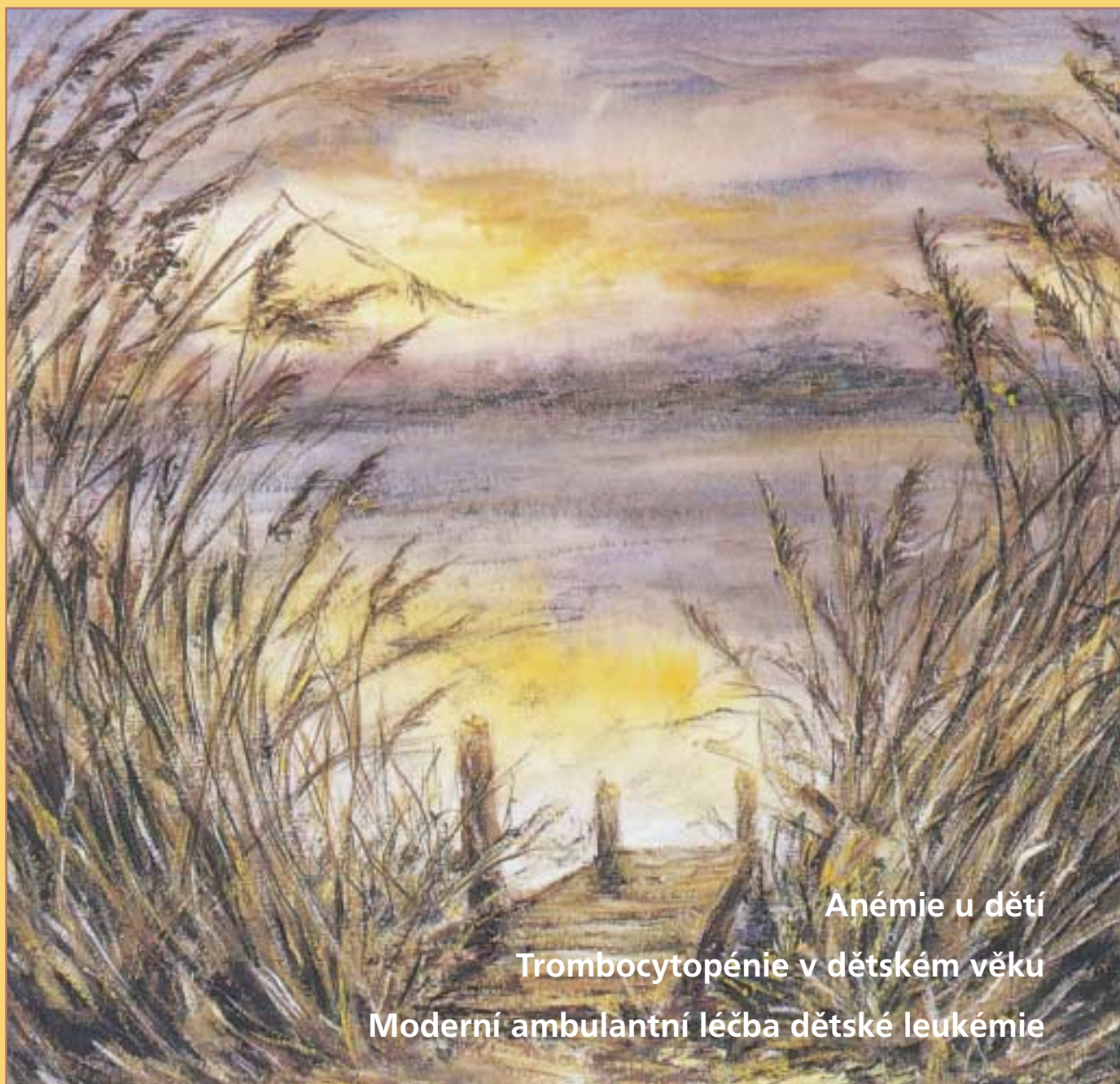


listopad 2003 ■ číslo 9 ■ ročník 3

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Anémie u dětí
Trombocytopenie v dětském věku
Moderní ambulantní léčba dětské leukémie



ČESKÁ
SPORITELNA

ZENTIVA®

Aventis
Aventis Pasteur



OSPDL ČLS JEP

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

Adresa vydavatelství:
Branická 141, 147 00 Praha 4
tel.: 261 260 412
e-mail: vox@imedix.cz

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

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

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

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

Adresa redakce:
U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10
sekretariát - tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050
redakce VOX - tel.: 267 184 065, 267 184 047
e-mail: centrum@detskylekar.cz

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s 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.
Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku časopisu Děti a my.

Inzerce:


VOX PEDIATRIAE - Bc. Veronika Drahovzalová
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10
tel.: 267 184 065, GSM: 602 873 761 - jen pro inzerenty
e-mail: centrum@detskylekar.cz
e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc říjen	5
Rozhodnutí sjezdu ČLK...	6
Je ČLK organizací všech lékařů?	7
Právní okénko	7
Jak jsou organizováni lékaři ve státech EU	9
Osobní automobil v podnikání	10
Evropská charta ambulantní pediatrie	11
Kongres Europediatrics 2003 Praha	12
Budoucnost primární péče o děti a dorost v ČR	12
Organizace primární péče o děti a dorost v ČR	13



Prof. MUDr. J. Starý, DrSc. Moderní léčba dětské leukémie	16
Prof. MUDr. H. Hrstková, CSc. Trombocytopenie u dětí	22
MUDr. K. Petrtýlová Anémie v dětském věku	25
MUDr. B. Procházka ESPID	30
MUDr. F. Koukolík, DrSc. Ukazovátka	32
MUDr. H. Cabrnchová J. Švejcár a kol.: Péče o dítě - recenze	32
MUDr. M. Kudyn Zpráva z konference o ibuprofenu - 2. část	34
 Aktuality	36
Řádková inzerce	42



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

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



Vážení přátelé,
ve chvíli, kdy píšete tyto řádky, uplynulo jen několik málo hodin od skončení XV. sjezdu České lékařské komory.

Sjezd Komory, který právě skončil, byl v něčem výjimečný - měl řešit závažné otázky pochybení vedení Komory, které sjezdu předkládal nejvyšší kontrolní orgán ČLK, kterým je její Revizní komise.

Kritika prezidenta a představenstva Komory a rozhodnutí o jejich pochybení je jistě úloha velmi těžká, vždyť pro delegáty sjezdu, kteří jsou členy této stavovské organizace, to vlastně znamená posuzovat a kritizovat sám sebe. Lékařská a laická veřejnost s napětím očekávala jak se s tím XV. sjezd ČLK vyrovná.

Zda najde sílu hledat pravdu a ze zjištěných skutečností vyvodit závěry. Tuto svoji mimořádně těžkou úlohu však sjezd nezvládl.

Fakta a dokumentace, předložené sjezdu Revizní komisí, dokladovaly etické i ekonomické pochybení prezidenta a představenstva. Kromě předložených dokladů své selhání přiznal i prezident Komory v diskusi s novináři a nemohl je popřít ani na sjezdu. Sjezd Komory však v rozporu s fakty obvinění odmítl a vyslovil prezidentovi a celému představenstvu důvěru a potvrdil je v jejich funkcích.

Sjezd jako nejvyšší orgán Komory má jistě právo rozhodovat o jejím dalším chodu i o jejích představitelích. Otázkou však zůstává, za jak velkou část lékařů, kteří jsou členy Komory ze zákona, delegáti hovoří. Tato otázka je pro další osud stavovské organizace zcela zásadní. Nesporným faktem je naprostý nezájím lékařů o činnost Komory, takže dnes k volbám funkcionářů Komory a k volbě delegátů sjezdu ČLK, tedy k volbě Parlamentu Komory, nepřichází více než 10% povinné členské základny. Takováto volební účast samozřejmě sílu mandátu delegátů sjezdu velmi oslabuje a lze jen těžko hovořit o reprezentativním zastoupení lékařského stavu na sjezdu Komory.

Druhou otázkou, kterou je potřeba si položit, je, co vedlo sjezd k rozhodnutí, která učinil. Musím konstatovat, že snahou sjezdu nebylo najít pravdu a ze zjištěných nebo vyvrácených tvrzení vyvodit závěry. Snahou sjezdu bylo nepoškodit dobré jméno lékařského stavu a očistit jej v očích veřejnosti. Výsledkem této snahy bylo heslo "vyperme si špinavé prádlo doma". Nerozhodl ani v tom, že jsou obvinění Revizní komise pravdivá, ani o tom, že fakta Revizní komisí uváděná jsou nepravdivá. Rozhodl o tom, že ho to nezajímá a že nevidí žádný důvod, proč by vedení ČLK mělo dodržovat zákony a etické normy. Typický byl výrok jednoho z delegátů - kdo je bez viny, ať hodí kamenem. Bohužel, nebo možná bohudík, občané této země jsou přesvědčeni o tom, že ten, kdo zodpovídá za etiku výkonu povolání, za odbornost výkonu povolání, kdo navenek zodpovídá v oblasti odborné i etické lékařskému stavu i občanům této země za úroveň péče o nejcennější lidský statek - zdraví a život - nesmí sám etické a odborné normy porušovat. Reakce veřejnosti jasně říká, že pozměňování údajů o splnění podmínek k výkonu povolání lékaře je závažným prohřeškem a nemůže být beztrestně akceptováno.

Rozhodnutí sjezdu pověst Komory a celého lékařského stavu těžce poškodilo. Delegáti sjezdu dosáhli toho, že prádlo nebylo doma vypráno a my všichni dál chodíme ve špinavých pláštích.

Jedinou cestou k nápravě je aktivizace stavu jako celku, zvolení reprezentantů Komory reprezentativní členskou základnou lékařů - ze zákona povinných členů Komory. Pokud k tomu dojde, bude možné přijmout rozhodnutí sjezdu jako závazné a zásadní. Do té doby se rozhoduje o nás - a osudu Komory - bez nás. To bychom neměli nikdy připustit. Za této situace je totiž logickým a legitimním požadavkem řešit vše změnou zákona o České lékařské komoře a o povinném členství všech lékařů v ní.

Doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc.
Děkan 3. LF UK

**Hodnoty krevního tlaku 17-ti letých
Volné radikály, antioxidanty a stárnutí
Pohádkové hubnutí
Léčba adolescentních diabetiků**



seznam inzerujících firem

ALIUD PHARMA
AVENTIS PASTEUR
BOOTS
ČESKÁ SPOŘITELNA
DNA ADVERTISING
INTERCHEMA
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
SEKK
STIEFEL
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

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

Členy Výboru zpravidla
zastihnete v těchto hodinách:

Úterý
14,00 - 16,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
Středa
10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnová
13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
16,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc říjen

MUDr. Pavel Neugebauer

Měsíc říjen přinesl další akcentaci ekonomického marasmu našeho zdravotnictví, i když ne každý si to vzhledem k politice proplácení námi poskytované zdravotní péče dostatečně uvědomil. V této situaci proběhla na půdě Parlamentu ČR důstojná manifestace naší praktické dětské medicíny za účasti mnoha zajímavých zahraničních hostů. Sdružení navázalo historicky první smlouvu s partnerem silným na poli financí. Blíží se volební Konference, na které se bude bilancovat naše činnost v posledních letech...

8.10. – na půdě ČNZP se uskutečnilo jednání se zástupci zaměstnaneckých, oborových a resortních zdravotních pojišťoven, jehož smyslem bylo aplikovat dohody již uzavřené s VZP také na ostatní zdravotní pojišťovny – šlo především o aktualizované soubory výkonů pro praktické lékaře (výkony kapítované v. nekapítované, obligatorní v. fakultativní), a to spíše z pohledu výkladu provedených změn, dále se jednalo o problematiku zaměstnávání asistentů, převodu praxí a sjednocení účetních sestav mezi jednotlivými ZP a ZZ. Jednání ke všem uvedeným tématům nejsou dosud uzavřena, s výsledky Vás seznámíme v dalších číslech našeho časopisu

14.10. – jednala Koalice ambulantních zařízení, zápis zveřejňujeme na jiném místě

15.10. – proběhlo závěrečné jednání dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče pro 1. pololetí 2004. Ačkoliv byla k termínu jednání uzavřena pouze jediná předběžná dohoda, jednání začalo po jednotlivých segmentech se snahou zvrátit tento nepříznivý stav, ze strany poskytovatelů byla jasně vnímána možnost snížení plateb od ZP vzhledem k negativní ekonomické bilanci jednotlivých ZP, důležitou roli sehrála i skutečnost, že pro srovnávání úhrad a nastavení by za referenční období bylo považováno 1. pololetí roku 2002 (nikoliv 2003 v případě dohody), což by fakticky znamenalo návrat k výši úhrad v 1. pololetí roku 2002!!! S vědomím této skutečnosti nakonec došlo k dohodě krom našeho segmentu i v segmentu lůžkové péče, ambulantní specializované péče a segmentu zdravotnické záchranné služby, dopravy nemocných a rodiček a LSPP. Dohody nebylo nakonec dosaženo v segmentech domácí zdravotní péče, mimoústavní laboratorní a radiodiagnostické péče, fyzioterapie a jako již tradičně ani v segmentu ústavní péče. O dohodnutých cenách lze jistě polemizovat, nicméně v úvahu bylo nutno brát skutečnosti výše uvedené, k přijatým dohodám bylo navíc přijato prohlášení poskytovatelů zdravotní péče, které jsme zveřejnili již v minulém čísle

17.10. – se konala schůzka s hlavním hygienikem, náměstkem ministryně zdravotnictví, MUDr. Michaelem Vítem, Ph.D., schůzka proběhla za účasti mé, předsedkyně OSPDL ČLS JEP dr.

Cabrnochové a krom pana náměstka se jí účastnil i dr. Slezák, koordinátor nově vzniklého projektu – programu „Očko“, jehož smyslem by mělo být zavedení informačního systému očkování, tj. skladový režim hygienických stanic a následně i jednotlivých ordinací PLDD a PL. Celý projekt je opět dokladem ignorace naší činnosti, resp. někdo vymyslel cosi, co bychom měli provádět, aniž by se nás zeptal, co si o tom myslíme a jak to případně udělat, aby to fungovalo. Jaký bude další osud tohoto projektu lze t.č. obtížně předpokládat, nicméně jako pohlazení zněla slova pana náměstka, že doba direktivních příkazů snad již minula. Jen jestli se jich taky bude držet.

21.10. – v rámci kongresu Europaediatrics 2003, který byl zahájen již 19.10. a konal se za minimálního zájmu PLDD (proč?), se uskutečnil 11. parlamentní zdravotní seminář na téma „Pediatrická primární péče v ČR před vstupem do EU – co můžeme nabídnout a co se naopak můžeme naučit“. Bližší informace k tomuto semináři nalez-

nete na jiném místě našeho časopisu

29.10. – zástupci Koalice ambulantních lékařů byli pozváni na urgentní schůzku s paní ministryní, jejíž smyslem bylo získání přehledu o vývoji platební schopnosti, resp. neschopnosti ZP v čele s VZP. I když byly námi předány velmi varovné signály o prohlubující se krizi s možným negativním dopadem na ambulantní složku, zdá se, že politická Koalice ustavená k řešení krizové situace ve financování zdravotnictví stále řeší pouze problém nemocnic, jako by problém ambulantní péče nebyl. Budoucnost ukáže, jestli ta naše Koalice bude umět na tuto skutečnost náležitě reagovat.

31.10. – byla podepsána Smlouva o počátku spolupráce mezi naší organizací a Českou spořitelnou, zatím pro letošní rok. Hledání silného partnera v oblasti financí a finančních produktů dospělo tedy do dílčí mety, i tady budoucnost ukáže, jestli zvolená cesta je a bude tou nejlepší. ■

Koaliční pracovní skupina pro stabilizaci zdravotnictví:

- **Marie Součková (ČSSD)**
ministryně zdravotnictví, předsedkyně komise
- **Bohuslav Sobotka (ČSSD)**
místopředseda vlády pro ekonomiku a ministr financí
- **Zdeněk Škromach (ČSSD)**
ministr práce a sociálních věcí
- **Milada Emmerová (ČSSD)**
předsedkyně zdravotního a sociálního výboru Sněmovny
- **Jozef Kubinyi (ČSSD)**
poslanec
- **Josef Janeček (KDU-ČSL)**
poslanec
- **Zuzana Roithová (KDU-ČSL)**
senátorka, místopředsedkyně senátního zdravotního výboru
- **Helena Rögnerová**
senátorka, předsedkyně klubu nezávislých senátorů, bývalá ředitelka FN Motol
- **Václav Krása (US)**
bývalý poslanec, expert Unie svobody na zdravotnictví
- **Roman Línek (KDU-ČSL)**
hejtman Pardubického kraje



Rozhodnutí sjezdu České lékařské komory pokládám za nedemokratické

Měl jsem tu možnost osobně sledovat sjezd České lékařské komory. Nechci se příliš vyjadřovat k drobnostem typu, že delegáti hlasovali o programu v situaci, kdy různí delegáti měli od vedení sjezdu rozdány různé verze tohoto programu, o tom, že v situaci posuzování platnosti či neplatnosti rozhodnutí ČLK vystoupil člen představenstva s argumentem „kdo jsi bez viny, hod' první kameňem“, nebo třeba o tom, že proběhla dlouhá diskuse k revizní zprávě, jejímž tématem byl způsob, jakým se informace dostaly ven z komory, ale již se nediskutovalo o obsahu této zprávy. Nechci ani rozebírat, jak je možné, že řádný delegát sjezdu předloží procedurální návrh o němž se má bezprostředně po předložení hlasovat, ale jednání probíhá vesele dál bez hlasování o návrhu, a konečně ani o tom, proč sjezd odhlasoval, že k bodu vyslovení důvěry prezidentovi a představenstvu nebude probíhat diskuse raději vůbec.

Považuji ovšem za vhodné upozornit na věc, kterou považuji za mnohem podstatnější porušení demokratických principů, v jehož stínu jsou podle mne výše uvedené skutečnosti pouze malichernostmi.

Delegáti sjezdu přijali změnu volebního řádu, kterou se prodlužuje volební období orgánů a funkcionářů komory, tedy i delegátů sjezdu, na pět let. Délka volebního období orgánů a funkcionářů zvolených na období 4 let se prodlužuje na 5 let.

Tedy delegáti sjezdu, kteří byli zvoleni členy komory na určité období, si toto období sami prodloužili.

Je asi na místě uvést, že předkladateli tohoto vskutku zajímavého návrhu byli MUDr. Jiří Rašovský (předsedající Krajské rady ČLK Jihomoravského kraje a člen představenstva ČLK) a MUDr. Jiří Mach (sekretář Krajské rady ČLK Jihomoravského kraje) a svůj návrh odvodnili ve zkratce takto: „**Spolu se vstupem do EU se zvýší tlak na kvalitní fungování profesní samosprávy...nutnost přehodnotit základní dokumenty ve vztahu k fungování zdravotnictví vyplývá mimo jiné i z význam-**

ných rozhodnutí Evropského soudního dvora...lze tedy očekávat období, které bude klást značné nároky na kontinuitu stavovské činnosti...je více než žádoucí, aby činnost orgánů ČLK byla realizována stávajícími orgány a funkcionáři, kteří důvěrně znají situaci a spolehlivě se orientují v obecně závazných právních předpisech... Významnou okolností je také potřeba vyhodnocení aplikace Úmluvy o biomedicině...Nejjednodušším řešením, které zabrání legislativnímu zmatku a umožní hladké fungování stavovské organizace, je prodloužení volebního období o jeden rok... k tomuto návrhu se cítíme oprávněni i na základě dobré zkušenosti s prodloužením funkčního období ze tří let na čtyři roky před dvěma lety (pozn. domnívám se, že tehdy byla důvodem nutnost zachování kontinuity v souvislosti s přechodem na krajskou strukturu samosprávy)“.

Praktický příklad – pokud členové zvolili své delegáty v roce 1999 na volební období tří let, v roce 2000 prodloužil sjezd delegátů těmto delegátům na čtyři roky, nyní opět o jeden rok na pět let. Tedy delegáti zvolení na tříleté volební období, jejichž mandát by vypršel v roce 2002, si sami prodloužili volební období do roku 2004 (zatím, v budoucnu se samozřejmě můžou vyskytnout nové skutečně významné důvody – třeba nějaké nové rozhodnutí Evropského soudního dvora ve věci Helmut versus zdravotní pojišťovna Bavorsko – které nepochybně odůvodní další prodloužení na příštím sjezdu komory). Lze tedy říci, že delegáti již k výkonu své funkce členy komory ani nijak zásadně nepotřebují. Ano, hrozba, že by tito členové třeba omylem zvolili za své zástupce delegáty, kteří by snad „neznali důvěrně situaci“, nebo by dokonce mohli „způsobit legislativní zmatek“, či nedej bůh „nedodržel kontinuitu současné stavovské činnosti“, je jistě velmi nebezpečná.

Jistě velmi podnětné například pro poslance našeho parlamentu. Situace, kdy by návrh na prodloužení volebního období poslanců, který by se samozřejmě týkal již těch, kteří by ho přijímali, byl přijat, by možná vý-

voji v naší zemi výrazně pomohla. Byla by totiž „zachována kontinuita“, byli by to „lidé orientující se v právních předpisech“, nevznikl by „legislativní zmatek“, a ostatně je otázka, zda je vůbec optimální, aby poslance volili obyčejní lidé, kteří vlastně ani nejsou schopni takto důležité otázky posoudit.

Naštěstí pro takovou změnu volebního období parlamentu nedostačují hlasy nadpoloviční většiny přítomných poslanců (tak jako tomu bohužel je na sjezdu delegátů ČLK), a tedy jde při současné rovnováze sil v parlamentu o variantu nerealizovatelnou. Nebo je snad důvodem, že se parlament obdobným návrhem nezabývá, to, že poslanci chápou demokratické principy lépe než delegáti sjezdu ČLK, kteří pomohli svými hlasy výše uvedený návrh přijmout?

Neodpustím si ještě poznámku ke „spolehlivé orientaci v právních předpisech“ obou předkladatelů návrhu. Většina delegátů sjezdu byla zvolena na tříleté volební období. To, že v jeho průběhu bylo toto volební období prodlouženo na čtyřleté na tom nic nemění. Pouze delegáti zvolení v období po 1.11.2000 byli zvoleni na období čtyřleté.

Tedy jestliže přijatý návrh uvádí, že „Délka volebního období orgánů a funkcionářů zvolených na období 4 let se dnem účinnosti novely ust. § 1 odst. 2 tohoto stavovského předpisu přijaté XV. sjezdem delegátů prodlužuje na 5 let“ bylo volební období prodlouženo pouze delegátům zvolených po 1.11.2000 (ti již byli zvoleni na období čtyřleté). Ostatním zůstává volební období prodlouženo pouze na čtyři roky.

Pokud má být současný trend zachován, doporučuji z důvodů předejití podobným formálním chybám, použít místo konkrétního údaje o době prodloužení pojem „na neurčito“.

Mgr. Jakub Uher
03.11.2003



Je ČLK organizací všech lékařů?

Právě proběhlému sjezdu ČLK nelze upřít dramatickosti od prvních okamžiků od jeho zahájení. Sjezdu předcházela bouřlivá diskuse členské základny vyvolaná šetřením revizní komise ČLK nad způsobem získání licence stávajícím prezidentem ČLK a nad výsledky auditorů zprávy o jejím hospodaření. Neméně výbušnou situaci v řadách českých lékařů způsobila mediální reakce prezidenta ČLK na tato zjištěná fakta. Titulky „Rozlišuji lži zásadní a ty druhé“, a „Lhal jsem, ale podvod to nebyl“ nadzvedly ze židle i ty lékaře, kteří se o chod komory zajímají pouze ve chvíli, kdy platí členské příspěvky.

Snad proto jsem odjížděl na sjezd s nadějí, že se v následné diskusi dozvím od konkrétních osob skutečná fakta či dokonce pravdu, jak to ve skutečnosti bylo. A s čistým svědomím pak budu hlasovat o důvěře či nedůvěře stávajícímu vedení ČLK.

Nutno říci, že delegáti měli dostatek materiálů a oficiálních podkladů k tomu, aby si udělali vlastní úsudek. A to včetně řady výzev či otevřených dopisů delegátům sjezdu od organizací i jednotlivců, vyjadřujících svá pro i proti. Přišel ale šok způsobený tím, že delegáti nepřijali zprávu revizní komise, která se opírala o doložená fakta (problém s licencí prezidenta) a o zprávu nezávislého auditora (o hospodaření ČLK). Další úžas na mé tváři vyvolal způsob vedení sjezdové diskuse, která, pokud ji nechci nazvat nedemokratickou, byla vedena argumentační ekvilibristikou, hodnou Davida Copperfielda. Ta zřejmě přesvědčila 156 delegátů o tom, že „vína“ je spíše na těch, kteří na nešvary upozorňují (novináři, revizní komise, někteří delegáti), než na těch, kteří je spáchali (prezident, představenstvo). Nelze se proto divit, že v tak vypjaté argumentační atmosféře „ruply“ některým de-

legátům nervy tak, že ztratili sebekontrolu a veřejně dávali najevo své zděšení nad takovýmto chápáním spravedlnosti a morálky. I když si byli vědomi toho, že jim hrozí disciplinární postih či vyloučení z komory (což pro soukromého lékaře znamená ztrátu existence).

Osobně jsem očekával od prezidenta ČLK (zvláště po zveřejněním přiznání svého pochybení) více pokory a sebereflexe nad danou situací. Ale zaměnění příčiny za následek jistě nebylo samoučelné a bezpochyby mělo velký vliv na další průběh sjezdu, který vyzněl ve prospěch dr. Ratha. Bohužel, názory těch delegátů, kteří vyjadřovali své obavy nad možnou ztrátou společenské prestiže lékařského stavu, včetně obav o další osud ČLK, nebyly sjezdem vyslyšeny. Naopak byla zdůrazňována možná ztráta kontinuity stavovské činnosti současným vedením ČLK, údajně nezbytně nutná k úspěšnému včlenění českých lékařů a jejich profesní samosprávy do evropských struktur. Sečteno podtrženo – český lékař má po proběhlém sjezdu zřejmě to, co chtěl. Výsledkem všech hlasování prostřednictvím jednotlivých delegátů získal prezident ČLK mandát od členské základny a dostalo se mu od 156 delegátů proti 72 satisfakce za „újmou na něm spáchané“. Bylo by asi žádoucí, kdyby se na nejbližších schůzkách řadoví lékaři zeptali svých delegátů, proč potvrdili ve funkci „hlavy lékařského stavu“ člověka, který se veřejně přiznal ke lži a který zřejmě nadřazuje svoje osobní ambice nad rizika spojená s možností změny zákona o komorách (nepovinné členství), které by nutně vedlo ke změně stávajících pravomocí ČLK.

MUDr. Milan Kudyn
delegát sjezdu za Prahu 10

Stanovisko Koalice ambulantních lékařů

S vědomím situace, která nastala po XV. sjezdu ČLK, přijala Koalice ambulantních lékařů následující stanovisko:

Přes rozdílné názory je pro členy Koalice ambulantních lékařů přijatelným kompromisem taková úprava zákona o komorách, která by zakotvila povinné členství pro lékaře provozující nestátní zdravotnická zařízení a lékaře garantující odbornost, tj. primáře, odborné zástupce a vedoucí lékaře. Pro všechny lékaře by zůstala povinnost registrace v rozsahu stanoveném zákonem.

Právní okénko

Mgr. Jakub Uher

Dotaz: Škola vyžaduje periodické prohlídky u studentů s tím, že tyto jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Odkazuje na směrnici Ministerstva zdravotnictví č.49/1967 Věst. MZ. Jsou skutečně tyto prohlídky povinné a jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění?

Odpověď:

Vážený pane doktore, zákon č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který je zákonem vymezujícím podmínky a rozsah zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění ve smyslu článku 31, Listiny základních práv a svobod, uvádí v ustanovení části páté (podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady) v §13 (zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění) v odstavci 2, písm.h), že zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem (dále jen „hrazená péče“) zahrnuje závodní preventivní péči.

