

1. Kongres primární péče

TOP HOTEL Praha, 2.3. - 3.3.2007

Záštitu nad kongresem převzal
primátor hlavního města Prahy MUDr. Pavel Bém



A B S T R A K T A



OSPDL ČLS JEP

Mediální partner

**MEDICAL
TRIBUNE**

Pořádající organizace:

SPL ČR - Sdružení praktických lékařů ČR

U Hranic 3221/16
100 00, Praha 10 - Strašnice
e-mail: spl@zdravotnictvi.cz
tel.: 267 184 053
fax: 267 184 052
www.splcr.cz

SPLDD ČR o.s.- Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR o.s.

U Hranic 16-18
100 00, Praha 10 - Strašnice
e-mail: centrum@detskylekar.cz
tel.: 267 184 065
fax: 267 184 050
www.detskylekar.cz

OSPDL ČLS JEP - Odborná společnost praktických dětských lékařů České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

U Hranic 16-18
100 00, Praha 10 - Strašnice
e-mail: centrum@detskylekar.cz
tel.: 267 184 065
fax: 267 184 050
www.detskylekar.cz

Kongresový výbor:

MUDr. Pavel Neugebauer - SPLDD ČR
MUDr. Jiřina Dvořáková - SPLDD ČR
MUDr. Eva Vitoušová - SPLDD ČR
MUDr. Hana Cabrnchová - OSPDL ČLS JEP
MUDr. Bohuslav Procházka - OSPDL ČLS JEP
MUDr. Jiří Liška, CSc. - OSPDL ČLS JEP
MUDr. Jana Uhrová - SPL ČR
MUDr. Hana Kurzová - SPL ČR
MUDr. Toman Horáček - SPL ČR

Vážená paní doktorko,
vážený pane doktore,
kolegyně, kolegové,

jménem Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP Vás vítáme na **1. Kongresu primární péče** v TOP HOTELU Praha, jehož ústředním mottem je „lékař první volby“.

Je nám ctí, že záštitu nad kongresem převzal primátor hlavního města Prahy MUDr. Pavel Bém.

Pro zlepšení orientace jsme pro Vás připravili chronologicky řazená abstrakta v návaznosti na probíhající program.

Dovolujeme si Vás pozvat i na večerní kulturní programy.

Více informací získáte v kongresovém informačním centru.

Na setkání s Vámi se těší



MUDr. Hana Cabrnochová
Předsedkyně OSPDL ČLS JEP



MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR



MUDr. Václav Šmatlák
Předseda SPL ČR

Pátek 2.3.2007 od 9.00 do 11.00 hodin

9.00 **Slavnostní zahájení - TOP CONGRESS HALL**

I. Blok - TOP CONGRESS HALL

Psychiatrická onemocnění, drogová závislost, komunikace a etika

Garant: MUDr. Hana Kurzová, MUDr. Renáta Růžková

9.20 - 9.40	1. MUDr. Pavel Bém Problematika drogové závislosti v primární péči
9.40 - 10.00	2. Doc. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D. Jak čeští praktičtí lékaři pracují s psychiatrickým pacientem. Studie dimenze F
10.00 - 10.20	3. MUDr. Rudolf Procházka Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10.20 - 10.40	4. Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu
10.40 - 11.00	Diskuse k přednesenému

Satelitní sympozium - Kongresový sál II

Generační problém praktických lékařů, vzdělávání nových kolegů, převádění praxí - panelová diskuse

Garant: MUDr. Václav Šmatlák, MUDr. Pavel Neugebauer

9.40 - 11.20

Úvodní sdělení

MUDr. Pavel Vychytil

Přehled primární péče v zemích EU

Účastníci panelu

MUDr. Hana Cabrnochová

MUDr. Hana Kurzová

MUDr. Milan Cabrnoch

MUDr. Milan Kudyn

Jak čeští praktičtí lékaři pracují s psychiatrickým pacientem. Studie dimenze F

Doc. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D.

Psychiatrické centrum Praha, Centrum neuropsychiatrických studií, 3. LF UK Praha



Doc. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D. (*1966) pracuje v Psychiatrickém centru Praha (PCP), na 3. lékařské fakultě UK Praha a v Centru neuropsychiatrických studií. Mimo klinické praxe se zabývá pregraduální a postgraduální výukou studentů. Výzkumně se zaměřuje na funkční zobrazení mozku, neurobiologii a genetiku schizofrenie a deprese, mechanismus účinku antipsychotik a na modelování aktivity nervové tkáně. Od roku 2005 je odborným koordinátorem výzkumného Centra neuropsychiatrických studií a od roku 2007 působí jako předseda výboru České neuropsychofarmakologické společnosti.

Cíl: Sledování bylo zaměřeno na zvyklosti lékařů v primární péči, hodnocení efektivity a bezpečnosti escitalopramu, antidepresíva ze skupiny ASRI, a posouzení prediktorů léčebného účinku.

Metodika: Vyhodnocení zvyklostí praktických lékařů a sledování pacientů. Data byla získána v rámci postmarketingového sledování Dimenze F (Lundbeck).

Výsledky: Do sledování vstoupilo 401 praktických lékařů a zařazeno bylo celkem 4521 pacientů s poruchami emotivity (úzkostné a neurotické poruchy, depresivní porucha, bipolární deprese). Před vstupem užívali nemocní častěji anxiolytika (51%) nežli antidepresíva (17%). Nejčastěji předepisovaným antidepresivem mezi českými praktickými lékaři je citalopram, následován je fluoxetinem a sertralinem. 78% pacientů s poruchami emotivity mělo současně somatické potíže. Během sledování došlo k signifikantnímu poklesu závažnosti afektivní symptomatiky a u 36,1% nemocných se zlepšily i somatické příznaky. Mezi pacienty a lékaři byla zjištěna významná shoda v prospěšnosti léčby. Závažnost psychopatologie a somatické potíže na počátku sledování byly nejvýznamnějšími prediktory dobré odpovědi.

Diskuse: Byl potvrzen přetrvávající trend v předepisování anxiolytik u nemocných. Významným zjištěním je častý výskyt tělesných potíží u nemocných s afektivními poruchami a jejich zlepšení při antidepresivní terapii. Antidepresivní odpověď souvisí s některými vstupními prediktory.

Závěr: Nálezy potvrzují nezastupitelnou roli praktického lékaře v diagnostice a léčbě afektivních poruch. Afektivní poruchy je pak nutné vnímat i v kontextu potíží somatických.

Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

Fakulta humanitních studií UK, Praha

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. absolvovala Přírodovědeckou a Filozofickou fakultu UK Praha. Profesně se věnovala transplantační a klinické imunologii, dále geriatrické a hematologické. V roce 1990 iniciovala vznik lékařské etiky jako samostatného oboru a jako první se v něm habilitovala a získala profesuru. Pracovala v Ústavu lékařské etiky na 3. lékařské fakultě UK, vybudovala Katedru psychosociálních věd a speciální etiky na Husitské teologické fakultě UK a od roku 2002 působí na Fakultě humanitních studií, kde se věnuje zdravotnické etice. Je mj. autorkou 14 samostatných monografií, např. učebnice Lékařská etika (3. vydání v roce 2002) a Thanatologie (2. vydání 2007).

Konvence o biomedicíně (plný název: Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny) je nejvyšším zdravotnickým zákonem země (ratifikace v roce 2001) a výrazně se dotýká každodenní lékařské praxe. Z tohoto důvodu budou prezentovány důvody, které vedly ke vzniku konvence, zejména s důrazem na problematiku řádné informovanosti nemocných. Současně budou prezentovány aktuální i předpokládané problémy, které se vztahují k institutu tzv. informovaného souhlasu.

Informovaný souhlas může být vhodným a prokazatelným prostředkem, že každý pacient byl řádně a v šíři, kterou určí sám, informován o své nemoci, zároveň však hrozí formalismus a právní purismus.

Poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Přehled specializační přípravy všeobecných lékařů v Evropě

MUDr. Pavel Vychytil

Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. LF UK, Praha



MUDr. Pavel Vychytil - narozen 5. 10. 1980 ve východních Čechách. Vystudoval Gymnázium Jana Nerudy - větev s hudebním zaměřením. Absolvoval Univerzitu Karlovu v Praze - 1. lékařskou fakultu. V průběhu studia byl na roční stáži na J. W. Goethe Universität ve Frankfurtu nad Mohanem a na stáži u všeobecného lékaře v Holandsku. Nyní je postgraduálním studentem UK 3. lékařské fakulty. V Kabinetu veřejného zdravotnictví u školitele MUDr. D. Marxe, Ph.D. pracuje na disertační práci na téma *Kompetence lékařů primární péče v ČR a mezinárodní komparaci*. Pracuje jako manažer kvality ve FN Motol, spolupracuje se SPL ČR.

Cíl: Cílem sdělení je základní přehled struktury a obsahu specializační přípravy všeobecných lékařů v evropských zemích. Jsou porovnány jejich přístupy ke specializační přípravě s doporučeními evropských organizací všeobecných lékařů s důrazem na ČR.

Materiály a metody: Výchozími materiály jsou základní dokumenty evropských organizací všeobecných lékařů jako jsou UEMO, EURACT, WONCA Europe. Dále vycházím z dotazníků UEMO týkajících se organizace a struktury specializační přípravy v jednotlivých členských zemích. Také využívám materiály a informace získané osobním kontaktem při zahraničních stážích nebo korespondenčně. Vybral jsem požadavky nebo doporučení vyplývající z jednotlivých dokumentů a porovnal je s daty z evropských zemí a ČR.

Výsledky: V evropských zemích nelze pozorovat jednotný model (např. jenom rozdíl v délce specializační přípravy 3 roky - v Nizozemí 3 a ve Finsku 6 let). Naplnění doporučení organizací všeobecných lékařů se blíží pouze některé země, např. Švédsko.

