

září 2003 ■ číslo 7 ■ ročník 3

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Problémy péče o nezralého novorozence

Podávání Colinfantu

Adrenální insuficience novorozence

Význam otce v prvních letech života dítěte



**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./fax: 244 467 641
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

Odpočívající 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 červen - srpen	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Vyjádření VZP k frekvenci preventivních prohlídek	6
Vývoj české a evropské pediatrie...	7
Požadavky na vzdělávání lékařů...	12
Pediatrická primární péče v Evropě a ČR	13
Dohoda mezi SPL ČR, SPLDD ČR a VZP ČR	15
Ukončení podnikání z daňového pohledu	16
Darovací smlouva	17
Financování zdravotní péče	18
CRP v ordinaci praktického lékaře	19



Zápisy z jednání OSPDL ČLS JEP	21
MUDr. Z. Straňák	
Problémy péče o extrémně nezralé novorozence	22
MUDr. V. Sochorová	
Podávání a účinky aplikace Colinfantu...	26
MUDr. J. Dort, MUDr. E. Dortová	
Adrenální insuficience novorozence	27
MUDr. A. Mocková	
Bronchopulmonální dysplazie	30
MUDr. V. Gabrielová, PhDr. M. Pilařová	
Význam otce v prvních letech života dítěte	33
MUDr. P. Pokorná a kol.	
Renovaskulární hypertenze u novorozence	35
MUDr. V. Holeček, MUDr. J. Liška	
Antioxidační vlastnosti mléka	42
MUDr. B. Zlatohlávková	
Výživa novorozenců velmi nízké porodní hmotnosti	43
MUDr. J. Helcl, DrSc.	
Nové pohledy na očkování dětí proti chřipce	45
Prohlášení MZ ČR k propouštění novorozenců	46



Aktuality	47
Řádková inzerce	54



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 namalovala ústy Dorota Szachewicz



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

léto pomalu a jistě odplavují kapky deště směrem k podzimu, končí prázdninový režim našich ordinací, děti zasedají do lavic škol, menší děti se vrací do heren školek a nám začíná opět v plném rozsahu kolotoč naší práce – kurativa, prevence, poradny, očkování. S nástupem podzimu se k Vám také vrací náš časopis, aby Vás informoval o událostech, které se zatím odehrály či se odehrát mají a které mohou ať již přímo, nebo nepřímo ovlivnit chod Vašich ordinací.

Máme tedy za sebou nezvykle horké léto a kdo čeká studený podzim, mohl by se zmylit. Začátkem prázdnin jsme informovali naše regiony o svízelné situaci systému zdravotního pojištění, požádali jsme o připravenost k případnému řešení prohlubující se platební neschopnosti zdravotních pojišťoven. Někomu se možná může zdát, že jsme šířili zbytečně poplašné zprávy, vždyť platby během prázdnin nedopadly zase tak zle, alespoň ve většině regionů, nicméně věřte, že tikot hodin, vyměřující dobu, kdy platby, zejména od VZP, překonají měsíční skluz, je slyšet stále zřetelněji.

Ti, kdo sledují dění v našem zdravotnictví, jistě zaznamenali nezvyklá vyjádření z úst paní ministryně týkající se zavedení finanční spoluúčasti pacientů při čerpání zdravotní péče, rušení nemocnic apod. V jakém asi musí být stavu naše zdravotnictví, když jedna z čelních představitelky vlády sociální demokracie, vlády socialistické, vlády, před kterou vyslovit slovo spoluúčast bylo ještě donedávna považováno za minimálně neslušné, vyhláší návrh opatření, které se bály vyslovit předchozí vlády pravicové? Že se tato opatření nejspíš neuskuteční, nebo se uskuteční až někdy, je věc jedna, nicméně se o nich začalo mluvit nahlas, již ne jen šepetem a někde v ústraní.

K čemu se tedy vlastně schyluje? Dovolím si teď přednést určitou spekulaci, není jen z mé hlavy, ale slýchám ji stále častěji na různých jednáních. Záměrem totiž může být snaha svalit veškerou odpovědnost za stav našeho zdravotnictví na zdravotní pojišťovny. Ne, že by neměly svůj podíl na tomto stavu, ne, že bych se jich chtěl nějak vehementně zastávat, ale uvědomme si, kde je původ ekonomické krize našeho zdravotnictví. Kdo rozhodoval o úhradách v případě nedohody při dohodovacím jednání, kdo se neměl snažit dohodnout a proč, kdo se snažil řešit tíživou situaci nemocnic, do které se mnohdy dostaly i vlastní vinou, kdo nezvládl uhlídat rozsáhlé stavební investice právě v těchto zařízeních, kdo nepřipravil jasnou a průhlednou koncepci rozvoje našeho zdravotnictví, kdo..., kdo...? Otázek se nabízí celá řada, odpověď je však jednoduchá a stručná – vláda, resp. resortní ministerstvo.

K čemu tedy může také dojít? Vina bude svalena na zdravotní pojišťovny, ty se následně zruší, vznikne jedna státní a ta bude rozdělovat finance nejlépe v pětiletých cyklech. Neznáme to náhodou? Nebyly tu již pětiletky? Nevedl tento systém náhodou k dehonestaci lékařského stavu? Je vláda, resp. ministerstvo zárukou, že se kormidlo otočí tím správným směrem, směrem k sebevědomému vykonavateli svobodného povolání lékaře s odpovídajícím postavením ve společnosti, myšleno společenském i ekonomickém? Odpovědět na tyto otázky by si měl už každý sám.

Za vedení našeho Sdružení mohu prohlásit, že se vždy budeme intenzivně snažit natočit ono kormidlo tím správným směrem, ale bez podpory Vás všech se nám to bude dařit jen velmi obtížně.

S přáním pracovní pohody

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

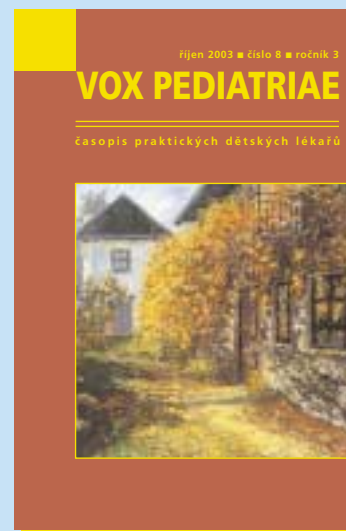
Neprůchodnost slzných cest v dětském věku

Depistáž očních vad

Katarakty v dětském věku

Glaukom v dětském věku

Strabismus



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR
FERRING
GlaxoSmithKline
MUCOS PHARMA
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
PICCOLO
STIEFEL
TAKTIKA
ZENTIVA
(LÉČIVA + SLOVAKOFARMA)

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 červen - srpen

MUDr. Pavel Neugebauer

Horké letní měsíce přinesly nejen příjemnou dovolenkovou pohodu, ale i mnoho otazníků. Kam směřuje celý systém zdravotního pojištění, jak se bude vyvíjet prohlubující se platební neschopnost zdravotních pojišťoven, resp. VZP, které z mnoha doslova vypálených návrhů ze strany naší rezortní ministryně padnou na úrodnou půdu, jaký bude další osud zákona o vzdělávání lékařů? Já se pokusím v následujícím stručném přehledu alespoň částečně napovědět k odpovědím na položené otázky.

1.6. - končí Sněm našeho Sdružení, s usnesením jsme Vás seznámili již v minulém čísle našeho časopisu

3.6. - schází se Koalice ambulantních zařízení, krom běžných bodů, kdy si zástupci jednotlivých organizací předávají informace o svých jednáních a jednájí o koordinaci svých kroků, byla stěžejní příprava na jednání s ministryní zdravotnictví, byly vytipovány nejdůležitější body k projednání, samozřejmě nemohla chybět otázka úhrad a legislativy

4.6. - v Parlamentu České republiky se konal seminář na téma „Moderní systémy řízení zdravotnických zařízení“. Je pozoruhodné, když člověk slyší pojmy typu - mezinárodní standardizace jako cesta k omezení nárůstu výdajů na zdravotnictví, proces rozhodování na podkladě racionálních analýz, vyhodnocení objektivních ukazatelů či návrhy řešení s jejich dopady do praxe. Nezaujatý posluchač jásá, jak je to snadné, jak logické, jak promyšlené, pak však opustí Parlamentní lavice a vkročí do života a ono ouha. Proč je tak složité přejít od slov k činům ?