V ustanovení §35 (Závodní preventivní péče) je pak blíže vymezen rozsah závodní preventivní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Toto ustanovení zákona uvádí, že hrazeny jsou periodické preventivní prohlídky zaměstnanců vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné, zaměstnanců na rizikových pracovištích, zaměstnanců, jejichž činnost může ohrozit zdraví ostatních zaměstnanců nebo jiných osob, a zaměstnanců, u nichž je vyžadována zvláštní zdravotní způsobilost, v rozsahu stanoveném zvláštním předpisem, zákon přímo uvádí odkaz na konkrétní ustanovení tohoto předpisu. Jedná se o ustanovení §§12, 13 a 14 směrnic Ministerstva zdravotnictví č. 49/1967 Věst. MZ o posuzování zdravotní způsobilosti k práci, ve znění směrnic č. 17/1970 Věst. MZ ČSR, reg. částka 2/1968 Sb. a částka 20/1970 Sb. Dle zákona jsou dále hrazeny mimořádné prohlídky nařízené ze zdravotních důvodů, opět zcela konkrétní odkaz, tentokrát na § 11, 12, 13 a 14 směrnic Ministerstva zdravotnictví č. 49/1967 Věst. MZ, ve znění směrnic č. 17/1970 Věst. MZ ČSR, reg. částka 2/1968 Sb. a částka 20/1970 Sb. Konkrétně hrazená péče zahrnuje i dispensární prohlídky osob s hlášenou nemocí z povolání



a osob, u kterých vlivy pracovních rizik působí i po ukončení expozice riziku, zákon opět odkazuje na konkrétní ustanovení § 12 odst. 8 směrnic Ministerstva zdravotnictví č. 49/1967 Věst. MZ, ve znění směrnic č. 17/1970 Věst. MZ ČSR, reg.částka 2/1968 Sb. a částka 20/1970 Sb. 49/1967 Věst. MZ, ve znění směrnic č. 17/1970 Věst. MZ ČSR, reg. částka 2/1968 Sb. a částka 20/1970 Sb.

Vámi dotazované prohlídky, včetně termínů jejich konání, jsou sice upraveny v předmětné směrnici Ministerstva zdravotnictví č. 49/1967 Věst. MZ, ve znění směrnic č. 17/1970 Věst. MZ ČSR, reg.částka 2/1968 Sb. a částka 20/1970 Sb. 49/1967 Věst. MZ, ve znění směrnic č. 17/1970 Věst. MZ ČSR, reg. částka 2/1968 Sb. a částka 20/1970 Sb., a to konkrétně v ustanovení §16 (Periodické prohlídky dorostu, studentů a branců), který uvádí, že „Periodické prohlídky dorostu a studentů se konají, pokud lékař vzhledem k podmínkám práce (průpravy k povolání) nebo vzhledem ke zdravotnímu stavu nestanoví častější lhůtu, jednou ročně u dorostu v pracovním nebo učebním poměru, nejméně jednou za dva roky u studentů. Výstupní prohlídky dorostu a studentů se provádějí při dovršení 18 let, popřípadě při skončení učebního poměru nebo studia na střední nebo vysoké škole.“, ovšem dle našeho názoru je není možné v žádném případě podřadit pod kterýkoli výše uvedený okruh prohlídek z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazených, neboť zákon č.48/1997 Sb., uvádí, že hrazené prohlídky jsou pouze prohlídky u osob uvedených v §§ 11,12,13 a 14 (samozřejmě při splnění v těchto ustanoveních stanovených podmínek). Úhradu prohlídek uvedených v ustanovení §16 směrnice, zákon č.48/1997 Sb., neumožňuje.

Pro úplnost uvádíme, že tyto prohlídky nelze zaměňovat ani s hrazenými prohlídkami ve smyslu ustanovení §29, zákona č.48/1997 Sb. (Preventivní péče), neboť tyto prohlídky mají zcela odlišnou frekvenci a účel, který je podrobněji upraven prováděcí vyhláškou č.56/1997Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek.

Situace u prohlídek dorostu, studentů a branců je podle našeho názoru prakticky shodná s tzv. Iřadovými prohlídkami, dle § 15 výše uváděné směrnice, který uvádí, že „v závodech, v nichž je zřízeno závodní zdravotnické zařízení nebo pro něž byl určen lékař

pověřený péčí o pracující (§ 5 odst. 1 a 2 vyhlášky č. 42/1966 Sb.), se vykonávají preventivní prohlídky i u těch pracujících, kteří nejsou uvedeni v ustanoveních těchto směrnic. Řadové prohlídky se provádějí nejméně jednou za 5 let, u pracujících starších 50 let nejméně jednou za tři roky.“ Tyto prohlídky nejsou taktéž z veřejného zdravotního pojištění hrazeny a pokud má o jejich provedení zaměstnavatel zájem, jsou prováděny za přímou úhradu, což koresponduje s ustanovením §42, zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, který uvádí, že náklady spojené se zajišťováním ochrany zdraví při práci hradí zaměstnavatel, pokud zvláštní právní předpis nestanoví jinak.

Pokud tedy shrneme, není realizace prohlídek dle §16 výše uvedené směrnice pro dorost, studenty, ale ani např. pro školu podle našeho názoru povinná (zde obdobně situace s řadovými prohlídkami), ovšem není důvod tyto prohlídky, jako ostatně jakékoli jiné, na žádost neprovést. V takovémto případě ovšem není možné zahrnout předmětné výkony, o administrativě ani nemluvě (ta je přímo hrazena vždy, tedy i v případě, kdy samotný výkon prohlídky hrazen z veřejného zdravotního pojištění je - srov.vyhl.MZ ČR č.101/2002 Sb.), do péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a požadovat úhradu od příslušné pojišťovny, ale provedení výkonu a administrativy musí být uhrazeno přímo tím, kdo o provedení prohlídky požádal (zde odkazujeme na ustanovení §15, odst.9, zákona č.48/1997 Sb. a zároveň upozorňujeme, že při cenotvorbě je v tomto případě nutno postupovat v souladu s ustanovením §10, zákona 526/1990 Sb., o cenách, neboť se jedná o cenu věcně usměrněnou).

Dotaz: Škola se na mne obrátila se žádostí o vyplnění posudku o zdravotní způsobilosti ke sportu, s tím, že jsem povinen tento vyplnit. V odůvodnění cituje několik právních předpisů (vyhlášku MZ ČR o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, zákon o zdravotní péči), ze kterých toto údajně vyplývá, včetně vzoru posudku a doby platnosti posudku. Prosím o posouzení.

Odpověď:

K Vámi předloženému formuláři „Posudek o zdravotní způsobilosti ke sportu“ lze uvést následující.

V první řadě je nutno konstatovat, že právní předpisy citované v tomto materiálu neod-

povídají současné realitě právního řádu ČR. V první řadě neexistuje žádná vyhláška MZ ČR o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, ani žádné zmocnění v zákoně o péči o zdraví lidu (20/1966 Sb.) – zákon o zdravotní péči neexistuje vůbec, ani vzor posudku není přílohou č.3 nějakého existujícího obecně závazného právního předpisu.

Domnívám se, že zpracovatel materiálu vycházel z návrhu nového zákona o zdravotní péči, který ovšem doposud nevstoupil v platnost a účinnost, a s největší pravděpodobností v dohledné době ani nevstoupí. Zpracovatel zřejmě vycházel dále z návrhu prováděcí vyhlášky k tomuto neexistujícímu zákonu, což ovšem opět nelze považovat za šťastné.

K samotným údajům v materiálu uvedeným a účelu celého posudku lze uvést, že nic nebrání zdravotnickému zařízení (lékaři), aby na žádost fyzické osoby posoudilo způsobilost k určité činnosti (tedy např. ke sportovní disciplíně vodní pólo), zároveň ovšem nic k takovéto činnosti lékaře nenutí. V případě vystavení posudku jde o činnost na žádost a pro účely fyzické osoby, jejímž účelem není zlepšit zdravotní stav pojištěnce, tedy o činnost, která není hrazen z veřejného zdravotního pojištění (viz. ustanovení §15, odst.9, zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění), ale přímo žadatelem o posudek.

Tedy v samotném vyjádření lékaře o způsobilosti k určitému typu sportu nevidím žádný problém. Byl bych poněkud opatrný ve stanovení doby platnosti posudku, neboť posudek je vydáván vždy v daném okamžiku a předmětem hodnocení je vždy zdravotní stav pouze k tomuto okamžiku. Je pravdou, že v některých zdánlivě srovnatelných situacích (např. způsobilost k řízení motorových vozidel) zákon přímo stanovuje interval v jakém má být způsobilost znovu posuzována, ovšem ze strany lékaře není možné stanovit dobu platnosti posudku bez opory v obecně závazném právním předpisu. Doporučuji v případě vystavení posudku údaj ohledně jeho platnosti vůbec neuvádět.

Ohledně případnému odvolání lze odkázat na ustanovení §77, zákona č.20/1966 Sb., které umožňuje podat ve lhůtě 15 dnů návrh na přezkoumání lékařského posudku. Tento návrh proti posudku zdravotnického zařízení provozovanému lékařem, který poskytuje zdravotní péči vlastním jménem, se podává tomuto lékaři.



Jak jsou organizováni lékaři ve státech EU

Primárně byly kladeny tyto dotazy:

- Jak jsou lékaři organizováni?
- Kým jsou registrováni?
- Jaké organizace sdružují lékaře?
- Je členství povinné nebo dobrovolné?
- Kompetence státu a organizací lékařů?
- Kdo vykonává disciplinární postih?
- Jaký je nejvyšší postih?

Belgie: Medical Order – hlavní sdružení lékařů nezávislé na státu, registruje a vydává licence, členství je povinné. MO má mnoho exekutivních funkcí včetně disciplinárního řízení. Zároveň plní odborovou funkci.

Dánsko: Danish Medical Association (DMA) – poradní orgán, částečně role odborů, nepovinné členství jak pro zaměstnance nemocnic tak pro praktiky, to samé pro stomatology (94% je členy) DMA má tři oddělení (mladí lékaři, praktici, odborní lékaři) Exekutivní funkci má stát skrze Danish National Board of Health (DNBH) – zde je též povinná registrace na základě dosažených certifikátů DNBH vede disciplinární řízení, nejvyšší trest je vymazání z registru.

Finsko: Finish medical association (FMA) – nepovinné členství (90% jsou členové), 56 oblastních kanceláří, 27 národních subdivizí Poradní orgán, částečně plní odborovou funkci, žádné regulační funkce, ty má vláda skrze National Center for Medical Legal Affairs (NCMLA) U NCMLA je povinná registrace na základě diplomů Disciplinární řízení vede NCMLA.

Francie: Ordre National des Medecins – lékařská komora, povinné členství, povinná registrace, vede disciplinární řízení, nejvyšší trest je vymazání z registru Odbory jsou nezávislé a členství v nich je nepovinné.

Irsko: Irish Medical Organization (vznikla nově sloučením Irské lékařské asociace a Irské lékařské unie) – nepovinné členství, pouze odborová, komunikační a zastupitelská funkce pro lékařskou profesi. Registrace je povinná skrze asociace, společnosti pro jednotlivé obory (např. asociace kardiologů, stomatologická společnost). Jejich vedení je

jmenováno státem a mají mnoho exekutivních práv, včetně disciplinárního řízení.

Island: Registraci a oficiální povolení k praxi vydává Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí na základě diplomu. Veškeré regulační pravomoci má stát právě skrze Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí. Islandská asociace lékařů je odborový svaz s povinným členstvím. Disciplinární řízení vede zodpovědný orgán Ministerstva. Stomatologové jsou sdruženi ve vlastní stomatologické společnosti, rovněž spadající pod ministerstvo.

Itálie: 103 regionálních asociací sdružených do centrálního FNOMCeO. Ty však mají pouze odborovou funkci Hlavní exekutiva je v rukou ministerstva (stratifikace na centrální, regionální a místní úroveň) Tyto informace pocházejí pouze z písemných zdrojů (pokus o telefonickou verifikaci byl velmi frustrující).

Německo: Mnohavrstevné uspořádání regulačních orgánů (federace ... stát ... region) s rozdělenými kompetencemi. Nejsilnější přímý vliv mají státní Asociace lékařů (17 pro 16 států). U těch je povinná registrace a tyto vedou disciplinární řízení. Jejich vztah k vládě: Jejich kompetence přiděluje parlament v zákonech, oni jsou nezávislá exekutiva. Organizace nemocnic – spadá pod regionální vládu

Nizozemí: Registrace (všichni lékaři i stomatologové) i ostatní exekutiva je v rukou ministerstva (vlády). Mají na to zvláštní oddělení. Existují odbory, které jsou děleny podle specializací (včetně stomatologů) – říkají si asociace a patří pod jednu hlavní Královskou lékařskou asociaci – členství je nepovinné

Norsko: Norwegian board of health – hlavní exekutiva, administrativně je součástí ministerstva zdravotnictví, ale jinak je nezávislá. Šetří stížnosti a vede disciplinární řízení. Má pravomoc odejmout licenci. Norwegian registration authority for health – registruje lékaře a vydává licence Norwegian medical association – odbory Stomatologové mají jiné odbory, ale jinak to samé.

Rakousko: Veškerá exekutiva leží v rukou ministerstva (Federal Ministry of Social Secu-

rity and Generations – BMSG). Stratifikace na federální a regionální sady kompetencí. Důležitý poradní orgán ministerstva – Nejvyšší zdravotní rada (federální úroveň), Vrchní zdravotní rada (státní vláda), složená s profesionálů. Asociace lékařů (podle oborů) – odbory, nepovinné členství

Řecko: 60 regionálních lékařských asociací, sdružené v Panhelénskou asociaci lékařů, vše pod dozorem Ministerstva zdravotnictví, povinná registrace a členství, též odpovědnost za disciplinární řízení (skrze disciplinární komisi). Stomatologové jsou organizováni podobně ale v Helénské stomatologické asociaci.

Švédsko: Swedish medical association (SMA) – nepovinné členství (asi 90% je členem) pouze odborová organizace. Regulační funkci představuje Board of health and welfare (BHW) – státní orgán (paralela Ministerstva zdravotnictví), veškerá exekutiva i disciplinární řízení. Stomatologové jsou sdruženi u jiných odborů, ale spadají rovněž pod BHW.

Švýcarsko: Swiss medical association (SMA) – nezávislá na státu, povinně registruje pouze specialisty a vydává jim licence, členství je nepovinné, disciplinární řízení pouze u etických otázek. Zároveň slouží jako odborová organizace. Kanton – registrace nezávislých lékařů, zaměstnanci nemocnic nemusí. Vydává povolení k praxi každého praktika. Stát (Kanton) a soudy vedou disciplinární řízení v trestních věcech.

Velká Británie: General Medical Council – nezávislá organizace, práva jí přiděluje parlament, ale oni mají exekuci: Registrují všechny lékaře a vydávají a obnovují povolení k praxi. Vedou disciplinární řízení. Stát (ministerstvo) nemá žádné regulační pravomoci. Stomatologové jsou na tom podobně, jen u jiné organizace (General dental council). British medical association je odborový svaz pro lékaře (asi 80% jsou členy)

Použité zdroje: Internet: Stránky ministerstev a odborových organizací jednotlivých zemí WHO: www.observatory.dk (rubrika „country information“) Telefonická verifikace u ministerstev nebo odborových organizací jednotlivých zemí.



Chcete ještě letos pořídit pro vaše podnikání nový automobil?

Ing. Jaromír Adamec

daňový poradce SPLDD ČR

Používání osobního automobilu při podnikání má mnoho dimenzí. Všechny se navzájem ovlivňují a proto je poměrně obtížné popsat ve vzájemné souvislosti a pokud možno ve zkratce všechny z nich. Dovolil bych se zmínit v dalším textu o jedné z těchto dimenzí, a to o dopadech způsobu pořízení automobilu na daňový základ podnikatele s krátkou vsuvkou týkající se zahrnutí vozidla do obchodního majetku.

Před tím je však nutné vytyčit určité předpoklady. Tím prvním bude skutečnost, že budeme předpokládat, že se bavíme o pořízení automobilu fyzickou osobou podnikatelem a že v účetnictví že budeme účtovat o nákladech s ním spojených (odpisy, resp. leasingové náklady, benzín či nafta, opravy, další provozní náplně, tzv. povinné ručení, havarijní pojistka, ...) a nikoliv o tzv. cestovních náhradách (v současnosti ve výši základní náhrady 3,40 Kč za ujetý km a náhrady za spotřebovaný PHM).

Ještě mi dovoluje malou odbočku k výše uvedenému, tj. ke způsobu vykazování nákladů spojených s provozem automobilu ve vlastnictví podnikatele tedy otázce zahrnutí automobilu do tzv. obchodního majetku podnikatele. Daňový dopad zvoleného způsobu může být velice zajímavý a je vhodné před vybráním jedné z obou variant si s tužkou v ruce spočítat všechna pro i proti. Vodítkem by měly být tyto i skutečnosti:

- základní náhrada (tj. 3,40 Kč za ujetý km) vynásobená počtem ujetých kilometrů za rok na straně jedné vztážená proti ročním daňovým odpisům a veškerým nákladům na opravy a údržbu vozidla na straně druhé

- předpokládané množství kilometrů ujeté k soukromým potřebám podnikatele (tyto kilometry poměrně krátí daňové odpisy a náklady na opravy a údržbu vozidla)

- předpokládaná doba po kterou bude podnikatel vozidlo vlastnit, tj. zda u vozidla vloženého do obchodního majetku je předpoklad, že při prodeji bude dosaženo zisku (prodejní cena bude vyšší než daňová zůstatková) a tento bude muset být zdaněn daní z příjmů, případně sociálním a zdravotním pojištěním

- technický stav pořizovaného vozidla, neboť základní náhrada (u vozidla nezahrnutého do obchodního majetku) v sobě obsahuje mj. i náklady na opravy, které tedy nelze považovat za daňově uznatelné výdaje. Shrnuto – rozhodnutí není jednoduché a záleží na porovnání výše uvedených (ale i případně dalších) údajů.

Vraťme se ale k způsobům pořízení automobilu.

V zásadě je možné hovořit o dvou a to pořízení koupí (ať již na úvěr či „hotově“) nebo formou finančního leasingu. Pokusme se oba způsoby popsat.

Finanční leasing je obchodní operace, kdy leasingová společnost pořizuje věc požadovanou budoucím leasingovým nájemcem. Pořízená majetková hodnota zůstává ve vlastnictví leasingové společnosti po celou dobu leasingové transakce a na leasingového nájemce jsou za úplatu převáděna užívací práva k této věci včetně odpovědnosti, nebezpečí a rizika za předmět leasingu. (Osobně považuji za velký problém řešení krádeže předmětu leasingu hlavně v době, kdy do skončení leasingu zbývají už jen měsíce. Většinou zde nájemce splácí nad výdělkem.) Nájemné je možné uznat jako výdaj na dosažení, zajištění a udržení příjmů (tedy jako tzv. daňově uznatelný výdaj) jen za podmínek stanovených zákonem o daních z příjmů, kterými jsou především:

- doba nájmu je delší než 20 % stanovené doby odpisování dle § 30 zákona o daních z příjmů, nejmenší 3 roky

- kupní cena není vyšší než zůstatková cena, kterou by věc měla při rovnoměrném odpisování podle § 31 zákona o daních z příjmů

- automobil musí být po skončení leasingu fyzickou osobou zahrnut do obchodního majetku této fyzické osoby.

Výše uvedené nájemné se u finančního leasingu zpravidla platí nerovnoměrně, nejprve se zaplatí vyšší splátka („mimořádná, nultá, první zvýšená“), která poskytuje určitou garanci pronajímateli a dále následují rovnoměrné splátky nájemného po celou dobu leasingu. Vyloučen samozřejmě není ani jiný postup, např. na začátku smlouvy je zaplacená záloha na nájemné a následující splátky, z kterých se záloha postupně odečítá. Daňově nevýhodnou variantou je případ, kdy by byla pronajímateli zaplacená záloha nikoliv na nájemné, ale na budoucí kupní cenu. Ta by se totiž daňově zohlednila až po přechodu vlastnického práva na nájemce, tedy po skončení finančního leasingu.

Pořízení koupí je klasickým obchodně právním vztahem mezi prodávajícím a kupujícím, kdy na kupujícího přecházejí v určitý okamžik majetková práva k předmětu koupě. Z pohledu daňového není důležité, zda je pro koupi využito vlastních finančních prostředků či úvěru, placené úroky jsou navíc daňově uznatelným výdajem.

Porovnání obou způsobů pořízení automobilu je možné provést z mnoha způsobů. Zaměříme-li se na čistě ekonomický pohled, tedy co je levnější, postavíme na jednu stranu celkovou cenu leasingu

(tedy vše co pronajímateli za dobu leasingu zaplatíme vč. poplatků za uzavření smlouvy, atd.) a na druhou stranu vstupní cenu automobilu a cenu cizích zdrojů tedy zaplacené úroky z úvěru a případné poplatky za sepsání úvěrové smlouvy.

Pokusíme-li se posoudit právní pohled, konstatujeme například, že rozdíl mezi oběma způsoby je dán okamžikem vzniku vlastnictví k automobilu. V případě finančního leasingu přechází vlastnictví po skončení leasingu, v případě pořízení koupí již při této koupi.

Z pohledu doby, jak rychle je možno zahrnout výdaje spojené s pořízením automobilu do daňově uznatelných výdajů (nákladů). V případě leasingu činí doba nájmu minimálně 36 měsíců a vzhledem k tomu, že se počítá s rozlišením na kalendářní měsíce, do tří kalendářních let (a tedy i zdaňovacích období) se vejde pouze v případě, kdy je leasing zahájen v lednu běžného roku. Většinou se však (právě díky zahájení leasingu v průběhu roku) rozloží do čtyř let (a tedy i zdaňovacích období) stejně jako doba odpisování osobního automobilu.

A právě zde nastupuje další pohled, a to jak se promítne do daňově uznatelných výdajů načasování okamžiku pořízení automobilu. V případě odpisování majetku a zvolení zrychlených odpisů činí v jednotlivých letech odpisy 25 %, 37,5 %, 25 % a 12,5 % bez ohledu na okamžik pořízení, což znamená, že v prvním roce je možno odepsat až jednu čtvrtinu vstupní ceny a případně též zaplacené úroky z úvěru na jeho pořízení. Oproti tomu v prvním roce leasingu trvajícího 36 měsíců uplatní nájemce do daňově uznatelných výdajů 1 až 12/36 celkové ceny leasingu a to podle měsíce zahájení leasingu (resp. měsíce, kdy bylo vozidlo předáno ve stavu poskytlém užívání). Lze tedy konstatovat, že trvá-li 36-ti měsíční leasing v prvním roce méně než 9 měsíců ($9/36=1/4$), je v tomto roce z pohledu daňově uznatelných výdajů výhodnější pořídit automobil koupí z vlastních prostředků resp. na úvěr.

Co říci závěrem? I taková věc jako je způsob pořízení automobilu může daňovému poplatníkovi pěkně zamotat hlavu. Cílem tohoto článku nemohla být jednoznačná odpověď na tuto otázku, zda je výhodnější leasing či koupě na úvěr. Cílem naopak bylo poskytnout informace o tom, že případná proklamace obchodníků s automobily o absolutní výhodnosti té či oné varianty stojí za zamyšlení a může být závislá na mnoha aspektech, které prodejce ani nemusí zajímat.



EVROPSKÁ CHARTA AMBULANTNÍ PEDIATRIE

Evropská charta práv dětí a dospívajících ve vztahu k ambulantní pediatrii

Ethics Committee of the European Society of Ambulatory Pediatrics (ESAP)

Francisco PRANDI (coordinator), Vicente MOLINA, Milena LO GIUDICE and Bruno RACLE.

Uvedený materiál vychází z:

1. dokumentu ESAP–SEPA tzv. *Etické principy pediatrické praxe*
2. Charty práv dětí, převzaté rodinnými pediatri (dokument profesní organizace *Federazione Italiana Medici Pediatri*)
3. *Child – Friendly Healthcare Initiative*
4. *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños - Práva dětí a dospívajících přinářející vždy povinnosti ze strany dospělých nebo celé společnosti, která se o ně stará.*

Všechny děti a všichni dospívající v Evropě, bez rozdílu národnosti, pohlaví, kultury, náboženství, státní příslušnosti, sociální třídy nebo omezení fyzického či mentálního, mají právo na:

1. Ošetření i mimo nemocnici lékaři specialisty–odborníky na problémy růstu a vývoje, specializovanými i na prevenci v určitém vývojovém období, odborníky na onemocnění akutní i chronická, beroucí v úvahu jejich aspekt somatický, tak i psychosociální. Tito lékaři budou působit mimo jiné i jako obránci dětí a dospívajících ve všem, co je ve vztahu k jejich zdraví.

2. Využívání programů kontroly zdravotního stavu aplikací všech doporučení preventivní medicíny. Pravidelné kontroly růstu, psychomotorického vývoje, rozvoje smyslových orgánů, chování, adaptace školní i sociální, stejně tak jako očkování dle očkovacího kalendáře, budou objektem odborného zájmu. Tyto programy se budou využívat ke zdravotní výchově dětí a dospívajících, i jejich rodin.

3. Ambulantní léčebná zařízení budou upřednostňovat odpovídající citové vazby mezi členy rodiny, dohlížet na její funkci, zvyklosti a způsoby života. Doporučí jejich nezbytné úpravy, tam, kde mohou mít nepříznivý vliv na jejich zdraví.

4. Mimonemocniční kontakty se budou

odehrávat v příjemném prostředí pro děti daného věku, v doprovodu rodiny a po dobu nezbytně nutnou. Pokusí se navázat pozitivní vztahy mezi zdravotnickým personálem, dítětem a jeho rodinou, s vyloučením situací vyvolávajících strach a stres.

5. Ošetřování mimo nemocnici při onemocněních akutních a chronických, hospitalizaci zkrátit na nezbytné minimum. Proto bude nezbytné adekvátní lékařské vzdělávání, aby byla plynulá komunikace mezi ambulantním lékařem a nemocnicí, tak jako kompletní zařazení dítěte do multidisciplinární péče odborníků, kteří se zabývají chronickými chorobami dětí a dorostu. Ambulantní pediatr musí sledovat vývoj stavu pacienta během hospitalizace.

6. Musí být aplikovány všechny prostředky ke zmírnění bolesti, jak při nemoci, tak při použití nezbytných diagnostických nebo terapeutických technik.

7. Všechny zdravotní informace z mimonemocničního prostředí budou zaznamenány ve zdravotním záznamu náležitě identifikovatelně a ve zdravotním průkazu jednoduše a srozumitelně.

8. Lékař specialista–odborník dá pacientovi a jeho rodině pravdivou informaci, kompletní a také srozumitelnou, pokud jde o nezbytná doprovodná vyšetření, diagnózy, prognózy a plánovanou terapii.

9. Jejich zdravotní data budou důvěrná tak, že budou sdělena pouze jejich rodičům, odborníkům, kteří je potřebují znát pro další lékařskou spolupráci nebo osobám, které rodiče určí. V případě adolescentů musí být důvěra zvláště ve vztahu s jejich rodiči.

10. Pediatri budou respektovat jejich svobodu a nezávislost a budou je informovat přesně a pro ně srozumitelně o všech postupech diagnostických nebo terapeutických, které musí být aplikovány nebo o jejich účasti ve vědeckých studiích, vyžadujících jejich povolení (jestliže na to mají věk nebo mentální kapacitu) nebo jejich souhlas. Souhlas bude nezbytný pro účast ve výzkumných pracích, nikoliv však pro rutinní vyšetření a léčbu.

Během posledního Kongresu ESAP–SEPA, konaného letos v září v Miláně, byla opět diskutována Evropská charta práv dětí a dospívajících ve vztahu k ambulantní pediatrii. Následně byla přijata tzv. Evropská charta ambulantní pediatrie. Uvedený materiál v jednoduché podobě shrnuje problematiku, se kterou by měli být seznámeni všichni evropské ambulantní pediatri, včetně českých PLDD.