Diskuze: Výraz všeobecný lékař v evropských zemích za sebou skrývá dosti odlišné spektrum. I v souvislosti s možností a rozvojem mobility v EU je debata o sjednocování specializační přípravy jistě namístě. V neposlední řadě stárnoucí populace všeobecných lékařů v celé Evropě by měla být důvodem k úvahám nad specializační přípravou mladých lékařů. V oblasti plnění doporučení může existovat rozdíl mezi formální stránkou a skutečným stavem.

Závěr: V současnosti je podoba specializační přípravy všeobecných lékařů v evropských zemích velice rozdílná. Z hlediska formálního se stav v ČR jeví jako v Evropě průměrný, avšak hlubší pohled do domácí problematiky ukazuje alarmující skutečnosti v této oblasti, které je nutné bezodkladně řešit.

Pátek 2.3.2007 od 11.10 do 12.50 hodin

II. Blok - TOP CONGRESS HALL

Biochemická vyšetření, rychlá diagnostika, zobrazovací metody

Garant: MUDr. Jiří Marek, MUDr. Dagmar Škrhová

11.10 - 11.30	1. Prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc. Chyby a omyly v laboratorní diagnostice
11.30 - 11.50	2. MUDr. Jiří Lacman Co může moderní radiodiagnostické pracoviště nabídnout praktickým lékařům pro jejich pacienty
11.50 - 12.10	3. MUDr. Jiří Marek CRP vyšetření v ordinaci praktického lékaře
12.10 - 12.30	4. RNDr. Pavla Urbášková, CSc. Jak správně odebírat mikrobiologický materiál a jak správně interpretovat výsledky vyšetření
12.30 - 12.50	Diskuse k přednesenému

Firemní satelitní sympozium - Kongresový sál II

Garant: Astellas Pharma, s.r.o.

11.10 - 11.30	Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., As. MUDr. Zuzana Blechová Použití aminopenicilinů v primární praxi
11.30 - 11.45	Prim. MUDr. Martin Herold Novinky v léčbě hypertenze
11.45 - 12.00	MUDr. Radek Litvik Jak na akuminátní kondylomata? Jak jednoduché, jak revoluční!
12.00 - 12.15	MUDr. Štěpánka Čapková Diferenciální diagnóza atopické dermatitidy v kojeneckém a batolecím věku
12.15 - 12.30	Diskuse k přednesenému

Chyby a omyly v laboratorní diagnostice

Prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc.

Doc. MUDr. Pavel Živný, CSc., RNDr. Bedřich Friedecký, Ph.D.

Ústav klinické biochemie a diagnostiky LF a FN, Hradec Králové

Každé laboratorní vyšetření je provázeno určitou mírou nejistoty, která je jeho neoddelitelnou součástí. Tato nejistota je tvořena složkou analytickou a složkou biologickou. Analytickou složku lze do jisté míry ovlivnit kvalitou práce laboratoře; biologická složka je dána především biologickou variabilitou každého sledovaného parametru a není ovlivnitelná. Výsledek každého vyšetření by měl být vydáván s udáním této míry nejistoty a hodnotící lékař ji musí brát v úvahu.

Senzitivita vyšetření je definována jako počet (procento) „pozitivních“ výsledků u osob trpících danou chorobou, specifitu lze definovat jako počet (procento) „negativních“ výsledků u osob, které danou chorobou netrpí. Se znalostí těchto údajů a prevalence choroby ve sledované populaci lze definovat prediktivní hodnotu pozitivního výsledku. Nezhlednění těchto údajů vede často k falešnému pocitu zklamání z neshody mezi výsledkem vyšetření a klinickým stavem pacienta.

Posuzování vývoje choroby či efektu léčby pomocí sledování změn hodnot laboratorních vyšetření musí být spojeno se znalostí „kritické diference měření“ sledovaného parametru. Tento údaj umožní zjistit, zda změnu výsledku je možno považovat za statisticky (a klinicky) významnou či nikoli.

Znalost výše uvedených údajů je nezbytnou potřebou a jejich vliv je nutno striktně oddělit od chyb. Ty jsou trojího typu: preanalytické, analytické, postanalytické. Zatímco analytické chyby jsou ovlivnitelné prací laboratoře, většinu preanalytických a postanalytických chyb musí eliminovat ordinující lékař. Světové statistiky se shodují, že analytická chyba se na celkové chybě podílí cca 20%. Lze tedy soudit, že ordinující a výsledky hodnotící lékař má možnost eliminovat až 80 % tzv. laboratorních chyb.

Poznámky

.....
.....
.....
.....
.....

Co může moderní radiodiagnostické pracoviště nabídnout praktickým lékařům pro jejich pacienty

MUDr. Jiří Lacman

pplk. MUDr. František Charvát, Ph.D., MUDr. Jana Mašková

RDG oddělení ÚVN, Praha

MUDr. Jiří Lacman

Od roku 1995 do současnosti - radiodiagnostické oddělení ÚVN Praha

1998 - atestace I. stupně - obor radiodiagnostika

2002 - atestace II. stupně - obor radiodiagnostika

2004 - licence ČLK pro výkon samostatné praxe

V současnosti pracovní zaměření na intervenční neuroradiologii.

V současné době moderní radiodiagnostické oddělení je schopné poskytovat pacientům obrovskou škálu diagnostických, ale i terapeutických výkonů.

Základní náplní pracoviště zůstává „klasické“ rentgenové snímkování, tedy zobrazení skeletu, plic, trávicího traktu, vyšetření mamografií, ultrazvukové vyšetření břicha, pánve, krku, měkkých tkání, tepen a žil.

K hodnocení stupně porózy skeletu pomáhá denzitometrické vyšetření.

Standardními a široce využívanými zobrazovacími metodami se stala vyšetření počítačovou tomografií (CT) a magnetickou rezonancí (MRI). K přesné diagnostice patologií cévního řečiště využíváme digitální subtrakční angiografii.

Na pracovišti je prováděna i celá řada intervenčních diagnostických a terapeutických metod - jehlové biopsie, punkce, drenáže, stabilizace porotických obratlů (vertebroplastiky), terapeutické cílené opichy. Angiografické pracoviště pak poskytuje pacientům vysoce speciální léčebné možnosti, jako léčbu mozkových výdutí, arterio-venózních malformací, embolizaci nádorů, stentování zúžených krkavic, plastiky tepen dolních končetin a řadu dalších.

Naše pracoviště poskytuje péči 24 hodin denně a díky špičkové technice a erudici lékařů a ostatního personálu jsme schopni praktickým i klinickým lékařům nabídnout přesnou diagnostiku a mnohdy i cílenou terapii.

Poznámky

.....

.....

.....

CRP vyšetření v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Jiří Marek

Praktický lékař, Veselí nad Lužnicí

CRP vyšetření je známo lékařské veřejnosti již od r. 1931 (Tillet+Francis) a v nemocnicích je využíváno již řadu let. Avšak teprve metoda POCT (point of care testing) - tedy co nejlíže u pacienta - zpřístupnila toto vyšetření lékařům v jakémkoliv ambulanci.

Motivem pro používání této metody je snaha lékaře rozlišit etiologii akutního zánětu a v případě bakteriální etiologie použít ATB. Nadměrná spotřeba ATB je přímo úměrná rezistenci k ATB, tato úměra platí kdekoli na světě. ČR je v pomyslném žebříčku spotřeby a rezistence asi tak uprostřed států Evropy, nejlepší výsledky mají skandinávské země, naopak horší výsledky než u nás mají např. ve Francii, Španělsku, Portugalsku nebo Řecku. Alarmující pro nás je trend spotřeby ATB, vyjádřeno v DDD/obyv./rok. Jedna z možností, jak tuto negativní tendenci zbrzdit, je např. plošné vyšetřování CRP v ordinacích praktických lékařů, ale i lékařů ORL, alergologů, pneumologů a dalších odborností, kteří ATB běžně používají.

Z vlastních výsledků uvádím rutinní používání ATB od r. 2001, mám tedy za sebou 6 let a více než 6 tisíc vyšetření ve vlastní ordinaci. Tato metoda mi pomáhá u celé řady běžných diagnóz pokusit se rozlišit bakteriální a virový zánět a opírat se tak o rychlou a poměrně přesnou a citlivou metodu. Graficky mohu doložit pokles absolutní spotřeby ATB za 9 měsíců r. 2001 proti srovnatelnému období r. 2000 o 36%. Procento léčených akutních bronchitid pomocí ATB výrazně kleslo, z původních téměř 50% na současných 10%, rovněž procento ATB léčených otitid zaznamenalo pokles z 42% na 28%. Tato metoda je schopna daleko dříve detekovat vážné stavy, jako např. při pyelonefritidě, osteomyelitidě, meningitidě, bakteriální sepsi apod., kdy klinické známky nemoci nejsou ještě plně vyjádřeny.

V současné době nemá ambulantní lékař k dispozici rychlejší, citlivější a specifičtější metodu detekce zánětu než právě CRP.

Poznámky

.....

.....

.....

.....

Použití aminopenicilinů v primární praxi

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., MUDr. Zuzana Blechová

1. infekční klinika, 2. LF UK, FN Na Bulovce, Praha

Aminopeniciliny jsou v léčebné praxi používány více než 40 let. Patří sem: ampicilin, amoxicilin a jejich kombinace s inhibitory β -laktamáz.

