhasl. Každému, kdo uvažuje rozumně, je to jasné. Léčba proti nachlazení je tržní produkt. Někdo dá přednost jemu, jiný zase vsadí na jogurty. Těm přece reklama též přisuzuje jedinečné léčebné účinky. Nikdo neutrpí tím, že zaplatí o pět korun víc. Naopak. Lékaři budou mít víc času a víc peněz na to, aby se věnovali opravdu vážným bolestem. Vláda místo toho, aby se odhodlala k jednoduchému a principiálnímu opatření, zabývá se podružnostmi. Snaží se napravit jednu hloupou kupením dalších. Kdyby jednala rozumně, byla by to *nekonečná* úleva pro všechny.

Objevil se zákeřný červ

Červ svalovec, který je přenosný na člověka, napadá svalovou tkáň a může dokonce způsobit smrt, se objevil na Frýdecko-Místecku. „Minulý týden jsme tyto parazity našli ve vzorcích odebraných z divočáka uloveného 18. května nedaleko obce Krásná. Před pětadesáti lety vinou této nákazy zemřeli v našem okrese tři lidé,“ řekl včera ředitel Okresní veterinární správy ve Frýdku-Místku Pavel Paciorek. Ohnisko výskytu se nachází v oko-

lí obcí Krásná, Morávka, Pražmo, Raškovice, Janovice, Lubno, Malenovice a Staré Hamry. Kvůli riziku šíření nákazy proto správa nařídila mimořádná veterinární opatření. „Vyzýváme všechny uživatele honiteb v této oblasti, aby těla šelem a ostatních možných hostitelů svalovce předložili k laboratornímu vyšetření a zabránili jejich konzumaci. Zvěřina s pozitivním výsledkem vyšetření musí být spálena v kafilerii,“ řekl ředitel správy. „Pozorovací dobu jsme stanovili na jeden rok. V případě, že nařízení někdo poruší, může jít i o trestný čin,“ dodal. Svalovec (latinsky *Trichinella spiralis*), který patří mezi parazity, se podle Pacioroka přenáší krví. Zvířata se nakazí po jídání zdechlin a člověk konzumací nedostatečně tepelně upraveného masa. „Napadají hlavně bránici, žvýkácí svaly a jazyk. Usadí se ve svalové buňce, kterou zničí,“ řekl Paciorek s tím, že při větší invazi způsobí červ horečky, třes a křeč dýchacích svalů. „V pozdější fázi onemocnění se již prakticky nedá léčit a může končit i smrtí,“ uvedl veterinář. Larvy svalovce se líhnou a dospívají ve střevě, kde samice kladou vajíčka. Larvy pak pronikají střevní stěnou do krve a usazují se právě ve svalové tkáni, kde mohou přežít až třicet let. Larvy ve svalovině ničí teplota nad 70 stupňů Celsia. Inkubační doba od nakažení do vypuknutí choroby je deset až čtrnáct dnů.

Šálek kávy pro zdraví

Zapomeňte na to, že káva vám v noci nedá spát, zvyšuje váš krevní tlak nebo způsobuje podrážděnost. Káva skutečně může být dobrá pro vaše zdraví, uvádí agentura Reuters. „Nyní teprve začínáme chápat potenciální zdravotní účinky těch několika set složek v kávě,“ říká profesor Peter Martin, ředitel institutu pro výzkum kávy na americké Vanderbiltově univerzitě. Podle Martina může káva díky svému chemickému složení úspěšně potlačovat sklony k sebevraždě, cirhózu jater, některé typy rakoviny, bronchiální astma, srdeční choroby a Parkinsonovu nemoc. „U jedinců, kteří nepijí žádnou kávu, je v průměru vyšší výskyt těchto nemocí než u těch, kteří ji konzumují umírněně,“ vysvětluje vědec, přičemž za mírné množství považuje dva až čtyři šálky tohoto nápoje denně. Předběžné výsledky nejnovější studie ukazují, že káva je kromě kofeinu, který stimuluje centrální nervový systém, i bohatým zdrojem antioxidantů, které snižují působení škodlivých látek na lidské tělo a mohou tak pomáhat v boji proti nemocem.