6.6. - v nemocnici U sv. Anny v Brně proběhla schůzka zástupců Koalice ambulantních lékařů s ministryní zdravotnictví. Jednání lze obecně charakterizovat - mnoho otázek, málo uspokojivých odpovědí, resp. na většinu našich otázek měla paní ministryně rychlou odpověď, resp. odpověď typu, ano, již je řešeno atd. Abych Vám, našim čtenářům umožnil posoudit, jak jsou jednotlivá témata řešena, otiskujeme na jiném místě předložené „podklady pro jednání..“. Výstupem tedy bylo následující tiskové prohlášení: „*Jako zástupci ambulantních ZZ jsme ministryni seznámili se svými obavami z růstu finančního deficitu zdravotnictví a zpožděním plateb zdravotních pojišťoven. Zdůraznili jsme, že je to způsobeno zejména pokračujícím růstem nákladů lůžkových ZZ na úkor prostředků určených ambulancím. Byli jsme paní ministryni seznámeni s řadou vizí a plá-*

nů na budoucí řešení problémů. Z nich rozhodně podporujeme ministryni jednoznačně deklarovanou nutnost urychlené a výrazné redukce počtu akutních nemocničních lůžek a přesun ušetřených finančních prostředků k ambulancím. Přes všechna ujištění ale nebyly rozptýleny naše obavy, že žádný z údajně připravovaných kroků nezastaví další nárůst úhrad nemocnicím a útlum financování ambulantní péče. Rovněž naději na řešení problému v krátkém časovém horizontu nevidíme velikou. Ambulance zůstávají ohroženy a obáváme se, že nejen ministerstvo zdravotnictví, ale ani veřejnost tento problém dostatečně vážně nevnímá.“

6.-7.6. - se konala v pořadí již třetí konference Českého zdravotnického fóra (ČZF) v Bedřichově na téma „Jak obstojí české zdravotnictví po vstupu do Evropské Unie“. Současně toto téma navazovalo na předcházející konferenci, které se vždy věnovali aktuálnímu tématu (Úvodní konference ČZF, červen 2002 v Mariánských Lázních; Financování českého zdravotnictví, prosinec 2002, Kutná Hora), podrobnější informace lze získat na adrese www.czf.cz

18. 6. - v kanceláři našeho Sdružení vyvrcholily jednání s ČSOB na téma vzájemné spolupráce vč. možného postupu při tzv. předávání praxí. Bohužel toto jednání nakonec nevedlo k závěrům odpovídajícím našim představám, zástupci ČSOB nepřekročili svůj stín komerce se slovy, že jsme pro ně příliš velkou profesní skupinou, proto byla naše širší spolupráce ukončena, což ovšem neznamená možnost další dílčí spolupráce. Na základě následného rozhodnutí Výboru byla zahájena intenzivní jednání o možné spolupráci s jiným bankovním ústavem, jak tato jednání dopadla jistě poznáte ze stránek právě tohoto čísla.

25.6. - na Ministerstvu zdravotnictví ČR proběhlo další jednání Komise pro péči o děti a dorost. K projednávaným tématům patřila např. problematika potravin určených pro

zvláštní lékařské účely, program na ochranu a prosazování kojení v České republice, program prevence dětských úrazů, projednávání byla i síť lůžkových pediatrických zařízení, dále návrhy prohlášení Ministerstva zdravotnictví k propouštění fyziologických novorozenců do domácího ošetřování, k nedovolené manipulaci s dětmi vyžadujícími zajištění náhradní rodinné péče či k záměru Fondu ohrožených dětí otevřít zařízení pro děti do 3 let věku vyžadující okamžitou pomoc. Jednání bylo ryze pracovní a např. k uvedeným tématům stanovilo další postupy. S případnými konečnými výstupy Vás následně seznámíme v některém z dalších čísel našeho časopisu.

23.7. - v Ostravě se rozběhl kolotoč cenových jednání pro 1.pololetí roku 2004. K této problematice se vracíme na jiném místě tohoto čísla časopisu

19.8. - se opět sešla analytická komise - pracovní komise našeho Sdružení. K řešeným tématům patřilo:

26. Platby od ZP - průměrná doba opoždění úhrady od VZP cca 14 dní
27. Navrženy změny účetních sestav ve smyslu sjednocení u všech ZP
28. Šetření nákladovosti praxí - stále malé množství obdržených vyplněných dotazníků
29. Platby od pojišťovny jako součást vícezdrojového financování a zavedení spoluúčasti pacienta - zde zatím příliš mnoho otazníků
30. Problematika cen v 1. pololetí 2004

26.8. - další jednání Koalice ambulantních lékařů - zápis zveřejňujeme na jiném místě

27.8. - po delší době došlo ke společnému jednání mezi oběma profesními sdruženími PL a zástupci všech ZP, bylo toho hodně k řešení, zápis z tohoto jednání zveřejníme po jeho odsouhlasení všemi účastníky. ■



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů dne 26.8.2003

Přítomni:

MUDr. Tautermann, MUDr. Neugebauer,
MUDr. Stará, MUDr. Pekárek, MUDr. Jelínek

1. Aktuální situace ve zdravotnictví

■ Nová zdravotnická legislativa – ve vládě návrhy zákonů bez předchozích připomínkových řízení, udělena výjimka a to:

- odborná způsobilost k povolání lékaře
- o péči o zdraví lidu
- o péči v nestátních zdravotnických zařízeních
- o Komorách
- o vysokých školách
- o poplatcích
- návrhy prováděcích předpisů
- MZd má připravenou Vyhlášku o síti
- co souběhy praxí (rozporné stanovisko s ČLK)

Výstupy:

- Písemná stanoviska členů koalice do 30.9. (kladná i záporná), kdy termín další schůzky koalice, dr. Pekárek zašle stanovisko ČLK na adresu neugebauer@detskylekar.cz, následně bude rozesláno ostatním členům koalice
- na další schůzce vyspecifikovat společná stanoviska Koalice

■ Věcný návrh zákona o sociální péči (problematika neschopenek apod.)

Výstupy:

- Dr. Jelínek přinese stanovisko SPL na příští schůzku, kde se pokusíme zformulovat společné stanovisko Koalice

■ Platební schopnost ZP

- SPL – krizový výbor, vyhodnocení stavu v Milovech koncem září (26.–28.9.03)
- Nutno promyslet možné kroky – např. hromadné vzdělávací akce, v jednom kraji a následně v ostatních etc. s možností pozvat špičky zdravotnictví, zápočet zdravotního pojištění zaměstnance vůči ZP, která dluží

■ Dohodovací řízení

- ZP zatím navrhuje zmrazit platby
- Ze strany poskytovatelů – rizika – nedohoda respektuje hodnotu bodu, ale ministerstvo může ovlivnit hodnotu sazeb – pozor na Ústavní soud (podnět ze Senátu) a možné zrušení navýšení režie
- projednat Výbory jednotlivých členů Koalice – ke změně Sazebníku na ceník, vyčlenit výkony nehrazených výkonů ustavenou expertní skupinou (vytvořit prostor pro přímé platby ve spojení s případným komerčním připojištěním)

2. Hodnocení činnosti Koalice za uplynulé období

- Všichni účastníci se shodli, že v posledním období činnost trochu ustrnula, podzim přinese „křest ohněm“ – ukáže, zda Koalice může být funkční – ekonomika, legislativa

3. Náměty

- Vytipovat nejdůležitější nešvary systému a začít na ně poukazovat, i když možný efekt sporný
- Problematika DPH ve zdravotnictví

Zapsal:

MUDr. Neugebauer

Vyjádření VZP k problematice frekvence ze zákona hrazených preventivních prohlídek dětí od 3 let věku

Protože se v okrese Tachov vyskytl problém s úhradami provedených preventivních prohlídek ve vztahu mezi datem narození dítěte a termínem provedené preventivní prohlídky byl ředitel OZP ÚP VZP ČR MUDr. Petr Pokorný požádán o stanovisko. Z jeho dopisu citujeme:

Lhůty preventivních prohlídek jsou především dány přímo zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění – § 29. Vyhláška MZ ČR č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění vyhlášky č. 183/2000 Sb., pak zejména určuje jejich obsah při převzetí dítěte do komplexní péče, při první prohlídce novorozence a při dalších termínech do 18 měsíců věku, 3 letech a dále v intervalech 2 let.

Príslušná vyhláška upřesňuje termíny prohlídek vzhledem k věku. Toto upřesnění znamená, že pokud je prováděna např. u dítěte ve 3 letech věku, měla by se provést v období od dosažení třetích narozenin dítěte do termínu čtvrtých narozenin, neboť po celou uvedenou dobu je dítě tříleté. Obdobně je tomu v ostatních uvedených věkových kategoriích.

Fakticky v praxi nelze skutečně dodržet 24 měsíců mezi preventivními prohlídkami (ne jen vinou PLDD, ale i určitě některých rodičů). Podstatné je hlavně náplň prevence a ne tolik její termíny.

Dle informací z OP VZP Tachov byly zohledněny preventivní prohlídky provedené v termínu kratším než 24 měsíců s tolerancí minus 3 měsíce. S tímto postupem OP VZP lze souhlasit.



Vývoj české a evropské pediatrie do roku 1989, v současnosti a perspektivy do roku 2010

Doc. MUDr. Jan Janda, CSc.

I. dětská klinika UK 2. LF a FN Motol v Praze a UNEPSA

Česká pediatrie a obecně péče o dítě a dorost byly již před rokem 1989 v kontextu evropském i světovém charakterizovány především jako ucelený systém preventivní péče a léčebné o jedince do ukončeného 18. roku života. Ve srovnání s většinou evropských zemí se u nás již dávno prosadil model komplexní primární pediatrické péče, kdy dětský lékař byl a dosud je vnímán nikoliv jako specialista, ale jako praktický lékař působící na úrovni prvního kontaktu. Výhodou tohoto modelu je, že každé dítě je registrováno u svého pediatra, se kterým pracuje i vyškolená dětská sestra. Tento tzv. obvodní pediatr a dnes praktický lékař pro děti a dorost (PLDD) pečoval resp. pečuje o děti hlavně dle jejich místa bydliště, ale dnes i dle svobodné volby rodičů. Preventivní péče byla a je zajišťována prakticky jen pediatry, praktičtí lékaři pro dospělé se k dětem dostávají jen v rámci pohotovostních služeb nebo emergencí. Díky pečlivě připravené koncepci preventivních prohlídek a očkovacích programů a slušné kázni při vykazování dat potřebných pro statistiku byl a dosud je tento systém v rámci primární prevence běžně dáván za příklad dlouhá léta i v západních zemích.