Pro VOX zpracovali a přeložili:

**MUDr. Soukup
a MUDr. Dostál**



Kongres Europaediatrics 2003 Praha

MUDr. Tomáš Soukup

místopředseda SPLDD ČR

Ve dnech 19. až 22. 10. 2003 se konal v Praze Kongres Europaediatrics 2003. Místem konání kongresu byl Kongresový palác na Pankráci. Prezidentem kongresu byl Dr. Emanuel Katz, zástupce Izraelské pediatrické společnosti. Pod hlavičkou UNESPA (Union of National European Paediatric Societies and Associations) a CESP (Confederation of European Specialist in Paediatrics) proběhla přímo u nás v Čechách zřejmě největší pediatrická odborná akce.

Základním zaměřením asi 50-ti přednášejících byla oblast všeobecné pediatrie a pediatrických subspecializací. Z více než 900 delegátů bylo asi 16 z ČR. Většina delegátů byla z většiny zemí Evropy, ale početná byla i skupina delegátů z Mexika, resp. i z Jižní Ameriky a také z Izraele. Velmi malá část kongresu byla zasvěcena pediatrické primární péči, konkrétně pouze první den, v podvečer,

v jednom ze sálů, v rozsahu cca dvou hodin.

Velmi zanedbatelná účast českých delegátů je vysvětlitelná prakticky pouze ekonomicky. Relativně vysoký kongresový poplatek, přes 500 Euro, vzhledem k úrovni ohodnocení lékařské práce v Čechách, mohl odradit. A to nepočítám náklady na zástup v ordinaci, ani dnešní tržní cenu ubytování v Praze na několik dní, ani cestovné.

Z mnoha českých přednášejících vystoupil doc. Janda, prim. Starý, Dr. Vejvalka, doc. Zaban, Dr. Macek, Dr. Bláhová, doc. Pohunek – z FN Motol a Dr. T. Soukup za Centrum primární péče SPLDD ČR. Tématem mého sdělení byla pediatrická primární péče v ČR. V některém z příštích čísel se vrátím k zajímavým odborným sdělením.

Kongres byl úspěšný, dobře připravený, Praha okouzila delegáty, pouze relativně chladné počasí některé z nich zaskočilo.

Budoucnost primární péče o děti a dorost v ČR

MUDr. Hana Cabrnchová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Převažujícím modelem primární péče o dítě v Evropě je systém pediatrický a nebo kombinovaný, pouze v šesti evropských státech pečuje o dítě rodinný lékař. Uvedené informace však ještě neupřesňují nakolik je v jednotlivých státech skutečně propracovaný model primární pediatrické péče, tedy péče lékaře, který není pouhým specialistou pro oblast péče o dítě, ale skutečným praktickým lékařem pečujícím o určitou věkovou skupinu, tedy o dítě a o dorost. Nakolik je užší toto věkové období, o které naši kolegové pečují, o to více je kladen důraz na systém propracované prevence s dopady na zdraví pro celý zbytek života. Prodlužování délky života vede zákonitě k nárůstu požadavků na péči geriatrickou, dochází k vzestupu počtu onemocnění, jejichž frekvence výskytu je přímo závislá na stáří pacienta. Za této situace je nemožné se domnívat, že budoucností primární péče může být jeden universálně vzdělaný rodinný lékař. Tento model se jistě osvědčil v zemích, kde v linii prvního kontaktu chyběl lékař jakýkoliv, kdy zajištění dostupnosti péče bez ohledu na kvalitu bylo prioritou. Budování skupinových praxí s profilací se některých rodinných lékařů pro oblast péče o dítě, konzultace specialistů pediatričtů bez další návaznosti poskytované péče, očkování dětí ve školách, preventivní péče vykonávaná středním zdravotnickým personálem, to vše pak nahrazuje chybění modelu, který známe i z České republiky a na který jsme právem pyšní. Jak sledujeme vývoj ve Velké Británii, která v oblasti zdravotnictví nemůže být modelem, ke kterému bychom chtěli směřovat, je zřejmé, že požadavek na dostupnost primární péče pro všechny je prosazován především s důrazem na kvantitu, se snahou o zdvojnásobení sítě rodinných lékařů.

Direktivní vybudování modelu pediatrického zařadilo historicky naši republiku mezi státy, které mají propracovaný model primární péče o dítě a to až do ukončeného devatenáctého roku života. Tento zavedený systém, který zaznamenal

Parlamentní zdravotní seminář

Pediatrická primární péče v ČR před vstupem do EU

– co můžeme nabídnout a co se naopak můžeme naučit

Dne 21. 10. 2003 se uskutečnil pod záštitou Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu PČR parlamentní zdravotní seminář na výše uvedené téma, při příležitosti Kongresu Europaediatrics v Praze.

Smyslem semináře mělo být seznámit účastníky, přední zdravotnické odborníky, poslance, senátory, se systémem pediatrické primární péče v Evropě resp. i v USA, v období krátce před vstupem do EU. Byl jsem pověřen zajištěním velmi kvalitních přednášejících. Zúčastnili se přední pediatrické osobnosti: z Německa (předseda Německé pediatrické akademie – prof. Brodehl), z Itálie (Stefano del Torso – delegát primární péče při CESP), ze Španělska (Maria J. Torregrosa – místopředsedkyně katánské profesní pediatrické asociace), z Belgie

(prof. J. Ramet – generální sekretář CESP) a z USA (Thomas Tonniges – ředitel oddělení komunitní pediatrie). Z českých přednášejících vystoupil doc. Býma, předseda SVL ČLS JEP, Dr. Neugebauer za SPLDD ČR a Dr. Cabrnchová za OSPDL ČLS JEP).

V diskusi vystoupila i předsedkyně PLDD ze Slovenska Dr. Prcúchová, delegátka ze Slovinska, delegát z Bosny a Hercegoviny. Krátce vystoupil i doc. Janda. Závěrem možno konstatovat, že se podařilo velmi úspěšně prezentovat současnou úroveň pediatrické primární péče v ČR, a porovnat ji aktuálně s pediatrickými systémy ve výše uvedených zemích. Zajímavé příspěvky podrobněji zařadíme v příštích VOXech. ■



převratný rozvoj po roce 1989, je také důvodem, samozřejmě ne jediným, proč ve statistických ukazatelích (kojenecká úmrtnost, úmrtnost dětí do 5 let, proočkovanosť dětské populace) předčí Česká republika mnohé již členské státy EU.

Velmi pozitivním krokem porevolučního vývoje v ČR bylo zachování stávající sítě ordinací praktických lékařů (PL) a praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) a vytvoření podmínek pro další rozvoj praxí. Jakkoliv můžeme být dnes kritičtí k výši ohodnocení práce praktických lékařů, je nutné konstatovat, že zvolený model privatizace těchto praxí a následné nastavení způsobu financování, včetně zlomové změny v roce 1997 (zavedení kombinované kapitačně výkonové platby), vedl k zachování systému a možnosti jeho dalšího rozvoje.

Nakolik stagnoval v posledních letech rozvoj materiální, daný výší finančního ohodnocení, docházelo k velmi výraznému odbornému rozvoji lékařů. Důvodem a hnacím motorem se stal konkurenční boj o pacienta, snaha po co odborně i nákladově nejefektivněji poskytované péči. Nastavované modely financování tak stimulovaly PLDD k výraznému rozšiřování znalostí a praktických dovedností tak, aby nahradili práci kolegů specialistů, poskytujících péči jinak indukovanou PLDD. Velmi výrazný rozvoj začala zaznamenávat i oblast rychlé laboratorní diagnostiky, testovacích metod přímo v ordinaci PLDD. Porovnáváme-li systém očkování dětí před deseti lety, zaznamenáváme výrazné posilování individualizace celého procesu kládoucí zvýšené nároky na znalosti PLDD a administrativu ordinace. Bohužel ještě není v možnostech PLDD, aby větší část administrativy

praxe přenechal odborníkům. Zde vidíme oblasti dalšího možného rozvoje praxí.

I přes značné úspěchy a doložitelný efekt tohoto rozvoje (pokles obloženosti pediatrických oddělení lůžkových zařízení), to, co velmi výrazně chybí, je odraz zvyšujících se požadavků na vzdělávání PLDD v legislativní úpravě tohoto systému. Většina kolegů PLDD je absolventy Fakulty dětského lékařství, kdy pregraduální příprava již preferovala budoucí uplatnění a po absolvování atestace následný požadavek na 3 roky praxe doplňoval chybějící praktické vzdělání. Bohužel však již několik let probíhá vzdělávání na lékařských fakultách podle jednotného modelu fakulty všeobecného lékařství a adekvátně nebyl upraven systém postgraduálního vzdělávání dětských lékařů. Stále narážíme na nepochopení více odborností v rámci jednoho oboru pediatrie. Lékaři pracující v terénu jako pediatri v primární péči tak mají stejné vzdělání zakončené stejnou atestací jako kolegové pracující samostatně v lůžkových zařízeních. Reflexe rozvoje primární pediatrické péče uvedená i v doporučení EUMS (European Union of Medical Specialists) pro obor pediatrie se tak zákonitě musela promítnout do požadavku na odlišnost postgraduálního vzdělávání prosazovaného samostatnou odbornou společností praktických dětských lékařů.

Poslední připravená verze zákona o vzdělávání lékařů (Zákona o způsobilosti k výkonu lékařského povolání) definuje mnoho oborů zabývajících se péčí o dítě, jejichž role v systému poskytování péče není rovnocenná. Mezi obory se tak zařadily i okrajové specializace, na druhou stranu se však objevuje i nový obor rodinný lékař. Aktivitu směřující k ustavení samostatné-

ho oboru rodinný lékař by pak v praktické realizaci mohly znamenat existenci pouze dvou oborů v primární péči, tedy praktického lékaře pro dospělé a lékaře rodinného. To bylo také důvodem, proč naše odborná společnost na základě dohody odborných pediatrických společností o odlišnosti vzdělávacího curricula pro PLDD následně prosazovala a prosazuje i nadále ustavení samostatného oboru, který má pro primární pediatrickou péči v ČR své historické i odborné opodstatnění. Ve svém důsledku v něm spatřujeme i legislativní zakotvení stávajících 2200 praxí PLDD v systému primární péče.

Co vede Ministerstvo zdravotnictví ČR k ustavení oboru rodinný lékař do legislativy ČR? Požadavek na kompatibilitu vzdělávání členských států EU nás nenutí k ustavení nového oboru. Kompatibilita je dána především náplní vzdělávání, délkou pobytu na akreditovaném pracovišti a nikoliv názvem složené atestace. V některých členských státech se dokonce atestace v podobě, jak je známe z ČR, ani neskládá, pouze za účelem způsobilosti je nutné doložení délky realizovaného vzdělávání, které musí splňovat požadavky dané evropskými doporučeními pouze ve své minimální délce, jinak respektující specifika členského státu EU. Umožnit realizovat takovéto vzdělání v ČR budoucím zájemcům o výkon této profese v zemi, kde historicky obor rodinný lékař v primární péči zůstává, je možné ihned po definici akreditovaného pracoviště. Je ale otázkou, zda o takovéto odborníky má mít zájem i Česká republika. ■

Příspěvek byl přednesen na 11. parlamentním zdravotním semináři dne 21. 10. 2003.

Organizace primární péče o děti a dorost v ČR

MUDr. Pavel Neugebauer

Předseda SPLDD

Celosvětově i v Evropě existují významné rozdíly v pojetí primární péče, její organizaci, financování i postavení profesionálů a jejich vzdělávání. Přes tyto rozdíly existují společné principy a je možno formulovat společné cíle. Dovoluji si tedy použít definici, která je v souladu s naplňováním strategie WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“.

Tato definice by tedy zněla asi takto:

„Primární péče je koordinovaná komplex-

ní zdravotně-sociální péče poskytovaná ze jména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby.“

Primární péče by proto měla být nepřetržitě dostupná a měla by úzce navazovat na ostatní složky zdravotnického systému a dalších potřebných služeb mimo zdravotní systém.

Kvalita primární péče by měla být v první řadě garantována odpovídajícími odborníky. Proto je nezbytné, aby bylo zajištěno jejich komplexní vzdělání. To se týká všech zdravotníků, kteří tuto péči poskytují, tedy počínaje ošetřovateli přes střední zdravotnický perso-



nál a konče u lékařských profesí. Nezanedbatelnou podmínkou je pak i odpovídající vybavení a samozřejmě i splnění hygienických kritérií pro provoz zdravotnických zařízení poskytujících tento druh zdravotní péče.

V našich podmínkách jsou poskytovateli primární zdravotní péče následující zdravotnická zařízení lékařů, kde je primární zdravotní péče poskytována na základě dobrovolné registrace občana.

- Ordinance praktických lékařů (pro dospělé) – registrace občanů od 14ti let
- Ordinance praktických lékařů pro děti a dorost – péče o věkové skupiny od narození do dosažení 19. narozenin
- Ordinance ambulantních gynekologů – péče o populaci bez rozlišení věku
- Ordinance ambulantních stomatologů – bez rozlišení věku

Jak již bylo uvedeno výše, podmínkou pro poskytování komplexní primární zdravotní péče hrazené z tzv. veřejného zdravotního pojištění je registrace občana. Způsoby registrace a z ní vyplývající nároky na čerpání zdravotní péče specifikuje zákon č.48/1996 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Úhrada poskytnuté zdravotní péče je pak realizována poskytovatelům zdravotní péče zdravotními pojišťovnami, kterých je u nás devět. Ta největší, Všeobecná zdravotní pojišťovna registruje v současnosti kolem 70% naší populace.

Nezanedbatelnou úlohu v systému poskytování primární zdravotní péče mají i další zdravotnická zařízení, která lze shrnout pod název – **agentury domácí péče**, poskytující komplexní zdravotní péči občanovi v jeho domácím prostředí. Tato péče je zaměřena především na ošetřovatelství a je poskytována především kvalifikovanými středními zdravotnickými pracovníky. Tento druh zdravotní péče má na rozdíl od předcházejících vyjmenovaných ordinací lékařů poměrně krátkou tradici a v některých lokalitách teprve hledá své místo v systému. Dnešná, a někde je tomu tak dosud, byla tato činnost poskytována přímo z ordinací praktických lékařů zdravotními sestrami a dále byla doplňována sociálními službami organizovanými jednotlivými městy. I tak zůstává poskytnutí tohoto druhu zdravotní péče zcela závislé na jejím předepsání registrujícím praktickým lékařem. Nutno podotknout, že tradice poskytování tohoto druhu zdravotní péče v případě péče poskytované dětem má v našich podmínkách prakticky nulovou tradici, neboť dosud je tento druh zdravotní péče poskytován prakticky výhradně ordinacemi praktických lékařů pro děti a dorost.

Do výčtu poskytovatelů primární zdravotní péče v našich podmínkách je třeba zahrnout i ordinace – **lékařské služby první pomoci a lékárenské pohotovostní služby**. Jde o pohotovostní ordinace jejichž organizace doznala v posledních letech mnohé změny o kterých se ještě zmíním.

Institut tzv. rodinného lékaře, tzn. lékaře poskytujícího lékařskou péči všem věkovým kategoriím, nebyl dosud u nás zaveden, i když se na toto téma již několik let vedou diskuse. Jeho uplatnění v našich podmínkách závisí na mnoha faktorech. Především je to nulová tradice, díky níž lze spíše předpokládat preferenci obou typů současných praktických lékařů. Často zmiňovaný nepříznivý demografický vývoj, kdy přibývá občanů ve vyšších věkových kategoriích, prodlužuje se střední délka života a porodnost se drží na nízkých hodnotách, nemusí být nutně limitujícím faktorem. Neustále se zlepšující mobilita nejen na straně občana, ale i na straně poskytovatelů zdravotní péče postupně eliminuje požadavek na úplnou saturaci všech oblastí poskytovateli primární zdravotní péče. Nezanedbatelnými faktory jistě budou i faktory ekonomické, ale i kvalitativní, odrážející rozsah a kompetence práce obou typů praktických lékařů.

Primární zdravotní péče tedy není v našich podmínkách poskytována jen praktickými lékaři, ale tito jsou rozhodně jejím základním článkem a výrazně rozhodují o kvalitě a charakteru primární péče. Výsledná kvalita je pak odrazem jejich vzájemných vazeb, vztahů a koordinace jak uvnitř systému primární péče, tak i směrem k dalším službám mimo ni a není tak závislá pouze na jejich množství a kvalitě jejich vlastní činnosti.

Ukazuje se, že ani rozvinuté společnosti zatím nedokázaly vyvinout takovou soustavu zdravotnictví, která by se pružně adaptovala potřebám společnosti a přitom by se vyvíjela v rámci hospodárných proporcí. Značný růst specializace, farmaceutický a přístrojový pokrok znamenal a znamená velký vzrůst výdajů společnosti na zdravotnictví. Vzniká otázka, nakolik je tento růst objektivně potřebný pro zdraví obyvatelstva, nakolik je vynucen předimenzovaností zdravotnické soustavy.

Ve všech zdravotních systémech je však možno pozorovat jisté trendy. Od kurativy je přenášěn důraz na prevenci a podporu zdraví, namísto drahé nemocniční péče je tendence posilovat levnější péči ambulantní, vedle vysoce specializované péče je podporována péče všeobecná, integrující péči

zdravotní a sociální, pro náročné a drahé postupy je hledána stejně efektivní a přitom levnější alternativa.. Všechny uvedené faktory vedou k posilování role praktického lékaře a primární péče jako klíčového článku zdravotnické soustavy.

Primární péče v našich podmínkách se v době socialistického zdravotnictví profilovala do budování společných pracovišť, zdravotních středisek a poliklinik, což sice přinášelo soustředění zdravotní péče na jedno místo, ale poskytování zdravotní péče se začalo vzdalovat od občana a to i v souvislosti s nakupením množství specialistů na těchto pracovištích. Péče se pak postupně začala přesouvat právě do ambulancí specialistů a postupně klesal statut praktických lékařů, jako lékařů s širokým spektrem znalostí a praxe.

Tyto skutečnosti se staly rozhodujícím momentem transformace našeho zdravotnictví v devadesátých letech minulého století. V soustavě primární péče, stejně jako v dalších sférách zdravotnictví, byla spuštěna privatizace, která vedla postupně k dnešnímu stavu, kdy převážná většina péče praktických lékařů, tedy i praktických lékařů pro děti a dorost, je poskytována samostatnými ordinacemi pracujícími v režimu tzv. soukromých, resp. nestátních zdravotnických zařízení. Desetiletí prohlubované specializace však dodnes fixují v ambulantní sféře nastavené rozhraní mezi specialisty a praktickými lékaři.

Po létech socialistického zdravotnictví tak byli, a dodnes i jsou, praktičtí lékaři přístrojově nevybavení a při nízké hodnotě lidské práce v celkových nákladech zůstal jejich průměrný měsíční příjem nebezpečně hluboko pod hladinou příjmů ambulantních specialistů. Tato skutečnost se, bohužel, nepříjemně odráží i v některých trendech, kdy roste počet specialistů, což má sice umožnit postupné nahrazování vysoce nákladné lůžkové péče péčí ambulantní, není však sledován odpovídajícím růstem úlohy praktických lékařů.

Srovnání obsahu primární péče u nás a v zahraničí tak v současné době ukazuje, že specialisté stále poskytují řadu služeb, které by mohli poskytovat právě praktičtí lékaři. Projevuje se to nejen v přístrojovém vybavení, ale i v rozsahu poskytovaných diagnostických a terapeutických výkonů, ale i ve formálních požadavcích na vzdělání a praxi lékařů před udělením povolení k otevření praxe. Rozdílnost v šíři přístrojového vybavení a kompetencí provádět různé léčebné a di-



agnostické výkony je přitom limitním faktorem adekvátnosti odesílání pacientů ke specialistům.

Z hlediska současného platného právního řádu České republiky není pojem primární péče zakotven v žádném právním předpise, který by se týkal oblasti zdravotnictví. Není-li definice, je pochopitelné, že není upraven ani obsah a formy primární péče, postavení poskytovatelů primární péče a ani jejich rozdělení a kompetence. V základním právním předpise, který koncepčně charakterizuje poskytování zdravotní péče, tj. v zákoně č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, jsou zmiňovány jednotlivé druhy zdravotní péče a podmínky jejich realizace pouze v členění na péči ambulantní, nemocniční, lůžkovou, závodní, atd. Pouze v již zmíněném zákoně č.48/1996 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, se objevují pojmy praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost, ovšem bez bližšího vymezení.

Polikliniky a zdravotnická střediska se tedy privatizací převážně rozvolnily do soustavy samostatných zdravotnických zařízení, kdy z úhrnného počtu praktických lékařů pro dospělé z 4.420 bylo k 31.12.2002 privátních přibližně 96%, praktických lékařů pro děti a dorost z 2.111 97%, ambulantních stomatologů z 5.410 99% a ambulantních gynekologů z 1.131 97%..

Tyto zdravotnické subjekty představují určitou síť, která zabezpečuje primární péči pro 10.203.269 obyvatel ČR (údaj k 31.12.2002) a zahraniční pracovníky a návštěvníky, přičemž na jednu ordinaci praktického lékaře pro dospělé připadá průměrně 1.900 obyvatel a na jednu ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost průměrně 900 obyvatel. Z demografického přehledu pak vyplývá, že od roku 1990 ubývá postupně celkový počet obyvatel ČR (k 31.12.1990 to bylo 10.364.124 obyvatel), neboť ročně umírá cca 109 000 obyvatel přičemž se postupně prodlužuje střední délka života (v r. 1990 zemřelo 129.166 obyvatel, zatímco v r. 2002 – 108.243 obyvatel) Zajímavý je vývoj porodnosti, kdy v roce 1990 se živě narodilo 130.564 dětí, zatímco v roce 1996 to bylo již jen 90.446 dětí. Toto číslo zůstává od tohoto roku prakticky nezměněno do roku 2001, v roce 2002 došlo k mírnému nárůstu na 92.786 živě narozených dětí. Poslední číslo, které bych rád uvedl je počet obyvatel věkové kategorie 0–19, kdy k 31.12.2002 to bylo 2.255.048 obyvatel. Pokud by tedy byla péče této věkové skupině poskytována výhrad-

ně praktickými lékaři pro děti a dorost, činil by podíl na 1 ordinaci přibližně 1.068 obyvatel. V ČR však mohou registrovat praktičtí lékaři pro dospělé občany od 14 let věku.

Dalším důležitým faktorem je skutečnost, že dvě třetiny z celkového počtu praktických lékařů tvoří ženy a převážná část praktických lékařů spadá do věkové kategorie 40–70 letých.

Od počátku transformace zdravotnictví je uznávána potřeba posílit roli praktického lékaře v systému zdravotní péče, avšak bez vytvoření k tomu nezbytných podmínek a opatření, a zároveň bez možnosti regulovat a kontrolovat rostoucí náklady. Podíl primární péče na výdajích na jednoho pojištěnce zdravotních pojišťoven vykazuje dokonce sestupnou tendenci (za 10 let, tj. od roku 1993, kdy to bylo cca 7,05 % na současných 4,95 %).

Nejen z důvodů administrativní náročnosti se v praxi neosvědčila čistá forma úhrad za výkon s bodovým ohodnocením každého výkonu. Tato metoda vedla především k motivaci poskytování kvantity zdravotní péče se zákonitě se zvyšujícími výdaji, a to při neuspokojivém finančním ohodnocení praktických lékařů. Proto došlo v roce 1996 ke změně a od tohoto roku jsou praktičtí lékaři odměňováni formou kombinované kapitační platby, jejíž podstatou je kombinace paušální platby za registrovaného pojištěnce a platbou za vybrané výkony s hodnotou bodu, stanovovanou při tzv. dohodovacím řízení mezi zástupci poskytovatelů a zástupci zdravotních pojišťoven. Mezi hrazené výkony pak spadají především výkony prevence a některé další výkony vázané na určité přístrojové, či prostorové vybavení ordinace praktického lékaře.

Vzhledem k již zmíněné neexistenci legislativní ani faktické definici primární péče v podmínkách České republiky se však dohodovací řízení omezují na dohodování rozdělení příjmů zdravotních pojišťoven ze zdravotního pojištění bez zohlednění jakékoliv zdravotní politiky, tj. bez zohlednění potřeb či možností společnosti. V České republice tak nebyly a dosud nejsou vytvářeny podmínky na posílení role praktického lékaře

a ani pro vytvoření plně integrovaného systému zdravotně-sociální péče. Primární péče tak představuje slabý, opomíjený a legislativně nevymezený článek zdravotnického systému.

Závěrem si dovoluji vyslovit své přání, aby došlo konečně k naplnění skutečné úlohy praktického lékaře nejen legislativně, ale především fakticky, aby bylo možno maximálně naplnit pojmy charakterizující základní prvky primární péče – prevence, dostupnost, účelnost, kvalita, přehlednost, citlivost, humanita, ale i ekonomičnost, k čemuž jsou nutné kroky především ze strany státu, ale i každého z nás, každého praktického lékaře. Jsem hluboce přesvědčen, že vzhledem k rozsahu komplexnosti poskytování primární zdravotní péče je i nadále žádoucí současné členění na praktického lékaře pro dospělé a praktického lékaře pro děti a dorost. Jen jasná koncepce zdravotní politiky a tomu odpovídající kroky přivedou do našich řad nové tváře, které nám pomohou překonat současný generační problém a zajistí i atraktivnost obou odborností praktických lékařů pro absolventy lékařských fakult.

Příspěvek byl přednesen na 11. parlamentním zdravotním semináři dne 21. 10. 2003.

Nestlé



Moderní léčba dětské leukemie je především ambulantní

Prof. MUDr. Jan Starý, DrSc.

II. dětská klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Souhrn

Leukemie tvoří 30% zhoubných nádorů v dětském věku a jsou tak nejčastější malignitou ve věkovém období 1–15 let. U dospívajících mezi 15–19 lety se s germinálními nádory dělí o druhé místo za maligními lymfomy. Nejčastějším typem leukemie a tím i nejčastější malignitou v dětském věku je akutní lymfoblastická leukemie (ALL), která tvoří 80% všech leukemií a 25% dětských nádorů. Akutní myeloidní leukemie (AML) tvoří 15% leukemií, myelodysplastický syndrom (MDS) 5% a chronická myeloidní leukemie (CML) 2–3% leukemií. Incidence leukemie je v naší populaci 5 nových případů/100 000 dětí ve věku 0–18 let/rok.

■ Etiologie a patogeneze

Dětská ALL se svými biologickými vlastnostmi liší od ALL dospělých. Vrcholem výskytu je období mezi 2–5 lety života, druhý méně výrazný vrchol je v období puberty. Batolata a předškolní děti mají velkou většinou charakteristický genotyp leukemických buněk – zvýšený obsah DNA v jádře (hyperdiploidie > 50 chromozomů) nebo nálezu fusního genu TEL/AML1, produktu nejčastější translokace nacházené u dětské ALL – t(12;21). Výsledky léčby jsou v této věkové kategorii velmi dobré a jsou to právě tyto děti, které pozitivně ovlivňují výsledky léčby ALL jako celku. Jsou doklady, že právě v této věkové kategorii výskyt leukemie v posledních 20 letech v České republice stoupá.