Klinické použití: Používají se v dětském i dospělém věku u bakteriálních respiračních infekcí. Přednostně je používán amoxicilin pro svoje výhodnější farmakokinetické vlastnosti. Je lékem volby u komunitních pneumonií, akutních bakteriálních exacerbací chronické bronchitidy, zánětů středního ucha a akutních sinusitid. Určité opatrnosti je třeba v jeho indikaci u kojeneckých hnisavých otitid, zejména u recidivujících, kde etiologickým agens může být *H. influenzae* produkující. Dle NRL pro antibiotika, je jejich produkce zjišťována asi u 5% kmenů. Mělo by být pravidlem bakteriologické vyšetření ušního sekretu a úprava antibiotické léčby dle citlivosti, v případě *H. influenzae* β -laktamáza pozitivních, pak podání amoxicilinu v kombinaci s kyselinou klavulanovou. Indikace aminopenicilinových antibiotik k iniciální léčbě angín je vzhledem k možnosti EBV etiologie nevhodná. Chráněné aminopeniciliny jsou lékem volby pro profylaxi nebo léčbu infekcí po kousnutí zvířetem, či člověkem, pro močové infekce vyvolané *Escherichia coli* β -laktamáza pozitivními, pro polymikrobiální infekce kožní (diabetická noha) i u závažných stomatologických infekcí. Dávkování obou léčivých přípravků vychází z dávkování samotného amoxicilinu, antibakteriálně účinné látky: 50 - 90mg/kg/den, resp. u dospělých 500 - 1500 mg každých 8 hodin v závislosti na závažnosti infekce a vyvolávajícím agens.

Závěr: uvážlivé používání aminopenicilinových antibiotik a jejich správné dávkování umožní jejich používání i v dalších letech.

Poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jak na akuminátní kondylomata? Jak jednoduché, jak revoluční!

MUDr. Radek Litvik, prim. MUDr. Yvetta Vantuchová

Kožní oddělení Fakultní nemocnice Ostrava
Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity

Infekce lidskými papilomaviry (HPV) jsou nejčastějšími sexuálně přenosnými infekcemi virového původu. Pokud jsou léze klinicky viditelné, jedná se o papulky, noduly až splývající masy vyskytující se na kůži a sliznici anogenitální a orální krajiny.

Terapie akuminátních kondylomat by měla být v ideálním případě kurativní a bez rizika rekurence. V současnosti neexistuje léčebná modalita, která by byla bez rizika rekurence onemocnění. Všechny terapeutické metody jsou spojeny s lokálními nežádoucími reakcemi v místě aplikace, které se projevují svěděním, zarudnutím, otokem, erozemi a bolestivostí. Terapeutické možnosti dle prof. Lottiho:

- **Topická farmaka**
- **Dermatochirurgické destrukční metody**

Zcela novou a revoluční metodou v léčbě akuminátních kondylomat představuje léčba imiquimodem. Imiquimod je derivátem imidazochinolinu a je řazen do nové skupiny modifikátorů imunitní reakce. Vykazuje významné antivirotické a antitumorózní účinky. Tyto účinky imiquimodu nejsou přímé, ale jsou dány stimulační imunitního systému kůže. Imiquimod je dostupný v 5% krému (**AldaraTM**) pro léčbu akuminátních kondylomat. Krém je aplikován na projevy akuminátních kondylomat 3 x týdně (pondělí - středa - pátek) na 6 - 10 hodin s následným omytím vodou a mýdlem. Maximální doba terapie je 16 týdnů. Více než 2/3 pacientů vykazují vymizení akuminátních kondylomat okolo 10. týdne terapie. Pacienti léčení imiquimodem vykazují nejnížší riziko rekurence akuminátních kondylomat: 8,8 - 13%. Nežádoucí účinky představují především lokální účinky v místě aplikace - svědění, pálení a bolestivost kůže a jsou přechodného charakteru.

Aby byla léčba akuminátních kondylomat úspěšná, je nutno také vždy vyšetřit a event. léčit všechny sexuální partnery nemocného s akuminátními kondylomaty. Používání kondomu přispívá k prevenci infekce akuminátními kondylomaty u nových sexuálních partnerů nemocných. Nezbytná je rovněž osvěta o původu, charakteru a možnostech terapie akuminátních kondylomat a zdůraznění zásad bezpečného sexu individuálním pohovorem. Rutinní součástí pohovoru by měla být nabídka HIV testu a event. psychosexuální rozhovor.

Diferenciální diagnóza atopické dermatitidy v kojeneckém a batolecím věku

As. MUDr. Štěpánka Čapková

Dětské dermatologické oddělení, Dětská poliklinika, FN v Motole, Praha



As. MUDr. Štěpánka Čapková pracuje 25 let jako dětský dermatolog na dětském kožním oddělení Dětské polikliniky ve Fakultní nemocnici v Motole a jako konsiliář v oboru dětské dermatologie pro všechny dětské kliniky a oddělení ve FN Motol. Jako první lékař v ČR složila v roce 1984 nástavbovou atestaci z dětské dermatovenerologie. Od roku 1999 je i odbornou asistentkou na Dermatovenerologické klinice UK 2. LF a FNB. Dětskou dermatologii přednáší studentům na 2. lékařské fakultě UK, kde se účastní i řešení výzkumného záměru a grantu IGA. Je členkou ČDS JEP, kde aktivně pracuje v Sekci dětské dermatologie. Pravidelně přednáší témata z dětské dermatologie v postgraduálních kurzech IPVZ a České lékařské komory. Účastní se kongresů v ČR i v zahraničí, kde pravidelně prezentuje výsledky své práce. Publikuje v našich i zahraničních odborných časopisech.

Úvod: Atopická dermatitida (dále AD) je nejčastější chronické kožní onemocnění dětského věku. Její prevalence se v kojeneckém a batolecím věku odhaduje na 15 - 20%. Klinický obraz AD je mnohotvárný a proměnlivý. Diagnóza je založena především na kombinaci morfologického nálezu s pečlivě provedenou osobní a rodinnou anamnézou.

Klasifikace AD a diferenciální diagnóza: Kojenecká forma AD začíná mezi 2. až 4. měsícem svědicími ložiskovými výsevy na tvářích a ve vlasech, odkud se může rozšířit na celou hlavičku, tělo a končetiny, nejprve spíše nad extenzory. Mezi 1. až 2. rokem dítěte přechází do dětské formy s predilekční lokalizací v loketních a podkoleních jamkách, na krku, nártech a zápěstích. Diagnostické problémy působí lokalizované formy AD. Ekzém očních víček je provokován většinou aeroalergeny. Infraaurikulární, retroaurikulární a infranasální AD s ragádami vzniká kombinací suchosti kůže s reakcí na mikrotraumata. Pulpitis sicca a atopická „zimní noha“ se projevuje erytémem, šupením a olupováním s prasklinami nejprve na bříškách prstů nohou, později i pod prsty. Cheilitis atopica začíná jako olupující se suché rty s navazující angulární cheilitidou a periorálním ekzémem. Další morfologické varianty AD jsou folikulární, papulózní a dyshidrotická varianta, prurigo typ, numulární nebo diskoidní typ.

Autorka na bohaté obrazové dokumentaci ukazuje, jak je v útlém věku obtížné odlišit AD od seboroické a plenkové dermatitidy, psoriázy, svrabu, histiocytózy z Langerhansových buněk, acrodermatitis enteropathica a keratosis pilaris.

Závěr: Včasná a správná diagnóza AD je důležitá pro účinnou intervenční, přemosťovací a udržovací léčbu. Důsledná kontrola adherence rodičů k navržené léčbě jejich dítěte je samozřejmou součástí dlouhodobé léčebné strategie.

Pátek 2.3.2007 od 14.20 do 15.50 hodin

III. Blok – TOP CONGRESS HALL

Akutní stavy, vybavení ordinací PL a PLDD pro akutní stavy

Garant: MUDr. Marta Hotová, Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

14.20 - 14.40	1. MUDr. Jiří Pokorný Vybraná farmaka pro poskytování neodkladné péče praktických lékařů pro děti, dorost a dospělé
14.40 - 15.00	2. Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc. Akutní stavy v pediatrické primární péči
15.00 - 15.20	3. MUDr. Jiří Pokorný Základní vybavení praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost pro poskytování neodkladné péče
15.20 - 15.35	4. MUDr. Helena Letáková Běžná ordinace nebo horor?
15.35 - 15.50	Diskuse k přednesenému

Satelitní sympozium – Kongresový sál II

Zdravotní pojišťovny, jistota nebo hrozba pro poskytovatele zdravotní péče – panelová diskuse

Garant: MUDr. Václav Šmatlák, MUDr. Pavel Neugebauer

14.20 - 16.00	Úvodní sdělení MUDr. Milan Cabrnch Volný pohyb osob v EU Mgr. Jakub Uher Právní aspekty regulačních omezení úhrady zdravotní péče Mgr. Jiří Slavík Smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami - poskytování a úhrada zdravotní péče
	Účastníci panelu: pozváni zástupci zdravotních pojišťoven, MZ ČR

Základní vybavení praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost pro poskytování neodkladné péče

MUDr. Jiří Pokorný

POMAMED s.r.o.



MUDr. Jiří Pokorný

Odbornosti: anesteziologie-resuscitace, urgentní medicína

Soudní znalec z oboru urgentní medicína

Instruktor Evropské rady pro resuscitaci (BLS and AED)

Jednatel firmy POMAMED s.r.o.

Bouřlivý rozvoj medicíny po listopadové revoluci přinesl lékařům první linie mnohem větší diagnostické i terapeutické možnosti. Odborné i společenské postavení lékařů první linie se výrazně zlepšilo, ale zvýšila se též jejich odpovědnost. Ke změnám došlo i v pohledu pacientů na lékaře, kteří jsou opakovaně sdělovacími prostředky dehonestováni. Občané jsou přímo i nepřímo vyzýváni k podávání stížností na zdravotnická zařízení i lékaře. Některé proběhlé soudní kauzy a žaloby nedopadly pro lékaře první linie dobře. Sebelepší teoretická příprava pro provádění neodkladné péče lege artis nestačí. Resuscitační dovednosti je potřebné opakovaně procvičovat na modelech. Nejen v ordinaci, ale i na návštěvní službě je potřeba mít odpovídající vybavení pro poskytování neodkladné péče. Každý z lékařů řeší opakovaně otázku: co z nabízeného vybavení je povinen mít ve své výbavě a co již je nadstandard. Autor sdělení se pokusil shrnout, jaké vybavení k poskytování neodkladné péče by dle jeho názoru, zkušeností (a s přihlédnutím k rozhodnutí soudu) mělo být ve výbavě lékařů první linie.

Poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Běžná ordinace nebo horor?

MUDr. Helena Letáková

Praktická lékařka pro děti a dorost, Turnov



MUDr. Helena Letáková - po ukončení studia na gymnáziu jsem v letech 1973 - 1979 vystudovala Fakultu dětského lékařství Univerzity Karlovy v Praze. V letech 1979 - 1992 jsem pracovala na dětském oddělení Nemocnice v Turnově. V roce 1982 jsem složila atestaci 1. stupně a v roce 1990 atestaci 2. stupně z pediatrie. V letech 1985 - 1999 jsem současně vedla okresní nefrologickou ambulaci. Od roku 1992 do roku 2002 jsem navíc sloužila jako lékař Rychlé záchranné služby v Turnově. Od roku 1996 jsem aktivním členem skupiny školitelů v oboru praktický dětský lékař. V prosinci 1992 jsem začala pracovat jako samostatný PLDD v pronajatých prostorech a od září 1996 ordinuji ve vlastním nově vybudovaném zdravotnickém zařízení.

Ve sdělení se snažím reálně popsat situaci, která se stala na mém pracovišti při provádění preventivní prohlídky u 3-měsíčního chlapce.

O možnosti alergické reakce po očkování všichni dobře víme, ale skrytě v duši doufáme, že nám se vyhne. Přitom očkování hlavně u pediatrů je denní chlebiček. Mne alergická reakce bezprostředně po povinném očkování bohužel potkala. Po následném převezení dítěte ZS na dětské oddělení jsem s odstupem času zpětně hodnotila své postupy a spolupráci se sestrou v dané situaci. Současně jsem se zamýšlela i nad tím, jaké vůbec má praktický lékař reálné možnosti a předpoklady pro řešení neodkladných stavů na svém samostatném pracovišti.

Za velmi důležitou považuji nutnost periodicky si procvičovat doporučený postup v kritické situaci (pochopitelně i se sestrou). Jedině tak lze snížit moment překvapení z nastalé situace a zužitkovat všechny své znalosti, které v neodkladné péči máme, ve prospěch pacienta.

Stejně důležité jsou pravidelné kontroly léků a pomůcek používaných v neodkladné péči, hlavně jejich expirace a funkčnost. Hodně jsem přemýšlela i o tom, co všechno skutečně nezbytně PL k řešení stavu v neodkladné péči potřebuje. A co všechno je v dané situaci lékař se sestrou schopen provést? Tím směřuji k formulaci: podle jakých požadavků má být vybaveno pracoviště PL tak, aby bylo akceschopné a současně nebylo zbytečně ekonomicky zatěžováno jen proto, že to zákon, či vyhláška přikazuje?

Otázek k tématu neodkladné péče při práci PL je skutečně mnoho. Měli bychom zaujmout jednotné stanovisko, nejen s přihlédnutím k rozmanitosti našich pracovišť, ale i s respektováním doporučení ostatních odborných společností. a tím přispět i k tomu, aby běžná ordinace byla skutečně běžnou a nestala se pro kteréhokoliv z nás hororem.

Pátek 2.3.2007 od 16.00 do 17.30 hodin

IV. Blok - TOP CONGRESS HALL Právní problematika v primární péči, vedení zdravotní dokumentace

Garant: Mgr. Jakub Uher, MUDr. Pavel Neugebauer

16.00 - 16.20	1. JUDr. Vlasta Formánková, soudkyně Ústavního soudu ČR Ochrana osobnosti - žaloby pacientů, ale i lékařů. Judikatura Ústavního soudu - oblast zdravotnictví
16.20 - 16.35	2. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D. Občanskoprávní odpovědnost zdravotnického pracovníka - náhrada škody na zdraví, odpovědnost za vystavený posudek
16.35 - 16.45	3. JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., advokát, odborný asistent Ústavu státu a práva Akademie věd ČR Nejčastější otázky související s poskytováním zdravotní péče nezletilým, případně osobám zbaveným způsobilosti k právním úkonům
16.45 - 16.55	4. JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., Mgr. Jakub Uher, advokát Nová právní úprava náležitostí zdravotnické dokumentace
16.55 - 17.10	5. Mgr. Jakub Uher, advokát Způsob stanovení ceny u zdravotní péče nehrazené z veřejného zdravotního pojištění. Kdy lze požadovat přímou úhradu od pacienta
17.10 - 17.30	Diskuse k přednesenému

Firemní satelitní sympozium - Kongresový sál II

Garant: Merck Sharp and Dohme IDEA, Inc.

16.10 - 16.40	MUDr. Pavel Kovář Karcinom děložního hrdla a možnosti prevence z pohledu gynekologa
16.40 - 17.10	MUDr. Dana Vurmová Očkování proti HPV z pohledu pediatra
17.10 - 17.30	Diskuse k přednesenému

Ochrana osobnosti - žaloby pacientů, ale i lékařů. Judikatura Ústavního soudu - oblast zdravotnictví

JUDr. Vlasta Formánková

Ústavní soud, Brno

Poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nejčastější otázky související s poskytováním zdravotní péče nezletilým, případně osobám zbaveným způsobilosti k právním úkonům

JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D.

Ústav státu a práva Akademie věd ČR, Právnická fakulta ZČU Plzeň

V praxi se poměrně často vyskytují otázky, za jakých podmínek je možné léčit nezletilého pacienta (obzvláště vzhledem k stále frekventovanější otázce informovaného souhlasu) nebo jaká práva má zákonný zástupce nezletilého pacienta (zpravidla rodič).

V tomto příspěvku shrnu právní úpravu této problematiky a poukážu na nejčastější problémy léčby nezletilého pacienta.

Základními právními předpisy v této oblasti je Úmluva o lidských právech a biomedicíně (dále jen „Úmluva“), zveřejněná sdělením Ministerstva zahraničních věcí ve sbírce mezinárodních smluv pod č. 96/2001 Sb.m.s., zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník a zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomu zmocněny zákonem.

Podle občanského zákoníku mají nezletilí způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku. Pokud nejsou fyzické osoby k právním úkonům způsobilé, jednají za ně jejich zákonní zástupci.

Kdy tedy může udělit souhlas s léčbou sám nezletilý a kdy je nutno vyžadovat souhlas jeho zákonného zástupce? Je nutné, aby rodič byl při léčbě nezletilého přítomen v ordinaci? Nejen s těmito, ale s řadou dalších otázek je lékař konfrontován při léčbě nezletilého a při vágnosti právní úpravy často neví, jak postupovat vůči nezletilému nebo jeho zákonným zástupcům. Cílem tohoto příspěvku je pak poskytnout několik doporučení pro lékaře, kteří pečují právě o nezletilé pacienty.

Poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

Způsob stanovení ceny u zdravotní péče nehrazené z veřejného zdravotního pojištění Kdy lze požadovat přímou úhradu od pacienta

Mgr. Jakub Uher

Advokát

Z hlediska úhrady lze rozlišit v zásadě tři typy zdravotní péče (tj. péče poskytované zdravotnickými zařízeními).

Prvním typem je zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Zde je nutno odlišovat zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a péči hrazenou konkrétnímu zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou.

Hrazenou péčí míním tu péči, která je konkrétnímu zdravotnickému zařízení hrazena - tj. má tuto péči nasmlouvánu se zdravotní pojišťovnou (například ne všechny výkony musí mít vždy zdravotnické zařízení nasmlouvány - tzv. fakultativní výkony. To, že nasmlouvány některé výkony zdravotnické zařízení nemá, neznamená, že by nebylo oprávněno tyto provádět.).

Hrazená péče je tedy hrazena na základě smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, uzavřené s příslušnou zdravotní pojišťovnou, přičemž konkrétní výše úhrady je řešena tzv. úhradovým dodatkem.

Druhým typem je zdravotní péče jinak z veřejného zdravotního pojištění hrazená, ovšem v konkrétním případě nekrytá smlouvou se zdravotní pojišťovnou. Zpravidla půjde o situaci, kdy zdravotnické zařízení není vůči dané zdravotní pojišťovně smluvním zařízením, nebo může jít o případ, kdy konkrétní výkon není nasmlouván (např. výše uvedené fakultativní výkony). Zdravotnické zařízení je oprávněno zdravotní péči na žádost pacienta poskytnout, ovšem tato nebude hrazena zdravotní pojišťovnou (výjimkou je péče akutní, ta je dle zákona hrazena vždy a to i nesmluvnímu zařízení). Pacient by měl být každopádně upozorněn na to, že tuto péči mu sice zdravotnické zařízení může poskytnout, ovšem za přímou úhradu. Upozorněn by měl být i na alternativu poskytnutí této péče na účet veřejného zdravotního pojištění (tedy například odkázán na jiné zdravotnické zařízení, které je vůči dané pojišťovně smluvním apod.). Pokud i přesto pacient poskytnutí zdravotní péče žádá a je ztotožněn s tím, že tuto péči přímo uhradí, přijetí úplaty za tuto péči nic nebrání.

Tato úhrada ovšem není čistou smluvní cenou, ale podléhá cenové regulaci. Současně platným předpisem, který tuto regulaci upravuje je Výměr MF č.01/2007. V daném případě se jedná o cenu věcně usměrněnou. Do věcně usměrněné ceny lze promítnout ekonomicky oprávněné náklady, přiměřený zisk a daň. Nejjednodušším a nejlogičtějším výpočtem se jeví výpočet nákladů na 1 minutu a následné roznásobení časem daného výkonu, v úvahu však přicházejí i kalkulace odlišné. Tento výpočet se použije i na zdravotní výkony nehrazené z veřejného zdravotního pojištění - například prohlídky na řídičské průkazy, úkony v rámci závodní péče, posouzení ke konkrétní činnosti na základě požadavků pacienta apod.