Koncepce postgraduálního vzdělání pediatrů vznikla v padesátých letech a bohužel nerespektovala moderní světové trendy. Vycházela tehdy z nedostatku dětských lékařů a nutnosti rychle posílit pediatrický servis v oblasti primární péče. Dvoustepňové atestace umožňovaly práci dětského lékaře v rámci primární péče již po 2–3 letech, zkušenosti a znalosti těchto lékařů tomu odpovídaly. Pediatři s první atestací sice byli schopni dobře plnit úkoly v oblasti prevence, méně byli ale připraveni léčit skutečně nemocné děti. Systém tehdy spoléhal na hustou síť okresních dětských oddělení, kde již byli lékaři se 2. atestací, kteří se svým vzděláním blížili úrovni pediatrů západních zemí, úroveň ambulantní pediatrie mimo prevenci byla nízká. Výsledkem byla skutečnost, že obvodní pediatři posílali řadu dětí k hospitalizacím, ačkoliv charakter onemocnění často nevyžadoval nemocniční léčbu. Vysoké procento hospitalizovaných dětí, dlouhá doba pobytu na lůžku a odloučení dítěte od matky nebyly bohužel dlouho vnímány jako negativní tendence. Oficiální establishment odmítal myšlenku, že v socialismu jsou děti zanedbávány nebo dokonce týrány, tato sociálně-pediatrická

problematika byla dlouho řešena její tzv. „medikalizací“ (Dunovský).

Úspěšný systém primární prevence vedl u nás v 50. a 60. letech k rychlému poklesu novorozenecké a kojenecké úmrtnosti, která tehdy byla dokonce nižší než v řadě vyspělých západních zemí. Další pokles později ovšem stagnoval, důvodem byl nástup moderní, finančně náročné techniky intenzivní péče na západě, ale nikoliv u nás.

Na univerzitních klinikách chyběla ucelená koncepce výzkumu, ten byl prováděn dle sovětského vzoru jen ve specializovaných ústavech (ÚVVD a ÚPMD v Praze, VÚP Brno). Tyto ústavy přes špatné financování vykazovaly některé pozoruhodné výsledky i v mezinárodním měřítku, ale výzkum v pediatrii postupně ztrácel krok se světem, jedním z důvodů bylo špatné finanční zázemí. Osobní kontakty se zahraničím byly až na výjimky prakticky přerušeny, účast na mezinárodních kongresech a publikace našich pediatrů v impaktovaných žurnálech byly spíše výjimkou, prestiž naší pediatrie v kontextu evropském i světovém upadala.

Změny začátkem 90. let:

Po roce 1989 se poměry v oblasti péče o dítě u nás rychle měnily, naštěstí většinou k lepšímu. Primární péče prosadila myšlenku, že děti mají právo na to, aby je ošetřoval pediatr a dětská sestra. Neprosadila se naštěstí myšlenka tzv. rodinného lékaře, to by bylo jistě znamenalo tehdy (ale i dnes) snížení úrovně péče o děti i dorost. Dle zkušeností ze zahraničí bylo zřejmé, že organizačně je třeba oddělit primární péči od péče nemocniční. Obvodní pediatři se rychle privatizovali, vznikla jejich profesní organizace **Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost**, která brzy získala dobrou pozici vůči resortu i ostatním subjektům. Koncem 90. let vznikla dokonce odborná společnost praktických dětských lékařů. Nepříznivý demografický vývoj v 90. letech vedl k trvalému poklesu natality a ve 2. polovině 90. let se v ČR narodila méně než polovina dětí ve srovnání s 60.–70. lety (okolo 90 tisíc porodů ročně).

V oblasti nemocniční pediatrie došlo rovněž k řadě podstatných změn. Pokles počtu dětí v populaci se odrazil v nižších číslech hospitalizací, **řada menších dětských lůžkových oddělení zanikla**. Nízká obloženost lůžkových oddělení vedla

k místním úpravám, které se projevily pozitivně – k dětem bylo možno na uvolněná lůžka na pokojích umístit i matky resp. jiné rodinné příslušníky a tak sledovat trendy, které se již dávno prosadily na západě. Postupně byly liberalizovány i návštěvy na dětských odděleních, předtím dlouho a nesmyslně omezované, zkrátila se i doba hospitalizace. Začátkem 90. let se větší dětská a novorozenecká oddělení vybavila odpovídající moderní technikou, centralizovala se péče o novorozence s nízkou porodní hmotností. Výsledkem byl **příznivý trend poklesu novorozenecké a kojenecké úmrtnosti, která se koncem 90. let přiblížila výsledkům nejvyspělejších zemí (v posledních letech pod 5 promile)**.

Moderní lékařskou technikou se vybavila větší na univerzitních a krajských nemocnicích, ale často i větší okresní nemocnice. Negativním aspektem byla skutečnost, že špičková technika sama nestačí, ale potřebuje i kvalifikované specialisty, kteří jsou schopni nálezy u dětí interpretovat. Tak tomu bohužel vždy nebylo a není (menší nemocnice vybavené špičkovými ultrazvukovými přístroji, počítačovými tomografy, atd., ale chybějící odborníci zajišťující kvalifikované posouzení nálezu).

Dalším nepříznivým momentem je snaha po získávání bodů pro zdravotní pojišťovny – to vede v řadě případů k tomu, že i **děti do 3 let jsou hospitalizovány na odděleních pro dospělé**, kde často nejsou lékaři se zkušenostmi v ošetřování těchto věkových kategorií, ale chybí i kvalifikovaný střední zdravotnický personál schopný pečovat o malé děti (platí to pro hraniční obory – chirurgie, ortopedie, ORL). Tento způsob odporuje koncepci WHO, která deklaruje, že o nemocné dítě se má starat vyškolený personál – dětský lékař a dětská sestra.

Velký pokrok se objevil i v oblasti výzkumné práce – postupně zanikaly klasické pediatrické výzkumné ústavy a posilovaly se laboratoře a specializovaná pracoviště při univerzitních klinikách. Příznivě se projevil i fakt vzniku několika **grantových agentur** (hlavně Interní grantová agentura MZD ČR, kde byla konstituována komise „Genetika-Pediatrie“), financování výzkumu se významně zlepšilo. Některá klinická pracoviště v ČR, která si získala odborné renomé v zahraničí, jsou dnes běžně zařazována do mezinárodních studií nebo se podí-



lí na evropských grantových projektech. Čeští pediatři začali publikovat výsledky své práce v impaktovaných mezinárodních časopisech a stávají se dokonce členy výborů evropských nebo světových organizací. V ČR se v posledních 10 letech konalo nebo připravuje několik prestižních pediatrických kongresů, jejichž úspěšný průběh zvýšil impakt našich pediatriů (dětská nefrologie, pulmonologie, gastroenterologie, atd.). V roce 2003 bude Praha místem konání 2. evropského kongresu UNEPSA – **Europaediatrics 2003**, důvodem je fakt, že současným prezidentem UNEPSA je český pediatr – autor tohoto sdělení.

To, co se bohužel nepodařilo prosadit během 13 let od roku 1989, je **legislativní uspořádání postgraduálního vzdělávání absolventů lékařských fakult, tedy i pediatriů**. Začátkem třetího milénia máme u nás stále dvoustupňové atestace, způsob popromočního vzdělání není kompatibilní se zeměmi Evropské unie, kam máme být přijati během necelých 2 let! Praktičtí dětské lékaři bohužel přišli nedávno s koncepcí speciálního postgraduálního vzdělání pro PLDD, které by zřejmě bylo ještě na nižší úrovni, než dosud praktikovaný systém.

V oblasti odborných společností se u nás s určitým zpožděním oproti západním zemím objevily odstředivé trendy – z původních pracovních skupin nebo sekcí České pediatrické společnosti vznikly Česká neontologická společnost, Česká společnost sociální pediatrie a Česká společnost dorostového lékařství a nakonec i Odborná společnost praktických dětských lékařů. Tedy spolu s profesním sdružením pediatriů celkem 6 subjektů, které se snaží prosazovat zájmy a koncepce týkající se cílové skupiny dětí a dorostu. Ne vždy existuje dobrá vzájemná informovanost a bohužel se u nás zatím nepodařilo to, co existuje již dlouho v sousední SRN – i tam vznikla řada odborných společností, které se ale sdružují v asociaci nazvanou „Deutsche Akademie für Kinderheilkunde“, ta představuje „střešový orgán“ a je vnímána na úrovni státní administrativy, ale i jinde, jako důležitý partner. Mimo oficiálního časopisu České pediatrické společnosti začal vycházet zpravodaj Sdružení praktických pediatriů Vox paediatricae, který uveřejňuje v posledních letech již i odborné články a jehož úroveň se významně zvýšila. Vznikají další pediatrické časopisy, jejichž další osud t.č. těžko hodnotit.

Jaké jsou tedy úkoly v oblasti péče o děti a dorost koncem roku 2002?

V oblasti primární péče udržet i nadále systém praktického lékaře pro děti a dorost. Příprava lékařů pro tuto oblast péče však musí odpovídat požadavkům Evropské unie, tedy základní postgraduální vzdělávání pediatra musí být pětileté, přitom

z této doby nejméně 3 roky na akreditovaném lůžkovém pracovišti. Odborné společnosti spolu s resortem musí urychleně definovat akreditovaná lůžková oddělení, kde se budou moci pediatři po promoci profilovat v rámci postgraduálního curricula. Je třeba počítat s tím, že řada dětských oddělení bohužel nebude akreditována (nízký počet lůžek, omezené přístrojové vybavení, nízký počet lékařů). Taková oddělení budou postupně zanikat a jak se již ukazuje v posledních 10 letech, nebude to na úkor kvality nemocniční péče, spíše naopak. Stejně jako v oblasti péče o dospělé jde samozřejmě ve většině případů o politické téma na úrovni regionů, je třeba připravit logickou argumentaci, proč se pediatrie musí dát touto cestou.

Jak vypadá péče o dítě a její organizační struktura v Evropě?