Téměř všechny dětské leukemie mají prokazovanou změnu počtu a/nebo struktury chromozomů v nádorové krvi, což je dokladem teorie vzniku dětské leukemie jako důsledku opakovaného poškození chromozomální výbavy normálního prekursoru lymfocytu, které počíná již v intrauterinním životě. Při vyšetření 100 pupečnickových krví zdravých novorozenců metodami molekulární biologie jsme našli u 4% dětí fusní gen TEL/AML1. Výskyt dětské leukemie je přitom o tři řády nižší, což znamená, že tato změna sama o sobě není schopna vyvolat leukemii, ale musí následovat série dalších poškození buněk. Příčinou těchto dalších chromozomálních změn mohou být běžné virové a bakteriální infekce. Dětská ALL se tak jeví jako abnormální odpověď dětského organismu na běžné infekce. Oporou prenatálního vzniku prvního poškození buňky je průkaz

stejných chromozomálních změn při diagnóze dítěte například v 5 letech života a při zpětném vyšetření (backtracking) Guthrieho kartiček s krví odebranou při skríninku novorozenců. Je-li teorie o prenatálně vzniklé „predispozici“ k leukemii platná pro všechny děti není zatím prokázáno. Je pravděpodobné, že různé chromozomální změny mají různou schopnost indukovat vznik nádorového bujení. Zatímco vznik TEL/AML1 fusního genu (fusní gen obsahuje jednu alelu genu TEL) sám o sobě k vzniku leukemie nestačí a musí následovat další změny genetické výbavy buňky (ztráta druhé alely genu TEL na 12 chromozomu, další strukturální a početní změny chromozomů), je produkt translokace t(4;11) – fusní gen MLL/AF4, rovněž vzniklý intrauterinně, zřejmě rozhodující příčinou vzniku ALL v kojeneckém věku. Rovněž u chronické myeloidní leukemie je její charakteristický chromozomální nálezu, tzv. Filadelfský chromozom – translokace t(9;22) a její produkt, fusní gen BCR/ABL, rozhodující příčinou (i když opět ne jedinou) vzniku této leukemie. Na rozdíl od ALL je CML onemocněním starších lidí. Při skríninku genu BCR/ABL molekulárními metodami stoupal jeho výskyt s věkem vyšetřených a byl nalezen u zdravých lidí, kteří nikdy leukemií ne onemocněli. Fusní geny, produkty strukturálních odchylek chromozomů, poškozených endogenními i exogenními faktory, způsobují nádorové bujení zvýšením exprese („zapnutí“) onkogenů a snížením exprese („vypnutí“) tumor supresorových genů. Důsledkem je porušení funkce buněčných drah, které přináší do jádra podněty zevního prostředí

obklopujícího buňku, zástava diferenciace buňky při zachovalé či zvýšené schopnosti proliferace, vznik klonální populace buněk vzniklých z jedné poškozené buňky, nesoucí s mateřskou krvinkou stejnou povrchovou výbavu (fenotyp) a stejné chromozomální změny (genotyp). Výzkum molekulární biologie buňky je v posledních letech opakovaně oceňován Nobelovou cenou. Pokroky jsou úžasné a dávají naději na změnu našich léčebných postupů – úspěšnou snahu ovlivňovat buněčné pochody související s nádorovým bujením. Příkladem této „cílené léčby“ je preparát Glivec, který vzbudil oprávněné naděje pacientů s CML na vyléčení před několika lety. Tento lék blokuje konstitučně vzniklou tyrosin kinázovou aktivitu fusního onkogeny BCR/ABL vazbou na ABL kinázu, jejímž důsledkem je inhibice schopnosti ABL přenášet fosfát k proteinům zajišťujícím přenos signálu v buňce. Buňka přestává proliferovat a podléhá buněčné smrti (apoptóze). Velké naděje vkládané do tohoto léku nové generace byly „přibrzděny“ poměrně rychle vznikající rezistencí u některých pacientů. Buňka se brání zvýšením exprese BCR/ABL (a tím zvýšením produkce proteinu indukujícího proliferaci) a mutací vazebného místa ABL pro Glivec. Na vývoji nových léků vstupujících do patogeneze nádorového bujení na úrovni buněčných drah se intenzivně pracuje a řada z nich je již ověřována v klinických studiích I. a II. etapy u pacientů. Zatím je velmi pravděpodobné, že budou tyto léky kombinovány s chemoterapií a jejich použití by mělo celkové výsledky léčby zlepšit. Nicméně nezdá se reálné, že by chemoterapie byla

Azitrox



v blízké budoucnosti zcela nahrazena cílenou léčbou. Léky blokující produkty onkogenů jsou pouze dalším stupněm k úspěchu v boji s maligními nádory. „Definitivní“ léčba malignity se může odehrávat pouze na úrovni změny genetické odchylky k nádoru vedoucí, léčby genotypu nádoru. Genová terapie opravující poškozené geny je v onkologii předmětem výzkumu již více než desetiletí, praktické pokroky zatím nejsou velké. Příklad

ky a změny jsou diskrétní (mírná anemie, leukopenie, trombocytopenie) jsou-li vůbec. Častěji se změny v krevním obraze vyvíjí až v čase. Pro tuto leukemii je používán název „doutnající“ či oligoblastická leukemie, dokládající její vývoj v čase týdnů i měsíců. Včas provedená aspirace kostní dřeně (což je spíše výjimkou) prokazuje pomalý nárůst leukemického klonu se zvyšujícím se podílem nádorových krvinek v diferenciálu kostní

nická purpura či naopak maligní lymfom při lymfadenopatii a tumoru mediastina. Je nutno zdůraznit, že rozlišení ne Hodgkinských lymfomů a ALL je často pouze arbitrážní na podkladě procenta blastů v kostní dřeni (> 25% blastů = leukemie, < 25% blastů = lymfom), protože biologické chování obou malignit je velmi obdobné. Rovněž léčba není, s výjimkami jako je Burkittův lymfom/leukemie, zásadně odlišná.

Stanovení správné diagnózy a přesného podtypu leukemie je spolu s odbornou úrovní ošetřujícího lékařského týmu hlavním prognostickým faktorem úspěchu léčby. Obecně platí, že ve fenotypu ALL je nutné odlišit leukemii z prekurzorů B lymfocytů (85% všech ALL) a T lymfocytů (15%). T-ALL se léčí intenzivněji, má sklon k vzniku časných relapsů a leukemické infiltraci mozku. Klíčovým prognostickým faktorem je genotyp leukemické buňky. Některé podtypy leukemie (u dětí relativně vzácné), jako je například ALL s Filadelfským chromozomem (Ph1+ALL) či MLL/AF4+ALL (postihuje 40% kojenců s leukemií) mají nepříznivou prognózu a jsou léčeny podle velmi intenzivních schémat včetně transplantace kostní dřeně. Situaci odběru dostatečného množství biologického materiálu pro výše uvedená vyšetření někdy komplikuje sklon dětských ALL k „suchým“ punkcím kostní dřeně, kdy se dostatek buněk získává jen obtížně. Nicméně přesné stanovení podtypu leukemie je imperativem a proto v České republice existuje systém referenčních laboratoří morfologie, průtokové cytometrie, cytogenetiky a molekulární genetiky, které provádí některá specializovaná vyšetření či potvrzují diagnózu „druhým čtením“.

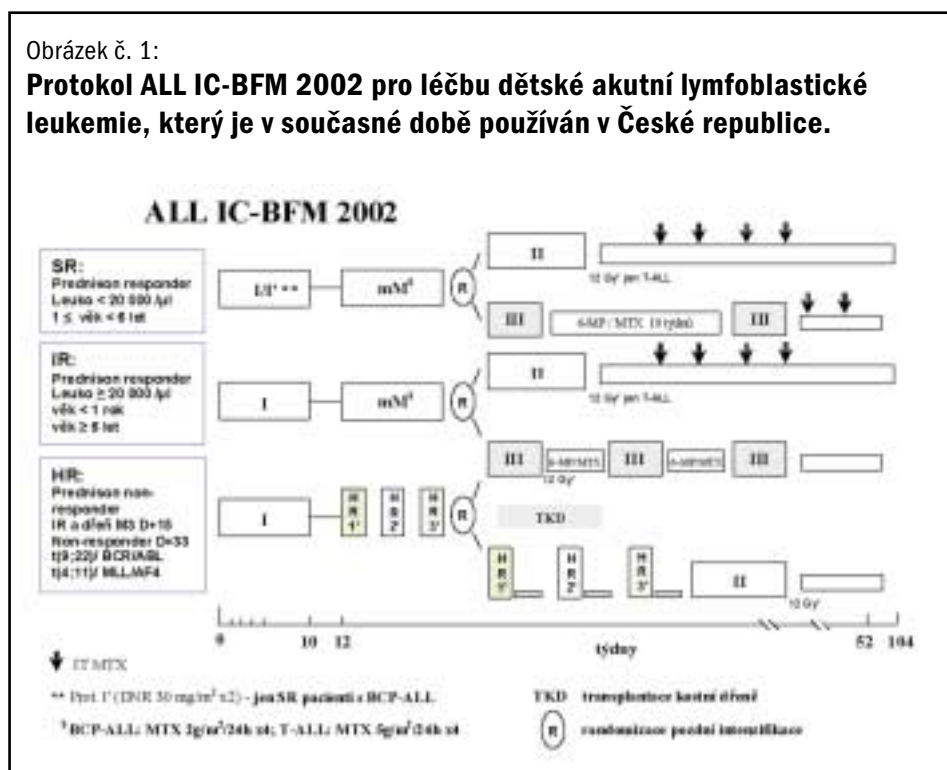
Dalším významným prognostickým faktorem je časná odpověď na léčbu (obecně platné pravidlo v onkologii), kterou hodnotíme u ALL úbytkem blastů v periferní krvi po týdenním izolovaném podávání prednisonu v kombinaci s jednou intratekální aplikací metotrexátu a mizením blastů z kostní dřeně, provedené za dva týdny od zahájení léčby. Remisi (klidové stadium nemoci s poklesem blastů v kostní dřeni po 5% a obnovením normální krvetvorby) dosahuje po měsíci léčby 99% dětí s ALL. Děti s pomalou redukcí nádorové masy (pomalí respondéři) tvoří u ALL relativně malou skupinu pacientů (cca 15%) se špatnou prognózou v důsledku zvýšeného rizika relapsů.

Léčba

Léčba dětské ALL je vedena podle proto-

Obrázek č. 1:

Protokol ALL IC-BFM 2002 pro léčbu dětské akutní lymfoblastické leukemie, který je v současné době používán v České republice.



Glivecu a vývoje rezistence vůči němu dokládá, že účinný boj s rakovinným bujením je „během na dlouhou trať“.

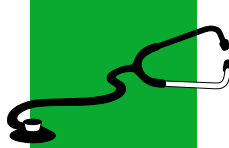
■ Akutní lymfoblastická leukemie

Diagnóza

Horečka či subfebrilní teploty k leukemii patří, mohou být způsobeny interkurentní, většinou banální infekcí, ale bývají i důsledkem nadměrné sekrece cytokinů nádorovými buňkami. **Klasická „leukemická triada“ – hemoragická diatéza, hepatosplenomegalie a lymfadenopatie, se vyskytuje při diagnóze asi u jedné třetiny pacientů. Bolesti kostí, typicky střídavě postihující dolní končetiny, rameno, ale i páteř,** mohou dokonce způsobit, že dítě odmítá chodit a je podrobováno řadě ortopedických a revmatologických vyšetření. **Krevní obraz, je-li proveden, často neobsahuje leukemické buň-**

dřeně. Protože kostní změny viditelné na rtg skeletu k leukemii patří, může být nález osteolytických změn a periostózy hodnocen jako podezření na kostní nádor či osteomyelitidu. Otevřená biopsie kosti je pro pacienta zátěž, vede ale diagnózu správným směrem. Jistě by jejímu provedení měla předcházet aspirace kostní dřeně. Ve snaze zabránit odhalování diagnózy a indikaci nadbytečných a někdy pacienta značně zatěžujících vyšetření je na místě zahrnout dětského hematologa do týmu konsiliárních odborníků dříve. Aspirace kostní dřeně je v rámci diferenciální diagnózy vyšetřením dítěte minimálně zatěžujícím, které může vést diagnózu správným směrem.

Protože hepatosplenomegalie není u dětské leukemie pravidlem a **krevní obraz vykazuje častěji pancytopenii než leukocytózu,** stojí v diferenciální diagnóze leukemie aplastická anemie, ale i imunní trombocytope-



kolů, vyvíjených v mezinárodní spolupráci. Počátkem 60. let dvacátého století všechny děti s ALL zemřely, začátkem 21. století lze vyléčit 80% dětí. Léčba málokterého zhoubného onemocnění učinila takový pokrok. Je několik důvodů tohoto úspěchu. Dětská ALL je většinou mimořádně citlivá k chemoterapii podávané v kombinované podobě. Více léčby je lépe pro dětskou leukemii – děti těžší z intenzivních postupů, nemají většinou komorbiditu tak typickou pro starší pacienty, intenzivní a plynulá léčba v prvních týdnech vede k účinné eradikaci leukemických buněk a zabraňuje vývoji rezistentních mutant.

Filosofie léčby dětské ALL – intenzivní krátkou indukci dosáhnout remise (první polovina protokolu I – obrázek 1), kterou posílí méně intenzivní konzolidační léčbou (druhá polovina protokolu I, protokol mM, bloky HR na obrázku 1), v intervalu cca 6 měsíců od diagnózy zničit zbylé leukemické buňky zopakováním indukce ve zkrácené podobě (protokol II nebo protokol III – obrázek č. 1) (pozdní intenzifikace) a úspěch léčby pojistit udržovací léčbou podávanou po dobu několika let (viz obrázek 1), to vše za podmínky účinné likvidace blastů v centrálním nervovém systému intratekální aplikací cytostatik, eventuálně zářením, se stala modelem pro celou řadu jiných onemocnění. V současné době v České republice aplikovaný protokol pro léčbu ALL nese zkratku ALL IC-BFM 2002 (Interkontinentální protokol léčby dětské ALL vycházející ze zkušenosti německé studie Berlin-Frankfurt-Münster – BFM) a je současně používán v dalších 13 zemích 3 kontinentů. Studie má společnou databázi a výsledky léčby budou vyhodnoceny společně. Obrázek 1 znázorňuje zařazení pacientů do 3 rizikových skupin (SR=standardní riziko, IR=střední riziko, HR=vysoké riziko), prognostické faktory, které toto zařazení vytvářejí a celkový design protokolu v délce trvání 2 roky. Všichni pacienti podstupují randomizaci (®) ve fázi pozdní intenzifikace. Metoda náhodného zařazení pacientů do jednoho ze dvou navržených ramen má za cíl zjistit, jestli přerušovaná léčba (2-3x protokol III=zkrácená varianta protokolu II, není účinnější než kontinuální chemoterapie (1x protokol II).

Výsledky léčby dětí s ALL se liší podle stupně rizika (obrázek 2). Děti standardního a středního rizika jsou léčeny méně intenzivně a přesto mají prognózu významně lepší než děti s vysokým rizikem (cca 15–20% dětí), které i přes intenzivní léčbu prodělávají časté relapsy. Výsledky léčby dětí vysokého

rizika se daří zlepšovat jen pomalu. Hlavním důvodem je rezistence blastů k běžně používaným cytostatikům. Transplantace kostní dřeně má potenciál tyto výsledky zlepšit.

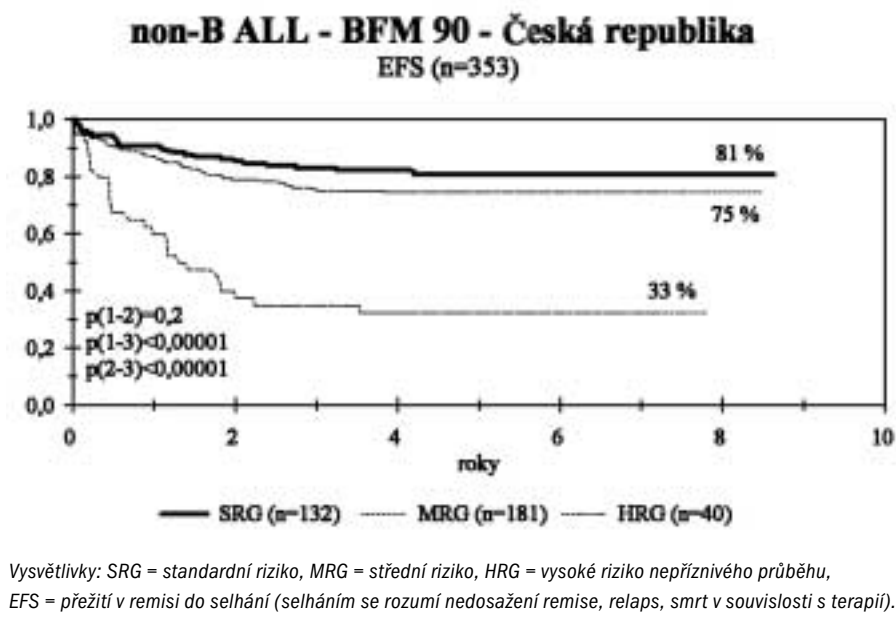
U ALL provádíme většinu léčby ambulantním způsobem. Pacient je propuštěn do domácí péče krátce po zavedení dlouhodobého centrálního žilního katetru (CŽK) a úspěšné iniciální redukcí zvýšené nádorové masy (riziko renálního selhání a metabolického rozvratu). Děti přicházejí k ambulantní léčbě chemoterapií, intratekální aplikací léků a transfusím v častých intervalech. Některé fáze protokolu (zejména léčba vysokého rizika) je nutné provádět při hospitalizaci. Důsledkem chemoterapie je imunodeficience, aplázie kostní dřeně s pancytopenií a poškození tkání obsahujících rychle se dělící buňky jako jsou například sliznice. Riziko exogenní a endogenní infekce je značné, proto jsou **rodiče dětí poučeni o nutnosti do- stavit se do 2 hodin od vzestupu teploty**

dětem léčeným intenzivní chemoterapií – vynechat čerstvou zeleninu, mléčné výrobky s obsahem živých kultur, i většinu čerstvého ovoce. Po skončení intenzivní léčby (cca po 8 měsících) navazuje již méně intenzivní léčba udržovací (kombinací dvou perorálních cytostatik merkaptopurinu a metotrexátu), intervaly kontrol se prodlužují, funkce imunitního systému se zlepšuje, dítě (ale i rodina) se „vrací do života“ (návrat do školy, do kolektivu dětí, uvolnění diety, vynětí CŽK atd.). Přesto po celou dobu chemoterapie i po jejím bezprostředním skončení (do 6 měsíců po léčbě) je nutné zachovat maximální opatrnost a rychlé reakce na počínající infekci. Děti užívají preventivně po celou dobu udržovací léčby cotrimoxazol dva dny v týdnu v prevenci Pneumocystové pneumonie. Rodiče jsou poučeni, aby v případě kontaktu s varicelou (tj. od 2 dnů před výsevem do krust) ihned nahlásili tuto skutečnost lékaři. Riziko infekce sníží aplikace imunoglobulinu se zvý-

Obrázek č. 2:

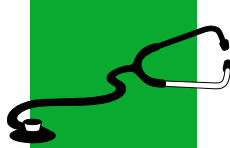
Pravděpodobnost přežití v remisi u dětí s ALL léčených v České republice v první polovině 90. let podle protokolu ALL-BFM 90.

Pravděpodobnost přežití v remisi u dětí s ALL léčených v České republice v první polovině 90. let podle jednotného protokolu ALL-BFM 90.



přes 380C k přijetí a zahájení intravenózní léčby širokospektrými antibiotiky. Důvodem je vysoké riziko sepse u pacientů v neutropenii (neutrofily < 500/μl krve). Snahou snížit riziko infekce jsou vedena dietní doporučení

šeným obsahem protilátek proti VZV viru (Varitect) a aplikace acikloviru per os od 7. do 21. dne inkubační doby (do 2 let 200 mg/4x denně, 2–6 let 400 mg/4x denně, nad 6 let 800 mg/4x denně). Perspektivně zvažujeme



možnost očkovat sourozence nemocného dítěte proti varicele po stanovení diagnózy leukemie a očkování pacienta v průběhu udržovací léčby. Při úrazu dodržujeme zásady protitetanové prevence. **Běžná očkování zahajujeme více než 6 měsíců po skončení chemoterapie** (2,5 roku od diagnózy). Doporučujeme pravidelné očkování proti chřipce každý podzim.

Časné a pozdní následky léčby

Významnou součástí léčby dítěte s leukemií jsou antracyklinová antibiotika (daunorubicin, doxorubicin). Daní za jejich účinnost je riziko pozdní kardiotoxicity, která je většinou subklinická a postihuje 5–10% dětí déle než 5 let od diagnózy. Elbl prokázal patologické hodnoty frakčního zkrácení (< 30%) při vyšetření klidovou echokardiografií u 8% českých dětí léčených kumulativní dávkou antracyklinů 240 mg/m² (medián), což je běžná dávka u dětí s ALL.

Růst dětí je opožděn v průběhu intenzivní léčby, po jejím skončení děti rychle deficit doženou a konečná tělesná výška je většinou normální. Vysoké preventivní dávky ozáření mozku (24 Gy), způsobující poruchy hypotalamo-hypofyzární osy, ale i vyšší výskyt nádorů mozku, byly již v moderních protokolech opuštěny. **Obezita u dětí vyléčených z leukemie není vzácností.** Bezprostředně ji způsobují kortikoidy, v dlouhodobém efektu se na ní podílí nižší pohybová aktivita onkologicky léčených dětí. Rekreační sport je u těchto dětí vhodné doporučovat a podporovat. **Osteopenie a osteoporóza** mohou být přítomny již při diagnóze leukemie a být tak příčinou patologických zlomenin, chemoterapie (a zejména kortikoidy) její výskyt v průběhu léčby dále zvyšují. **Vyšetření kostní denzity** při diagnóze a po skončení intenzivní léčby provádíme rutinně u všech pacientů. Je vodítkem pro léčebná a dietní doporučení (zvýšený přísun kalcia, vitamin D). S léčbou bifosfonáty zatím u rostoucího organismu dítěte váháme. U 3–5% dospívajících s leukemií vzniká **aseptická nekróza** postihující nejčastěji nosné kosti (kyčel, koleno). Projeví se bolestí typicky ve fázi udržovací léčby po skončení chemoterapie. Diagnóza je rentgenologická, léčbou klidový režim, výjimečně jsou nutné operativní zákroky (umělá náhrada kyčelního kloubu). **Přibližně u 20% dětí se v průběhu léčby kortikoidy a cytostatikem asparaginázou rozvíjí přechodný steroidní diabetes mellitus**, vyžadující dietní opatření a ne vzácně léčbu insulinem. Rodiče

jsou poučeni o nutnosti pravidelných kontrol glykosurie u dětí na této léčbě. Dlouhodobě zavedený centrální žilní katetr je rizikovým faktorem vzniku žilních trombóz. Jejich výskyt potencují vrozené trombofilní stavy. Proto provádíme u všech dětí při diagnóze skřínink nejčastějších trombofilních stavů a u dětí se zvýšeným rizikem aplikujeme v určitých fázích léčby či při infekčních komplikacích preventivně nízkomolekulární heparin. Poškození zárodečných pohlavních žláz není při běžné chemoterapii pravidlem. Dospívající děvčata mají vyšší riziko rozvoje hypergonadotropního hypogonadismu a proto jsme zavedli preventivní hormonální terapii uvádějící gonády do klidové fáze, méně vulnerabilní vůči chemoterapii. Zničení pohlavních buněk a snížení produkce testosteronu je pravidlem u chlapců, léčených pro leukemickou infiltraci varlat ozářením. Plodnost chlapců je obecně v důsledku chemoterapie více ohrožena než u děvčat a proto doporučujeme u chlapců starších 14 let sběr a zamražení spermatu před zahájením léčby.

Relaps

Relaps leukemie postihuje 20% dětí. Jeho léčba je obtížná a u většiny dětí je indikována transplantace kostní dřeně od příbuzných i nepříbuzných dárců. Důsledkem další léčby je vyšší výskyt pozdních následků. Vyléčit se daří více než 30% dětí s relapsem.

Akutní myeloidní leukemie

Léčba akutní myeloidní leukemie je intenzivnější, přesto ale méně úspěšná než léčba ALL. Děti stráví v nemocnici většinu intenzivní léčby, což je přibližně prvních 6 měsíců od diagnózy. Celková doba léčby je 1,5 roku, i udržovací léčba je intenzivnější a provázena více komplikacemi než je tomu v případě ALL. Vyléčit se daří 50% pacientů. I u této diagnózy hraje významnou roli molekulární genetika. Vyšetření všech pacientů při diagnóze pomáhá odhalit pacienty s „příznivými“ chromozomálními změnami, kteří mají značnou naději na vyléčení chemoterapií. U ostatních dětí se daleko častěji než u ALL indikuje transplantace kostní dřeně od HLA shodného sourozence časně v průběhu nemoci. Riziko pozdních následků je zde vyšší než u ALL.

Chronická myeloidní leukemie

Onemocnění je u dětí vzácné a postihne v České republice ročně 2 děti ve věku 0–18 let. Typickým prvním projevem nemoci je zvětšující se obvod břicha v důsledku spleno-

megalie. V krevním obraze se nachází významná leukocytóza, často s trombocytózou. I v éře Glivecu je u dětí terapií první volby transplantace kostní dřeně. Vyléčit se daří 70% pacientů.

Myelodysplastický syndrom

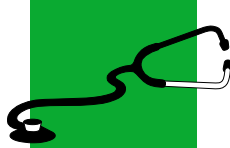
Jedná se o heterogenní skupinu onemocnění, dělících se na refrakterní cytopenii, refrakterní anemii s excesem blastů, refrakterní anemii s excesem blastů v transformaci a juvenilní myelomonocytární leukemii (JMML) (dříve nazývána juvenilní chronická myeloidní leukemie). S výjimkou JMML je spojuje nálezní periferní cytopenie při zvýšené buněčné kostní dřeni (neefektivní krvetvorba) s nálezem dysplastických morfologických změn krvinek a častým nálezem monosomie 7. chromozomu v karyotypu. Stanovení diagnózy není vždy snadné a může vyžadovat delší dobu sledování a opakovaná vyšetření. Nemoc u dětí poměrně časně progreduje do akutní leukemie. Léčbou je transplantace kostní dřeně, která vyléčí 70% pacientů. Obávanou komplikací JMML je potransplantační relaps.

Downův syndrom a myeloidní malignity

Děti s morbus Down mají ve věku 0–4 roky 56x vyšší riziko vzniku leukemie než děti zdravé. Vyšší výskyt leukemie je popisován až do věku 15 let, dále je již riziko stejné jako v normální populaci. Pro nejmenší děti s morbus Down je typický výskyt dvou krevních onemocnění. **Nejméně 10% dětí má po narození projevy transientní myeloproliferativní reakce charakterizované anémií, trombocytopenií a zvýšeným počtem blastů v periferní krvi a kostní dřeni, které jsou původem z megakaryocytů.** Tato přechodná leukemická reakce odezní bez léčby v průběhu několika týdnů až měsíců. Třicet procent těchto dětí vyvine s odstupem měsíců i let akutní megakaryocytární leukemii, která postihuje i děti bez této neonatální reakce. Na rozdíl od jinak zdravých dětí s AML je tato myeloidní forma leukemie velmi dobře léčitelná chemoterapií s redukovanými dávkami některých cytostatik. Šance na vyléčení je 90%, neléčená nemoc je smrtelná. Děti s Downovým syndromem a jinými formami AML než je megakaryocytární leukemie nebo s ALL mají naopak prognózu horší než děti zdravé, protože mají vyšší riziko úmrtí na toxické komplikace léčby.

Literatura u autora

Hexavac



Trombocytopenie u dětí

Prof. MUDr. Hana Hrstková, CSc.

I. dětská interní klinika LF MU a FN, Brno

Souhrn:

Nejčastější formou dětské trombocytopenie je autoimunní trombocytopenická purpura (ITP). Jestliže trvá déle než 6 měsíců, lze toto onemocnění považovat za chronické. V terapii akutní formy ITP lze užít vysoko dávkovaný imunoglobulin, vysoké dávky kortikosteroidů, Prednison perorálně. Při neadekvátní odpovědi nebo u chronických forem se užívá i dalších, níže popsaných způsobů léčby. Splenektomie je indikována u dětí po patřičné přípravě. Dětem po splenektomii je vždy nutné věnovat zvýšenou lékařskou péči.

Klíčová slova:

trombocytopenie, autoimunní trombocytopenická purpura, léčba

Trombocyty jsou důležité pro krevní srážení a uplatňují se v primární hemostáze při vytváření primární zátky. Poruchy primární hemostázy mohou být kvantitativní i kvalitativní.

Trombocytopenie se řadí do kvantitativních poruch primární hemostázy, představujících snížení počtu trombocytů pod normální hodnoty. Za normální hodnotu se považuje obvykle hodnota trombocytů nad $150 \times 10^9/l$ (17). Příčinou snížení počtu trombocytů může být jejich snížená tvorba nebo zvýšený zánik. Může se jednat i o sekvestraci ve zvětšené slezině (10).