Třetím typem jsou výkony a činnosti pro účely orgánů státní správy, soudů, police apod. Tyto výkony jsou rovněž nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, ovšem cena je zde cenově regulována nikoli cenou věcně usměrněnou, ale cenou maximální. Tato maximální cena je stanovena dle platného seznamu výkonů, přičemž maximální hodnota bodu je stanovena ve výši 1,10 Kč za jeden bod. Určité specifické výkony (zejména pro účely ČSSZ a Úřady práce) jsou pak stanoveny přímo v korunách v příloze k platnému výměru MF ČR.

Sobota 3.3.2007 od 9.00 do 10.40 hodin

V. Blok - TOP CONGRESS HALL

Nové trendy v očkování

Garant : MUDr. Hana Cabrnchová, MUDr. Toman Horáček

9.00 - 9.20	1. MUDr. Michael Vít, Ph.D. Přístup k očkování v České republice (... nové trendy, dostupnost vakcín, hrazení očkovacích látek)
9.20 - 9.40	2. Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D Očkování adolescentů a dospělé populace (... nové přístupy a nové očkovací látky)
9.40 - 10.00	3. MUDr. Věra Paulů Očkování při cestách do zahraničí (... možností a kompetence PL, očkovací průkazy do zahraničí)
10.00 - 10.20	4. MUDr. Hana Cabrnchová Současná situace v očkování dětí a adolescentů v ČR (... proti čemu jsou a budou chráněny)
10.20 - 10.30	Diskuse k přednesenému

Satelitní sympozium - Kongresový sál II

Varia

Garant: MUDr. Jiří Liška, CSc., Prof. MUDr. František Stožický, DrSc.

9.00 - 10.15	MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Pavel Bošina, MUDr. Monika Kepková, MUDr. Václav Holeček, CSc. Možnosti praktického dětského lékaře v diagnostice a léčbě juvenilní hypertenze
	Prof. MUDr. František Stožický, DrSc. Ateroskleróza a dětský věk
	Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc., MUDr. Jiří Liška, CSc. Včasně stanovení rizika vzniku zubního kazu
	MUDr. Bohuslav Procházka, MUDr. Olga Roškotová Zajímavé kazuistiky z primární péče
10.15 - 10.30	Diskuse k přednesenému

Přístupy k očkování v České republice

MUDr. Michael Vít, Ph.D.

Ministerstvo zdravotnictví ČR

1. Význam očkování - očkování proti infekčním nemocem patří mezi neefektivnější opatření jak z hlediska zdravotního, tak i ekonomického. Ročně se podaří díky očkování v ČR zabránit cca 150 000 onemocněním nákazami, které jsou očkováním preventabilní, a cca 500 úmrtím na tyto infekce

2. Nová vyhláška o očkování proti infekčním nemocem č. 537/2006 Sb. - nebuněčná pertusová vakcína, IPV místo OPV, kombinované vakcíny, snižování počtu vpichů, vakcíny s nižší reaktogenitou, snižování obsahu konzervačních a balastních látek ve vakcínách, nová více imunogenní adjuvans

3. Problematika pertusse v ČR a pertusové vakcíny

- celobuněčná pertusová vakcína obsahuje větší množství antigenů, vyšší reaktogenita

- nebuněčná pertusová vakcína obsahuje jen antigeny potřebné k indukci/navození ochrany, nízká reaktogenita

4. Přejed z OPV na IPV - Světová zdravotnická organizace doporučila v r. 2003 zavést ve státech polio free (mezi něž se ČR řadí již od roku 1960) inaktivovanou očkovací látku.

5. Problematika BCG vakcinace v ČR - situaci v incidenci TBC v ČR hodnotí Světová zdravotnická organizace jako velmi příznivou s poukazem na možnost brzkého zvažení ukončení plošného očkování.

6. Epidemie příušnic v ČR - obdobné epidemie se v letech 2005 až 2006 vyskytly např. v USA, Německu, Polsku, Rakousku, Velké Británii.

7. Problematika sezónní chřipky v ČR - v ČR velmi nízká proočkovanost ve všech věkových kategoriích v porovnání s ostatními státy Evropy

8. Úhrada očkování v ČR - úhradu očkovacích látek, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, hradí stát ze svého rozpočtu v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem, kterým je vyhláška o očkování proti infekčním nemocem č. 537/2006 Sb.

Očkování určená pro adolescentní a dospělou populaci (nové přístupy, nové očkovací látky)

Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.

Fakulta vojenského zdravotnictví, Hradec Králové



Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D. je v současnosti děkanem Fakulty vojenského zdravotnictví a vedoucím katedry epidemiologie v Hradci Králové. Všeobecné lékařství vystudoval v roce 1988 na LF UK a VLVDÚ v Hradci Králové. Profesorem pro obor hygiena, preventivní lékařství a epidemiologie se stal v roce 2007. Zabývá se výzkumem v oblasti nových vakcín jako jsou rotavirové, HPV, konjugované pneumokové, kombinované vakcíny s varicelou, meningokokové atd. Působí jako konzultant řady národních a mezinárodních organizací. Je předsedou České vakcinologické společnosti ČLS JEP a reprezentuje ČR v management boardu ECDC ve Stockholmu. Je autorem četných publikací o očkování a preventabilních nákazách a dvou monografií o biologickém a chemickém terorismu a SARS.

Konec 20. a začátek 21. století přináší prudký rozvoj ve vakcinologii a představení řady nových očkovacích látek a přístupů nejen pro populaci dětskou, ale i pro adolescenty a dospělé.

Cíl: Sdělení má za cíl zmapovat stávající literární zdroje a na základě světových zkušeností optimalizovat systém očkování v České republice.

Materiály a metody: Literární rešerše dostupné literatury, zpracování review.

Výsledky: Největším průlomem je vývoj řady kandidátních protinádorových vakcín na bázi různých molekulárně biologických technologií. První protinádorová vakcína, vakcína proti vysoce rizikovým lidským papilomavírům (HPV) 16 a 18, vyvolávajícím karcinom děložního čípku, již byla registrována a představena na trh i v ČR. Další zajímavou vakcínou je vakcína proti herpes zoster pro populaci nad 60 let věku s výhledem rozšíření indikace na kategorii 50 až 59 let. Problémem je příprava na pandemii chřipky. Jsou vyvíjeny nové vakcíny se snahou zvýšit výrobní kapacitu a pokrýt širší spektrum populace. Pro adolescenty je specificky připravena vakcína proti pertusi, která je použitelná ve formě booster dávky a umožňuje snížit výskyt pertuse v těchto věkových kategoriích. Novými jsou různé aplikační formy, různá schémata, ale i vakcíny ne zcela klasické jako vakcína proti závislosti na nikotinu.

Diskuse: Nové vakcíny zpravidla mají velmi dobré imunogenní vlastnosti a nízkou reaktogenitu, avšak vyžadují v případě plošného očkování enormní ekonomické náklady. Příkladem nad jiné je právě vakcína proti HPV.

Závěr: Přes prudký vývoj a řadu průlomových objevů ani zdaleka všechny problémy infekční i neinfekční epidemiologie odstraněny nejsou. Zejména se stále přes velké úsilí nedaří vyvinout vakcíny proti HIV a virové hepatitidě C.

Současná situace v očkování dětí a adolescentů v České republice

MUDr. Hana Cabrnchová

Předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP

Rok 2007 znamená významnou změnu v oblasti pravidelného očkování dětí v ČR, tedy dochází ke změně očkovacího kalendáře. Výsledkem dlouhodobé snahy je zavedení kombinované očkovací látky, tzv. hexavakcíny, pro všechny děti narozené po 1. 1. 2007.

Tato očkovací látka řeší několik problémů, které se v poslední době v oblasti pravidelného očkování objevily. Prvním je sílící tlak na zavádění očkovacích látek s co nejnižší reaktogenitou, tedy obecný trend na snižování vedlejších reakcí po očkování s cílem zvýšení compliance. Druhým velmi významným problémem byla nutnost přechodu k používání neživé očkovací látky proti poliomyelitidě (IPV) v souladu s doporučením Světové zdravotnické organizace. Její monovalentní varianta by znamenala zavedení dalších čtyř aplikací do pravidelného očkování. Aplikace hexavakcíny tedy významně snižuje počet podaných dávek očkovacích látek, neboť v sobě obsahuje IPV i očkovací látku proti hepatitidě B. Její součástí je i očkování proti pertusi v acelulární podobě, tedy s nízkou reaktogenitou. Poslední, tedy pátá dávka IPV se v očkovacím kalendáři posouvá do 10. roku.

Do očkovacího kalendáře byla nově zařazena očkovací látka proti pneumokokovým nákazám v konjugované podobě, tedy použitelná i u kojenců. Její úhrada je vázána na definované rizikové skupiny dětí.

Další témata k řešení jsou očkování proti TBC a přeočkování proti pertusi. V letošním roce přichází na náš trh i další nové očkovací látky, byla přijata nová doporučení pro jejich aplikace u dětí a dorostu.

Poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Možnosti praktického dětského lékaře v diagnostice a léčbě juvenilní hypertenze

MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Pavel Bošina,

MUDr. Monika Kepková, MUDr. Václav Holeček, CSc.

Mulačova nemocnice s.r.o., Plzeň

MUDr. Jiří Liška, CSc. - člen výboru OSPDL - vědecký sekretář, člen redakční rady *Vox Paediatricae*. Atestace 1. a 2. stupně z pediatrie, odborná zkouška a kandidátská práce z imunologie, 93 publikací do odborného tisku, 2 práce v zahraniční literatuře, ostatní přednášková činnost z různých podoborů pediatrie. Korespondent odborné zahraniční literatury do Referátorového výběru z pediatrie podobu 8-mi let, v posledních letech do časopisu *Vox Paediatricae*. Od roku 1996 vyučující na Vysoké škole Dr. Mauritzové, bakalářské zdravotnické obory.