V roce 2002 byla publikována v časopise Pediatrics demografie pediatrické primární péče v Evropě. Dotazníková akce v roce 1999 přinesla následující data: ve 34 zemích Evropy žilo 158 milionů dětí do 15 let a o ně se staralo skoro 170 000 pediatriů (přesně 167 444). Rozdíly v jednotlivých zemích byly obrovské (od 401 dětí /1 pediatra až 15150 dětí/1 pediatra). Ve 12 evropských zemích existuje pro primární péči tzv. pediatrický systém – primární péči zajišťují dětské lékaři, sem patří i ČR. Kombinovaný systém v primární péči znamená, že se o děti starají nejen pediatři, ale i praktici, existuje v 16 zemích (např. naši sousedi Rakousko, Německo). Pouze 6 zemí praktikuje systém praktického lékaře pro všechny věkové kategorie (**general practitioner (=GP)** v Nizozemí, Velké Británii a Skandinávii). Ve 14/34 zemí pediatrii pracují v dalších oblastech tzv. **komunální pediatrie** – tato funkce (**community paediatrician**) nespadá do oblasti primární, sekundární ani terciární pediatrické péče, ale vznikla především tam, kde se o děti starají praktici pro všechna věková období. Má těmto kolegům – „nepediatriům“ – pomoci řešit prevenci a zvládnutí již existujících problémů v rámci určité komunity (sociální pediatrie, vývojová pediatrie, školní lékaři, atd.). Z hlediska našeho systému možno formulovat tak, že tato komunální pediatrie doplňuje to, co GP není schopen zvládnout a britští kolegové vám mohou někdy i naznačit, že je to určitá pojistka, korigující GP. Komunální pediatrie samozřejmě není nutná tam, kde je zaveden v primární péči pediatrický systém. Statistické vyhodnocení evropské dotazníkové akce ukázalo, že **kojenecká úmrtnost** jako jedno ze základních kritérií péče o děti, byla nižší v zemích s vysokým příjmem na hlavu, **ale i tam, kde pediatři zajišťují komplexní péči o děti**. V řadě evropských zemích funguje jen velmi nedokonalé postgraduální vzdělání v oblasti péče o dítě (continuing medical education=CME), zvláš-

tě špatná je situace u kategorie GP, kde 40% této skupiny neabsolvuje vůbec žádné postgraduální vzdělání. V zemích s kombinovaným systémem mohou rodiče srovnávat úroveň péče poskytované pediatrem resp. praktikem pro dospělé. Typickým příkladem je sousední Německo, kde v nových spolkových zemích fungovala před sjednocením velmi dobře primární pediatrická péče v oblasti prevence, očkování, atd. Tyto zkušenosti stimulují dnes v SRN snahy o rozšíření pediatrického modelu primární péče, jednání se dostala již na úroveň parlamentu. Většina rodičů sama požaduje, aby péči o jejich děti převzali pediatři a nikoliv GP (praktischer Arzt).

V Evropě je cca 15.000 pediatriů organizováno ve 30 evropských mezinárodních společnostech specialistů, to ale neznamená, že všichni z nich absolvovali odpovídající curriculum v daném oboru.

V Evropě existují 2 mezinárodní organizace pediatriů:

- 1) **CESP** (Confederation of the European Specialists in Paediatrics)
- 2) **UNEPSA** (Union of the National European Paediatric Societies and Associations). Viz také www.unepssa.org

Zatímco **CESP** sdružuje pouze pediatriy zemí, které se již staly členy Evropské unie, **UNEPSA** naproti tomu sdružuje členy všech evropských zemí, tedy i ty, které nebudou ještě dlouho mít šanci připojit se k EU.

Ve vyspělých západních zemích jsou pediatři vnímáni především jako specialisti, a to i v oblasti primární péče. V Evropě existuje organizace **UEMS** (Union of European Medical Specialists), která sdružuje specialisty ze všech medicínských oborů, tam jsou pediatři tedy vnímáni jako specialisti.

V rámci UEMS jsou uznány zatím následující pediatrické subspecializace:

1. Endokrinologie a diabetes (p.hindmarsh@ucl.ac.uk)
2. Gastroenterologie a hepatologie (p.milla@ich.uch.ac.uk)
3. Alergologie, neonatologie (arne.hoest@ouh.dk)
4. Nefrologie (ehrich.jochen@mh.hannover.de)
5. Respirační medicína (maxmilian.zac@kfunigraz.ac.at)
6. Revmatologie (t.r.southwood@bham.ac.uk)
7. Infekční nemoci (kjell.tullus@ks.se)
8. Neonatologie (v.carnielli@ich.uch.ac.uk)
9. Metabolické nemoci: (j.leonhard@ich.uch.ac.uk)
10. Hematologie, onkologie (mike.stevens@bhamchildrens.wmids.nhs.uk)

V závorkách jsou uvedeny e-mailové adresy „*liaison officers or representatives*“.



Další subspecializace o uznání v rámci UEMS usilují. Pediatrická intenzivní péče a dětská kardiologie jsou zatím zakotveny jako sekce primárně dospělých subspecializací.

V rámci CESP existuje pracovní skupina **European Board of Pediatrics**, která se snaží o stanovení standardních požadavků na centra, kde se pediatrii připravují v rámci postgraduálu a diskutuje se písemná forma zkoušky pro pediatriy po absolvování tzv. **common trunc** (nejméně 3 roky po promoci na lůžkovém pediatrickém oddělení). Pediatrii typu PLDD (v rámci EU termín **primary care**) budou muset absolvovat po ukončení common trunc ještě další 2 roky praxe, značnou část již pod dohledem zkušených kolegů-školitelů- přímo na úrovni ordinace primární péče. Stejně tak pediatrii, kteří hodlají zůstat na lůžkových odděleních (v rámci EU termín **secondary care**), musí absolvovat další 2 roky praxe, samozřejmě na akreditovaném lůžkovém dětském oddělení. Složitější je situace v oblasti shora uvedených subspecializací - zájemci se školí na nemocničním akreditovaném oddělení celkem 5 let (tedy secondary care), ovšem většinou již po ukončení 3.roce směřují k subspecializaci, 5.rok jim v tomto případě může být započítán již do curricula **tertiary care**, celková doba curricula v této oblasti bude 3-4 roky (od promoce pak doba postgraduálu v tomto systému asi 7-8 let!).

V rámci shora uvedených pediatrických subspecializací má příprava být ukončena **aprobací na národní úrovni, ale členy komise by měli být i specialisté z ostatních států EU**.

Ani v Evropě není zatím jednotně řešena **otázka dalšího vzdělávání po ukončení curricula**, anglicky **CME** (continuing medical education), německy Fortbildung (příčemž vlastní curriculum se nazývá v němčině Weiterbildung).

Obrovský rozvoj počítačové techniky a informatiky již dnes významně zasahuje do pediatrické praxe. Použití osobního počítače a internetu se stává pro pediatriy rutinou. Možnost komunikace e-mailovou poštou s celým světem významně rozšiřuje možnosti konzultací, perspektivní je např. i telekonzultace výsledků zobrazovacích metod, endoskopických nálezů, atd. Potěšitelný je fakt, že u mladších lékařů se významně zlepšily jazykové znalosti, solidní znalost angličtiny je dnes pro jakéhokoliv lékaře, který chce dobře dělat svůj obor, naprosto nezbytná. Stoupá i počet PLDD, kteří jsou připojeni na internet a mohou se tak dostat rychle k relevantním informacím.

Budoucí problémy, které bude muset řešit evropská i naše pediatrie:

Nelze počítat v nejbližší době se zvýšením natality, procento dětí v populaci bude tedy i nadále klesat pod 20%. To povede k tomu, že při stávající počtu pediatriů budou ti to registrovat k péči

o méně dětí. Logickým důsledkem poklesu % dětí v populaci bude další **snižování počtu dětských lůžek v nemocnicích** (např. v sousední SRN se počítá při současném demografickém vývoji do budoucna se 2 nemocničními lůžky pro děti na 10.000 obyvatel, u nás je tento poměr cca 7-8/10.000!). To by u nás znamenalo pro celou republiku asi 2000 pediatrických lůžek v nemocnicích, v řadě okresů by při současných počtech obyvatel vůbec dětské lůžkové oddělení nemohlo existovat. Čísla uváděná v SRN ovšem zahrnují počty novorozeneckých lůžek v rámci dětských klinik, nikoliv ale lůžka fyziologických novorozenců, která vykazují porodníci, naše data naopak lůžka fyziologických novorozenců zahrnují.

Dalším důsledkem bude nepochybně postupný pokles pediatriů z dnešních čísel okolo 3000 (cca 2000 PLDD a 1000 pediatriů na lůžkových odděleních a specialistů v ambulantní péči) a menší zájem o pediatrické curriculum, tak daleko již dospěla např. situace v SRN. V rámci role PLLD bude mimo klasické činnosti (preventivní prohlídky, očkování) podstatně akcentována oblast sociální pediatrie (včetně syndromu CAN=child abuse and neglect) a péče o chronicky nemocné a handikepované děti. V této oblasti se bude muset PLDD vzdělávat i v oborech, které zdánlivě patří do problematiky nemocniční pediatrie. Zvláštní kategorií, která zasluhuje pozornost, je **adolescentní medicína**. Nemocniční i praktičtí pediatrii musí vnímat, že dorostové lékařství představuje specifický okruh problémů, o kterém musí být dobře informováni. Pediatrii v ČR s nadstavbovou atestací z dorostového lékařství (adolescentní medicína ale není zatím uznána jako subspecializace pediatrie v rámci UEMS) mohou poskytovat pediatriům konzultační službu, ale nemohou registrovat pacienty pro primární péči, která musí zajišťovat komplexně prevenci i kurativu. Představa, že by pediatrii měli předávat ve 14 resp. 15 letech své pacienty dorostovým lékařům je zcela absurdní, zvláště to platí o chronicky nemocných dětech. V sousedním Německu a Rakousku pediatrii běžně přebírají péči o adolescenty a odrazilo se to i v názvech odborných společností a dětských oddělení resp. klinik (např. Dtsch.Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, nebo dnes již nikoliv "Universitäts-Kinderklinik...", ale "Univ. - Klinik für Kinder und Jugendheilkunde,)."