Nový trend praktických lékařů ve Spojených státech

V některých místech USA vlivem nespokojenosti s dosavadním systémem („managed care“/HMO systém - v podstatě kapitáční platba se spoluúčastí pacienta formou paušálu za návštěvu), který zatěžuje lékaře vysokým počtem pacientů, snižujícími se platbami za pacienta, a obecně časovou náročností, která nedává dostatečný prostor pro patřičnou péči o pacienta, dochází k zavádění systému nového.

Jak tento nově vznikající systém funguje a jaké poskytuje výhody? V první řadě je třeba říct, že nový systém je pro pacienty, kteří chtějí mít kdykoli rychlý přístup k praktickému lékaři a kteří si ho mohou finančně dovolit.

Lékaři poté, co zruší spolupráci s HMO, si založí novou praxi s ne více než 600 pacienty. Každý pacient jim platí roční paušální poplatek 1 500 dolarů plus poplatek za každou návštěvu lékaře, který se pohybuje mezi 50



- 70 dolary.

Za tyto peníze má pacient nárok na následující služby:

- každoroční komplexní a preventivní prohlídka
- schůzka s lékařem ten samý nebo příští den
- asistent
- lékař dostupný nepřetržitě 24 hodin buď přes pager nebo telefon
- možnost komunikovat s lékařem prostřednictvím faxu nebo e-mailu
- koordinace schůzek se specialisty, včetně rozvrhu a připomenutí pacientovi
- pomoc při jednání s pojišťovnou ohledně úhrady výkonu
- příprava na cestování včetně nezbytného očkování a lékařských informací na cestu

Na jednu stranu by měl tento trend umožnit lékařům provádět profesionálnější péči o pacienta. Snížení počtu pacientů z 3 000 na 600 dá lékařům prostor a čas potřebný ke kvalitnímu vyšetření pacienta na návštěvě apod. Na druhou stranu někteří lidé poukazují na elitářskou stránku těchto služeb - ne každý si je bude moci dovolit. Odpověď příznivců trendu je ovšem jednoduchá a zdá se býti na místě - nový systém praktické péče nemá nahradit ten stávající. Jedná se pouze o rozšíření služeb lékaře pro pacienta. Ten si sám může vybrat, který systém mu vyhovuje lépe. Trefně přirovnáno, jedná se o stejné rozhodnutí jako poslat děti do státní nebo soukromé školy. A samozřejmě ne každý si dnes může dovolit poslat děti do soukromé školy. Ovšem stejně jako oboje školství poskytne základní vzdělání, oba druhy praktické péče poskytnou základní služby a ošetření pro všechny pacienty. Je jen na pacientovi aby se rozhodl, zda potřebuje nadstandardní praktickou péči a zda si ji může dovolit.

V současné době tyto služby existují pouze na několika místech v USA (Seattle, New York, Florida).

Lékařské pohotovosti zaniknou

Lékařské pohotovostní služby se přežily. Již brzy je nahradí konzultace po telefonu. V případě vážnější akutní zdravotní potíže ošetří pacienta v nemocnici. Navrhují to sami lékaři.

Nikoli na lékařskou pohotovost, ale do nemocnice by se měli napříště o víkendů či uprostřed noci obracet lidé s akutními zdravotními potížemi. Pokud budou jejich obtíže menší, měla by stačit telefonická konzultace.

Tak lze stručně shrnout návrh lékařské komory, která předpokládá, že dosavadní pohotovosti, které existují od konce šedesátých let, zaniknou. Komora, která návrhem kopíruje zahraniční zvyklosti, tvrdí, že na této změně by pacienti vydělali.