Dlouhodobé studie ukazují, že 15 - 25% dospělých hypertoniků má zvýšené hodnoty krevního tlaku (KT) již v dorostovém věku. Vyšetřování skupiny 40-ti pacientů ve věku 15 - 20 let (33 chlapců, 7 děvčat) bylo prováděno po dobu 5-ti let. U této skupiny byl opakovaně naměřen zvýšený KT vyšší než 95 percentilů distribučních křvek. U všech pacientů byla vyloučena sekundární hypertenze. Hereditární zátěž byla nalezena u 38% rodičů. Vyšší tělesnou hmotnost mělo 30% pacientů. Biochemické vyšetření krve vykazovalo pouze zvýšené triglyceridy.

Ze speciálních vyšetření bylo zvýšena plasmatická reninová aktivita (PRA) v klidu nebo po námaze u 68% pacientů, ve 40% zvýšené hodnoty adrenalinu nebo noradrenalinu, v 15% zvýšený serotonin nebo kortizol v moči. Hypertrofie levé komory (HLK) na ECHO patrná u 25% pacientů, ve stejném procentu nálezy na očním pozadí.

Všichni pacienti byli vyšetřeni bicyklovou ergometrií (BE) a kontinuálním 24-hodinovým monitorováním KT (Holter). **Abnormální nálezy byly zjištěny při BE v 55%** a při kontinuálním měření KT jen u 33%.

U všech pacientů doporučena nefarmakologická léčba. U pacientů vyžadujících farmakoterapii se nejvíce osvědčila selektivní betalytika s vnitřní sympatomimetickou aktivitou (ISA) - acebutalol.

Z uvedeného poměrně kompletního vyšetřování jsme se pokusili stanovit pořadí důležitosti pro praktické dětské lékaře. Mimo známe věci (mažeta, klid, podrobná anamnéza, základní biochemismus) se nám jeví jako důležité SONO orgánů břicha, případně štítné žlázy. Základem však je absolvování BE, případně kontinuální měření tlaku. Je otázkou využití domácích tonometrů. Za zvážení stojí vyšetření očního pozadí.

Ateroskleróza a dětský věk

Prof. MUDr. František Stožický, DrSc.

Dětská klinika, FN Plzeň

Prof. MUDr. František Stožický, DrSc. - narozen 8. srpna 1941 v Budyni nad Ohří. Promoval na Fakultě dětského lékařství UK v Praze v roce 1966 a poté pracoval na dětském oddělení krajské nemocnice v Ústí nad Labem. Atestaci z pediatrie I. stupně složil v roce 1970, atestaci z pediatrie II. stupně v roce 1974. Od roku 1975 pracuje na Dětské klinice FN v Plzni, kde se později stal přednostou. Kandidátem lékařských věd se stal v roce 1983. Od roku 1986 je docentem dětského lékařství a od roku 1992 doktorem lékařských věd. Absolvoval studijní pobyty v Nottinghamu (Velká Británie 1993) a v letech 1979 a 1980 v Laboratoři pro studium lipidů a lipoproteinů (OMRF, Oklahoma City, USA) Je členem výboru Společnosti patologické a klinické fyziologie ČLS JEP (čestný člen), České pediatrické společnosti ČLS JEP a Mezinárodní společnosti pro aterosklerózu (International Atherosclerosis Society).

Kardiovaskulární onemocnění jsou stále nejčastější příčinou úmrtnosti v ČR. Kromě vysoké mortality, morbidity a invalidity znamenají vysoké ekonomické náklady na farmakoterapii a vysoce sofistikované invazivní diagnostické a léčebné výkony. Dle patologicko - anatomických studií, provedených v druhé polovině 20. století, bylo prokázáno, že ateroskleróza již začíná v dětství, a proto je třeba tento proces od raného věku ovlivňovat. Rizikové faktory vzniku aterosklerózy u dospělých platí i pro její časný rozvoj u dětí. Patří mezi ně především obezita, hypertenze a poruchy metabolismu krevních tuků. Diagnostika nastupujících cévních změn u dětí zahrnuje vyšetření morfoloická a funkční. Tato vyšetření jsou stále předmětem výzkumu a jejich místo v klinické praxi se hledá. Možnosti prevence časně aterosklerózy u dětí mohou být uskutečněny buď cestou celoplošného screeningu nebo stanovením individuálního rizika u každého dítěte. V ČR byl zvolen tento druhý způsob. Byla vypracována doporučení k provádění prevence ICHS u dětí, která probíhá především při preventivní prohlídce dětí v 5 a 13 letech v ordinaci PLDD.

Poznámky

.....
.....
.....
.....
.....

Sobota 3.3.2007 od 10.50 do 12.30 hodin

VI. Blok - TOP CONGRESS HALL

Problematika civilizačních chorob, možnosti prevence

Garant: MUDr. Zdeněk Hamouz, MUDr. Bohuslav Procházka

10.50 - 11.10	1. Doc. MUDr. Martin Bojar, CSc. As. MUDr. Radim Mazanec, Ph.D., MUDr. Hynek Lachmann Bolesti zad jako civilizační choroba
11.10 - 11.30	2. Prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc. Současný pohled na rizikové faktory kardiovaskulárního onemocnění
11.30 - 12.00	3. MUDr. Zdeněk Hamouz Poruchy lipidového metabolismu
12.00 - 12.20	4. Doc. MUDr. Zuzana Urbanová, CSc., Prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc. Úloha dětských lékařů v prevenci aterosklerózy
12.20 - 12.30	Diskuse k přednesenému

Satelitní sympozium – Kongresový sál II

Varia

Garant: MUDr. Eva Vitoušová, MUDr. Jiřina Dvořáková

10.50 - 11.10	MUDr. Bohuslav Machaň Respirační infekce v dětském věku. Nové možnosti diagnostiky atypických patogenů
11.10 - 11.30	Pavel Ruml, kaplan ÚVN Duchovní péče pacientům a personálu
11.30 - 11.50	Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D. Prevence proti pneumokokům - aktuální téma
11.50 - 12.10	MUDr. Šárka Forejtová Zánětlivá revmatická onemocnění a možnosti jejich terapie biologickými léky
12.10 - 12.30	MUDr. Jarmila Rybářová, MUDr. Pavel Konrád Atopická dermatitida / ekzém a stafylokoky
12.30 - 12.40	Diskuse k přednesenému

Současný pohled na rizikové faktory kardiovaskulárního onemocnění

Prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc.

III. interní klinika VFN a 1. LF UK Praha

Prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc.

Odborné vzdělání a kvalifikace:

1984, 1990 atestace z vnitřního lékařství I. a II. st., 1998 atestace z kardiologie

Zaměstnání dřívější a současné:

1982 - 1990 sekundář III. interní kliniky, 1990-1997 odborný asistent III. interní kliniky, 1997-2004 docent III. interní kliniky, od r. 2004 profesor III. interní kliniky, vedoucí Centra pro hypertenzi

Pedagogická činnost:

Vedení všech forem výuky studentů medicíny (semináře, stáže, zkoušení), Postgraduální přednášková činnost v rámci seminářů IPVZ a dalších vzdělávacích akcí pro lékaře

Vědecko- výzkumná činnost:

1987-1989 Fellowship v Clinical Research Institute of Montreal, Kanada, dále granty, záměry, kandidátská a habilitační práce

Četné publikace na následující témata:

atriální natriuretický peptid, jeho kinetika a potenciální význam v klinice, endokrinní hypertenze, endokrinní působky v patofyziologii arteriální hypertenze, arteriální hypertenze, diagnostika, léčba, sekundární hypertenze

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) jsou ve většině případů důsledkem působení kombinace několika rizikových faktorů. Za nejdůležitější z nich je pokládán věk, pohlaví, krevní tlak, celkový cholesterol, nikotinismus a diabetes mellitus. 10-leté riziko fatálních KVO se vypočítává podle tabulek SCORE. Hodnoty absolutního rizika KVO jsou vyšší než hodnoty odečtené z tabulky SCORE v následujících případech:

U osob, které se věkem přibližují vyšší věkové kategorii, u asymptomatických osob s preklinickými známkami aterosklerozy, u osob s pozitivní rodinnou anamnezou KVO, u osob s nízkou koncentrací HDL-cholesterolu, zvýšenou koncentrací triglyceridů, u osob s porušenou glukózovou tolerancí, u lidí se zvýšenou koncentrací CRP, fibrinogenu, homocysteinu, apoproteinu B nebo Lp(a) a dále u obezních nebo fyzicky inaktivních osob.

Terapeutické postupy v intervenci jednotlivých rizikových faktorů jsou hlavním tématem sdělení.

Poruchy lipidového metabolismu

MUDr. Zdeněk Hamouz

Praktický lékař, Chomutov



MUDr Zdeněk Hamouz - narozen 6. 10. 1951. Vzdělání: FVL UK Praha I. LF 1969-1975, atestace vnitřní lékařství I. stupně, všeobecné lékařství I. a II. stupně. Praxe: Gyn. por. odd. Chomutov 1975-76, Interní odd. Chomutov 1976-1979, lékař alergologické poradny 1977-1983 (částečný úvazek), praktický lékař od roku 1979 doposud. Profesní aktivity: 1989 -1990 člen Výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, v letech 90-92 místopředseda SVL ČLS JEP, 1990 zakládající člen Sdružení praktických lékařů ČR, člen výboru 1990-1996, od r. 1996 do r. 2005 místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR. V rámci funkce místopředsedy SPL ČR agenda cenových jednání s pojišťovnamy, úhradových mechanismů a řešení problémů úhrad, bonifikací a penalizačních opatření s pojišťovnamy. Člen Analytické komise Dohodovacího jednání k cenám za SPL ČR a SPLDD ČR od roku 2000 až do zrušení Analytické komise v květnu 2006. Předseda Okresního sdružení SPL ČR Chomutov 1993-doposud. Externí spolupracovník ILF, přednáším od r. 1994 v předatestačních kursech k atestacím oboru všeobecného lékařství problematiku dyslipoproteinemií. Provádím celá léta přednáškovou činnost pro praktické lékaře v rámci kontinuálního doškolování na okresech - dyslipoproteinemie, metabolický syndrom, primární prevence ICHS, léčba hypertenze. Zvolen členem Institutu metabolického syndromu ČR v roce 2005.