Nedávný vyhrocený konflikt týkající se speciálního zkráceného popomočního curricula pro pediatrické praktiky nijak nepřispěl k žádanému konsensu. Je třeba si uvědomit, že pediatrii budou vždy ve srovnání s kolegy v oblasti medicíny pro dospělé jen významně menší skupinou odborníků, jakékoliv tříštní zájmů je proto rizikové. Pediatrii se musí prosadit v konkurenci s odborníky pro dospělé nikoliv slovní argumentací a odkazy na minulé

úspěchy, ale především tím, že nabídnou dětem a jejich rodinám péči na vyšší úrovni. A tato úroveň se může zlepšit jen nově strukturované curriculum, nikoliv pouze jeho zkrácení.

Naše primární péče o děti a dorost musí sledovat i obvyklý evropský model - **pediatr se musí i u nás stát skutečně osobním lékařem jednotlivých dětí, který bude zajišťovat běžný servis dětem v rodinám i mimo svou ordinační dobu**. Současný stav, kdy v řadě regionů funguje jen omezená pediatrická pohotovostní služba, nebo dokonce není zajištěn vůbec žádný servis, je neúnosný. Děti se pak soustřeďují již v odpoledních hodinách na ambulancích dětských lůžkových odděleních resp.klinik, kde chybí samozřejmě základní dokumentace. Přesto, že již 9.rokem dostávají všechny matky na porodnici Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého (ZOP), tento není využíván a právě při emergentních situacích jej rodiče nemají sebou. Ještě horší variantou je situace, kdy se děti dostávají v rámci emergencí k praktickým lékařům pro dospělé- to je živná půda pro argumentaci rodinným lékařem! Z uvedeného není třeba dovozovat, že PLDD musí být v pohotovosti 24 hodin denně, to je samozřejmě nesmysl. Rodiče jeho pacientů však musí být dokonale informováni, kam se mají obrátit, pokud on sám není k dispozici. Měli by mít pocit, že pokud je jejich PLDD nedosažitelný, posílá je k jinému PLDD, který má jeho úplnou důvěru event. příslušné informace o složitějších pacientech, v době jeho dlouhodobé nepřítomnosti i přístup k dokumentaci problémových pacientů, atd. Řešení pediatrických pohotovostí není jistě jednoduché, měl by být zachován do určité míry i výjezdový servis.

Dlouhotrvající diskuze o rodinném lékaři pečujícím o jedince od "kolébky po hrob," budou zbytečné, pokud pediatr poskytne dětem resp.rodině významně lepší servis než propagovaný rodinný lékař. Argumentem pro změnu našeho systému nemůže být fakt, že v některých západních zemích je systém GP zaběhnut a funguje. K činnosti těchto praktiků se konečně v poslední době objevuje řada připomínek - náplní jejich činnosti v oblasti péče o děti je především léčba akutních onemocnění. Tito lékaři nevnímají dostatečně změny, ke kterým dochází v posledních době - vzrůstá počet chronicky nemocných dětí, handikepovaných jedinců, mladí rodiče jsou komplikovaným zdravotním stavem svých dětí často vysoce stresováni. Na tuto oblast nejenže praktik nemá dostatek času (a často chybí i zájem), ale není ani na řešení této problematiky vůbec vyškolen. V našich podmínkách by bylo v současnosti naprosto absurdní, aby dobře funkční pediatrický systém primární péče byl nahrazen systémem rodinného lékaře. Pediatrii i praktici pro dospělé by museli absolvovat poměrně dlouhé curriculum, **navíc**



praktici pro dospělé dle našich informací nemají až na výjimky vůbec zájem vstupovat do oblasti péče o děti. Především s kategorií kojenců a batolat mají v naprosté většině zkušenosti jen jako rodiče svých vlastních dětí a pokud se dostanou do kontaktu s těmito pacienty v rámci pohotovostních služeb, posílají je prakticky vždy obratem na dětské lůžkové oddělení s lakonickou poznámkou "prosíme o vyšetření event. přijetí.."

Je ovšem, třeba připustit, že v **určitých oblastech (pohraniční horské a podhorské regiony) je paralelní existence PLDD a praktika pro dospělé přece jen určitým luxusem**, jde např. o finanční a časovou náročnost při pohotovostních službách, kdy děti i dospělí v téže rodině mají např. respirační infekci, průjmové onemocnění atd.). Tento problém, který se týká u nás odhadem jen asi 10% území je možno řešit skutečně vyškolením lékaře, který bude mít kvalifikaci jak praktika pro dospělé, tak i děti. Praxe v ČR předešla teoretické úvahy – více než 30 pediatrií absolvovalo školení a atestace v rámci praktického lékaře pro dospělé a již s úspěchem několik let takto pracují. Nemáme t.č. k dispozici informace, že by si naopak praktičtí lékaři pro dospělé doplnili pediatrikou kvalifikaci.

Pediatrii zajišťující primární péči musí úzce spolupracovat s lůžkovými odděleními, ambulantními specialisty a jednotlivými centry. Naopak lůžková oddělení a centra musí být ve vlastním zájmu spolupracovat daleko více s PLDD. Postrádáme aktivitu našich PLDD při hospitalizaci u nich registrovaných pacientů – na západě je běžné, že je pediatr, pokud není dítě hospitalizováno daleko v centru, navštíví v nemocnici, zajímá se o současný stav a vyjádří i svůj názor na plánovanou vyšetření a léčbu. Na druhé straně pediatrii v nemocnicích bohužel často vůbec nekontaktují PLDD, kteří ani nemusí vědět, že dítě je hospitalizováno. Praktik přitom může sdělit kolegovi v nemocnici řadu důležitých informací, především o sociálním zázemí rodiny, dosavadním průběhu nemoci, compliance rodiny a dětí, atd.

I ve vyspělých zemích je známou realitou, že **mladá generace nemá svůj vlastní lobbying** (dětí samotné samozřejmě nemohou do politiky vstoupit, ale nejsou toho schopni, až na výjimky, ani jejich rodiče – ti často teprve hledají své místo ve společnosti, mají malé příjmy, řeší bazální zabezpečení rodiny). **A tak se všude na světě často stává, že jediným advokátem dětí je pak praktický pediatr**, který je s rodinou v nejužším kontaktu a zná tíživé problémy, které rodina samotná není schopna zvládnout. Živým příkladem úspěšného lobbyingu jsou akce American Academy of Pediatrics na úrovni vysoké administrativy USA, včetně kongresu – viz také <http://www.aap.org>

Nemocniční pediatrie:

Lůžková péče o děti bude v budoucnu stratifikována na 2 oblasti:

1. oblast péče o děti s běžnými akutními chorobami, které vyžadují hospitalizaci (např. následující akutní onemocnění: infekce respiračního, gastrointestinální poruchy a poruchy výživy, infekce močových cest, lehčí intoxikace, atd.).

2. oblast specializované péče o děti se závažnými, především chronickými chorobami, která se bude soustřeďovat v několika, většinou univerzitních centrech. Tento typ péče bude zajišťovat diagnostiku, léčbu a vedení pacientů na lůžkách a specializovaných ambulancích.

Důležité je i zajistit vznik tzv. **edukačních center**, kde se školí rodiče, nebo sami větší dětské pacienti, jak zvládnout často komplikovanou léčbu a sledovat stav choroby.

Obrovské množství informací ve všech oblastech subspecializací vyžaduje koncentraci diagnostiky, léčby na lůžku, ale i kvalifikované ambulantní vedení chronicky nemocných dětí a jejich rodin. Vážně nemocným dětem může být poskytnuta optimální péče pouze v zařízeních, kde jsou koncentrovány všechny pediatrické subspecializace (pediatrii–specialisté, odpovídající střední zdravotnický personál a moderní zázemí vyšetřovací a léčebné zdravotnické techniky).

Specializovaná centra:

V ČR při počtu obyvatel okolo 10 miliónů vše svědčí **pro koncentraci pacientů ve specializovaných větších centrech** (jak již tomu je např. u dětí s hemoblastózami, solidními tumory, cystickou fibrózou, chronickou renální insuficiencí resp. selháním ledvin, transplantacemi ledvin a jater, metabolickými vadami, atd.). Pouze velká, dobře vybavená dětská nemocnice může zajistit skutečně komplexní péči v rámci subspecializovaných center. Léčba dětí s nádorovými onemocněními, hemoblastózami, vrozenými srdečními vadami, polytraumaty, nefropatiemi, poruchami CNS, je dnes často léčbou komplikací, dokonce často komplikací iatrogenních. Složitá diagnostika a především intenzivní až agresivní léčba život ohrožujících chorob je zákonitě provázána komplikacemi, které často přesahují rámec dané subspecializace a vyžadují kooperaci s dalšími odborníky (příklad: intenzivní protinádorová léčba je poměrně často komplikována poškozením ledvin, až jejich selháním – to vyžaduje zázemí nefrologického servisu s možností náhrady funkce ledvin očišťovacími metodami).