„Ordinace pohotovosti jsou špatně vybaveny a většinu případů stejně posílají do nemocnice. Pacienti tak dvakrát čekají a dvakrát jsou vyšetřováni,“ uvedl prezident komory David Rath. Dalším důvodem ke změně má být podle představitelů komory i fakt, že lidé někdy pohotovostních služeb zneužívají a chodí tam například proto, že nenašli čas během týdne čekat v běžné ordinaci. Ti by neměli projít přes filtr telefonické konzultace, stojí v návrhu komory. Někteří lékaři však mají z rychlých změn obavy. „Není například jasné, jak by mohl praktik pečovat o své klienty 24 hodin denně,“ uvedla místopředsedkyně Sdružení praktických lékařů pro dospělé Jana Uhrová. Sdružení ale přesto uznává, že nynější podoba pohotovostí je zastaralá,

a s jejich přeměnou souhlasí. „Rušení ordinací lékařské první pomoci je nesmysl a absolutní nehoráznost. Nemám pro podobný nápad slov,“ uvedla praktická lékařka Hana Vysloužilová z Prostějova. „Pacient může onemocnět v kteroukoliv dobu. A žádný praktický lékař nemůže být v pohotovosti 365 dní v roce čtyřadvacet hodin denně,“ řekla. Také konzultace po telefonu označila za nesmysl: „Stydím se, že podobnou radu vyslovil lékař. Každý zodpovědný doktor musí pacienta vyšetřit, než nařídí jakoukoliv léčbu.“

Ministerstvo zdravotnictví se zatím návrhem komory podrobně nezabývalo. „Víme o tom, ale oficiálně jsme jej ještě nedostali, takže je to pro nás nová věc,“ uvedl včera šéf resortu Bohumil Fišer. Podle něj ale jeho úředníci již dlouho hledají budoucí podobu lékařských pohotovostí. I Fišer počítá s tím, že v nynější podobě již nebudou mít dlouhého trvání. „Dovedu si představit, že lidé se budou v případě potřeby obracet na místní nemocnice. U nás jich máme velice hustou síť a zřejmě není místo, z něž by to do nějaké bylo více než 30 kilometrů,“ řekl Fišer. Zároveň ale připustil, že v některých lokalitách může přesto být problém se do nemocnice dostat včas. „Když ale někde bude obec chtít lékaře na pohotovosti platit ze svého, bude to její věc,“ uvedl ministr. Obce platí pohotovosti, které jsou většinou ztrátové, od letošního roku. Dříve je prostřednictvím okresních úřadů dotoval stát. Velkou roli teď bude hrát i odpověď na otázku, kdo a z čeho změny zaplatí, a to jak nemocnicím, tak praktikům - těm například za to, že budou svým pacientům k dispozici na telefonu a podobně. Komora ale předpokládá, že nakonec by se díky zániku ambulancí sloužících pohotovost ušetřilo.