Trombocytopenie ze snížené tvorby destiček se vyskytují u dětí vzácně. Diagnostikují se u TAR syndromu (těžká trombocytopenie, chybění radia nebo jiná ortopedická anomálie), syndromu Aldrich Wiskottova-onemocnění, vázané na X chromozom (trombocytopenie s defektem imunity), u těžkých aplastických anemií, těžkých cyanotických srdečních vad, vrozených nebo získaných virových infekcí, stavy po terapii, např. antiepileptiky, cytostatiky, heparinem atd).

Trombocytopenie ze zvýšeného zániku jsou častější. Mezi ně patří novorozenecká aloimunitní trombocytopenická purpura, která vzniká sensibilací v graviditě, trombocytopenie matek s ITP, akutní autoimunní trombocytopenická purpura, která je nejčastější formou dětské trombocytopenie, chronická autoimunní trombocytopenická purpura, trombocytopenická purpura, kdy dochází k vychytávání destiček v mikrotrombech (10).

Při sníženém počtu trombocytů se obvykle u dítěte objevují krvácivé projevy, nejčastěji ve formě petechiálního krvácení do kůže a sliznic. Při těžké trombocytopenii se objevuje i těžké krvácení při aplikaci injekcí, objevují se hematomy do kůže a podkoží, může dojít i ke krvácení do spojivek, z nosu, GIT, urogenitálního traktu i do CNS (13).

Nejčastější formou dětské trombocytopenie

je autoimunní trombocytopenická purpura (ITP). Onemocnění je charakterizováno nízkým počtem trombocytů, jejich zvýšenou destrukcí a normálním či zvýšeným počtem megakaryocytů v kostní dřeni. Vyskytuje se ve formě akutní a chronické (10). U akutní formy může často dojít i bez léčby ke spontánní úpravě. Jestliže onemocnění trvá déle než 6 měsíců, bez pozitivní terapeutické odpovědi, považuje se onemocnění již za chronické.

Akutní forma ITP je podstatně častější a vyskytuje se asi u 80–90 % dětí s ITP. Do chronické formy přechází pouze 10–20 % dětí s ITP. U malé části dětí s ITP tato tvoří rekurentní, relapsující nebo cyklickou formu a tyto se považují za subvarianty chronické ITP.

Akutní forma ITP u dětí má obvykle náhlý začátek, pro který je typické krvácení a purpura na kůži, 25 % postižených dětí má krvácení z nosu a 3–4 % dětí může mít i krvácení do sítnice (14). Chronická ITP nemá věkovou predispozici, je ale častější u starších dívek nežli u chlapců (9). Onemocnění bývá často součástí jiných autoimunních onemocnění. Chronická ITP u dětí se velmi podobá tomuto onemocnění u dospělých (16).

U akutní formy se velmi často prokazují pozitivní protilátky proti trombocytům ve třídě IgG nebo IgM, které se váží na povrch trombocytů. Takové trombocyty jsou pak vychytávány ve slezině.

Onemocnění často vzniká po proběhlém virovém onemocnění a soudí se, že právě toto onemocnění může vyprovokovat tvorbu těchto autoprotilátek.

U chronické formy na rozdíl od akutní protilátky proti trombocytům IgG nebývají průkazné, ale dají se prokázat citlivější metodou u 75 % postižených dětí (15).

Pro diagnostiku je vhodné vyšetření kostní dřeni, které je sice nespecifické, nicméně je ale vždy nutné vyloučit jiné onemocnění kostní dřeni, jako je např. leukemie nebo aplastická anemie (7). Vyšetření kostní dřeni je vždy nutné, jestliže užíváme v léčbě kortikoidy. Použití kortikoidů by totiž mohlo překrýt leukemický proces. Hodnoty krevního obrazu vykazují pouze trombocytopenii, vzácně může být i lehká anemie.

Podle klinické manifestace a hodnot trombocytů se onemocnění dělí do **4 klinických stadií (viz tab. č. 1).**

Terapie akutní ITP se volí obvykle podle klinického stadia. I. a II. klinické stadium obvykle nevyžaduje terapii, tato je obvykle nutná u III. a IV. klinického stadia.

V akutní fázi se užívá k terapii vysoko dávkovaný imunoglobulin v dávce 400–800 mg/kg denně jednorázově či opakovaně. Při této terapii obvykle dojde k rychlému vzestupu trombocytů. Vzestup ale často nebývá dlouhodobý. Tento způsob léčby je velmi výhodný pro rychlý účinek a proto se hodí např. pro děti před operačním zákrokem apod.

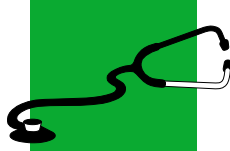
Velmi často se v léčbě dětí s ITP užívají kortikosteroidy. Může se užívat pulzní terapie Solu-medrolem v dávce 30 mg/kg denně asi 3 dny po sobě a dále pokračujeme v perorální terapii

tab. č. 1

Dělení onemocnění dle klinické manifestace a počtu trombocytů

	Klinická manifestace	hodnoty trombocytů $\times 10^9/l$
I. stadium	nekrvácí	více než 20,0
II. stadium	petechie, hematomy	méně nebo = 20,0
III. stadium	zřetelné krvácení	méně nebo = 20,0 a obvykle hemoglobin méně než 100g/l
IV. stadium	krvácení do životně důležitých orgánů, např. do CNS	

Hamijars



tab. č. 2

Klasifikace hodnocení léčby chronické ITP podle terapeutické odpovědi na léčbu:

Hodnocení	trombocyty x 10 ⁹ /l
velmi dobrá odezva	více než 100
dobrá odezva	50–100
slabá odezva	méně než 50

Prednisonem v dávce 2 mg/kg denně po dobu asi 3 týdnů, který pak postupně vysazujeme. Mohou se užít, nyní méně často, nízké dávky kortikosteroidů perorálně jako úvodní léčba, Prednison 2 mg/kg denně též po dobu 3 týdnů s postupným vysazením (nutné sledování glykémie při léčbě Prednisonem).

Transfuze destiček se používají jen při těžkém akutním krvácení, stejně i plasmafereza.

Terapie chronické ITP, i když se vyskytuje pouze u 10–20 % dětí s ITP, obvykle představuje výrazný terapeutický problém (11, 12). V terapii lze užít podobně jako u akutních forem kortikoidy a vysoce dávkovaný imunoglobulin (3). Další léčebné možnosti jsou interferon alfa 2a (1, 5), RhD imunoglobulin, jiná imunosuprese – např. Imuran Cyclosporin, Vincristin (8). Nyní lze užít i RhD imunoglobulinu (2, 4). Výhodou je, že tento léčebný postup lze užít i po splenektomii.

Splenektomie je indikována u dětí s chronickou ITP, kde není trvale pozitivní odpověď na terapii. Před splenektomií je nutné provést imunizaci dítěte (pneumokok, meningokok, hemofilus influenzae b). Vzhledem k imunitnímu vývoji dítěte je vhodné splenektomii provádět u dětí větších, nejlépe až školního věku (6). V současné době se splenektomie provádí již laparoskopicky.

Jestliže je dítě po splenektomii, je vždy nutná zvýšená péče praktického lékaře pro dítě a dorost, protože těmto dětem hrozí nebezpečí těžkých septických komplikací. Proto při vzestupu teploty je vždy nutné vyšetření dítěte u PLDD, při vysoké horečce je nutné odeslání dítěte k hospitalizaci. Nutné je použití antibiotik (10).

Jestliže dítě onemocní ITP, je nutné je iniciálně vždy odeslat do nemocnice k podrobnému vyšetření. Zde se obvykle zprvu vyčkává, zda nedojde ke spontánní úpravě počtu trombocytů. Podle našich zkušeností je vhodné vyčkávat asi 2 týdny. Jestliže nedojde ke vzestupu, pak je vhodné zahájit léčbu tak, jak je výše uvedeno. Jestliže volíme léčbu kortikosteroidy, vždy provádíme punkci kostní dřeně.

Hospitalizace obvykle není dlouhodobá a i při nedostatečné terapeutické odpovědi je možné propuštění dítěte do domácího léčení s dalšími kontrolami na odborném pracovišti a u příslušného praktického lékaře pro dítě a dorost (PLDD). Důležitá je ale edukace rodičů. Dítě je nutné chránit před úra-

zy, proto je valná část sportů zakázána. Záleží vždy na hodnotě trombocytů, při hodnotách nad 50,0x10⁹/l obvykle nehrozí větší krvácení.

Dále je nutné vyloučit všechny léky, které snižují agregaci destiček apod. Problémy jsou převážně u malých dětí v batolícím období. Důležité je pamatovat na to, že u dítěte při vzestupu horečky je zvýšené riziko krvácení. Dítě s trombocytopenií vždy vyžaduje zvýšenou péči rodiny, PLDD a individuální přístup.

Literatura

- Asami T., Sakurai M.: Successful alpha-interferon therapy in a child with chronic refractory idiopathic thrombocytopenic purpura: a case report. *Acta Paediatr Jpn* 1995, 37, 75–77.
- Becker T., Kuenzlen E., Salama A.: Treatment of childhood idiopathic thrombocytopenic purpura /ITP/ with Rhesus antibodies/anti D/. *European Journal of Paediatrics*, 1986, 145, 166–169.
- Bode C., Koerholz D., Janssen G., Schwaborn D., Goebel U.: Poor response to pulsed high-dose dexamethazone therapy in children with resistant immune thrombocytopenic purpura. *E.J. of Pediatrics*, 1996, 155, 917.
- Bussel J.B., Graziano J.N., Kimberly R.P., Pahwa S., Aledort L.M.: Intravenous Anti-D treatment of immune thrombocytopenic purpura: analysis of efficacy, toxicity and mechanism of effect. *Blood* 1991, 9, 1884–1893.
- Crossley A.R., Dickinson A.M., Proctor S.J., Calvert J.E.: Effects of interferon-alpha therapy on immune parameters in immune

- thrombocytopenic purpura. *Autoimmunity*, 1996, 24, 81–100.
- Eber S.W., Grosche M., Ditzig M., Pekrun A., Lakomek M., Schroter W.: Komplikationen nach Splenektomie bei gutartigen hämatologischen Erkrankungen im Kindesalter. *Monatsschr. Kinderheilk.* 1996, 144, 275–280.
- Halperin D.S., Doyle J.J.: Is bone marrow examination justified in idiopathic thrombocytopenic purpura? *American Journal of Diseases in Children*, 1988, 142, 508–511.
- Hilgartner M.W., Lanzowsky P., Smith C.H.: The use of Azathioprin in refractory idiopathic thrombocytopenic purpura in children. *Acta paediatrica Scandinavica*, 1970, 59, 409–415.
- Hoyle C., Darbyshire P., Eden O.B.: Idiopathic thrombocytopenia in childhood. *Edinburgh experience 1962–1982*. *Scottish Medical Journal*, 1986, 31, 174–179.
- Hrodek O., Vavřinec J.: *Pediatric. Galén*, ISBN 80-7262-178-5, Praha, 2003
- Imbach P.: *Diagnosis and management of childhood chronic ITP. Ped. Res.* 41, 1997, 733
- International Study on early chronic ITP in children and adolescent. Europe coordinator Imbach. P.
- Lilleyman J.S.: *Disorders of platelets. I. Thrombocytopenia and thrombocytosis*. In: Lilleyman J.S., Hann I.M.: *Paediatric Haematology*. Churchill Livingstone Edinburgh, London, Madrid, Melbourne, New York, Tokyo 1992.
- Lusher J.M., Emami A., Ravindranath Y., Warrier A.I.: Idiopathic thrombocytopenic purpura in children. The case management without corticosteroids. *American Journal of Pediatric hematology/Oncology*, 1984, 6, 149–157.
- Mc Millan R., Tani P., Millard F., Berchtold P., Renshaw L., Woods V.L.: Platelet-associated and plasma antiglykoprotein autoantibodies in chronic ITP. *Blood* 1987, 70, 1040–1045.
- Mc Verry B.A.: Management of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults. *British Journal of Haematology*, 1985, 59, 203–208
- Penka M., Bulíková A., Matýšková M., Zavřelová J.: *Hematologie I.*, ISBN 80-247-0023-9, Grada Praha, 2001

ODDĚLENÍ ORL A CHIRURGIE HLAVY A KRKU

si Vás dovoluje pozvat na

4. ORL SYMPÓZIUM

které se koná

v Nemocnici Na Homolce ve dnech 13. -14. ledna 2004.**HLAVNÍ TÉMATA SYMPÓZIA**

- Otochirurgie se zaměřením na revizní operace, vrozené malformace
- Plastické a estetické operace hlavy a krku z pohledu ORL lékaře
- Rhynchopatie a poruchy dýchání ve spánku
- Varia a kazuistiky

SOUČÁSTÍ HLAVNÍHO PROGRAMU BUDOU TĚŽ PŘÍMÉ PŘENOSY Z OPERAČNÍHO SÁLU.**WORKSHOPY**

- Invazivní léčba bolesti v oblasti hlavy a krku
- Právní problematika v medicíně
- Elektronická dokumentace, zpracování dat, foto a videodokumentace, archivace

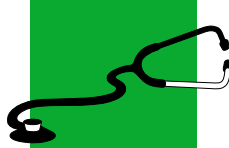
REFRESHER LECTURES

Operativa štítné žlázy

FESS

Účelná farmakoterapie akutní a chronické bolesti v ORL oblasti.

Přihlášky a podrobné informace o sympóziu naleznete na www.orl2004.cz.
Vaše případné dotazy zodpoví sekretariát sympózia na tel. čísle: 221 990 681.



Anémie v dětském věku

MUDr. Květoslava Petrtýlová

Oddělení klinické hematologie FN v Motole, Praha

Souhrn:

Anémie patří mezi chorobné stavy, jejichž základním znakem je snížení množství hemoglobinu a zpravidla i hematokritu a erytrocytů v 1 l krve pod fyziologickou hodnotu norem zdravých jedinců dle věku. Anémie patří k nejčastějším chorobným stavům vůbec, dle WHO tzv. nutriční anémie v důsledku chybějící správné výživy postihuje až 30 % lidstva. U dětí do 5 let věku je anémie z nedostatku železa rovněž nejčastěji se vyskytující anémií. U některých dětí je anémie vyléčena po zjištění a odstranění její příčiny, u některých dětí bývá anémie dlouhodobým problémem.

V praxi má dětský lékař při podezření na anémii zjistit:

- zda se o anémii vůbec jedná a jakého je stupně
- o jaký základní morfologický typ se jedná dle indexů červených krvinek a podle morfologie v krevním nátěru
- zda jsou přítomny změny v bílém KO a krevních destičkách, které by ukazovaly na širší poruchu krvetvorby.

Anémie může být projevem:

- hematologického onemocnění
- příznakem jiného onemocnění

Klasifikace anémií je dělena:

- dle patofyziologických kritérií
- dle morfologie

Patofyziologická klasifikace:

- anémie z nedostatečné tvorby
- anémie z akutních nebo chronických ztrát
- anémie ze zvýšené destrukce erytrocytů
- anémie z kombinovaných příčin

Morfologická klasifikace:

dle MCV (střední objem erytrocytu)

- mikrocytární (MCV pod 80 fl)
- normocytární (MCV 80–95 fl)
- makrocytární (MCV nad 95 fl)

dle MCH (střední koncentrace Hb v erytrocytu)

- normochromní
- hypochromní

Klinické projevy anémie: jsou závislé na stupni anémie, rychlosti vzniku a adaptaci dítěte na vzniklou anémii. Klinické projevy anémie souvisí s poruchou prokrvení tkání a jejich nedostatečným zásobováním kyslíkem. Mezi klasické projevy anémie patří bledost a únava. Při těžké anémii bývají přítomny bolesti hlavy, můžeme pozorovat i dušnost nebo zadýchávání se při chůzi. U dětí přistupují i psychické změny jako je zvýšená dráždivost, eventuálně lhostejnost, ve škole snížení pozornosti. U dětí se setkáváme s opakovanými infekty. Další příznaky vyplývají převážně z one-

mocnění, kterého je anémie průvodním znakem.

Faktory důležité v osobní anamnéze:

- věk při prvních projevech anémie
- etnický původ (středomořské národy – talasémie)
- novorozenecký věk (nedonošenost, žloutenka)
- výživa s ohledem na přísun Fe, vitamínu B12, kyseliny listové
- léky (např. oxydancia, antiepileptika, cytostatika)
- infekce, jejich frekvence a recidivy, hepatitidy
- průjmová onemocnění
- krvácivé choroby

Laboratorní vyšetření prováděná u anémií:

- kompletní krevní obraz s diferencíálem a se všemi parametry (MCV, MCH, MCHC, RDW) a morfologie erytrocytů v nátěru (změny velikosti, barvitelnosti, tvaru a přítomnost inkluzí)
- počet retikulocytů
- biochemické vyšetření (jaterní testy, včetně bilirubinu a LD, sérová hladina Fe, zásobní ferritin, vazebná kapacita pro Fe a její saturace, solubilní transferinový receptor, vitamin B 12, kyselina listová, někdy hladina erythropoetinu a další testy)
- osmotická rezistence erytrocytů, test autohemolyzy a další (u hemolytických anémií)
- další vyšetření, která se provádějí na specializovaných hematologických pracovištích dle indikace hematologa: vyšetření kostní dřeně, imunohepatologické vyšetření, vyšetření erytrocytárních enzymů, vyšetření hemoglobinů a jiná

Nejčastěji se vyskytující anémie v prvních dvou letech života je anémie z nedostatku železa (anémie hypochromní, sideropenická, mikrocytární), i když v naší republice v posledních desetiletích incidence klesla v souvislosti s vhodnou stravou.

Příčiny anémie z nedostatku železa:

- nedostatečné zásoby železa (nedonošenost, dvojčata, perinatální ztráty krve)
- nedostatek železa v potravě a chybění látek, kte-

ré podporují jeho vstřebávání (kyselina askorbová, některé cukry a aminokyseliny)

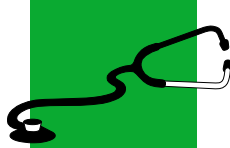
- zvýšené nároky na přísun železa (období růstu u nedonošených a kojenců, u dětí v prepubertě a pubertě, stavy při akutním a chronickém krvácení, akutní a chronické infekce)
- poruchy v resorpci železa (zánětlivá onemocnění zažívacího traktu, malabsorpce, malformace zažívacího traktu, infekce *Helicobacter pylori*)
- poruchy přenosu železa při vzácných vrozených nebo získaných stavech spojených s hypotransferinemií
- polyglobulie u dětí s vrozenými cyanotickými srdečními vadami

Klinický obraz u anémie z nedostatku železa

v případě lehké poruchy probíhá většinou bez významnějších klinických projevů. Výraznější deficit železa se projevuje únavností, nechutenstvím, zvýšenou dráždivostí, zvýšenou nemocností, poruchou soustředění ve škole a jinými obecnými projevy anémie.

Laboratorní vyšetření rozvinuté anémie zpravidla

nečiní potíže, proto je důležité klást důraz na včasnou diagnostiku latentního deficitu železa, což pak v praxi znamená zkrácení doby léčby i léčebných nákladů. Mezi základní vyšetření patří vyšetření kompletního krevního obrazu se všemi stanovenými parametry (MCV, MCH, MCHC, RDW), ve kterém zpravidla nalézáme snížení hodnot Hb i všech vypočítaných parametrů (mikrocytóza, snížení MCH, MCHC, zvýšení RDW signalizuje výraznou anizocytózu erytrocytů), v nátěru zaznamenáváme ve velkém počtu mikrocytů s hypochromií. Hladina sérového Fe a zásobního ferritinu bývají snížené, solubilní transferinový receptor (transmembránový protein) bývá zvýšený. Celková a volná vazebná kapacita pro železo spolu s hladinou zásobního železa (ferritinu) může upozornit na latentní deficit železa v organismu. Počet reti-



kulocytů se zvyšuje 8. až 10. den po zahájení substituční terapie železem.

Diferenciální diagnostika musí odlišit anémie provázející chronická a nádorová onemocnění a talasémie, u kterých nebývá snížena hladina ferritinu.

Terapie anémie z nedostatku železa spočívá jednak v dostatečném přívodu železa v potravě správným složením stravy a perorálním podáváním přípravků železa, kterých je na trhu celá řada. Hodnoty KO se pravidelně upravují do 6 týdnů, jen vzácně podáváme parenterální přípravky. Nesmíme zapomenout na to, že doplnění medikamentozním železem vyžadují děti nedonošené, dvojčata, děti s perinatálními ztrátami, děti s vrozenými srdečními vadami cyanotickými s vysokým hemoglobinem a novorozenci po výměnné transfuzi. Celková doba léčby by měla trvat 3 až 4 měsíce pro doplnění zásob železa.

Méně časté anémie v prvních letech života

V prvních dvou letech života se u dětí můžeme setkat s anémiemi, které se vyskytují podstatně méně často. V první řadě to mohou být anémie vrozené ale i anémie získané. V novorozeneckém období se anémie vyskytuje v důsledku krevních ztrát, hemolýzy nebo poruchy produkce erytropoezy. Anémie z krvácení nebo hemolýzy se projeví do 24 hodin, anémie z poruchy produkce po 3 týdnech.

Příčiny anémie ze zvýšené destrukce v novorozeneckém období:

- imunní hemolytické anémie
- porodní krvácení
- vnitřní krvácení
- iatrogenní

Příčiny anémie ze snížené produkce v novorozeneckém období:

- vrozená aplázie erytropoezy
- infekce (např. CMV, Parvovirus B 19, toxoplasmoza a jiné)
- nutriční deficit
- AIHA u matky
- kongenitální leukémie

Hemolytické onemocnění novorozence vzniká na podkladě imunizace matky antigeny plodu nejen v Rh systému, ale i v jiných skupinových systémech erytrocytů a následně k tvorbě specifických protilátek a aktivnímu průniku vytvořených protilátek placentou do krevního oběhu plodu. Erytrocyty plodu s navázanými protilátkami mají zkrácené přežívání a ve většině případů dochází k jejich destrukci. V posledních letech došlo k prudkému vývoji v diagnostice, léčbě a prevenci hemolytického onemocnění. Je třeba zajistit optimální vedení a sledování imunizované těhotné a jejího dítěte antenálně i postnatálně. HON diagnostikujeme na základě předchozí gynekolo-

gické anamnézy, z údajů o profylaxi pomocí imunoglobulinu IgG anti-D, vyšetřením imunohematologických testů (včetně vyšetření otce), vyšetřením plodové vody, pravidelným sledováním během těhotenství včetně přímého vyšetření pupečnickové krve. Pokud jsou vyšetřené testy nepříznivé a hrozí vysoké riziko hydropsu plodu před 34. týdnem, je třeba podat intrauterinní transfuzi a indukovat předčasný porod.

Vrozené anémie méně časté vyskytující se v prvních dvou letech života Vrozené hemolytické anémie

Vrozené hemolytické anémie tvoří heterogenní skupinu anémií vzniklých z různých příčin a různými mechanismy. Nepatří k tak častým anémiím, jako jsou anémie z nedostatku železa, ale přináší však u vrozených typů problémy již od novorozeneckého věku. U vrozených hemolytických syndromů probíhá hemolýza trvale a tak dochází k opakovaným zhoršením klinického stavu v podobě hemolytických krizí. U méně těžkých defektů může být hemolýza urychlena jen v obdobích metabolického stressu, při infekcích nebo po vystavení chemickým látkám.

Vrozené hemolytické anémie bývají obvykle rozděleny do tří kategorií:

- defekty erytrocytové membrány
- choroby metabolismu erytrocytů
- hemoglobinopatie

Hereditární sferocytóza tvoří heterogenní skupinu onemocnění, která jsou způsobena defektem erytrocytární membrány a jsou spojena s různým stupněm anémie, ikterem a splenomegalií. Jedná se o defekty skeletových membránových bílkovin kvalitativní i kvantitativní. V lehčích případech hyperplázie červené řady plně kompenzuje hemolýzu, na druhé straně jsou těžké formy závislé na podávání opakovaných transfuzí. V 80% případů se jedná o onemocnění autosomálně dominantní, zbytek tvoří mutace s autosomálně recesivní dědičností.

Klinické projevy: až 50% dětí má signifikantní hyperbilirubinémii v novorozeneckém věku. Splenomegalie se vyvíjí do 5 let života. Ikterus u některých lehčích případů je přítomen pouze v době akutního infektu. Pacienti s chronickou anémií jsou bledí, unavení, mívají bolesti břicha v době hemolytické krize. Někdy je přítomna i cholecystolitiáza. Vzácně se u vrozené sferocytózy může objevit tranzientní aplastická krize velmi závažná, často vyvolaná Parvovirem B 19, laboratorně prohloubením anémie, poklesem retikulocytů a přechodným vymizením erytroblastů v kostní dřeni.

Diagnóza vrozené sferocytózy: se opírá o údaje v rodinné anamnéze a laboratorní vyšetření. V KO různý stupeň normocytární anémie s nálezem sférocytů v nátěru a retikulocytózou. Nalézáme pato-

logické nálezy osmotické rezistence erytrocytů a testu autohemolýzy. V biochemickém vyšetření nález hyperbilirubinémie, zvláště nekonjugované. Vyšetření kostní dřenež ukazuje na různý stupeň hyperplázie erytropoezy. Terapie: profylakticky podávání kyseliny listové. Splenektomie eliminuje obecně všechny příznaky onemocnění a rozvoj cholelitiázy. Indikaci splenektomie určuje hematolog, tato je indikována vždy až po 6. roce života. Je třeba provést profylaktickou vakcinaci pneumokokovou, hemofilovou a meningokokovou vakcínou.

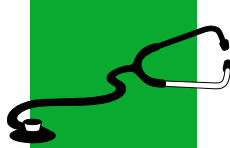
Do skupiny hemolytických anémií z defektu erytrocytární membrány patří další velmi vzácné vrozené anémie jako např. hereditární stomatocytóza, eliptocytóza a jiné.

V útlém věku se můžeme dále setkat s vzácnými vrozenými anémiemi na podkladě poruchy metabolismu erytrocytů. Největší klinický význam má **defekt G-6-DPH** (enzym glukozo-6-fosfát dehydrogenázy) a **defekt PK** (enzymu pyruvátkinázy). Tyto deficity jsou příčinou chronické hemolytické anémie. Deficit G-6-PDH způsobuje poruchu metabolismu erytrocytů spočívající v poruše hlavního enzymu pentózového cyklu. Klinické projevy jsou závislé na typu defektu. K hemolýze dochází po podání oxidačně účinných léků (např. antimalarika, některá antibiotika, sulfonamidy). Deficit PK způsobuje nedostatečnou tvorbu ATP s dalšími důsledky pro funkci erytrocytární membrány, které vedou k chronické hemolýze. Těžké formy jsou prognosticky vážné. Diagnóza je potvrzena kvantitativním stanovením enzymu.

Beta talasémie minor patří mezi extrémně heterogenní skupinu vrozených onemocnění tzv. hemoglobinopatií, které postihují různé etnické skupiny obyvatel. Hemoglobinopatie jsou charakterizované sníženou nebo chybějící syntézou některého z normálních globulinových řetězců a dělí se na alfa a beta. Klinický obraz beta talasémie minor je velmi často němý, někdy vychází z projevů anémie. U beta talasémie minor nalézáme v KO polyglobulii, významnou mikrocytózu /MCV často pod 60 fl/, v nátěru vídáme bazofilní tečkování erytrocytů a terčovité erytrocyty. Na beta talasémii minor musíme myslet v případě neúspěšné léčby preparáty Fe. Hladina sérového i zásobního Fe bývají u beta talasémie normální. Diagnóza potvrzuje stanovení HbA2 a HbF.