Dyslipidemií trpí minimálně 30% pacientů praktických lékařů pro dospělé. To je totiž procento pacientů s metabolickým syndromem v naší populaci, a to pouze ve věku do 60 let.

Familiární hypercholesterolemie, jakožto nejnebezpečnější porucha lipidového metabolismu, se vyskytuje s četností 1 : 500 v heterozygotní formě, ostatní familiární poruchy pak s četností kolem 0,3% populace (familiární hypertriglyceridemie). Znamená to, že každý praktický lékař má ve své péči **několik stovek** pacientů s poruchou metabolismu lipidů, z toho průměrně 4 osoby s potenciálně těžkým průběhem choroby a rizikem smrti na ICHS v mladém věku a zbytek s rizikem cévního poškození zvýšeným 3-4 násobně oproti zbytku populace.

Nezbývá nám tedy, než tyto pacienty najít, ty nejtěžší přenechat příslušným specialistům a naprostou většinu pak sledovat a léčit. K tomu dnes máme bazálně dostatečně otevřené portfolio léků (statiny a fibráty) a především pro primární prevenci vyhovující systém vyhledávání rizikových osob - SCORE. V sekundární prevenci lze v zásadě pacienty léčit na cílové hodnoty LDL cholesterolu.

Úloha dětských lékařů v prevenci aterosklerózy

*Doc. MUDr. Zuzana Urbanová, CSc.,
Prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc.*

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK, Praha



Doc. MUDr. Zuzana Urbanová, CSc. promovala v roce 1978 na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze a v současné době pracuje jako dětský kardiolog na Klinice dětského a dorostového lékařství 1. LF UK v Praze. Zároveň ve spolupráci se 3. interní klinikou vede ambulanci pro poruchy metabolismu lipidů v Centru preventivní kardiologie 1. LF UK.

Ve spolupráci s AV ČR se podílí na grantové aktivitě ve výzkumu nových biochemických ukazatelů vývoje ICHS od dětského

věku.

Mimo výuky pediatrie studentů se podílí na organizaci postgraduálního vzdělávání pediátrů a dětských kardiologů v problematice prevence ICHS od dětského věku. Je členkou Evropské společnosti pro aterosklerózu, Evropské společnosti pro prevenci aterosklerózy v dětství a EPSID (European Society for sudden infant death syndrome). Pracuje ve výboru pracovní skupiny Preventivní kardiologie a ve výboru České společnosti pro aterosklerózu.

Kardiovaskulární onemocnění, způsobená aterosklerózou, jsou stále hlavní příčinou mortality a morbidit v České republice i v ostatních vyspělých zemích světa. Velké dlouhodobé studie a nové neinvazivní vyšetřovací metody přesvědčivě ukazují, že aterosklerotické změny začínají v dětství a že korelují stejně jako u dospělých s rizikovými faktory. Mimo hypercholesterolemie se dostávají v současnosti do popředí u dětí další faktory, jako je nadváha, obezita a hypertenze.

Selektivním screeningem hypercholesterolemie u 5 a 13 letých dětí z rizikových rodin v České republice se daří velmi účinně diagnostikovat děti s velkým rizikem předčasné aterosklerózy a účinně preventivně nebo léčebně zasáhnout.

Potvrzuje to recentní průzkum z r. 2006, kdy jsme prokázali ve spolupráci s 57 pediátry v souboru 7427 dětí výskyt nadváhy jen u 1,8% dětí, obezity u 4,2% dětí a hypertenze u 1,54% dětí.

Sdělení autorů také shrnuje aktuální strategii pro praktické použití nejnovějších guidelines pro prevenci rizikových faktorů aterosklerózy v České republice pro pediatrickou praxi.

Respirační infekce v dětském věku. Nové možnosti diagnostiky atypických patogenů

MUDr. Bohuslav Machaň

ORL ambulance, Prostějov

Cílem sdělení je shrnutí novým možnostmi diagnostiky a terapie respiračních infekcí z pohledu otorinolaryngologa. Roste množství negativních nebo dokonce sterilních kultivací, v ORL odebíráme aspiraci purulentní výplásky čelistních dutin u sinobronchitid, polovina je negativní či sterilní, u jasně purulentních výplachů to není možné, jsou možné 2 příčiny:

1) Nesprávný odběr na špatné medium a pozdní transport do laboratoře - vyloučeno.

2) Atypické patogeny - chlamydie, mycoplasma a další nitrobuněčné patogeny.

Využil jsem nové diagnostické medium - odběrové soupravy na průkaz chlamydia - vzhled normální odběrovky stěrem - v našem případě výplásek stříkačkou aplikujeme přímo do odběrovky a odešleme do laboratoře - splněno vždy - laboratoř pod námi v budově. Test je založen na reakci antigen protilátky - obsažená v odběrovce a výsledek máme do hodiny. Odebrali jsme test u 20 pacientů, do 20 ti roků - diagnózy sinusitis, sinobronchitis.

Výsledky byly až překvapivě pozitivní - 40% pozitivních výsledků předčilo očekávání, v literatuře se hovoří u chlamydie o 10 %, ale připouští se až čtvrtina smíšených infekcí. Pouze ve čtyřech případech - 20% byly přítomny i bakterie (výplásek jsme odeslali i na kultivaci).

Komentář: výnosná, rychlá, nebolestivá nová metoda, která umožní lékařům rychlé rozhodnutí o léčbě antibiotikem, a pomůže i ve volbě antibiotika-betalaktamy na klasické patogeny.

Proteostatická antibiotika na atypické patogeny

Cena 504 Kč i se zpracováním - hradí VZP. Tato studie je pilotní, přes malé množství zatím provedených odběrů doporučuji vyzkoušet tyto testy jak pediatrům tak ORL i TRN praktikům a další zkušenosti budu uveřejňovat v ročních intervalech. Za zvážení stojí komplexní studie s odběrem serologie na chlamydie a mykoplasmu u negativních kultivací u pacientů se sinobronchitidami. Z finančních důvodů běžně provádíme pouze CRP, ale jeho spolehlivost u nitrobuněčných patogenů nemusí být 100%.

Druhá metoda: diagnostika *Mycoplasma hominis* a *Ureoplasma ureolyticum* - využil jsem této nové soupravy - zalomí se štětička do nádobky s tekutinou a odešle do laboratoře - výsledek za 48 hodin. Test je založen na schopnosti mycoplasma metabolisovat arginin. U *Ureoplasma ureolyticum* - na schopnosti rozkládat močovinu.

Závěr: všechny testy byly negativní. Hodnocení - potvrdil jsem nepoužitelnost těchto testů v našem oboru a u respiračních onemocnění.

Mycoplasma hominis a *Ureoplasma ureolyticum* jsou patogeny urogenitálního traktu a není jak jsem doufal metabolická shoda zejména s *Mycoplasma pneumoniae*. Dosud nemáme tak specifický test jako na chlamydie a věřím, že v krátké době budeme mít stejně kvalitní a využitelný test jako na chlamydie.

Terapie:

I) zjistit původce - dostupnými způsoby a léčba bez ATB - využít kombinace léků bojujících proti biofilmu, imunomodulace, optimalisace řetězu zánětu.

II) Srovnání výsledků léčby sinobronchitid před zavedením moderních mukolytik, antihistaminik III generace a preferenčních inhibitorů cyklooxygenasy-2 s výsledky v současné době - humanisace léčby - pokles punkcí o 66% a konservativní léčba sinusitid v dětském věku.

III) Porovnání preskripce antibiotik v České republice a Rakousku při léčbě respiračních infekcí.

Zánětlivá revmatická onemocnění a možnosti jejich terapie biologickými léky

MUDr. Šárka Forejtová

Revmatologický ústav Praha

Zánětlivá revmatická onemocnění jsou poměrně častá onemocnění, která postihují jedince všech věkových kategorií, někdy i děti. Jsou provázena výraznou bolestivostí a omezením funkce postižených kloubů, ve svých důsledcích vedou k časté disabilitě a invaliditě nemocných a mají i svůj důležitý psychosociální dopad na nemocného a potažmo na celou společnost. Nejčastějším zánětlivým onemocněním kloubů je revmatoidní artritida, která postihuje asi 1% obyvatelstva. V posledních letech se značně změnil algoritmus v léčbě revmatoidní artritidy, kdy je kladen důraz na časnou a intenzivní terapii, a to dříve, než dojde k irreverzibilnímu poškození postižených kloubů. Převratem v léčbě revmatoidní artritidy je v posledních letech terapie biologickými léky, z nichž u nás jsou t. č. užívány preparáty blokující účinek tumor nekrotizujícího faktoru α , tzv. anti-TNF α léky. Jejím představitelem je například etanercept (Enbrel), což je solubilní receptor pro TNF α . Bylo prokázáno, že biologické léky výrazně snižují aktivitu onemocnění a zároveň zpomalují rentgenovou progresi onemocnění. Druhou nejčastější zánětlivou chorobou pohybového aparátu je ankylozující spondylitida, pro kterou jsme do až do příchodu biologické léčby neměli dosud žádnou účinnou terapii. Bylo prokázáno, že účinnost anti-TNF α léčby je tím větší, čím je podávána časněji. Proto se v posledních letech výrazně zaměřuje pozornost na časnou diagnostiku tohoto onemocnění. Terapie biologickými léky je výrazný přínos i v léčbě i jiných revmatických onemocnění, jako je juvenilní idiopatická artritida nebo psoritická artritida.

Poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Atopická dermatitída / ekzém a stafylokoky

MUDr. Jarmila Rybárová, MUDr. Pavel Konrád

Krajská nemocnice F.D. Roosevelta, Banská Bystrica



MUDr. Jarmila Rybárová - dermatovenerológ s atestáciou II. stupňa, s pôsobením na ambulancii a lôžkovom oddelení Krajskej nemocnice F.D. Roosevelta v Banskej Bystrici, do ukončenia profesionálnej kariéry vo funkcii primárky oddelenia. Odborné aktivity hlavne v oblasti dermatologickej alergológie a imunológie a v dermatologickej onkológii (maligny melanóm). V súčasnosti odborný konzultant farmaceutickej firmy.

Posledné obdobie prinieslo nové pohľady na etiopatogézu atopickej dermatitídy / ekzému.

Z imunologického aspektu je to akceptovanie extrinsic a intrinsic formy atopickej dermatitídy, význam stafylokokov v indukcii a udržiavaní zápalových zmien na koži, úloha stafylokokového superantigénu v tomto procese, ako aj pri insenzitivite na lokálne kortikoidy.

Genetická porucha - mutácia filagrínového génu - má za následok zvýšenú priepustnosť epidermálnej bariéry u atopikov a je pravdepodobne primárnou príčinou klinických prejavov atopickej dermatitídy, imunitná reakcia vzniká až následne.

Kombinovaná lokálna liečba AD s kortikoidmi a antistafylokokovými antibiotikami má opodstatnenie s ohľadom na úlohu stafylokokov.

Poznatky o úlohe epidermis, alergénov a imunitného systému by mali byť v budúcnosti nasledované novými prístupmi v manažmente atopickej dermatitídy.

Poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sobota 3.3.2007 od 14.00 do 15.40 hodin

VII. Blok - TOP CONGRESS HALL

Primární péče v EU

Garant: MUDr. Milan Kudyn, MUDr. Václav Šmatlák

14.00 - 14.20	1. MUDr. Milan Cabrnoch Vliv členství v Evropské unii na zdravotnictví v České republice
14.20 - 14.40	2. MUDr. Kvetoslava Prcúchová Primární péče o děti a dorost na Slovensku, dopady reforem
14.40 - 15.00	3. MUDr. Ladislav Pásztor Zdravotní pojištění v EU a primární péče
15.00 - 15.20	Dr. Veronika Hlinomazová Praktické zkušenosti s primární péčí v Anglii
15.20 - 15.40	Diskuse k přednesenému

Firemní satelitní sympozium - Kongresový sál II

Garant: Berlin-Chemie Menarini Group

14.00 - 15.10	MUDr. Milan Cabrnoch Zpráva Evropského parlamentu k problematice diabetu a obezity
	Léčba hypertenze starších osob Prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc.
	Současný pohled na problematiku hypothyreózy Doc. MUDr. Zdeňka Límanová, CSc.
	Nové postupy v léčbě DM 2. typu - konsensus EASD/ADA MUDr. Martin Prázný, CSc., Ph.D.
15.10 - 15.20	Diskuse k přednesenému

Vliv členství v Evropské unii na zdravotnictví v České republice

MUDr. Milan Cabrnach, MEP

European Parliament, Bruxelles/Brussel

Česká republika se stala 1. 5. 2004 členskou zemí EU. Již několik let předtím se naše země na vstup do EU připravovala, uváděla své zákony do souladu s legislativou EU.

EU je postavena na čtyřech základních svobodách: (1) volný pohyb kapitálu, (2) zboží, (3) osob a (4) služeb. Primární legislativa EU stanoví, které oblasti spadají do pravomoci EU a které zůstávají v působnosti členských států. Zdravotnictví je oblastí, která zůstává plně v odpovědnosti národních vlád. Přesto se setkáváme na každém kroku s vlivem legislativy EU na naše zdravotnictví.

Říká se, že až 95% legislativy v jednotlivých členských zemích je ovlivněno z úrovně EU. Ve svém sdělení představím některé oblasti, ve kterých ovlivňuje evropská legislativa zákonodárství v naší zemi.

Kromě vlivů legislativních má však naše členství v EU další vliv na zdravotnictví v členských zemích. Všechny země čelí podobným problémům, jejichž hlavními hybateli jsou: (1) stárnoucí populace, (2) rozvíjející se poznání v oblasti medicíny, přírodních i technických věd, (3) rostoucí informovanost občanů a růst jejich očekávání a (4) pohyb zdravotníků i pacientů v rámci EU.

Dalším sjednocujícím momentem je deklarovaný společný sociální model EU, který vytváří iluzi o tom, že všichni občané všech členských zemí mají mít stejnou úroveň sociálních jistot. V ostrém protikladu vůči této deklaraci stojí obrovské hospodářské rozdíly mezi jednotlivými zeměmi a zřejmá neochota ke snižování těchto rozdílů.

Jediným možným řešením je tak zachování konkurence systémů sociálního zabezpečení i systémů zdravotní péče. Konkurenční tlaky pomohou nezbytným reformám, které budou inspirací dalším zemím. Ve svém důsledku může být taková cesta cestou k vyšší kvalitě a dostupnosti zdravotní péče pro občany.

Poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zdravotné poistenie v Európskej únii a primárna starostlivosť

MUDr. Ladislav Pásztor

Asociácia súkromných lekárov SR, Bratislava



MUDr. Ladislav Pásztor sa narodil 16. júna 1954 v Leviciach. V roku 1979 promoval na Lekárskej fakulte UK v Martine. Po promócií pracoval ako sekundárny lekár interného oddelenia OÚNZ v Komárne. V roku 1983 vykonal atestačnú skúšku I. stupňa a v roku 1991 atestáciu II. stupňa zo všeobecného lekárstva. Od roku 1983 pracuje ako všeobecný lekár pre dospelých v Čičove, okres Komárno. V rokoch 1992 - 1995 pôsobil ako externý asistent Katedry všeobecného lekárstva Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie lekárov v Bratislave. V rokoch 1992 - 1995 absolvoval kurzy akupunktúry v Brne, v rokoch 1993 - 1996 kurzy homeopátie v Bratislave. Od roku 1995 do roku 2004 bol riaditeľom neštatného zdravotníckeho zariadenia Medicína spol. s r.o. v Komárne. Od roku 2004 je lekárskeym riaditeľom MR pracoviska v Nových Zámkoch. Absolvoval nasledovné študijné pobyty v manažmente a organizácii zdravotníctva: 1994 - Halifax, Kanada: Letná škola primárnej prevencie. 1995 - Göttingen (Nemecko), London, Belfast (Veľká Británia), Barcelona (Španielsko). Manažment primárnej zdravotnej starostlivosti, problematika foundholdingu. 1996 - Washington, Miami, Chicago (USA) - manažment a financovanie zdravotníctva v oblasti ambulantnej starostlivosti a domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Zdravotné poisťovníctvo USA. Kurz Asociácie zdravotníckych manažérov USA: Financovanie zdravotníctva v rámci managed care. 1997 - Utrecht (Holandsko), London (Veľká Británia): Organizácia a financovanie primárnej zdravotnej starostlivosti, otázky kontroly a riadenia kvality. 1998 - Boston (USA) - kurz Managed care v oblasti pracovného lekárstva. V roku 1999 absolvoval Kurz efektívneho manažéra City University Bratislava. Od roku 1996 prezidentom Asociácie súkromných lekárov SR. V rokoch 1993 - 1998 bol členom Rady Slovenskej lekárskej komory, a predseda Sekcie Asociácia súkromných lekárov SLK. V rokoch 1986 - 1994 bol členom Výboru Spoločnosti všeobecného lekárstva. Od roku 1998 do roku 2002 bol členom Správnej rady Všeobecnej zdravotnej poisťovne. V rokoch 1999- 2002 bol viceprezidentom Slovenskej lekárskej komory. Od roku 2004 je členom Dozornej rady Sociálnej poisťovne. Od roku 2000 je členom Prezídia Asociácie zamestnávateľských zväzov a združení SR. Od roku 2002 je členom Management Councilu UEMO za SR/ Európsky zväz všeobecných lekárov. Od roku 2004 je členom Management Councilu UEMS / Európsky zväz lekárskech špecialistov. Od roku 2004 je členom Správnej rady Slovenskej akreditačnej rady pre sústavné vzdelávanie (SACCME). Od roku 2004 je členom Správnej rady Národného inštitútu pre kvalitu a inovácie (NIKI).

Zdravotná starostlivosť v členských štátoch Európskej únie je organizovaná na princípe subsidiarity. Jednotlivé členské krajiny majú svoj vlastný zdravotnícky systém, vrátane poisťného systému. Spoločným znakom všetkých systémov je povinnosť a solidarita.

Hlavné princípy EÚ (voľný pohyb osôb, tovarov a služieb a kapitálu) neplatí v plnej miere v zdravotníctve. V súčasnosti sa zdravotníctvo stáva prioritou EÚ. Voľný pohyb osôb, teda pacientov aj lekárov, voľný pohyb tovaru a služieb, teda zdravotníckych služieb aj poisťných služieb. To všetko navodzuje potrebu štandardov v oblasti vzdelania a vzdelávania, štandardného prístrojového vybavenia a štandardnej úrovne poskytovania zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov EÚ. Primárna starostlivosť bude základným pilierom nového zdravotného systému EÚ z nasledovných dôvodov: je efektívna a zabezpečí všeobecnú dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poistenie v EÚ bude rešpektovať tieto skutočnosti alokáciou dostatočných finančných zdrojov do primárnej starostlivosti a adekvátnymi spôsobmi úhrady.

Vystavovatelé:



GALDERMA



Pracujeme pro zdravější svět™

sanofi pasteur

The vaccines business of sanofi-aventis Group



POMAMED s.r.o.

Hlavní partneři:



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



GlaxoSmithKline



MSD



Diagnostics

Partneři:



astellas
Leading Light for Life

Wyeth



sanofi aventis

Protože na zdraví záleží.



SANDOZ



Medtronic
PHYSIO-CONTROL



Orion Diagnostica

Organizační zajištění:



Ahou Public Relations, s. r. o.

Lilly Ahou Kolesová

GSM: 724 359 365, ICQ: 228-334-387, e-mail: lilly@ahou.cz