Droga zlákala už pětinu školáků

Děti užívajících drogy přibývá. V zemi přitom neexistuje detoxikační zařízení specializované na nejmladší narkomany. Praha - Počet dětí, které berou drogy či s nimi příležitostně experimentují, stoupá. Ze statistik vyplývá, že zatímco v roce 1994 drogu vyzkoušelo 17 procent čtrnáctiletých, loni jich byla již více než pětina. Odborníci očekávají, že letos jich bude ještě víc. „Sondy v několika okresech ukazují, že marihuanu kouří již žáci sedmých a osmých tříd,“ potvrdil Ladislav Csémy z pražského Psychiatrického centra. Kromě marihuany stoupá i obliba drogy extáze. „Proti loňsku se zvýšil počet dětí, které mají problémy s drogou, asi o dvacet procent,“ souhlasí s Csémym ředitelka K-Centra v Mladé Boleslavi Helena Bartoňová. Nejvíce nejmladších narkomanů se rekrutuje ze čtrnácti- až šestnáctiletých, ale po návykových látkách, jako je toluen, sahají už dvanáctiletí. Děti ovšem zkoušejí i pervitin nebo LSD. Csémy odhaduje, že u mládeže ve věku 16 až 18 let už se podíl, těch, kdo vyzkoušeli drogu, zvyšovat nebude a zůstane na zhruba 40 až 50 procentech. Ale u třinácti- až patnáctiletých dětí čeká vzestup. Ačkoliv přibývá závislých dětí, Česko nemá ani jedno zařízení specializované na jejich detoxikaci a léčbu. Školáci se tak ocitají na jednotkách intenzivní péče či na protialkoholních odděleních. Psycholožka Hana Halfarová tvrdí, že je hrozné, když se dítě ocitne mezi dospělými alkoholiky. „S dětmi musíme pracovat jinak,“ tvrdí. Zástupce ředitele sekretariátu Meziresortní protidrogové komise Milan Pospíšil souhlasí, že by mělo existovat zařízení pro léčbu dětí pod patnáct let. „My jsme však jen poradní orgán a zřízení zařízení je na ministerstvu zdravotnictví,“ dodal. To, že děti skutečně není kam umístit, přiznal i ředitel psychiatrické léčebny v Bohnicích v Praze Zdeněk Bašný. „Oddělení by bylo potřeba, ale problém je s penězi,“ naznačuje dů-



vod současného stavu. Souhlasí s ním Monika Solařová ze střediska Triangl, které se jako jediné v metropoli zaměřuje na závislé mladší patnácti let. „Nejmladší závislé děti vnímají drogu jinak než ti osmnáctiletí,“ řekla. Senátorka Helena Rögnerová má podobný názor: „Celý svět už jde cestou preventivních programů. Česko má stále tendenci dávat přednost akutní medicíně před preventivní. Následky jsou pak mnohem horší. Je špatně, když se kvůli nedostatku peněz jako první vyškrtne prevence. Pokud se otáčí, léčba je obtížnější a dražší.“ Hygienické stanice sledují, kolik čtrnáctiletých dětí se poprvé setkalo s drogou.

1984: 17%

2000: 20%

Kvalitu léčby zkontrolují úředníci?

Nikoliv ti, kdo léčbu platí, či ti, jichž se týká – tedy pojišťovny a pacienti, ale zejména úředníci by měli podle ministerstva zdravotnictví hodnotit kvalitu a efektivitu léčby. Plán budí rozpaky.

Úřad Bohumila Fišera v dokumentu nazvaném Střednědobá koncepce rozvoje resortu navrhuje zřídit Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví. To by mělo fungovat při pražském Státním zdravotním ústavu. Co by mělo nové pracoviště sledovat? „Metodologicky, organizačně a technologicky zajišťovat komplexním a systémovým způsobem rozvoj a realizaci programů a projektů podpory kvality a efektivit zdravotní péče,“ popsal jeho hlavní cíl mluvčí ministerstva Otakar Černý. Ministerstvo zatím nemá představu, kolik lidí by centrum zaměstnávalo ani kolik by stála jeho činnost. Mluvčí tvrdí, že program se teprve připravuje. Jasně není ani to, zda by informace porovnávací jednotlivá zařízení byla k dispozici všem lidem. Zatím záleží pouze na jednotlivých zdravotnických zařízeních, zda výsledky léčby zveřejní. Po sledování kvality péče v zemi a zveřejňování výsledků již delší dobu volají jak organizace pacientů, tak i část lékařů. „Souhlasím s tím, aby ministerstvo průběžně sledovalo určité předem stanovené parametry a kontrolovalo, zda si je jednotlivá zařízení uměle nevylepší,“ uvedl prezident lékařské komory David Rath. „Nejsem si jist, zda je nevhodnější touto činností pověřit Státní zdravotní ústav, ale teoreticky to je možné. Parametry a jejich využití nemohou vymyslet úředníci. Ti mohou data zpracovávat a předávat je dál,“ řekl Rath. Parametry, podle nichž se budou zařízení sledovat, by podle Ratha měli stanovit lékaři. Komora již dříve navrhla, aby se od výsledků zařízení odvíjely například odměny pro ředitele nemocnic. S účastí pacientů při sledování kvality léčby ministerstvo zatím nepočítá. Vladimíře Boškové z Občanského sdružení na ochranu pacientů se úmysl ministerstva nelíbí. „Jakýkoli úřad či rada, které by se u nás zabývaly hodnocením kvality zdravotní péče – kdesi tajně za zády lidí k takovým institucím a orgánům nebude mít veřejnost žádnou důvěru,“ prohlásila. V západních zemích včetně Německa, Rakouska či Švýcarska podobné instituce, jakou má být plánované centrum, neznají. Kvalitu péče v těchto zemích kontrolují například komise ustanovené při zdravotních pojišťovnách. V těch zasedají i zástupci klientů a lékařů.