Kongenitální hypoplastická anémie (Diamond Blackfan) patří mezi vzácná vrozená onemocnění, projevující se vrozenou hypoplázií erytropoezy. U obou pohlaví se vyskytuje ve stejném poměru. Diagnóza bývá u 90% pacientů stanovena v průběhu 1. roku života. Včasná diagnóza je důležitá, jelikož léčbou kortikoidy můžeme ovlivnit průběh anémie u poloviny pacientů. Pa-

Maltofer



cienti s těžkou hypoplastickou anémií jsou závislí na opakovaném podávání transfuzí. Pro diagnózu DBA je typická makrocytární normochromní anémie s retikulocytopenií pod 5 promile a snížením prekurzorů erytropoezy v kostní dřeni pod 5%. Počet leukocytů může být snížený, počet trombocytů v normě. Pacienti mívají ve vysokém počtu případů různé anomálie/kraniofaciální, palce horních končetin, anomálie ledvin a srdce/. Prognóza je vážná, tam kde jsou podávány opakované transfuze hrozí riziko hemosiderózy i přes terapii chelačnými látkami. Možnost transplantace kostní dřeni.

Fanconiho anémie je autosomálně recesivní onemocnění charakterizované inefektivní krvetvorbou. Hematologická manifestace začíná typicky trombocytopenií nebo neutropenií a postupně během měsíců a let se vyvíjí v obraz pancytopenie. Diagnóza bývá stanovena mezi 2. až 15. rokem života. Kromě projevů hematologických mívají tito pacienti řadu vrozených anomálií. Diagnózu kromě hematologických nálezů v KO a v kostní dřeni potvrzuje genetické vyšetření nálezem chromozomálních zlomů.

Získané anémie v dětství

Tranzientní erythroblastopénie patří do skupiny vzácných získaných anémií časného věku u předtím zcela zdravého dítěte. V 90% se vyskytuje u dětí ve věku 1–4 roky. Anémii často předchází virový infekční horních cest dýchacích nebo s gastrointestinálními příznaky. V KO nalézáme

těžkou normocytární anémii se sníženým počtem retikulocytů, ve vyšetření kostní dřeni přechodné chybění prekurzorů erytropoezy. U všech pacientů dochází převážně ke spontánní úpravě, zcela výjimečně podáváme kortikoidy nebo transfuze.

Megaloblastová anémie je způsobena deficitem vitamínu B12 a kyseliny listové nebo obou. U dětí je velmi vzácným nálezem a může být způsobena nutričním deficitem dětí matek, které mají perniciózní anémii nebo jsou přísnými vegetariánkami. Dále u stavů s intestinální malabsorpcí, vrozenou poruchou resorpce vitamínu B12, vrozenou poruchou tvorby vnitřního faktoru, některými léky/ cytostatika–methotrexate, cytosin–arabinosid/. Klinický obraz vyplývá z nálezů anémie, onemocnění GIT, neurologických příznaků. V KO nález makrocytózy až megaloblastů, ve dřeni je přítomna hyperplastická megaloblastová přestavba.

Autoimunní hemolytická anémie (AIHA) patří do skupiny získaných hemolytických anémií, je vzácná v prvních měsících života, ale je jednou z nejčastějších získaných anémií po 1. roce života. Může být spojena s jiným onemocněním (stav po prodělaném respiračním onemocnění, CMV infekce, infekční mononucleóza, SLE a jiné), převážně bývá idiopathická bez jasně vyvolávajícího faktoru. Při této anémii dochází k destrukci erytrocytů způsobené imunitními procesy. Diagnóza je založena na průkazu autoprotilátek obvykle typu IgG nebo IgM a na průkazu komplementu C3 a C4. Autoprotilátky dle fyzikálně chemických vlastností jsou označovány jako tepelné, nebo chladové

eventuelně bifázické. Klinický obraz AIHA je akutní, často velmi dramatický s projevy velmi těžké anémie, bolestmi břicha a zvracením. Subikterus a ikterus je velmi nápadným příznakem, často bývá přítomna hepatosplenomegalie a tmavá moč. V KO bývá obraz těžké normocytární anémie, výjimkou nejsou hodnoty Hb pod 5 g/l, retikulocytóza, v biochemickém vyšetření zvýšení hladiny bilirubinu převážně nekonjugovaného, zvýšení jaterních testů, LD a nález urobilinogenu v moči. Ve dřeni bývá hyperplazie erytropoezy, v imunohematologickém vyšetření pozitivita přímého Coombsova testu a průkaz autoprotilátek. Léčba se provádí vždy během hospitalizace, vysokými dávkami kortikoidů, i.v. imunoglobuliny, eventuelně i plazmaferézou. Transfuze výjimečně.

V dětství se setkáváme obdobně jako v dospělosti s **anémií chronických onemocnění** zvláště zánětlivého charakteru. Anémie bývá střední /Hb 80–120 g/l, retikulocyty nízké. Zánětlivé cytokiny potlačují erytropoezu a zabraňují uvolňování Fe z RES systému. Hladina plazmatického železa je nízká, volná vazebná kapacita pro železo nebo solubilní transferinový receptor nejsou zvýšené. Léčba spočívá v léčbě základního onemocnění. Chronická anémie se vyskytuje u **chronických renálních onemocnění**, která se postupně vyvíjejí v renální insuficienci. Anémie je normocytární s nízkým počtem retikulocytů. Ve dřeni nalézáme hypoplazii erytropoezy, která je způsobena sníženou hladinou erythropoetinu. S anémií se také můžeme setkat u **hypofunkce štítné žlázy**, anémie je

normocytární nebo makrocytární. Plicní hemosideróza je vzácným onemocněním, při kterém dochází k opakovanému krvácení do plicních alveolů a které vede k ukládání hemosiderinu. Kromě respiračních příznaků, dyspnoe, kašle a hemoptýzy nacházíme těžkou sideropenickou anémii. V průběhu dětství se také setkáváme s **anémiemi provázejícími závažná hematoonkologická onemocnění** a stavy spojené se získanou aplázií krvetvorby.

Předpokladem pro cílenou léčbu anémie je určení její příčiny. Pokud je zařazení anémie dle příčiny nejasné, zabezpečí další odborné vyšetření specializované hematologické pracoviště.

Literatura u autorky.

Externí hodnocení kvality pro systémy POCT

(např. C-reaktivní protein, stanovení glukózy apod.)

Podrobnosti naleznete na naší internetové stránce <http://www.sekk.cz>

Máte-li zájem o zajištění EHK pro váš systém, kontaktujte nás laskavě

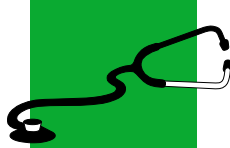
- e-mailem na adrese: sekk@sekk.cz
- telefonicky na čísle: 466 530 230
- faxem na čísle: 466 530 824
- nebo písemně na adrese: SEKK s.r.o.
P.O.Box B35
530 02 Pardubice

Podrobné informace včetně kompletní nabídky na rok 2004 vám zašleme obratem.

Těšíme se na spolupráci.

SEKK

čs



ESPID – Evropská společnost pro infekční onemocnění u dětí

MUDr. Bohuslav Procházka

PLDD Kutná Hora

Text je volným pokračováním zprávy o 21. výroční Konferenci ESPID zveřejněné v minulém čísle VOX PEDIATRIAE.

Vědecký program se v krátkosti dal shrnout do těchto základních skupin: Preventabilní infekce a očkování, Atypické patogeny v etiologii infekčních onemocnění u dětí, Imigrace a infekce, problematika HIV infekcí u dětí

■ Preventabilní infekce a očkování

V prvním bloku přednášek věnovaných očkování proti **Varicelle**, (kde m.j. zazněl pojem „Family pediatrician“, tedy název pro praktické pediatri, kteří poskytují primární péči dětem na Sicílii) jsme byli informováni o celoplošné vakcinaci proti planým neštovicím, která byla zahájena právě na Sicílii. Autoři z Německa prezentovali počítačový model EVITA pro zjištění efektivity očkování proti Varicelle. Nejlepší cost-benefit přináší zřejmě kombinovaná vakcinace v 15. měsíci a mezi 11. a 12. rokem života. Varicella má každoročně v Německu 740 000 případů s 40 000 komplikacemi a nutností hospitalizace téměř 600 osob. Španěle udávají 36 hospitalizovaných pro varicellu na 1 mil. obyvatel a úmrtnost je 0,4 /1 mil obyvatel, tj. 15 úmrtí za rok a s maximem (70%) ve věku nad 30 let. Nejčastější komplikace varicelly jsou bakteriální infekce-2,4%, z toho pneumonie v 0,4%, neurologické komplikace 0,02%. Rozbor příčin úmrtí na varicellu prezentovali též Francouzi. V USA došlo, po zavedení očkování v roce 1995, k významnému poklesu hospitalizací pro plané neštovice.

Ze sdělení věnovaných **Pertussi**: Španěle referovali o výskytu pertusse, skutečná pertusse byla potvrzena pouze u pěti případů z 562/100 tis.dětí s pertusoidním syndromem, naproti tomu v Holandsku byla zjištěna infekce Bordetelou pertusis u 15 % dětí se syndromem trvajících dráždivého kašle. Ve Švédsku došlo zavedením acelulární pertuse do očkování (3.,5., a 12. měsíc) k významnému poklesu výskytu pertuse (10x), nutná však ještě booster dávka ve 4.-5.roce.

V části věnované **Pneumokokovým infekcím** zazněla řada sdělení ohledně jednotlivých serotypů: např. Dánové zjistili u dětí s pneumonií výskyt serotypů, které jsou (kromě typu 1) pre-

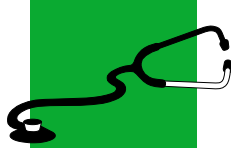
ventabilní sedmivalentní vakcínou. Maďari prezentovali mikrobiologický přehled výtěrů z krku: 2/3 *Streptococcus beta hemolyticus* a ušních aspirátů, kde je ve 3/4 případů pneumokok. Resistentních streptokoků na makrolidy je v Maďarsku 11%, pneumokoků na penicilin pouze max. 3%. Španěle prezentovali u dětí s pneumokokovou pneumonií dobrou možnost prevence 7 valentní vakcínou ve vztahu k zjištěným serotypům. Rezistence pneumokoků na penicilin je ve Španělsku 10%, v Řecku je 25% (pouze u Cefotaximu zůstává pod 5%). Zkušenosti z USA ukazují, že za 2 roky po zavedení 7valentní pneumokokové vakcíny došlo k významnému snížení incidence závažných pneumokokových onemocnění (zvláště ve skupině mezi 20 až 39 lety). Sdělení z Německa prezentovalo příznivé spektrum 7valentní vakcíny v ohledu na serotypizaci pneumokoků. Rezistence pneumokoků v Německu na penicilin je 6% (vysoká rezistence jen 0,6%), rezistence na erytromycin stoupla během čtyř let z 13% (1997) na 26% (2001).

O poklesu incidence invazivních **Hemofilových infekcí** u dětí během prvního roku života z téměř 16 případů na 3,3/100 tis obyvatel v ČR po zavedení očkování- prezentovala Dr Křížová ze SZÚ. Významný nárůst **Meningokokových infekcí** typu C prezentovali nizozemští autoři z 0,5 na 1,7 případů/100 000 obyv. v r. 2001, proto bylo v Nizozemsku zavedeno plošné očkování proti meningokoku C, zřetelný pokles výskytu onemocnění však není dosud statisticky zdokumentován. Kombinace vakcíny proti Meningokoku typu C v kombinaci s ostatními vakcínami nevyvolává pokles imunogenicity. Dobré zkušenosti s očkováním proti meningokoku C prezentovali Řekové - celkové nežádoucí účinky byly zaznamenány pouze u 7% dětí (mírné teploty), a pouze 5% očkova-

ných dětí mělo mírné lokální nežádoucí účinky.

Bezpečnost očkování proti **Klíštové encefalitidě** prezentovalo rakouští autoři - 1 300 očkovaných dětí bez závažnějších nežádoucích reakcí (při dávce 1200 µg). Studie milánských autorů se zabývala významem očkování proti chřipce u dětí, které byly v kontaktu s chřipkou při onemocnění člena rodiny. Výsledky této studie prezentovaly pokles potřeby antibiotik (o 45%) a antipyretik (o 65%) u očkovaných dětí, stejně tak poklesl i počet lékařských ošetření. V dalším sdělení autoři demonstrovali bezproblémový průběh očkování u 3486 stigmatizovaných dětí s dobrým efektem (včetně finančního benefitu).

Mnoho sdělení zaznělo ohledně **kombinovaných vakcín**. V JAR používaná vakcína Pentact-Hib (DTP, HiB, IPV) aplikovaná v 6., 10. a 14. týdnu vykazuje dobrou toleranci i výbornou imunogenicitu (100% titr protilátek proti Poliomyelitidě). Bohatou diskusi vyvolalo sdělení o nárůstu výskytu invazivních hemofilových infekcí u dětí do 5 let, v Británii v letech 1998-2001 (z 0,6 případů na 3/100 000 dětí). Děti byly očkovány v 2., 3. a 4 měsících života bez přeočkování (jako příčina uvedeného poklesu odolnosti bylo diskutováno snížení nosičství HiB v populaci a tím pádem snížení prozeleného boostingu, dále i snížení imunogenicity díky kombinaci acelulární pertusis). V dalším sdělení titíž autoři prezentovali nárůst imunogenicity vakcíny DTaP-HiB při současné aplikaci očkování proti Meningokokům ze skupiny C. Ve Španělsku porovnávané očkování Repevac (dTCp - IVP) má stejnou imunogenicitu a reaktogenicitu jako Infanrix (DTaP + OPV). Účinnost a bezpečnost prezentovali u vakcíny Boosterix (dTAP- GSK), kde i snížené množství difterického antigenu a acelulární pertusse má srovnatelnou imunogenicitu při přeočkování ja-



ko látky s plným obsahem antigenů, méně nežádoucích účinků, přičemž kombinace s IPV nevyvolává pokles imunogenicity, stejně jako kombinace s HBV, HiB ev Meningokokem C, prezentované v jiných sděleních. Němečtí autoři prezentovali 2 mil. dětí, očkovanych v letech 1996 - 1998 vakcínami DTaP/HiB nebo DTaP/HiB/IPV s výborným efektem tvorby protilátek, s 95 % protilátkovou odpovědí pro HiB, při použití 3 dávek v prvním půlroce věku a 98% po aplikaci booster.dávky. Jižní Korea prezentovala výsledky porovnání vlastní vakcíny DTaP a vakcíny dovážené z Japonska: při stejné imunogenicitě byla prokázána lepší tolerance vlastní očkovací látky. Očkování vakcínou Pentact-HiB (obsahuje IPV) v JAR vyvolá 100% serokonverzi proti poliomyelitidě. Na Ukrajině jsou očkovány (stejně jako u nás) DTaP děti s neurol. postižením, 6% z nich má celkovou reakci (T přes 38 st), lokální reakci pak 19% dětí.

Studie o téměř 500 dětech, hospitalizovaných v Kalifornii pro encefalopatii různé etiologie neprokázala souvislost s očkováním DTP event. **MMR**. Očkování předčasně narozených dětí, se věnovala britská studie, která upozornila na sníženou imunitní odpověď na očkování u předčasně narozených, někdy i nutnost podání jedné očkovací dávky navíc. Imunitní odpověď na očkování závisí, kromě gestačního věku dítěte, také na podání steroidů in utero!. MMR vakcíny od různých výrobců byly porovnávány mezi sebou, někdy úsměvnými metodami (videozáznamy dětí s bezprostřední reakcí na aplikaci). Proběhla diskuse nad případy výskytu parotitidy u očkovanych dětí /s prokazanými hladinami protilátek před i po infekci. Nežádoucími reakcemi po očkování ve Španělsku se věnovala zpráva o celkovém výskytu nežádoucích reakcí u 18% dětí (z toho: DTP + HiB - 35%, MMR 19%, dT 21%). Polovina reakcí si vyžádala konzultaci s lékařem. Přehled o imunizaci v Řecku: 99% dětí má polio, 88% dětí je očkováno DTP, 82% MMR, 66% dětí je očkováno proti HiB.

Výskyt **Stafylokoků rezistentních vůči Meticilinu - MRSA** je v současné době ve Francii 9%, avšak u dětí s CF se vyskytuje až v 50% případů. Pozitivem je dobrá trvalá citlivost na aminoglykosidy.

Ohledně infekcí **RS virem** zaznělo, že výskyt při infektech dolních dýchacích cest je větší, než se předpokládalo: z 5 dětí, zemřelých na virovou pneumonii v Německu, byla prokázána RS viróza ve 4 případech, u dětí ošetřených pro respirační infekci na pohotovosti v centru Londýna (830) mělo prokazanou RS virózu 62 dětí. V Rakousku byla věnována pozornost nedono-

šeným dětem a hospitalizacím v prvních dvou letech života: celkem bylo hospitalizováno 37% dětí, z nichž 70% pro respirační infekci, RS viróza byla prokázána pouze v 4% případech.

Dobrou toleranci má p.o. pentavalentní vakcína proti **rotavirům** Rotateq - podává se celkem 3x mezi 3.-8.měsícem, má dobrý efekt a nežádoucí účinky srovnatelné s placebem.

BCG vakcinace přináší mnoho problémů v JAR, kde vzhledem k vysokému výskytu AIDS dochází u imunokomprimovaných dětí k rozsáhlé diseminované infekci, stejně jako u klasické TBC.

Dobrý efekt očkování dětí HIV pozitivních proti HBV prezentovali polští kolegové. Otázkou zůstávají děti HCV pozitivních matek, kdy klesá výskyt protilátek proti HCV během 1. roku (zda jde o tzv. clearance protilátek či ústup infekce u dítěte ukáže dlouhodobé sledování).

■ Role atypických patogenů v etiologii respiračních onemocnění u dětí

Francouzští kolegové prezentovali skupinu dětí (170) hospitalizovaných s expirační dušností, u kterých byla prokázána PCR infekce Mykoplasma pneumoniae ve 20% případů, u dětí s první hospitalizací pro akutní expirační dušnost dokonce v 50% případů. U dětí léčených makrolidovými ATB bylo jen poloviční riziko rehospitalizace pro dušnost v následujících 2 letech. Naproti tomu, spirometrická vyšetření s odstupem po Mykoplazmovém infektu DDC, neprokázala v Dánsku poruchu plicních funkcí či bronchiální hyperaktivitu (99 dětí). Belgická studie se zabývala etiologií pneumonie s pleurálním exudátem u 32 dětí: v 32% mykoplasma pneumoniae, ve 20% pneumokok, ostatní pouze jen v jednom případě (STF, HI a další). Mezi zajímavé patřila přednáška s názvem „Je astma infekční onemocnění?“

■ Ostatní

V této sekci zazněla např. kazustika 16letého bulharského chlapce s rozsáhlou toxokarovou pneumonií (eosinofilie 60%!) a úspěšnou léčbou Albendazolem, jedenáctileté dívky z Rakouska s podezřením na TBC, kde byla prokázána Nocardia asteroides a úspěšně léčena amoxicilin-klavulanátem (i když toto infekční agens nacházíme především u imunokomprimovaných). Nejčastější příčina purulentní konjunktivity u dětí do 3 měsíců v Holandsku je Chlamydia trachomatis. Polští autoři referovali o 107 dětech s dg. Toxocarosis, kdy se jednalo v 85 případech o viscerální formu s pestrými symptomatologií (nejč. bolesti břicha) pode-

zení na tuto dg. vzbuzuje eozinofilie, nutné je vždy myslet na oční postižení, které, není-li léčeno, může vyústit do nevratné slepoty postiženého oka! O 14 případech Trichinosy, vznikající požitím nekontrolovaného a nedostatečně tepelně upraveného masa, referovali litevští kolegové, typická byla opět eozinofilie, dále významné bolesti svalů, teploty a otok tváří. O infekci Ricketsií conori, projevující se artritidou hlezenného kloubu, referovali autoři ze Slovenska, kdy po léčbě Doxycyklinem došlo k úplné normalizaci stavu. Otázkou infekcí urotraktu se zabývalo několik sdělení, např. upozornění, že minimálně 2% dětí s resp. infektem má současně i infekci urotraktu. Ve sdělení řeckých autorů zaznělo, že k jasnému vyloučení anomálie urotraktu u dětí do 1 roku jsou nutná všechna tři zásadní vyšetření: USG, DMSA scan i MCG.

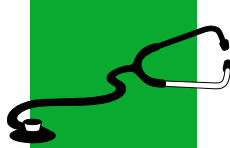
Němci prezentovali bezpečnost a efektivitu podávání infuze polyvalentního lidského imunoglobulinu subkutánně u dětí s významným imunodefektem v domácím prostředí (po 1248 infuzích bez závažnější reakce). Těhotné ženy v Evropě, USA a Austrálii mají v 52% protilátky proti CMV, narozdíl od Afriky, kde je pozitivita v 96% a v Asii a Východní Evropě 92% CMV pozitivních těhotných žen. Toto nižší procento představuje vyšší riziko vrozených CMV infekcí. Děti s vrozenou CMV infekcí mají závažnější průběh hepatitidy typu A a proto chorvatští autoři zvažují i event. očkování. Norové prezentovali použití Netilmicinu v intervalech po 36 hodinách s dobrým léčebným efektem při poklesu výskytu nežádoucích účinků.

Informace o výsledcích hemokultur u dětí v Turecku: přes 50% byl vypěstován koag. neg. STF, v 8% Staf. aureus, v 5% Pseudomonas a Klebsiela. U pacientů s cystickou fibrozou je důležitá hladina ATB (Piperacilin, Tazobactam) především ve sputu (i při normální hladině ATB v séru, může být léčba neúčinná, je-li nízká koncentrace ve sputu).

Mamose binding lecitin „MBL“ je sérový protein účastnící se aktivace kaskády komplementu. Při jeho vrozeném defektu (v Evropě cca 5-10%) jsou nositelé ohroženi závažnými infekcemi především v dětském věku.

Holandané provedli virologické vyšetření mozkomíšního moku u 25 dětí s febrilními křečemi a vždy s negativním nálezem.

O otázkách možné etiologické souvislosti mezi adenovirovou infekcí a Kawasakiho onemocněním referovali Britové. ■



Ukazovátka

MUDr. František Koukolík, DrSc.

Navrhuji nikdy a v ničem nepodceňovat nejmenší děti, protože vypadají jako máminy uzlíčky, které spí. Nebo se vrtí, pořád potřebují plenky, řvou celé noci a neumějí mluvit. Neboť: v posledních týdnech nitroděložního života se mohou naučit hudební zvuky, které pak poznají ve chvíli, kdy spatří světlo světa. Stejně se naučí zvuk hlasu vlastní maminky a rozlišují jej od hlasu jiných žen. Poznávají vůni prsní bradavky své matky a rozliší ji od stejné vůně jiných kojících žen.

V pěti týdnech často napodobí základní mimické výrazy, vypláznete-li na ně jazyk, udělají to také.

Délka doby, kterou věnují něčemu, co je překvapuje, odpovídá pozdější výši jejich inteligentnímu kvocientu. Jeden z objektů, jemuž novorozenci a nejmenší kojenci věnují největší pozornost, je lidská tvář. Dobře ji rozlišují od něčeho, co se tváří podobá a není jí, a to je jim měsíc. Musíte je však kolem obrázku nosit a obrázek musí mít před očima ve vzdálenosti asi tak 20 centimetrů. Ještě nedokáží zaostřit a mají značně nezralou zrakovou mozkovou kůru. Ve dvou měsících poznají, zda jsou dva jednoduché obrázky stejné nebo ne, aniž se obrázky pohybují.

Pětiměsíční děti rozlišují správné výsledky nejjednodušších aritmetických operací od nesprávných. Ukážete-li jim s malými loutkami nejprve správné výsledky (třeba $1+1=2$, $2-1=1$), a pak jednoduchým trikem, kterého si nesmí všimnout, je osidíte a ukážete výsledek $1+1=1$, věnují mu pozornost daleko delší dobu než správnému výsledku.

Šestiměsíční děti rozlišují předměty podle velikosti, tvaru a barvy. Vědí, že nepřestaly existovat, když se jim ztratily z dohledu. Rozliší, zda pohyby rtů člověka, jenž na ně mluví, odpovídají tomu, co říká. Poznají, zda počet úderů na bubínek odpoví-

dá počtu předmětů, které se jim společně s úderem předvádějí.

V přibližně stejném věku se stávají specialisty na mateřský jazyk. Do té doby byly s to se naučit jakémukoli jazyku, jímž se ve světě mluví, počínaje šestým měsícem už dobře rozlišují jazyk, jímž na ně mluví maminka, od jiných jazyků a jen ten jazyk, jemuž se pak říká mateřský, bude jejich „hlavním“ jazykem, bez ohledu na to, kolik se jich ještě v životě naučí. Jen za zvláštních okolností – například při přechodu do jiného jazykového prostředí s jinou maminkou a v poměrně ranném věku – svůj mateřský jazyk předělají, třeba z korejštiny na francouzštinu.

V jedenáctém měsíci života začne být jejich pozornost výběrová. Koncem prvního roku života sledují směr pohledu jiného člověka a podívají se tímž směrem.

Když je jim rok, očekávají, že dospělý člověk spíše sáhne po věci, na kterou se díval s výrazem pozitivního afektu ve tváři, než by sáhl po věci, které nevěnoval pozornost. V 18 měsících dokáží děti pochopit, že mají dát dospělé osobě jídlo, na které reagovala se zřejmou radostí, spíše než jídlo, na něž odpovídala se znechucením.

V 18. – 24. měsíci můžete vzít dítě před zrcadlo a společně se dívat na svůj obraz. Pak je vezměte stranou a namalujte mu špičku nosíku rtěnkou, jako malému klaunovi. A znovu se spolu podívejte do zrcadla. Přibližně v tomto věku si překvapeně děti začnou na namalovanou špičku nosu sahat, do té doby to neudělají. A ve stejnou dobu začnou užívat osobní zájmena. Zdá se, že tyto měsíce jsou dobou, kdy se začíná rodit pocit „já“, pocit osobní jedinečnosti a odlišnosti od okolí. To je dlouhý proces, vlastně běží celý život, úměrně tomu, jak se lidé dokáží rozvíjet. U malých dětí se jeho zá-

klady dokončují mezi šestatřicátým měsícem a čtvrtým rokem věku. Dokončení se dá poznat jednoduchým pokusem. Do krabičky, na které je namalované cukroví, dáte třeba pastelky. Pak před dítětem zatřesete krabičkou a zeptáte se, co je v ní. Děti podle obrázku řeknou cukroví. Krabičku otevřete, děti se obvykle zasmějí, když spatří pastelky. Jádro pokusu je v odpovědi dítěte na další otázku: „Ukážeš kamarádovi tuhle krabičku. Co Ti řekne, když se ho zeptáš, co v ní je?“ Děti s nedokončeným vývojem základu jáství, tedy děti mladší než 36 – 48 měsíců, řeknou: „Pastelky“. Děti vyzrálejší řeknou mylnou odpověď, tu, kterou řekly samy: „Cukroví“. Mladší děti totiž nerozlišují, co vědí sama a co může vědět druhý jedinec, jenž nemá jejich informace. A dál? Tříletému dítěti stačí na 20 sekund pasáž z Mozartovy symfonie, která je v dur, a na dalších 20 sekund pasáž, která je v moll, a přitom mu ukázat obrázek smutné a šťastné tváře. Při poslechu durové části ukazují děti na šťastnou, při poslechu mollové na smutnou tvář. A ke tváři, která se směje, vybírají tříleté děti obvykle červenou, nikoli hnědou barvu.