Vznik center je nevyhnutelný, jinak budeme čelit situaci, která už nastala v některých západních zemích: pokud neexistuje specializované centrum pro děti, pediatrických pacientů se rádi ujmou specialisté z oboru dospělých (dětí rovněž přinášejí centru pro dospělé ekonomický pro-

fit!). To se nabízí především u starších školních dětí a dorostu, přitom je ovšem dostatečně prokázáno, že specializovaná dětská centra mají významně lepší dlouhodobé výsledky, než když jsou děti ošetřovány mezi dospělými. S tím souvisí i curricula specialistů – u nás zatím v řadě oborů jsou specializační atestace společné pro pediatrii i internisty. To se bude muset zřejmě změnit, curriculum pak bude skutečně zaměřeno na servis v oblasti péče o děti a dorost.

Specifickým problémem center je **předávání pacientů po ukončení 18. roce věku**, to není vyřešeno uspokojivě nikde na světě. Jde především o chroniky, jejichž choroba vedla k diskrepanci mezi kalendářním věkem a skutečným stupněm somatického a psychického vývoje jedince. Celosvětově je pak často běžné setkávat se v dětských centrech s jedinci staršími než 20–25 let, jejichž předávání odborníkům pro dospělé je problematické, hlavně se tomu brání sami pacienti i jejich rodiny.

Role praktického pediatra ve vztahu ke specializovaným centřům:

Praktický pediatr nemůže ani nesmí zůstat mimo hru ani u komplikovaného onemocnění svých pacientů, léčených v centrech. Měl by být v základech orientován o diagnostice, léčbě a možných komplikacích. Při dnešních komunikačních možnostech není většinou problémem spojit se s centrem a konzultovat, do jaké míry lze diagnostiku a léčbu zvládnout v místě bydliště a kdy je nutná již péče v centru. Při současných cenách dopravy (ztrátu času rodičů nepočítaje) je skutečně zbytečné, aby s každou rýmou nebo respiračním infektem rodina s dítětem cestovala i několik set kilometrů, když lze akutní situaci vyřešit dokonce i v ordinaci PLDD. Je zřejmé, že tato varianta je možná jen v momentě, že PLDD bude mít příslušné znalosti a zkušenosti, kontakt s centrem a i technické zázemí, aby dokázal odhadnout, zda akutní stav zvládne sám, event. za pomoci regionálního dětského oddělení, nebo zda pošle dítě do centra. PLDD zajišťuje také pro centrum důležité údaje o stavu rodiny, které jsou důležité pro úspěch složité léčby (opět příklad z oblasti nefrologie: pracovníci centra musí být poměrně dokonale informováni o situaci v rodině chronicky nemocného dítěte, bytových poměrech a spolehlivosti rodiny situaci zvládnout – např. domácí peritoneální dialýza, dokonalé dodržování schémat léčby po transplantaci ledvin, atd.).

Perspektivy pediatrie:

V rámci prevence jistě bude snaha udržet v ČR současný **stav, aby každé dítě mělo svého pediatra** a udržela se dobrá kvalita primární péče v oblasti prevence, včetně očkovacích programů



(přesto, že se objevily skupiny aktivistů bojujících proti vakcinaci, kteří lobují na úrovni resortu a parlamentu!).

Do pediatrické praxe se nepochybně promítne obrovský pokrok, kterého bylo dosaženo na poli **molekulární biologie a genetiky. To platí především pro prenatální diagnostiku.** To by se mělo odrazit v menším počtu dokončených těhotenství těžce postižených jedinců. Tato situace už dnes zasahuje do oblasti **lékařské etiky** – pokud je stanovena závažná vada již prenatálně, které jsou takové nemoci, že by se jedinec neměl vůbec narodit a pediatr by měl radit k přerušení těhotenství? V rozhodování bude vždy hrát zásadní roli názor rodičů, např. touha mít vlastní dítě po opakovaných pokusech o IVF i za cenu, že jedinec nebude úplně zdravý. Pediatři by měli ale rodiče podrobně informovat, co to znamená pečovat doma o těžce handicapované dítě, přílišný entuziasmus odborníků vyvolává často v rodičích nereálná očekávání a pozdější zklamání.

Jisté zklamání představují i dřívější představy, že po lokalizaci patologických genů a poznání jejich struktury bude možno zvládnout onemocnění cílenou genovou terapií. Takovým typickým příkladem je např. cystická fibróza (CF), kdy uplynulo již více než 14 let od objevení genu, ale pokusy o kausální léčbu dodnes nepřinesly očekávaný efekt. Pokroky v léčbě CF jsou značné, pacienti se dnes dožívají dokonce dospělosti, ale kvalita jejich života je často problematická a náklady spojené s touto péčí značné. Podobné je tomu také u vrozených metabolických vad, které sice dokážeme dnes v řadě případů přesně diagnostikovat a víme, jak je celkem úspěšně léčit, ale náklady přesahují často možnosti našeho zdravotnického systému. Také pokroky při transplantaci solidních orgánů zůstávají poněkud za očekávaním, přežití štěpů se sice prodlužuje, ale není zdaleka optimální ani při použití řady nových moderních imunosupresiv. Lepší perspektivy se jeví v oblasti transplantace kmenových buněk, klinické zkušenosti jsou ale zatím krátkodobé a omezené.

Skutečnou revoluci v medicíně představují data získaná analýzou lidského genomu. Úspěšné sekvenování lidského genomu představuje velký milník v historii lidstva. Zatím si nedovedeme dobře představit, jaký to bude mít impakt na praktickou pediatrii resp. medicínu, ale některé aspekty se již dobře rýsují. Klíčové technologie, které přispěly k úspěšné analýze genomu byla aplikace metod informatiky (sekvenování, identifikace funkčních genů, srovnávání různých sekvencí, atd) a tzv. robotika (technologie mikročipů, která dovolu- je alokovat DNA subjektu na mikročip a analyzovat tuto DNA pomocí počítače). První praktický impakt uvedených technologií se dá očekávat např. v oblasti analýzy DNA maligních tumorů, abychom

lépe porozuměli jejich patogenéze a mohli lépe terapeuticky zasáhnout (např. dle specifické sekvence DNA lymfomu volit i specifickou protinádorovou chemoterapii a zhodnotit i riziko sekundárního nádoru). DNA technologie zásáhne pravděpodobně i do produkce potravin – zvýšení nutriční hodnoty, eliminace škodlivých komponent, použití upravených potravin jako perorálních vakcín, atd.

Dnes je zřejmé, že většina i běžných chorob má nějaký genetický základ, který se exprimuje u daného individua. Obrovský pokrok shora zmíněných, ale i dalších nových technologií v budoucnu umožní "genetický screening, pacienta a dalších členů jeho rodiny. A právě zde se již dostáváme do oblasti lékařské etiky – máme vůbec zájem, aby rodiče zatím zcela zdravých dětí byli stresováni informací, že se u jejich potomka v pozdějším věku vysoce pravděpodobně vyvine např. maligní onemocnění, které zatím nejsme schopni léčit? Měli by být rodiče informováni předem, proč se screening provádí a jaké jsou konsekvence pozitivních nálezů? Zajímavá diskuse probíhá nyní v USA na téma celopopulačního screeningu cystické fibrózy u všech fertálních žen (mají se informovat všechny tyto ženy, že u nich screening bude proveden, nebo screening realizovat a informovat teprve při pozitivním nálezů?). A pokud se bude provádět screening genomu konkrétního jedince – nebudou výsledky nakonec zneužity? Jak by se chovaly zdravotní pojišťovny, kdyby se k nim dostala informace o riziku vzniku nemoci – žádaly by vyšší pojistné platby, nebo by např. i odmítly potenciálního nemocného pojistit?

Přesto výzkumu v této oblasti pokračuje a bude pokračovat a přinášet stále nové poznatky, impakt na praktickou pediatrii se bude určitě zvyšovat.

Z praktického hlediska bude také třeba v praxi brzy ověřit teorii tzv. prenatálního naprogramování odlišného metabolismu u plodů prenatálně dystrofických s nízkou porodní hmotností (Barke-rova hypotéza).

Již dnes vzniká **nová kategorie pacientů**, kteří přežívají po zvládnutí kritického stavu, resp. díky intenzivní léčbě, ale často s význačným handicapem (např. děti s extrémně nízkou porodní hmotností, děti po těžkých kraniocerebrálních úrazech, děti s CF, sem lze zařadit i děti po orgánových transplantacích, které vyžadují trvalou léčbu i péči).

V rámci léčby je už dnes i u nás velkým problémem nekontrolované užívání antibiotik na úrovni primární péče a tím **vzrůstající resistance bakteriálních kmenů vůči léčbě.** Situace je ale stále lepší než v praxi pro dospělé navíc pediatři mají tendenci podávat spíše PNC, u praktiků pro dospělé převažují jiná antibiotika (makrolidy).

Zvláštním problémem se může u nás stát **šíření**

AIDS a tím i vzestup počtu dětí nakažených vertikálním přenosem. Katastrofální vzestup frekvence AIDS v zemích bývalého SSSR je při dnešní migraci příslušníků těchto států do ČR varovným signálem.

V rámci prevence se ukazuje zřetelně, že **řada závažných chronických onemocnění typicky projevujících se až v dospělosti, má své kořeny již v dětství.** Sem patří např. poruchy lipidového metabolismu, esenciální hypertenze a obezita – rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění s nejvyšší morbiditou a mortalitou.

Pediatři se budou muset daleko více angažovat i v oblastech, která představují pro mladou generaci dnes největší rizika: **časné kouření, drogy, prevence závažných úrazů.**

Závěr: pediatrie v ČR má dobrou šanci sledovat moderní evropské a světové trendy, musíme se snažit zachovat ze starého systému to pozitivní a zlepšit to, co zatím neodpovídá moderní medicíně. Úkolem pediátrů je mimo jiné vytvořit jednotnou lobby, která bude prosazovat na úrovni různých resortů i parlamentu zájmy mladé generace, dětský lékař by měl být nejen vysoce erudovaným odborníkem, ale i advokátem této věkové skupiny.