Ministr Fišer zkouší znovu prosadit důležité zákony

Na druhý pokus uspěl ministr zdravotnictví Bohumil Fišer u vládních le-

gislativců s balíkem klíčových právních norem pro svůj resort. Napoprvé je v květnu příslušná rada vlády vrátila k přepracování.

Ministr zdravotnictví Bohumil Fišer vyhrál první dílčí bitvu o čtyři důležité zákony, na které české zdravotnictví a v jednom případě i Evropská unie netrpělivě čekají. Legislativní rada vlády je doporučila k dalšímu projednávání kabinetem. Tři z nich už jednou vládní legislativci Fišerovi v květnu vrátili, čímž se jejich projednávání o čtyři měsíce zdrželo. Pokud předlohy nebudou schváleny do konce roku, ohrozí to probíhající reformu státní správy, respektive její dopady na zdravotnictví. Neúspěch by mohl otrávit Fišerovou pozici ve vládě. Jeden ze čtveřice zákonů, o zdravotnických zařízeních a jejich provozování, totiž mj. řeší rozdělení kompetencí správců zdravotnických zařízení po zrušení okresních úřadů mezi kraje a obce. Bez zřizovatele by nemocnice prakticky nemohly fungovat. Zákon o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání zase od Česka požaduje Evropská unie. Objevuje se na tzv. A-listech a jeho absence by po vstupu Česka do unie znemožnila českým zdravotníkům ucházet se o práci v západní Evropě a naopak. „Předlohy jsou výsledkem jednání a hledání konsenzu se všemi podstatnými subjekty ve zdravotnictví. Jsem optimistický, ale vypracovat ve zdravotnictví legislativní normu přijatelnou pro všechny zájmové skupiny je prakticky nemožné,“ uvědomuje si Fišerův náměstek Antonín Malina.

Zákony jsou nutné za každou cenu. Oponenti o nově přichystaných předlohách soudí, že mají spoustu chyb. Stále v nich přetrvává socialistický duch, podle kterého je pacient víc subjektem než objektem zdravotní péče. Pořád není pro lékaře rovnocennou osobou, domnívá se například předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiří Schlanger. Podle šéfa odborářů ale už není možné jejich přijetí více oddalovat. Nesouhlasíme s tím, jak ministerstvo ve srovnání s Evropou zákony připravuje. Je ale nutné je přijmout za každou cenu. Proto jsme už rezignovali na kvalitu. Nedostatků se pokusíme opravit prostřednictvím poslanců při projednávání ve sněmovně,“ konstatuje Schlanger. Podobné tlaky na změny konkrétních pasáží se dají předpokládat i od dalších zájmových skupin. Například porodní asistentky se už delší čas snaží prosadit nezávislost na lékařích při vedení porodu. Nová legislativa s tím však nepočítá, ačkoli v zemích Evropské unie jsou považovány za samostatnou profesi.