A ještě něco velmi lidského? Tříletým dětem ukážete cukroví, které milují, a dvě prázdné krabičky. Do jedné dáte cukroví, zavřete obě. Pak řeknete: „Za chvíli přijde paní (nebo pán). Zeptá se, kde je cukroví. Ukážeš-li na krabičku, kde je cukroví, dostane je paní. Ukážeš-li na prázdnou krabičku, dostaneš je ty.“ Jestliže děti ukazují prstem, skoro vždy ukazují pravdivě. Dáte-li jim do ruky ukazovátka, většina dětí ukáže prázdnou krabičku a poté šťastně slupne cukroví sama. ■

Zdroj: *Hospodářské noviny*

RECENZE:

Josef Švejcar a kolektiv: „Péče o dítě“

(doplňené, rozšířené a aktualizované vydání)

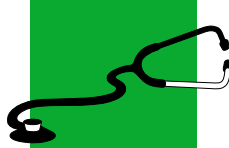
MUDr. Hana Cabrnachová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Odborná společnost praktických dětských lékařů přivítala s potěšením iniciativu autorského kolektivu aktualizovat původní vydání této knihy, která se svou uceleností pohledu na

péči o dítě stala nedílnou součástí literatury odborné věnované pediatrii, ale i literatury určené díky své srozumitelnosti co nejširší veřejnosti laické. Po přečtení této knihy mám oprav-

du radost, že se povedlo dokončit dílo velmi zdařilé, které si uchovalo svou původní tolik cennou strukturu. Právě díky kapitolám popisujícím podrobně růst a vývoj dítěte, výživu, péči



o dítě, bude velmi vyhledávanou knihou také pro rodiče našich dětí i pro mladé lidi, kteří rodinu teprve plánují. Doba se mění a rodiče stále více hledají zdroje informací. Nabídka na našem trhu je sice bohatá, ale ne každou literaturu lze rodičům doporučit. Dětské lékařské knihy potřebují mít možnost nabídnout rodičům ověřený a kvalitní zdroj informací. A právě takovýmto zdrojem se stává nově aktualizované vydání knihy „Péče o dítě“.

Náš knižní trh postrádal knihu, která by dokázala nabídnout informace odborné, ale podané formou dostatečně srozumitelnou i širší veřejnosti. To ale nebyl jistě jediný a hlavní záměr autorského kolektivu. Za velmi cenné považuje toto vydání i odborná veřejnost, především praktičtí lékaři pro děti a dorost. Velmi jsme postrádali knihu, která by byla blízka kdysi vydané pediatrické propedeutice, ale rozpracovaná do dalších podrobností právě tak, jak před necelými šedesáti lety poprvé svou knihu rozepsal pan profesor Švejcar. Tato kniha ve své podobě původní, v podobě pediatrické propedeutiky, v podobě dalšího vydání péče o dítě naposledy před necelými deseti lety, se stala

základem pro výuku nás všech a našich budoucích kolegů. Byla základem výchovy pediatrů, jakýmsi úvodem do studia tohoto oboru. Tím, že byla uceleným základem výuky pediatrie, byla vhodnou knihou i pro výuku dětských sester, výuku dalších odborníků, kteří pečují o děti. Přesto, že je až neuvěřitelné, jak základní myšlenky pana profesora staré skoro šedesát let jsou stále pravdivé, některé informace staré téměř deset let od posledního vydání bylo již třeba v některých aspektech poopravit, neboť i pediatrie za poslední desetiletí zaznamenala obrovský rozvoj. Byl to právě pan profesor Švejcar, který během svého života dokázal měnit své názory pod vlivem nových informací, které v oblasti péče o dítě přicházely. Zvlášť viditelné změny během posledních deseti let nastaly právě v oblasti primární pediatrické péče, v práci praktických lékařů pro děti a dorost a jim, pro jejich použití, pro použití rodičů jimi registrovaných dětí, pro jejich dětské sestry, je především tato kniha určena. Právě kapitoly preventivní péče a praktická dětská poradna jsou nejvíce tímto rozvojem poznamenány.

Pan profesor Švejcar velmi prozíravě věděl,

že pediatrie se bude ubírat cestou rozvoje dalších specializací a lékařem, který bude muset zákonitě koordinovat cestu rodičů mezi tak širokou nabídkou poskytované zdravotní péče, bude právě praktický dětský lékař. Bude to dělat v zájmu co nejlepšího zdraví dítěte, zdraví svých dětských pacientů. Jsem velmi ráda, že se pan profesor alespoň zčásti dožil obrovského rozvoje primární pediatrické péče v ČR po roce 1989. Ze systému tzv. obvodních lékařů se rozvinuly praxe poskytující komplexní léčebně preventivní péči o dítě v rozsahu, které nám právem svět závidí. Jsem velmi ráda, že jsme v současnosti svědky významného trendu rozvoje primární pediatrické péče v Evropě, ale i v jiných státech na světě a že Česká republika se má v tomto smyslu čím chlubit. Pane profesore, děkujeme Vám, že jste položil základy pro takovýto systém péče o dítě v České republice. Tuto knihu já vnímám také jako poctu Vám osobně. Závěrem děkuji autorskému kolektivu za velmi zdařilé dílo.

Lactulose

První mezinárodní konference o použití ibuprofenu v dětském lékařství

(The First International Conference on Ibuprofen use in Paediatrics – IPIC)

2. část

MUDr. Milan Kudyn

Praktický dětský lékař, Praha 10

■ Bezpečnost ibuprofenu

Při léčbě dětí je snášenlivost a bezpečnost léku jedním z nejdůležitějších parametrů. Všichni odborníci přítomní na konferenci se shodli, že ibuprofen je přinejmenším stejně dobře snášený jako paracetamol a je velmi bezpečný. Podle profesorky Elisabeth Autret-Leca z Francie je ibuprofen jedním z nejlépe snášených nesteroidních anti-revmatik u dospělých. U dětí se snášenlivost léku jeví ještě vyšší. Zdůraznila, že u ibuprofenu nikdy nebylo hlášeno podezření na spojitost s rozvojem Reyova syndromu. Profesorka Autret-Leca shrnula údaje z literatury následujícím způsobem.

Ve srovnání s paracetamolem a kyselou acetylsalicylovou má ibuprofen v případech předávkování menší toxicitu a proto má širší terapeutické rozpětí.

■ Bez bronchospastického účinku

Dr. Loana Alina Anca z Rumunska potvrdila, že ibuprofen má menší toxicitu než paracetamol a další nesteroidní anti-revmatika. Podle vědeckých údajů a klinické zkušenosti se ibuprofen považuje za nesteroidní anti-revmatikum spojené s nejmenším výskytem nežádoucích účinků v zažívacím ústrojí. Za dobu, kdy Dr. Anca léčí děti mladší 6 let ibuprofenem, nikdy neviděla případ akutního renálního selhání, Reyeova syndromu nebo anafylaktické reakce způsobené ibuprofenem.

Také zdůraznila, že před podáním nesteroidních anti-revmatik u dehydratovaných malých dětí je nejprve nutné upravit vodní a minerálové prostředí.

V roce 1999 potvrdila bezpečnost ibuprofenu zpráva o sledování 544 malých dětí (ve věku do 1 roku).¹ Nežádoucí účinky léku nevedly k žádné hospitalizaci. V letech 1999 až 2001 Dr. Anca léčila 48 malých dětí (ve věku 1 – 5 měsíců) s akutní bronchiolitidou ibuprofenem (10 mg/kg tělesné hmotnosti,

3 – 4krát denně) a 17 dětí paracetamolem (12 mg/kg tělesné hmotnosti, 3 – 4krát denně) v rámci symptomatičké léčby.

Žádné klinické poznatky nesvědčí pro bronchospastický účinek při krátkodobé léčbě ibuprofenem.

Účinná látka ibuprofen může snižovat riziko astmatu.

Studie Boston University Fever Study², o které referoval profesor Samuel Lesko z Pensylvánie USA, prokázala, že krátkodobé podání ibuprofenu není spojeno se zvýšeným rizikem nežádoucích účinků u dětí.

Tato rozsáhlá dvojitě slepá klinická studie srovnávala ibuprofen (5 nebo 10 mg/kg) a paracetamol (12 mg/kg) u více než 84 000 dětí (ve věku 6 měsíců až 12 let), které byly léčeny pro zvýšenou teplotu. Primárním výsledným ukazatelem byla hospitalizace pro závažné nežádoucí účinky (komplikace v zažívacím ústrojí, akutní selhání ledvin a anafylaxe). Mezi léčebnými skupinami nebyl pozorován rozdíl v počtu pacientů, kteří vyžadovali hospitalizaci. Podle profesora Leska ibuprofen nezvyšuje riziko jakéhokoli typu hospitalizace u dětí mladších než 2 roky při srovnání s paracetamolem.

V podskupině 1 879 dětí, které byly souběžně léčeny pro astma se relativní riziko přijetí do nemocnice pro astmatický záchvat významně nelišilo mezi skupinami léčenými ibuprofenem či paracetamolem, ale riziko ambulantního ošetření v důsledku zhoršení astmatu bylo ve skupině léčené ibuprofenem významně nižší.

Profesor Lesko uvádí, že oproti dosavadním domněnkám, že ibuprofen zvyšuje astmatické projevy u dětí bez známého anamnestického údaje o senzitivitě vůči kyselíně acetylsalicylové nebo ostatním nesteroidním anti-revmatikům, ukazují údaje ze

studie Boston University Fever Study, že ve srovnání s paracetamolem i toto riziko ibuprofen snižuje. Tyto údaje jsou také důkazem o relativní bezpečnosti podání ibuprofenu u dětí s astmatem.

■ Velké rozpětí bezpečnosti

Profesor John N. van den Anker z USA zdůraznil, že ibuprofen i paracetamol jsou relativně bezpečné léky – pokud jsou použity správně. Nesprávné podání léku rodiči je však běžné a může vést k neúmyslnému předávkování nebo nežádoucímu symptomatickému zlepšení. V průřezové observační studii, které se zúčastnilo 200 pacientů (ve věku do 10 let) podávala více než polovina dotazovaných rodičů a pečovateli nesprávnou dávku paracetamolu nebo ibuprofenu, a to obzvláště u malých dětí.³ Rodiče a pečovateli, kteří vypočítávali dávku na základě tělesné hmotnosti, měli menší pravděpodobnost, že by podali nesprávnou dávku, což jednoznačně ukazuje na důležitost edukace rodičů.

Normální dávka ibuprofenu u dětí je 4 – 10 mg/kg tělesné hmotnosti, maximální denní dávka je 40 mg/kg tělesné hmotnosti denně. Více než 400 mg/kg tělesné hmotnosti je nutné považovat za těžké předávkování, neboť více než desetinásobně přesahuje maximální normální dávku. V případě paracetamolu existuje riziko chronického předávkování dokonce i při podání maximální normální dávky u dětí během 24 hodin (90 mg/kg tělesné hmotnosti denně). V případě paracetamolu jsou projevy chronické toxicity velmi obtížně odhalitelné a proto mohou být pro děti nebezpečné.

Rozpětí bezpečnosti ibuprofenu se jeví být vyšší než u paracetamolu, jak v případech akutní otravy, tak v případech chronického předávkování.

■ Dobrá snášenlivost při dlouhodobém užívání

V souladu s ostatními odborníky Dr. Ri-

chard Mouy z Francie považuje ibuprofen za bezpečný lék. On sám ibuprofen používá při léčbě dětí s juvenilní idiopatickou artritidou (JIA). Na základě více než 30 let zkušeností se domnívá, že ibuprofen je dobře snášený i během dlouhodobého užívání dětmi s JIA. Léčba ibuprofenem je provázena menším množstvím nežádoucích účinků než ostatní nesteroidní antirevmatika jako piroxikam nebo indometacin. Údaje z literatury ukazují, že pouze 10 % dětí, u nichž došlo k rozvoji nežádoucích účinků během léčby ibuprofenem tuto léčbu přerušily ve srovnání s více než 30 % dětí, u nichž došlo k rozvoji nežádoucích účinků při léčbě ostatními nesteroidními antirevmatiky.

■ Užití u nedonošenců

Studie ukazují, že ibuprofen je bezpečnější než indometacin u dětí s nezavřenou Botalskou dučejí (ductus arteriosus patens – PDA). Dr. Bart Van Overmeire z Belgie prezentoval údaje z několika klinických studií, které hodnotily profylaktické i terapeutické užití ibuprofenu u novorozenců s PDA, které ukazují, že ibuprofen způsobuje méně nežádoucích účinků než indometacin.

■ Shrnutí

Ibuprofen je stejně dobře snášený, ale bezpečnější v případě předávkování než paracetamol, kyselina acetylsalicylová nebo indometacin. Jeho snášenlivost je velice dobrá i při použití u velmi malých dětí.

Účinná látka ibuprofen je vhodný lék pro léčbu dětí mladších než 6 měsíců. Dr. Anca uvádí, že od roku 1998 se ibuprofen v Rumunsku užívá při léčbě dětí mladších než 6 měsíců. U malých dětí dochází k rychlému vstřebávání (maximální sérová koncentrace po 90 minutách), k rychlému rozvoji antipyretického účinku (méně než 30 minut) a setrvalý antipyretický účinek po dobu 6 až 8 hodin. Dávkování ibuprofenu u dětí mladších než 6 měsíců je nutné upravit podle požadovaného účinku. Protizánětlivá látka (10 mg/kg tělesné hmotnosti 4x denně, celková dávka 40 mg/kg tělesné hmotnosti denně) je vyšší než antipyretická dávka (5 – 10 mg/kg tělesné hmotnosti 3x denně, celková dávka 15 – 30 mg/kg tělesné hmotnosti denně).

Lepší účinnost než paracetamol a dobrá snášenlivost u velmi malých dětí

V letech 1999 až 2001 byl ibuprofen podán 576 malým dětem ve věku do 6 měsíců,

kteří byli léčeni v Ústavu pro matku a dítě (Mother and Child Care Institute – MCCI) v Bukurešti. Mezi nejčastější indikace patřily infekce horních dýchacích cest. Dvě dotazníkové akce 4,5 srovnávaly antipyretickou účinnost ibuprofenu a paracetamolu u malých dětí mladších 6 měsíců. Nástup účinku byl rychlejší a trvání antipyretického účinku delší ve skupině léčené ibuprofenem než ve skupině léčené paracetamolem.

Ve zprávě z roku 19996 došlo k rozvoji mírných nežádoucích účinků u 9 ze 304 dětí (ve věku 1 – 24 měsíců), a to zvracení (n = 3), průjem (n = 5) a vyrážka (n = 1), které mohly být způsobeny podáním ibuprofenu. V rámci akutní léčby bronchiolitidy (48 malých dětí ve věku 1 – 5 měsíců), nebyly po podání ibuprofenu zachyceny žádné známky, které by svědčily pro jeho bronchospastický účinek. Ve srovnání se skupinou léčenou paracetamolem nebyl pozorován žádný rozdíl v rychlosti odeznění spastického poslechového nálezu.

Dr. Anca shrnuje, že podle vědeckých údajů i klinické zkušenosti nabízí ibuprofen dobrý průměr mezi účinností a bezpečností a lze jej považovat za vhodný lék pro léčbu malých dětí mladších 6 měsíců.

Kromě Rumunska je ibuprofen schválen pro podání dětem mladším 6 měsíců ve Francii a Irsku. Navíc v Čechách a na Slovensku je schválen Nurofen pro děti již od 3 měsíců věku. Kromě toho francouzská „Commission de la Transparence“ schválila ibuprofen jako lék první volby pro léčbu bolesti a horečky u akutních stavů.

Účinná látka ibuprofen je přinejmenším stejně účinný jako paracetamol nebo aspirin

■ Ibuprofen při léčbě horečky

Podle Dr. Autret-Leca ukázalo srovnání ibuprofenu a paracetamolu (6 klinických studií 7,8,9,10,11,12), že antipyretická účinnost ibuprofenu v dávkování mezi 7,5 a 10 mg/kg tělesné hmotnosti je srovnatelná s účinností paracetamolu v dávce 10 mg/kg tělesné hmotnosti a trvání účinku ibuprofenu je delší. Další 3 klinické studie 13,14,15 zjistily, že ibuprofen v dávkování 6 – 10 mg/kg tělesné hmotnosti je stejně účinný jako aspirin v dávce 10 – 15 mg/kg tělesné hmotnosti při srážení teploty a má stejně rychlý nástup účinku a delší trvání účinku. Ve Francii je doporučené dávkování ibuprofenu ve formě suspence (20 mg/ml) u dětí (ve věku 6 měsíců až 12

let) mezi 20 až 30 mg/kg tělesné hmotnosti denně ve třech denních dávkách.

V randomizované otevřené multicentrické klinické studii s paralelními skupinami bylo sledováno 351 dětí ve věku 6 až 24 měsíců, které měly horečku 39 °C a více (měřenou v konečniku) a které byly léčeny ibuprofenem (7,5 mg/kg tělesné hmotnosti; n = 116), paracetamolem (10 mg/kg tělesné hmotnosti; n = 116) nebo kyselinou acetylsalicylovou (10 mg/kg tělesné hmotnosti; n = 116)¹². Po prvních 6 hodinách bylo možné v případě potřeby podat další dávku. Teplota v konečniku byla měřena při podání léku a dále za 1, 4 a 6 hodin po podání první dávky.

Účinná látka ibuprofen prokázal větší účinnost než paracetamol nebo kyselina acetylsalicylová. To bylo potvrzeno větší AUC (plocha pod křivkou – area under the curve; p méně než 0,05; obrázek 10 Autret-Leca), větším poklesem teploty za 4 hodiny (p méně než 0,05) a vyšším podílem dětí s teplotou 38°C a méně měřenou v konečniku za 4 hodiny po podání (p méně než 0,01), ale nikoliv za 6 hodin po podání léku. Celkový stav dětí byl lepší při léčbě ibuprofenem než paracetamolem. Významně vyšší počet rodičů udával dobrý spánek druhý den léčby u dětí v ibuprofenové skupině.

Mezi skupinami nebyl zjištěn významný rozdíl v počtu pacientů, kteří ze studie z jakéhokoli důvodu předčasně odstoupili. U 14 dětí došlo k rozvoji 18 nežádoucích příhod.

Účinná látka ibuprofen je účinnější než paracetamol a kyselina acetylsalicylová, což je doloženo vyšší AUC v období 0 – 6 hodin po podání (p méně než 0,05). Mezi paracetamolem a kyselinou acetylsalicylovou nebyly zjištěny žádné rozdíly.¹²

Během diskuse ostatní odborníci uváděli další zkušenosti s ibuprofenem při léčbě horečky. Domnívají se, že popularita ibuprofenu mezi dětskými lékaři narůstá. Profesor Lesko uvádí, že podle jeho zkušeností se rodiče po vyzkoušení ibuprofenu již nechtějí vrátit k paracetamolu. Profesor Gérard Pons z Francie v diskusi opět zdůraznil, že ibuprofen je hodnotný a užitečný lék.

Konference byla uspořádána firmou BOOTS HEALTHCARE (Nurofen pro děti).



Aktuality

Novorozenci rádi hledí přímo do očí

Nedávné experimenty vědců dokazují, že schopnost navázat oční kontakt je lidem vrozená. Přímý pohled z očí do očí zřejmě „probouzí“ činnost zrakového systému novorozence. Ten pak dovede snáze rozpoznat i tak složité podněty, jakým je lidská tvář.

Podíváte-li se do očí bdělého kojence v okamžiku, kdy máte jeho tvářičku ve vzdálenosti asi tak 20 centimetrů od svých očí, dítě obvykle pohled opětuje. Je popsáné chování vrozené, nebo se nejmenší děti tak rychle učí? Odpověď na tuto otázku přinášejí nejnovější výsledky vědeckých experimentů. V dnešním rozhlasovém pořadu Meteor o nich hovoří MUDr. František Koukolík. Pohled z očí do očí je jedním z prvních a základních druhů komunikace. A to nejen mezi lidmi. Zkoumání schopnosti navázat oční kontakt u malých i větších dětí odborníci věnují značnou pozornost. Umění dívat se z očí do očí se u nejmenších dětí považuje za známku zdravého vývoje sociálních vztahů.

Pozor, bliká červené světlo

Spor o to, jestli se očnímu kontaktu děti rychle naučí, nebo zda je tato schopnost vrozená, se svým způsobem táhne od Aristotelových dob. Zastánci teorie, podle které jsou lidské vlastnosti spíše vrozené, mají obvykle úplně jiné představy o výchově v rodině, ve škole, ale také vztazích ve společnosti – včetně například trestního práva a vězeňství – než lidé, kteří jsou přesvědčeni, že se děti rodí coby nepopsaný list papíru. Dva důmyslné pokusy, které by měly pomoci spor rozhodnout, provedli nedávno britští a italská vědci. Prvního experimentu se zúčastnili zdraví novorozenci staří jeden až pět dnů. Vědci si bdělá miminka v peřince vzali na klín. Ve vzdálenosti 30 centimetrů byla průhledná obrazovka. Jakmile zablikalo červené světélko v jejím středu, miminka okamžitě zpozorněla. Napravo a nalevo od světélka umístili vědci barevnou fotografii ženské tváře. Oči jedné ženy sledovaly přímo novorozence, oči druhé se dívaly stranou, a to buď napravo, nebo nalevo. Polovina miminek sledovala přímý pohled a pohled odvrácený doprava, druhá polovina sledovala přímý pohled a pohled odvrácený doleva. Směr, kterým se děti dívaly, zaznamenávala videokamera. Výsledek byl jednoznačný: miminka věnovala podstatně větší pozornost pohledu z očí do očí než odvrácené tváři.

Pohled do dětských hlaviček

Jakékoli chování doprovází řada změn činnosti mozku. I zaměření očí přímo – při pohledu z očí do očí – doprovázejí jiné změny činnosti mozku než sledování odvráceného pohledu. Způsobují, jak zjistit, co se přitom v hlavičkách malých dětí děje, je dnes několik. Jednu z možností představuje snímání elektrické činnosti mozku takzvaných evokovaných potenciálů. Jde o změny elektrické aktivity mozku například na základě nějakého smyslového, třeba zrakového nebo sluchového podnětu. Elektrická aktivita mozku se snímá elektroencefalografem. Vyšetřovaný je nejprve v klidu, pak následuje podnět. Mozek jej začne bleskově zpracovávat. To se v záznamu projevuje charakteristickým způsobem – změní se tvar vln, které elektrickou činnost mozku zaznamenávají. Změna tvaru se dá změřit. Evokované potenciály se rozsáhle využívají v denní neurologické diagnostice i ve výzkumu. Druhého experimentu se zúčastnily čtyřměsíční děti. Podnět, který se objevil uprostřed obrazovky, nejprve upoutal pozornost miminek. Vpravo a vlevo od středu vědci opět umístili barevnou fotografii ženské tváře.

Jedna z žen se dívala na děti zpřímá, pohled druhé byl odvrácený doprava nebo doleva. Z elektrické odpovědi mozku čtyřměsíčních dětí bylo opět možné jednoznačně vyčíst, že dávají přednost přímému pohledu. Sledovat oči, které se dívají jinam, se malým účastníkům pokusu nechtělo. Rozdíl v úhlu přímého a odvráceného pohledu byl však nepatrný. Přesto jej děti rozlišily. Druhý pokus je dalším důkazem vysoké citlivosti zrakového systému malých dětí na velice specifické podněty, mezi něž lidská tvář patří. Jiným složitým podnětům děti zdaleka takovou pozornost nevěnují. Je tedy velmi pravděpodobné, že jsme od narození vybaveni systémem nesmírně citlivým na lidské tváře. Ten dovede rozlišovat v objektech kolem nás zejména oči a ústa. Tvář, která se na nás dívá přímo, zřejmě probouzí činnost tohoto systému lépe než tvář, jejíž pohled je odvrácený. Jinak řečeno: pohled z očí do očí je zřejmě jeden z prvních mechanismů, který zařazuje novorozene děti do společenství lidí.

Nošení dělá dětem dobře

Děti, kterých se otec a matka často dotýkají, se vyvíjejí rychleji a jsou aktivnější.

Přibývá rodičů, kteří místo aby své děti vozili v kočárku, často je nosí nějakým způsobem uvázané přímo na těle. Lékaři nejsou proti. Znamená to, že letité doporučení „hlavně ho nenos, ať ho nerozmazlíš“ už neplatí?

Ještě nedávno byly takové obrázky k vidění jen na snímcích cestovatelů třeba do Jižní Ameriky nebo Afriky. Kojenec, přivázaný kusem látky na těle matky, spokojeně spí nebo se rozhlíží, zatímco žena se věnuje nějaké práci. Stále častěji je však možné narazit na nošení dětí i v Česku. To se tak jen přidáváme k Západoevropanům, kteří se u přírodních národů poučili už dříve. Ono slovo poučili je tu na místě. „Já to svým maminkám doporučuji. Dříve matky své děti také nikam neodkládaly, nosily je i na pole. Posiluje se tak vzájemný vztah, dítě je spokojené a lépe se vyvíjí,“ říká třeboňský pediatr Miloš Velemínský. Přesto zůstávají Češi, zejména starší generace, dost nedůvěřiví. Výkřiky typu „chudinka malá, podívejte, jak je tam zkrucenějí“ nejsou vzácné. „Sousedka mi nabízela, jestli nechci kočárek po jejich dětech. Že asi nemáme peníze, když to dítě pořád takhle tahám,“ směje se mladá maminka Jana Zoufalá, která dítě nosí v šátku.

Klubíčko je nejlepší

Nošení prospívá jak duševnímu, tak fyzickému vývoji dítěte. V Česku ještě podobné výzkumy neproběhly, ale například v Německu jich už na toto téma vyšla řada. Upozorňují přitom na fakt, že je velmi důležité to, v čem a jak se dítě nosí – známé klokanky neboli hotová látková nosítka jsou méně zdravé než šátky, speciální až čtyři a půl metru dlouhé látkové pruhy. Ty se totiž dají uvázat vždy přesně tím způsobem, který odpovídá vývojovému stupni dítěte. Nejmenší děti tak v šátku leží, teprve starší se nosí ve svislé poloze na břicho a později na zádech. Páteř, která se kolemjdoucím zdá zkrucená, je v šátku v přirozené poloze, navíc ji látka podepírá. Správně uvázaný šátek prospívá i kyčlím dítěte. To, že je nošení dětí v šátcích zdravé, potvrzuje i Milena Jeřábková. Sama se věnuje právě plavání a nošení dětí v závislosti na jejich psychomotorickém a psychosociálním vývoji. Spolupracuje také s rehabilitačními pracovníky. „V šátku je nejmenší dítě v poloze klubíčka. V ní se cítí jistě a hlava nezatěžuje páteř. Proto si myslím, že by se ani neměla používat klasická nosítka, jako jsou klokanky. Dítě v nich

Omneo



sedí vzpřímeně, páteř se tlakem vlní nebo hrbí,“ vysvětluje. V klokance pak váhu těžké hlavy novorozence nese hrudník, šlachy nebo vnitřní orgány. „To nepříznivě ovlivňuje dýchání, trávení a také budoucí stereotypy pohybu,“ doplňuje Milena Jeřábková. Pro dítě je důležité i to, že cítí matčinu vůni, tlukot srdce a dech. Nosit mohou samozřejmě i tatínkové. Na psychiku dítěte má totiž nošení v šátku ještě větší vliv než na jeho tělesnou schránku – upevňuje se tak mimo jiné vztah s rodiči.

Rozmazlené? Ani náhodou!

Všichni, kdo se nošením v šátku zabývají, neopomenou zdůraznit, že nošené děti nejsou rozmazlené. A že dávno neplatí doporučení, které si od svých pediátrů často pamatují rodiče dnešních novopečených matek: Moc ho ne-nošte, měl by ležet v postýlce, protože jinak bude mít křivou páteř a ještě ho rozmazlíte. Opak je totiž pravda – nošené děti bývají naopak samostatnější a méně bázlivé. Německá přírodovědkyně Evelin Kirkilionisová z univerzity ve Freiburgu, která se nošením dětí dlouhodobě zabývá, tvrdí, že pro děti je nošení přirozené a že lidská mláďata patří stejně jako třeba opičí mezi takzvané „nošence“. Proto doporučuje, aby byli rodiče s kojencem v tělesném kontaktu i doma – když novorozenec leží sám v prázdném pokoji, je to pro něj nepřirozené a může se tam i bát. Nošení v šátku příliš nezatěžuje ani páteř matky, protože v dobře uvázaném šátku je dítě pevně přimknuto k tělu matky a jeho váha se nijak neprotrásá. Navíc s tím, jak dítě roste, zkracuje se průměrná doba nošení, protože dítě už lze odkládat na zem, kde leze nebo chodí.

Nošení dětí: klokanka, nebo šátek? - rady pro rodiče

Malé děti lze nosit různě, rodiče nejčastěji používají takzvané klokanky. Stále častěji se objevuje šátek – dlouhý pruh speciálně tkané látky, který se váže přímo na tělo.