Nositelům pokroku musí být generace mladých pediátrů, jejichž vzdělání, jazyková vybavenost a přístup k informacím budou sledovat světový vývoj v oblasti péče o dítě.

Literatura:

1. Editorial: Mschr. Kinderheilkunde, März 2001
2. Chesney R.W., Friedman Aaron, KAnto W.P., Stanton B.F., Stull, T.L.: Pediatric practice and education in the genomic/postgenomic era. *J.Pediatr.*, 141, 2002, 453–8
3. Fifty years of Paediatrics, *Annales Nestlé*, No 1/1992
4. Katz, M., Rubino, A., Collier, J., Rosen, J., Ehrlich, J.H.: Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics*. 109, 2002 May; (5), s.788–96.
5. Kurz, R.: *Kind und Arzt auf dem Weg zur Gesundheit*. Boehlau Verl., 1991, Wien
6. Marsh, G.N., Russel IT: Is pediatrics safe in general practitioner's hands? A study in the North England. *J.R.Cool.Gen.Pract.*, 39, 1989, 138–141
7. Paediatric Services Within the community for the New Millennium. Report of a Working Party: Royal College of Paediatrics and Child Health, London, 1999
8. www.unepa.org (website UNEPSA)
9. <http://www.aap.org> (website American Academy of Pediatrics)
10. <http://www.rcpch.ac.uk/> (website Royal College of Paediatrics and Child Health-UK)
11. http://espn.uwcm.ac.uk/training_doc.html (website European Society for Paediatric Nephrology s dopor. curriculumem pediatrického nefrologa)

Poznámka: tento článek po minimálních úpravách odpovídá publikaci v květnovém čísle Čsl.pediatrie, 2003, které vyšlo k 70. narozeninám prof. MUDr. Lidky Lisé., Dr.Sc.



Požadavky na vzdělávání lékařů pro primární pediatrickou péči

MUDr. Hana Cabrnchová

OSPDL ČLS JEP

Primární péče o děti v Evropě

- » 34 zemí Evropy:
 - pediatrický systém ve 12 zemích (primární péči zajišťují pouze dětské lékaři)
 - kombinovaný systém v 16 zemích (nejen PLDD ale i PL)
 - pouze 6 zemí systém PL pro všechny věkové kategorie (general practitioner=GP)

Jak je již zřejmé z úvodního obrázku, je převládajícím modelem péče o dítě v Evropě systém pediatrický a nebo kombinovaný. 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 to více je kladen důraz na systém propracované prevence s dopady na zdraví pro celý zbytek života.

Prodlužování věkové hranice vede zákonitě k nárůstu požadavků na péči geriatrickou, dochází k nárůstům onemocnění, jejichž frekvence výskytu je přímo závislá na stáří pacienta. Za této situace je bláhové se domnívat, že budoucnost může být pro primární péči jeden universálně vzdělaný tzv. rodinný lékař. Tento model se jistě osvědčil v zemích, kde v linii prvního kontaktu chyběl lékař jakýkoliv, kdy pokrytí sítě dostupnou péčí bez ohledu na kvalitu bylo prioritou. Budování skupinových praxí s profilací se některých rodinných lékařů pro oblast péče o dítě 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 další preferování dostupnosti, dané úsilím vedoucím k požadavku na zdvojnásobení sítě GP sledované nárůstem výdajů na tuto oblast.

Direktivní vybudování modelu pediatrického v ČR, tak historicky zařadilo naši republiku mezi státy, mající propracovaný model péče o dítě a to

je také důvodem, proč ve statistických ukazatelích (kojenecká úmrtnost, úmrtnost dětí do 5 let, proočkovanost) předčí Česká republika mnohé již členské státy EU. Velmi pozitivním krokem porevolučního vývoje v ČR bylo zachování stávající sítě ordinací PL a PLDD, resp. 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 financování včetně zlomové změny v roce 1997 (zavedení kombinované kapitačně výkonové platby), vedl k zachování systému a možnosti jeho dalšího rozvoje.

Porovnání průměru počtu registrovaných dětí

- » Průměrné počty registrovaných dětí od 401 až 13000 dětí na pediatra bez závislosti na systému poskytované péče
- » V ČR kolem 900 dětí do 19 - ti let na jednu ordinaci PLDD, 2200 ordinací PLDD

Nakolik stále stagnuje rozvoj materiální, docházelo k velmi výraznému odbornému rozvoji lékařů, a nyní budu hovořit jen o praktických lékařích pro děti a dorost. Důvodem a hnacím motorem se stal konkurenční boj o pacienta, snaha po co odborně i nákladově nejefektivnější poskytované péči. Nastavované modely financování tak stimulují PLDD k výraznému rozšiřování znalostí a praktických dovedností specialistů, poskytujících péči indukovanou PLDD. Daleko větší je nutnost rozšiřování kompetencí PLDD v možnostech rychlé laboratorní diagnostiky, testovacích metod přímo v ordinaci. Porovnáváme -li systém očkování dětí před deseti lety, zaznamenáváme výrazné posílení individualizace celého procesu kladoucí zvýšené nároky na znalosti PLDD a administrativu ordinace.

Bohužel ještě není v možnostech PLDD, aby část agendy managementu praxe přenechal odborníkům, ale po dlouhých letech selfmanagementu se myslím nemáme za co stydět.

Vzdělávání v oboru pediatrie v ČR

- » Jeden obor pediatrie s curriculum 30 měsíců
- » Požadavek EU pro obor pediatrie minimálně 4 roky (48 měsíců)
- » Disponiční UEMS (European union of medical specialists)
 - 3 roky společného vzdělávání pro všechny specializace v oboru pediatrie (basic paediatric training), následná specializace pro primární pediatrickou péči, 1-2 roky.

Co velmi výrazně chybí, je odraz zvyšujících se požadavků v systému vzdělávání. 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 dvou odborností v rámci jednoho oboru pediatrie. Reflexe rozvoje primární pediatrické péče uvedená i v doporučení UEMS se tak zákonitě musela promítnout jednak do vniku samostatné odborné společnosti praktických dětských lékařů, tak následně i do požadavku na odlišné curriculum postgraduálního vzdělávání.

Dobota mezi odbornými společnostmi

- » Nový obor dětské lékařství
- » 3 roky společného kurzu
- » Minimálně rok odlišné specializace: PLDD, klinický pediatr, neonatolog
- » Celková doba vzdělávání 4 - 5 let
- » Společná atestace s následnou certifikací podle náplně postgraduálního vzdělávání

Poslední připravená verze zákona o vzdělávání lékařů (Zákona o způsobilosti k výkonu lékařské profese) nedefinovala žádné obory. Navrhovaným modelem MZ ČR bylo obsáhnout výčetem všechny obory a odbornosti do samostatné vyhlášky. Ni-



kdo ze zodpovědných úředníků nebyl schopen zodpovědět otázku, jak bude možné navržený model dětského lékařství do konečné podoby zákona zapracovat. Narůstající aktivity směřující k ustavení samostatného oboru rodinný lékař, by pak v praktické realizaci mohly znamenat existenci jediných dvou oborů v primární péči, tedy praktického lékaře pro dospělé a lékaře rodinného. Navíc by existoval obor dětský lékař bez oficiální možnosti doložit způsobilost k výkonu praxe PLDD jinak než složením jednotné atestace. Model domluvený mezi odbornými společnostmi by nejvíce vyhovoval díky původního návrhu zákona o vzdělávání, který měl historicky největší podporu lékařů, který však skončil svůj osud v Parlamentu ČR těsně před minulými parlamentními volbami. Zde se hovořilo o kmeni a následných specializacích, zcela jednoznačně se rozlišovala konečná způsobilost k výkonu konkrétní profese lékaře.

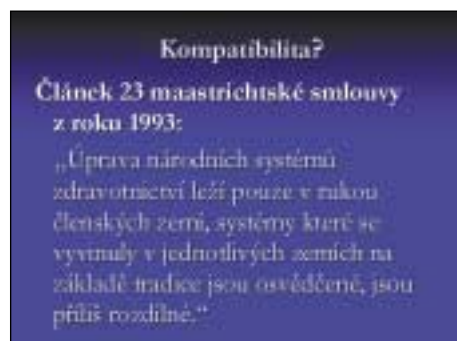
Stávající podoba posledního návrhu zákona tak alespoň na poslední chvíli na základě pozměňovacích návrhů doznala změny tím, že obsahovala ve své příloze konkrétní výčet oborů. Definování oboru PLDD tak bylo jen zákonným vyústěním všech popsanych skutečností, včetně velmi výrazné petiční akce za zachování stávajících praxí PLDD.

Parlament ČR dosud nepamatuje 160 tisíc podepsaných petičních archů. Nic naplat zákon nebyl Parlamentem ČR přijat a nám se tak otevírá opět několik měsíců diskusí nad modelem vzdělávání pro PLDD.



Je otázkou co můžeme udělat pro kompatibilitu bez platného zákona o vzdělávání.

Není důležité pojmenování oboru, není důležitý název atestace (v některých státech EU se nekonají), je důležitá náplň postgraduálního vzdělávání, délka pobytu na akreditovaném pracovišti. Zde myslím není třeba vyčkávat dikce zákona. Existují i dnes mechanismy, jak upravit náplň postgraduálního vzdělávání. Co ale nedokážeme, je být nápomocni vyřešit ekonomické zajištění budoucích absolventů, budeme-li klást stále vyšší požadavky na kvalitu a délku vzdělávání bez toho, že bychom k tomu byli nuceni z jiných důvodů, než požadavkem na kompatibilitu. Zde se domnívám, že direktiva zákona bude nutná a z ní se mohou odvíjet další aktivity směřující k dořešení souvisejících otázek, včetně financování budoucích školitelů z řad PLDD.