Co mají přinést Fišerovy nové zákony

O zdravotnických zařízeních a jejich provozování

- definuje druhy a typy zdravotnických zařízení
- přenáší na kraje a obce významné kompetence
- stanovuje tzv. základní síť nutnou k zabezpečení dostupnosti zdravotní péče podle počtu obyvatel v kraji

O způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání

- definuje zdravotnické profese
- harmonizuje legislativu se zákony EU
- ruší povinnost lékařů absolvovat postgraduální vzdělání (atestaci), pokud nechtějí pracovat samostatně
- umožní českým zdravotníkům s odpovídajícím vzděláním pracovat v EU

O zdravotní péči

- stanovuje práva a povinnosti zdravotnických pracovníků i pacientů
- podmiňuje lékařské úkony svobodným a informovaným souhlasem pacienta
- prikazuje lékařům na přání pacienta sdělit jeho skutečný zdravotní stav



včetně negativní prognózy, pokud by tato informace pacientovi neuškodila

O transplantacích

- stanovuje pravidla pro odběr orgánů
- vychází z předpokládaného souhlasu potenciálního dárce
- upravuje povinnost vést evidenci o orgánech, dárcích i příjemcích

Zuby se dětem kazí víc než dříve

Každé druhé pětileté dítě s chrupem bez poskvrny – takový byl ideál Světové zdravotnické organizace (WHO) pro přelom tisíciletí. Skutečnost je, alespoň v České republice, jiná.

Na rozdíl od cílů zdravotnické organizace má bezvadné zuby sotva čtvrtina pětiletých. Ostatní mají v průměru hned čtyři kazy. Dvanáctileté děti něco kolem tří. „Cílů WHO jsme zdaleka nedosáhli. A je to stále horší,“ uvedla profesorka stomatology Martina Kukletová z Masarykovy univerzity v Brně. Evropa je na tom lépe. Ve Finsku, Dánsku a Holandsku se podařilo kazivost zubů u dětí výrazně snížit. A takové Švýcarsko, všeobecně považované za vzor ústní hygieny, dosáhlo cílů WHO pro rok 2000 už v době, kdy se v tehdejší Československu měnil režim. „Na jedno desetileté dítě u nás připadal jediný kaz. A dnes máme totéž u čtrnáctiletých,“ říká švýcarský zubař a úzký spolupracovník České stomatologické komory Jiří Pollak. V těchto zemích věnují podle přednosta Výzkumného ústavu stomatologického v Praze Otakara Krejsy rodiče velkou péči tomu, aby jejich děti pravidelně a včas navštěvovaly stomatologa, a důsledně dbají na hygienu. Navíc tam běží preventivní programy už od mateřských škol. Co se ovšem stalo u nás? Skončila organizovaná totalitní prevence (povinné školní zubní prohlídky) bez náhrady. Bez náhrady skončila fluoridace vody. Fluoridace soli je slabá. A propagace potravin bez cukru mizerná.