Šátek

- + šátek lze nosit doma i venku, snadno jej přizpůsobíte proporcím svého těla nebo třeba tomu, kolik na sobě máte oblečení
- + způsob vázání se volí podle věku dítěte a plánované činnosti
- + pro dítě je příjemné cítit matčinu vůni, tlukot srdce, dech a její pohyby – podporuje to jeho tělesný i duševní vývoj
- + šátek lze také položit do trávy, sednout si na něj, přikrýt jím dítě, když venku usne, vystlat jím sedadlo ve vlaku atd.
- je třeba naučit se jednotlivé způsoby vázání
- vyšší cena, zvláště u značkových výrobků

Klokanka

- + výhodou klokanky je, že ji není třeba nijak uvazovat
 - + bývá levnější
 - + stejně jako při nošení v šátku má matka volné ruce
 - + dítě se od malička může účastnit mnoha zajímavých činností
 - i menší děti v klokance de facto sedí, což ubližuje jejich páteři
 - klokanku nelze upevnit na těle tak dobře jako šátek, takže nošení dítěte je namáhavější
- Nejmenší děti by měly být při nošení v šátku skrčené podobně jako v děložce. Pro jejich páteř je to zdravé.

Hořká čokoláda může snižovat krevní tlak

Další blahorečení čokolády vypustili do světa odborníci z amerického New Orleans. Zjistili totiž, že zvláště tmavá hořká čokoláda má vedle známých, lidské psychice prospěšných vlastností také schopnost částečně snižovat vysoký krevní tlak. Studie byla zaměřena jen na úzké spektrum pacientů

a bude ji v budoucnosti potřeba podepřít nosnějším a rozsáhlejším výzkumem. „Pokud se dosavadní studie potvrdí, budeme moci v budoucnosti hřešit čokoládou s lepšími pocity, a hlavně bez výčitek,“ míní doktor Franz Messerli, odborník na vysoký krevní tlak z Ochsnerovy kliniky v New Orleans. Třináct dospělých osob s neléčeným, mírně zvýšeným krevním tlakem bylo vyzváno, aby po dobu dvou týdnů pojídalo denně pětadesát gramů čokolády. Polovina pacientů pojídala bílou čokoládu, polovina naopak hořkou čokoládu. Právě cukrovinka z tmavého kakaava obsahuje rostlinné látky polyfenoly, které mají na oběhovou soustavu a srdce stejně pozitivní účinky jako červené víno. Již v minulosti se potvrdilo, že polyfenoly zvířatům snižují krevní tlak. Konzumace bílé čokolády neměla na tlak žádný vliv, u osob pojídajících při pokusu černou čokoládu se systolický tlak (vyšší hodnota) zmenšil o pět bodů, zatímco diastolický tlak (nižší hodnota) klesl o dva body.

Vědci možná našli lék proti obezitě

Po podání hormonu PYY3-36 zkonzumovali obézní lidé oproti normálu o 30 procent kalorií méně. Pocit hladu tlumí hormon PYY3-36. Odborníci však zjistili, že lidé s nadváhou ho mají až o třetinu méně než lidé hubení. Britští vědci identifikovali hormon, jehož nedostatek vyvolává hlad a může tak být vysvětlením, proč jsou někteří lidé obézní. Mohla by se tak otevřít určitá cesta k léčbě obezity, která se na Západě v posledních letech stále častěji stává příčinou úmrtí lidí. Oznamil to americký časopis *New England Journal of Medicine*. Badatelé z Imperial College v Londýně pod vedením Steva Blooma zjistili, že obézní lidé mají proti normálu asi o třetinu méně hormonu PYY3-36, který má významnou roli při regulaci pocitu hladu, než hubení lidé. Obézní dobrovolníci, jimž vědci podali dvě hodiny před jídlem nitrožilně dávku tohoto hormonu, zkonzumovali z nabídky na švédském stole proti normálu o 30 procent kalorií méně. U hubených dobrovolníků bylo toto číslo téměř stejné – 31 procent. Účinek trval ještě po 24 hodinách, kdy lidé z obézní skupiny zkonzumovali o 17 procent kalorií méně než obvykle. Nebyly vypořazovány žádné vedlejší účinky. „Z našeho výzkumu vyplývá, že dodání hormonu PYY3-36 by mohlo být cestou, jak se vypořádat s obezitou v naší společnosti,“ citoval Bloom *The Daily Telegraph*.

Jednání s farmaceutickou firmou

Přesto však může trvat ještě dlouho, než se výsledky výzkumu projeví v praxi – nebyly prováděny dlouhodobé testy a hormon nelze brát ve formě pilulky, protože se v žaludku rychle rozkládá. Vědci by tudíž museli vyvinout nějakou jeho odolnější formu nebo jeho chemickou obdobu. Odborníci již o tom začali jednat s farmaceutickou firmou Pfizer. Rudolph Leibel, který se zabývá obezitou na Columbia University v New Yorku, říká, že není pravděpodobné, že by se jen tento hormon mohl stát „magickou pilulkou“ proti obezitě. Mohl by však prý být prospěšný v kombinaci s jinými léky. Jeho názor sdílí i spoluautorka nové studie Rachel Batterhamová: „Nebude to žádný zázračný lék. PYY3-36 pomůže pouze za předpokladu, že budou lidé ochotni změnit svůj jídelníček.“

Vědci úspěšně vyzkoušeli na opicích novou vakcínu proti ebolě

Nový postup zvolený při výrobě očkovací látky proti ebolě je podle vědců návodem na vyvinutí vakcíny proti viru HIV. Američtí vědci pracují na vývoji očkovací látky proti ebolě. Vakcína vykazuje

Nutrilon



stoprocentní úspěšnost při testech na opicích, na člověku však ještě vyzkoušena nebyla. O tomto medicínském objevu informoval list New Scientist na svých internetových stránkách. Reakce opičího organismu byla zatím při testování vakcín téměř vždy shodná se zkouškami na lidech. Také americké zdravotnické úřady už vyjádřily přesvědčení, že do roku 2006 – tedy o celé desetiletí dříve, než se původně očekávalo – budou schopny zajistit dostatečné zásoby vakcíny proti viru ebola, aby tak mohlo být obyvatelstvo ochráněno proti případnému biologickému útoku. Pouhá jedna dávka očkovacího séra umí oddálit propuknutí nemoci po nakažení virem až o jeden měsíc. „Jsme schopni vyvinout očkovací program, který dokáže pozdržet propuknutí nemoci i o několik let,“ uvedl pro New Scientist vedoucí výzkumného týmu Gary Nabel z Národního ústavu zdraví (NIH) ve Washingtonu. „Tohle je bezpečná ochrana. Je to opravdový úspěch a vypadá velmi slibně pro lidstvo,“ uvedl pro New Scientist CJ Peters, výzkumník očkovacích látek z Texaské univerzity. Očkování se podle něj dá preventivně použít i na některé druhy opic v Africe, které jsou přenašeči této nemoci.

Univerzální očkování

„Vývoj vakcíny má velký význam také jako protiteroristické opatření,“ řekl agentuře DPA ředitel NIH Anthony Fauci. Použitý postup podle něj navíc slibuje i vyvinutí dlouho hledané vakcíny proti viru HIV vyvolávajícímu onemocnění AIDS. Výzkumníci ve Fredericku proto už pracují na kombinované vakcíně, která by chránila jak proti AIDS, tak i proti celé řadě virů, které by mohli teroristé použít jako biologické zbraně. Virové onemocnění ebola způsobuje průjmy a horečky spojené s krvácením do trávicího traktu a během několika dní na ně umírá 90 procent nakažených. Zatím na tuto nemoc neexistuje žádný lék ani očkování. Včasná diagnóza eboly je obtížná, protože oběť trpí příznaky podobnými chřipce. Ebola se přenáší podobně jako virus HIV při kontaktu s tělními tekutinami nemocného.

Kdo jí jogurty, přibírá méně

Chcete hubnout? Jezte hodně mléčných výrobků, zejména jogurtů a kysaného mléka. Nové výzkumy ukázaly, že strava s vysokým obsahem vápníku neboli kalcia brání zvětšování tukových buněk, a tím i nabírání na váze. Zjištění publikovaná v zahraničí potvrzují i čeští odborníci. Lékařka Radka Braunerová z 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze vysvětluje, jak vápník působí – jde o pozůstatek mechanismu, který umožňoval lidem v prehistorických časech přežít. Tehdy byla jejich strava mnohem bohatší na vápník. Lidské geny si to stále pamatují. „Jsou zvyklé na jídelníček, který obsahoval téměř dvakrát tolik kalcia než ten náš a také více bílkovin, vlákniny a méně tuku,“ vysvětluje lékařka. Nedostatkem vápníku trpěli lidé pouze tehdy, když neměli dost jídla, tělo pak automaticky snížilo spotřebu energie. Podobně reaguje i dnes. „Původně výhodný ochranný mechanismus může přispívat ke zvýšení váhy,“ potvrzuje Braunerová. Člověku, který se nepřejídá a přitom jeho strava obsahuje hodně vápníku, se naopak zpomaluje metabolismus. Organismus si méně energie ukládá do tukových zásob a více energie vydává ve formě tepla, protože takový stav vnímá jako dostatek jídla. Jedna studie například podle Braunerové ukázala, že při zvýšení denního příjmu vápníku ze 400 na 1000 miligramů lidé zhubli během jednoho roku v průměru o pět kilo. „Sama pod vlivem těchto studií jím s radostí více mléčných produktů,“ přiznává psycholožka Iva Málková ze sdružení Stop obezitě. Nejvíce vápníku je v mléku a mléčných výrobcích, dále v olejnatých semenech a v zelené listové zelenině. Jíst vápník v tabletách k úspěchu nestačí.

Červené maso obsahuje látky způsobující rakovinu

Po požití červeného masa se do lidské tkáně a cév zřejmě uvolňuje nebezpečná molekula. Tvrdí to profesor Ajit Varki z kalifornské univerzity, který je hlavou vědeckého týmu zabývajícího se zkoumáním příčin rakoviny. Molekula Neu5Gc je typem cukru. Tělo člověka ji nevytváří, zato se molekula v hojně míře objevuje v hovézím, vepřovém a jehněčím mase. Již několik předchozích studií spojovalo červené maso s rakovinou a srdečními problémy, avšak všechny se až doposud zaměřovaly pouze na látky vznikající během tepelného zpracování potravy. Molekula prý spouští imunitní reakci škodlivou lidskému organismu. Profesor Varki připouští, že si lidé na tuto reakci během stovek a tisíců let, kdy maso jedí, zvykli. Připomíná ale, že nyní se dožíváme mnohem vyššího věku než kdysi a že je tedy otázkou, zda se u nás následky vzrůstající kumulace cukru Neu5Gc neprojeví ve stáří. Varki ovšem přiznal BBC, že k uspokojivému zodpovězení této otázky bude třeba dlouhodobého výzkumu a podrobných studií. Faktem zůstává, že celá jedna třetina vzniku rakovinných onemocnění je spojena s potravou, kterou přijímáme. Existují vědecky podepřené důkazy, že riziko rakoviny se značně snižuje, pokud v našem jídelníčku převládá ovoce, zelenina a vláknina.

Kdo si chce něco pamatovat, musí dobře spát

Spánek zřejmě obnovuje paměť, a to nejen díky tomu, že tělu poskytuje celkový tělesný odpočinek. Právě ve spánku se pravděpodobně ukládají získané či naučené nové poznatky hluboko do mozku. Uvádějí to dvě americké vědecké studie, otištěné ve čtvrtém čísle časopisu Nature. Jestliže budou výsledky potvrzeny dalším výzkumem, budou poznatky užitečné nejen studentům při učení nové látky, ale i v psychiatrii, například při léčbě osob trpících těžkými traumaty. Neurobiolog Daniel Margolias z Chicagské univerzity říká, že „všichni známe pocit, kdy jdeme spát s nevyřešenou otázkou na rtech a probouzíme se s prostou odpovědí“. Podle Margoliase je člověk každý den zahlcen údaji k zapamatování, jimiž často propadnou detaily. Ve spánku se informace seřadí, přeskupí a stanou se srozumitelné. Je také zajímavé, že lepší výsledky v paměťových testech naučeného materiálu vykazovali lidé, kteří se novinky naučili večer, tedy těsně předtím, než šli spát, a testu se podrobili ráno. Méně úspěšné byly osoby, které se učily ráno a spát mohly až po celodenní jiné aktivitě. Testovány byly rovněž až ráno. Vědci zjistili, že naučený materiál se ukládá v mozku ve třech stádiích, jako když se ukládají data do paměti počítače. Druhé ze stadií je u člověka spánek, který má výborný vliv na výkon druhý den po učení. Vlivem spánku na výkon člověka se zabývá také Česká spánková společnost. Podle ní je v ospalosti silně snížena schopnost koncentrace. Potřeba spánku je sice zřejmě dána geneticky, ale mezi těmi, kdo častěji způsobí pracovní úraz či dopravní nehodu, bývají v ČR lidé, kteří pracují na směny a spí v průměru jen šest hodin denně.

Australané objevili novou léčbu rakoviny

Australští vědci včera zveřejnili nově objevenou metodu léčby rakoviny. Ta je založena na genetické modifikaci krvinek pro boj proti zhoubným nádorům. Vědci z centra pro výzkum rakoviny v Melbourne očekávají, že budou moci provést testy na lidech nejpozději do dvou let po prvních testech na myších. Nová léčba je založena na odebrání stovek milionů bílých krvinek od pacienta. DNA těchto krvinek je následně geneticky modifikována, aby



mohla identifikovat a potírat nádor. Pak jsou krvinky injektovány zpět do těla nemocného. „Dosud jsme prokázali, že lze odebrat tyto buňky z imunitního systému zvířete, externě je ošetřit, aby mohly rozeznávat rakovinu, a pak je zpětně vpravit do těla,“ vysvětlil člen výzkumného týmu, profesor Joe Trapani. „Takže místo velmi, velmi malého počtu krvinek, možná jedné z tisíce, jež může nádor rozeznat, máte jich 100 procent, které jsou toho schopné, tudíž boj proti nádoru je mnohem, mnohem účinnější,“ dodal. Podle vědců bude možné novou metodu využívat pro mnoho typů nádorového onemocnění. Nicméně australská vědci se ve svém výzkumu budou zprvu především soustředit na nejrozšířenější druhy rakoviny. „Zpočátku bychom se zaměřili zejména na nádor, který se projevuje v mnoha formách – jako rakovina slivky, plic, prsu či tlustého střeva,“ poznamenal profesor Trapani.

Schvaluje se nový lék proti rakovině prsu

Podle mezinárodní studie dokáže nový lék Lezotrozol, prodáváný pod značkou Femara, poměrně účinně pomoci ženám po menopauze, které postihla rakovina prsu. Zjištění se opírá o výzkum, který se uskutečnil mezi 5200 pacientkami z Evropy, USA a Kanady v posledních pěti letech. Ve studii se uvádí, že nový lék snížil o 43 procent riziko recidivy nemoci a vyhlídka na přežití se zvýšila na 93 procent oproti 87 procentům u srovnávací skupiny patientek, jejichž léčba se opírala pouze o dosavadní prostředky. Předpokladem účinné léčby je hlavně odhalení nemoci v počátečním stadiu, ale nový lék je prý pozoruhodně účinný i ve stadiu pokročilejším.

Lékaři musí odpočívat – kdo bude léčit?

Evropský soud rozhodl, že doktoři musí méně sloužit. České nemocnice čekají potíže.

Může to být časovaná bomba pro české nemocnice. A vybuchnout by mohla hned nadvakrát. Evropský soud dal minulý týden za pravdu německému lékaři Norbertu Jaegerovi z nemocnice v severoněmeckém Kielu, který prohlásil: Věčné čtyřadvacetihodinové služby jsou nadále neúnosné. Pro lékaře i pro pacienty.

Unavený doktor dělá chyby

Unavený lékař totiž snáze chybuje. To jen následky nejsou tak vidět, jako když řidič autobusu po noci nevyspaní zabije desítky lidí. Jaeger požádal soud, aby se práce přesčas započítávala do běžné pracovní doby, jež v EU činí 58 hodin týdně maximálně. A soud mu dal za pravdu. Lékaři v zemích EU už nebudou smět být v nemocnicích tak dlouho jako dříve. Pokud nevymyslí způsob, jak to obejít, budou vábit lékaře odjinud. Třeba z Česka. Internista Petr Sucharda z Všeobecné fakultní nemocnice v Praze předpovídá: „Část našich lékařů přejde do Německa. Rád bych věděl, kde pak vezmeme potřebné lékaře a z čeho je zaplatíme.“ Už dnes se odborné lékařské tiskoviny hemží inzeráty německých klinik hlásajících: Přijmeme české lékaře. Obvyklý plat tři tisíce eur není na německé poměry žádná sláva, ale když se to přepočte na koruny, je to hned něco jiného.

Podvádí se léta

Jenže to není všechno. Po vstupu do unie bude verdikt Evropského soudního dvora závazný i pro nás. V řadě nemocnic je přitom běžné, že lékař slouží celý víkend. Nastoupí v sobotu ráno a domů jde v pondělí večer. Někde k tomu má i pátek. „U nás je to ještě mnohem horší než v Německu. Všichni se ohánějí tím, že se to tak dělalo vždycky. Jenomže na to doplácí pacienty – lékaři snáze chybují a jsou nepříjemní na lidi,“ říká šéf České lékař-

ské komory David Rath. Zákoník práce je v českém zdravotnictví už léta jen cárem papíru. „Podvádí se. A ve všech zemích je to stejné, protože ve zdravotnictví to jinak nejde,“ tvrdí přednosta chirurgické kliniky v Praze-Motole Pavel Pafko. „Na poště taky ženy nesmějí zdvihát víc než dvacet kilo. V nemocnici se na to nikdo nikoho neptá. Co naše sestřičky, když přemísťují stokilového pacienta v narkóze?“ Předseda zdravotnických odborů Jiří Schlanger říká: „I lékaři by měli žít normálním životem.“ Přesto si lékaři na přesčas moc nestěžují. To proto, že jsou pro ně zdrojem až třetiny příjmu. (Ostatně i německý lékař Jaeger si vysloužil kritiku kolegů, kteří si měsíčně dosud přivydělali až 700 eur.) „Musí se samozřejmě zvýšit i platy. Osmihodinová pracovní doba by znamenala pro lékaře plat asi čtrnáct tisíc měsíčně hrubého,“ říká Rath. Jinak ale podle něj není lékařů málo. „To organizace práce je hanebná,“ říká Rath. „Ti, co vedou, skoro nepracují a jen schůzují. Zprávy o pacientech datlují lékaři sami, místo aby to dělala sekretářka. I systém vizit se už dávno přežil: jde na ni primář či profesor, všichni docenti, asistenti, sekundáři, polovina sester. A takhle stráví dopoledne.“ Nemocnice už začaly uvažovat, že zavedou práci na směny. „Buď budou lékaři miň sloužit a přijdou další, anebo zavedeme trojsměnný provoz,“ říká ředitel Všeobecné fakultní nemocnice Martin Holcát. Ministerstvo zdravotnictví chce hrozícím potížím předejít chystanou reformou. Patří do ní i rušení části ak utních nemocnic. „Lékaři, kteří pak budou navíc, pomohou nemocnicím pokrýt směnný provoz,“ uvedl mluvčí resortu Mario Böhme.

Naděje na léčbu atopického ekzému

Na český trh během krátké doby přijde nový typ léků, které zmírní nepříjemné projevy této nemoci.

Podle odhadů odborníků trpí atopickým ekzémem asi 10 procent dětí. Tři čtvrtiny z nich z nemoci „vyrostou“ nejpozději do puberty. Sklon k nemoci přetrvává po celý život, její projevy však lze dostat pod kontrolu.

Atopický ekzém je svědivé zánětlivé onemocnění. Nemá jednotnou příčinu a mnoho zůstává ještě neobjasněno. „Všeobecně uznávaná je genetická predispozice, předpokládá se tzv. polygenní dědičnost,“ upozorňuje MUDr. Štěpánka Čapková z Dermatovenerologické kliniky II. LF a Fakultní nemocnice v Motole. „Velmi důležité jsou při atopickém ekzému změny v imunitním systému, které spočívají v dysregulaci imunitních mechanismů. Jinými slovy - na zevní i vnitřní vlivy reaguje imunitní systém přehnaně,“ dodává MUDr. Čapková. Nemoc podle jejích slov začíná již v kojeneckém věku. „Od dětství trpím alergickým astmatem. První syn po mně žádné, ani kožní, projevy nepodědil. U druhého už to bylo horší,“ říká čtyřiačtyřicetiletá Veronika a dodává: „Druhého syna jsem přestala kojit, když mu bylo pět měsíců. Do té doby neměl žádný problém, ale potom nastalo hotové martyrium. Na obličej, v loketních jamkách, ale i na stehnech se mu objevily zarudlé mapy suché kůže. Dítě začalo být plačtivé a nevrle, protože ho ekzém velice svěděl,“ pokračuje Veronika. Pokožka, „postižená ekzémem“, je oslabená. V její rohové vrstvě (epidermis) dochází ke snížení počtu lipidů. Tzv. atopické keratinocyty mají sníženou schopnost vázat vodu, dochází k poruše vodního hospodářství a následně výrazné suchosti pokožky. Postižená místa úporně svědí. Veronika s dítětem navštívila kožní lékařku - alergoložku. Mastí, která obsahovala mimo jiné také nepříliš voňavý dehet, svého syna mazala - i dvánáctkrát krát denně. K tomu ještě dodržovala doporučení, která jí lékařka dala.

Současná léčba nabízí jen přechodné řešení

„Průběh atopického ekzému ovlivňuje mnoho vnějších i vnitřních faktorů.



Působení některých z nich dovedeme ovlivnit vhodnou životosprávou. Rodiče je třeba poučit o tom, jak správně a šetrně dítě mýt, jak ho oblékat, jakou dodržovat dietu, jak upravit bytové prostředí dítěte. Opakovaná edukace pacienta, resp. jeho rodičů, je důležitou součástí léčebného procesu. Směřuje ke zlepšení porozumění podstatě nemoci a jejímu průběhu, týká se jak prevence, tak léčby," upozorňuje MUDr. Čapková. Verončin chlapec měl štěstí zvládnoucí dehtová mastička na atopický ekzém dítěte stačila. Po dvou letech bylo možné lék vysadit a kůži pouze promaštovat indulonou. „Příznaky ekzému zmizely, kůži mělo dítě opět krásně hladkou. To ale neznamená, že by se syn nemoci zbavil úplně," říká Veronika. Sklon k nemoci totiž přetrvává po celý život. Projevit se může například při velkém psychickém vypětí. Dehtová mastička ale někdy na atopický ekzém nestačí. Je potřeba nasadit větší „kalibr“ - ať už místně nebo celkově. Touto zbraní jsou kortikosteroidy. „Atopickým ekzémem trpím od svého narození. Kam až moje paměť sahá, cítím „vůni“ dehtu. Z nemoci jsem nevyrostl, její příznaky mě provázely ještě v pubertě," popsal své trápení na Mezinárodním dermatovenerologickém kongresu v Barceloně 55letý Peter Munro z Nottinghamu. V pubertě mu nasadili lékaři kortikosteroidní léčbu. „Koloťoch potíží (úporné svědění, škrábání a zase svědění) se sice načas zastavil, jakmile se ale léčba přerušila, všechno se rozjelo znovu," vzpomíná Munro. Kortikosteroidy se totiž nesmějí užívat dlouhodobě. Při dlouhodobé aplikaci může mimo jiné docházet ke ztenčení pokožky a k tvorbě jizviček - tzv. strií. „S rostoucími vědomostmi o funkci kožního imunitního systému a jeho poruše u atopického ekzému se podařilo vyvinout zcela nové imunomodulační prostředky pro lokální léčbu, které velmi účinně tlumí příznaky zánětu v postižené kůži a snižují svědění. Pimecrolimus (Elidel krém) je určen pro léčbu kojenců od 3 měsíců, děti a dospělých s lehkou a střední formou atopického ekzému. Od září jej předepisujeme i v ČR. Tacrolimus (Protopic mast) je určen pro léčbu dětí od dvou let věku a dospělých pro střední a těžší formu atopického ekzému. Již v prosinci by měl být k dispozici v České republice," uzavírá MUDr. Čapková.

Proti rakovině by mohlo pomoci očkování

Preparát brněnských lékařů posiluje imunitu pacientů. Výsledky testů budou známy do dvou let
Onemocněli či zemřeli vaši rodiče nebo někdo z příbuzných na rakovinu a vy se obáváte podobného osudu? Možná není daleko doba, kdy se budete moci nechat preventivně očkovat speciální vakcínou vyrobenou z nádorů pokrevních příbuzných. Tuto unikátní metodu léčby rakoviny by mohl v budoucnu umožnit objev lékařů z Fakultní nemocnice Brno. Po několikaletém výzkumu se brněnským vědcům podařilo vyrobit první protinádorovou vakcínu v Česku. "Naším cílem je dojít tak daleko, že budeme schopni očkovat preventivně rizikové pacienty, tedy ty, u jejichž rodinných příslušníků se nádorové onemocnění vyskytuje často, a samozřejmě děti," říká šéf výzkumného týmu brněnské fakultní nemocnice Roman Hájek. Realita není zatím tak světlá, nicméně i podle předního onkologa Pavla Klenera velmi nadějná. Zatímco v Brně vědci testují vakcínu, která by mohla být účinným lékem pro lidi, kteří trpí rakovinou krvinek, jejich pražští kolegové v hematologickém ústavu zkoumají stejně slibnou vakcínu, jež by mohla léčit zcela odlišný, ale také velmi zhoubný typ rakoviny. Byť jsou i brněnští vědci ve svých hodnoceních zdrženliví, přiznávají, že unikátnost léčby rakoviny pomocí vakcíny může spočívat i v tom, že je k lidskému organismu mimořádně šetrná - tedy s minimálními vedlejšími účinky. "Nenahrazuje ani chirurgickou

léčbu či léčbu cytostatiky a ozařováním. Může ale významně pomoci při léčbě imunitního systému, který u onkologických pacientů přestal fungovat," připomíná šéf brněnského výzkumného týmu Hájek. Vakcína podle něj posiluje imunitní systém a doslova učí imunitní buňky těla nádor v těle rozpoznat jako cizí, nežádoucí věc, kterou je nutné zničit. "Proto vakcínu podáváme pacientům po předcházející léčbě v době, kdy je jejich nemoc zklidněná," upřesňuje Hájek. Velmi dobré výsledky léčby pomocí vakcín například u karcinomů ledvin či nádorů kůže vykazují už vědci v některých západoevropských zemích.

I N Z E R C E

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

Pediatr hledá zástup

Pediatr t.č. na MD hledá zástup, event. odkoupení praxe PLDD v Praze a oblasti Praha - Západ s možností nástupu r. 2005-2006; 5 let praxe v nemocnici (oboru), 1. atestace.
Tel.: 605 752 766, 257 810 200

Pediatr hledá místo asistenta

Pediatr, t.č. na MD, hledá místo asistenta v ordinaci praktického dětského lékaře s výhledem na odkoupení praxe v rámci programu generační výměny lékařů. Nástup možný od 10/2004, Pha 1-5, PZ.
Tel.: 251 811 616, 603 469 858

Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta s perspektivou brzkého odkoupení praxe PLDD v Praze. První atestaci a licenci mám.
Tel.: 241 760 763

Zdravotní sestra hledá práci

Zdravotní sestra, 33 let, 10 let praxe ve zdravotnictví, hledá práci v jednosměnném provozu, nejlépe v Praze 7 a okolí. (Není podmínkou)
Tel. 777 88 23 09, nebo 220 878 463.

Přenechám ordinaci

Přenechám zavedenou ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v Ostravě.
Tel.: 777 077 835 - po 17.hodině.

Přijmu lékaře/ku - pediatra

Přijmu ihned do soukromé ordinace praktického lékaře/ku pro děti a dorost na plný či částečný úvazek ve Vimperku, Lenoře. Atestace I. stupně z pediatrie podmínkou. Dobré platové podmínky. Tel.: 602 931 175.