Polovina rodičů nechodí k zubaři

Lékaře děsí především chrup předškolních dětí. V roce 1987 (odkdy se údaje sledují) mělo průměrné pětileté dítě postiženo kazem 2,85 zubů, nyní 3,69. „To je výrazné zhoršení,“ připouští docent Krejsa. U dvanáctiletých dětí se ale situace prakticky nezměnila (3,38 kazů proti 3,34 v roce 1987) a u patnáctiletých se dokonce zlepšila: kazů ubylo z 5,96 na 4,96. „Rozdílné výsledky u různých starých dětí souvisí s dozníváním účinku fluoridové prevence, která u nás vrcholila koncem 80. let,“ uvedl Otakar Krejsa. „A zároveň je jisté, že starší děti, či jejich rodiče, se lépe přizpůsobily změnám ve stomatologické péči než děti mladší,“ dodal. Počátkem 90. let byly totiž zrušeny školní prohlídky. Zodpovědnost za to, že dítě je potřeba vodit k zubaři, přešla na rodiče. „Je to správné,“ tvrdí Martina Kukletová. „Jedině tak mohou totiž vést dítě ke správné péči o zuby.“ Zvyk je však železná košile. „Většina rodičů si dříve ani neuvědomovala, že dvakrát do roka zkontroloval chrup jejich dětí zubní lékař, často netušila ani to, že jim ošetřil kaz.“ A tato nevědomost vytrvala i poté, co školní prohlídky skončily. Podle údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny navštívila v roce 1999 zubního lékaře jen necelá polovina dětí mezi třetím a pátým rokem věku. „Nepřekvapuje proto, že více než 70 procent zubů postižených kazem zůstává u pětiletých dětí neošetřeno,“ podotkl docent Krejsa. Zčásti to může být způsobeno postojem samotných stomatologů jak přiznal předseda stomatologické komory Jiří Pekárek, někteří mají za to, že kaz na mléčných zubech netřeba opravovat. „To je zcela nesprávný názor, protože kvalita dočasných zubů hodně ovlivňuje druhé, stálé zuby. Pokud

se rodič s takovým postojem setká, měl by ihned vyhledat jiného lékaře,“ uvedl Pekárek.

Mor přichází z kojeneckých lahví

Zubnímu kazu se dobře daří tam, kde je dostatek uhlovodanů, zvláště cukru a sacharózy. Jejich kvašením stoupá koncentrace organických kyselin v ústech a tím klesá pH. Při snížení pod kritickou hodnotu 5,2 se začne sklovina rozpouštět. Uhlovodany jsou tím škodlivější, čím déle zůstávají v puse a obzvláště, když lepí. To je ta jinak zdravá čokoláda, ale také datle, fíky a med. Nebo kojenecké lahvičky. „To je doslova mor! Dlouhým upíjením tekutiny si děti zuby doslova rozpouštějí,“ varuje Kukletová. Děti ovšem rády mlsají a rodiče jim nemohou ani z hlediska racionální výživy sladké úplně odepřít. „Měli by však dbát na určitá doporučení,“ radí docent Krejsa. „Například nejíst sladké před spánkem, vyčistit si po sladkém jídle zuby nebo udělat dětem v týdnu jeden sladký den. Pokud dítě nemá zubní kartáček u sebe, mělo by si aspoň několikrát vypláchnout ústa čistou vodou.“ Anebo, jak radí nejen reklama, ale i mnozí zubní lékaři: sáhnout po žvýkačce bez cukru. Žvýkání zvyšuje tvorbu slin až o 300 procent, což neutralizuje kyseliny zubního povlaku a odstraňuje zbytky potravy ale ani ono nenahrazuje čištění zubů. „Jen zřídka se používá takzvané pečetení jamek a rýh na zubech,“ podotýká Otakar Krejsa. Jde přitom podle něj o značně účinnou metodu prevence: místa, kde může kaz vzniknout, protože v nich ulpívají zbytky potravy, se zaplní hmotou vzhledově podobnou zubní sklovině. A kdy jít poprvé k zubaři? Nejpozději ve dvou letech, ještě lépe o rok dříve. První návštěva tak není spojena s kvílením vrtačky a zubař se pro dítě nestane tím, koho je třeba se bát. Ve třech letech už totiž může být pozdě: kaz se v tomto věku objevuje u celých čtyřiceti procent dětí.

I N Z E R C E

Redakční rada upozorňuje, že v nově zřízené rubrice INZERCE je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.

Poptávka po pronájmu dětské praxe

Dlouhodobě najmu příp. odkoupím zavedenou dětskou praxi. I výhledově - pobyt v cizině, MD apod.

Informace na tel.: 0455 - 66 20 40.

Hledáme pediatra

Přijmu pediatra do zavedené a prosperující ordinace v Ostravě - Porubě na částečný pracovní úvazek. Pozdější převzetí ordinace není vyloučeno.

Informace na tel.: 069 - 692 75 49