Závěrečné dva obrázky dokládají, jak krátkozraké je opírání se o požadavek EU na radikální změny v systému primární péče v ČR. Myslím, že moje sdělení bylo o tom, co musíme zlepšovat chceme-li uchovat a zlepšit kvalitu, bylo varováním před tím, abychom bourali to, co nám mnohé státy závidí a no co můžeme být právem hrdi.

Pediatrická primární péče v Evropě a v ČR

MUDr. Tomáš Soukup

místopředseda SPLDD ČR, člen výboru OSPDL ČLS JEP

Jak funguje pediatrická primární péče v Evropské unii, v porovnání s přístupující Českou republikou, je téma, které zatím nebylo detailněji popisováno. Souhrnné zpracování tohoto tématu nemůže postihnout veškeré odlišnosti, nicméně je možné mnohé porovnávat, popisovat trendy, pozitiva i negativa, v té či oné zemi, v primární péči o děti a dorost.

Dle údajů z roku 1999 působí celkem v Evropě asi 170 000 pediatrů, kteří pečují asi o 158 miliónů dětí (do 15ti let věku). V mnoha zemích ovšem ordinují i pro mla-

distvé, často až do věku, kdy ukončí přípravu na povolání (podobně je tomu i v USA). Průměrně pečuje jeden pediatr o 2094 dětí, s variací od 400 do 15 150 dětí, dle jednotlivých zemí. V ČR připadá na jednoho praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) v průměru 925 dětí do 19-ti let (údaj z roku 1997 pro stanovení kombinované kapitačně-výkonové platby).

Souhrnně lze systém primární péče v Evropě v pediatrii rozdělit do tří hlavních směrů, pomineme-li, že ve třech zemích pediatrii nepracují v primární péči vůbec. Tzv.

pediatrický systém v primární pediatrické péči existuje ve 12-ti zemích (např. ČR, Španělsko, Slovensko...), v 6-ti zemích je tzv. GP (General Practitioner - všeobecný praktik, např. Anglie, Holandsko, Švédsko...). Třetí je pak tzv. kombinovaný systém, který je v 16-ti zemích (např. Německo, Švýcarsko, Belgie...). Kombinovaný systém má velkou variabilitu, v některých zemích se blíží a směřuje k systému prvnímu, tedy pediatrickému, nebo i naopak.

Trend posilovat pediatrickou primární péči je zřetelný např. v Německu a Švýcarsku a ta-



ké v Itálii. Tradičně je silná primární pediatriká péče ve Španělsku. Z výše uvedené vyplývá, že na začátku 21. století existuje v Evropě velmi široká škála variant v poskytování zdravotní péče dětem a dorostu. Z mnoha jednání a kontaktů na mezinárodní úrovni vyplývá, že evropské pediatriky jsou teprve na počátku velmi pomalého procesu sjednocování vlastní organizace zdravotní péče na této úrovni a vzniku jakési budoucí europediatrie. Za oblast, která se sjednocuje nejrychleji, lze považovat například očkování u dětí a přesto i zde existují rozdíly velmi výrazné, například v proočkovanosti.

Málokdo ví, či si uvědomuje, že i v zemích se silnou primární pediatrikou péčí, jakou je například Švýcarsko či Německo, je například jen 80% dětí proočkováno první injekcí proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, resp. jen 25% dostane druhou dávku této kombinované vakcíny, aby byly děti chráněny. A proto právě v těchto dnech v kantonu Wallis a Schwyz ve Švýcarsku, jakož i ve Freiburgu a Berlíně v Německu, je nyní epidemie spalniček a příušnic, včetně jejich komplikací. Německá a švýcarská pediatriká profesní a odborná sdružení organizují proto osvětové kampaně k zvýšení proočkovanosti, hledají a navrhuje se změny pro zlepšení organizace péče o děti.

Významným mezníkem bylo v létě 2002 rozhodnutí Bundestagu (německého Parlamentu), který napříč celým politickým spektrem odhlasoval, že klíčovou roli v péči o dítě má v Německu sehrávat dětský lékař. Též rozhodl, že je nutno posilovat prevenci, zajistit ošetřování dětí na dětských odděleních, jakož i ošetřovat děti dětskými sestrami. Německý Parlament též požaduje do budoucna zajištění dostatku studií u nových léků, tak aby bylo možno dětem nové léky ordinovat. Také bylo odhlasováno, že je nutno rozšiřovat a používat nové a šetrnější metody vyšetřovací, diagnostické a léčebné.

Pokud jde o porovnání rozsahu preventivních prohlídek u dětí a dorostu v ČR a v Evropě, možno konstatovat, že máme přímo příkladnou strukturu. V kojeneckém věku je celkem 9 poraden, dále následuje prohlídka v 18ti měsících, následně ve 3 letech, a potom vždy v intervalu 2 let do 19-ti let věku. Pro zajímavost v Německu je model velmi pečlivě zpracován do 11 let, není ovšem vždy

naplňován. Pečlivý model je ve Španělsku, ale prevenci tam zdravotní pojišťovny nehradí. Ve Švýcarsku jsou preventivní modely ještě kratší než v Německu, ale je snaha je rozšířit od 7 let výše.

Návštěvní služba je v ČR kompetencí PLDD. V sousedním Německu, kde existuje kombinovaný systém, pediatriké profesní sdružení požaduje právě posílení návštěvní pediatriké služby, s cílem zkvalitnit zdravotní péči dětem. Obdobně je tomu s pohotovostní službou, kdy v Německu převažuje snaha organizovat ji pro děti odděleně.

Velmi je oceňováno, při mezinárodním porovnávání parametrů, nastavení primární pediatriké péče u nás, například i model včasné návštěvy novorozence po propuštění z porodnice, kdy většina dětí je do 2 resp. 3 dnů dětským praktikem navštívena v domácím prostředí. Při setkání zástupců střeoevropských profesních sdružení na podzim roku 2002 ve Vídni, si vyžádal německý předseda Gritz podrobnější sdělení v tomto směru. Dožadoval se praktických zkušeností, jak je toto vyšetření propláceno v ČR zdravotními pojišťovnami. Existuje mnoho dalších prvků, které jsou mezinárodně ceněny. V některých zemích očkování neprovádí dětské lékaře, ale jiné instituce. Komplexní pojetí léčebné, preventivní péče (prohlídky, kojenecké poradny a očkování) je považováno za ideální i dle SEPA – Evropské asociace ambulantní pediatrie, jejímž členem je i ČR. Možno konstatovat, že český systém je velmi propracovaný.

Samostatnou kapitolou je vysoká proočkovanost u dětí a dorostu v naší zemi, která dosahuje 95–97% a řadí nás ke špičce nejen v Evropě, ale i ve světě. Vyžaduje nemalé úsilí praktických lékařů pro děti a dorost, protože často nestačí ani opakovaná pozvánka. V posledních letech se prosazuje i telefonní zvaní k vakcinaci. Obecně je snaha zvyšovat proočkovanost v celé Evropě, hledají se možnosti, jak toho dosáhnout. Zejména v dnešní době možného bioterorismu je třeba si i uvědomit, že organizace české pediatriké primární péče umožňuje dnes velmi operativní doočkování, vystane-li požadavek na ně. I v naší zemi je již právě v těchto dnech možné očkování tzv. hexavakcinou, tedy jednou z nejmodernějších vakcín. V posledních letech roste zájem také o očkování nehrzená zdravotními pojišťovnami. Lze konstatovat,

že český očkovací program je u dětí výspěšlý, stále se vylepšuje, a zahrnuje plošně celou dětskou populaci, což je velmi významné v mezinárodním srovnávání. Je velmi eficientní, s relativně nízkými náklady a také úspěšný.

Zdravotní péče u dětí a dorostu je primárně zajišťována praktickými lékaři pro děti a dorost (PLDD) v jejich lékařských praxích, které jsou smluvními zdravotními zařízeními zdravotních pojišťoven. 2000 PLDD je sdruženo ve Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD ČR), založeného Dr. Kudynem, nyní vedeného Dr. Neugebauerem, tedy sdružuje 90% PLDD. Asi před 5ti lety vznikla i Odborná společnost praktických dětských lékařů, zpočátku vedená Dr. Endlerem, nyní Dr. Cabrnachovou. Tvoří ji asi 1300 členů. Profese PLDD je asi z 85% feminizována. Jak profesní Sdružení, tak Odborná společnost, jako nejvýznamnější spolky, za přispění vlastního odborného časopisu Vox Pediatry, rozvíjejí ambulantní činnost PLDD. Uvedený časopis vychází jako měsíčník a patří k nejčtenějším. Velmi podobné je například tzv. BVKJ v Německu (Profesní sdružení pediatriké), které vydává časopis *Kinder- und Jugendarzt*. Spolupráce s uvedeným sdružením nám poskytuje mnoho inspirace, kudy by se měla rozvíjet činnost dětských lékařských praxí. Další kontakty byly navázány i s italským sdružením, švýcarskými a španělskými kolegy.

Velké rozdíly existují při přípravě pediatriků v jednotlivých zemích v Evropě. Ve většině zemí je snaha do budoucna připravovat pediatriky během pětiletého postgraduálního vzdělávání, se silným důrazem právě na posilování přímo specifických požadavků na činnost v lékařské ambulantní praxi. Systém dvou atestací není znám v Evropě, převažují jednostupňové certifikace. Legislativa před vstupem do EU po ČR nepožaduje žádné dramatické změny. I dnes nadále existují mezi jednotlivými zeměmi EU velké rozdíly. Pokud jde o minimální dobu dalšího vzdělávání pro jednotlivé obory, rozdíly jsou i ve výčtech základních oborů, počtu a označení podoborů, při vzdělávání lékařů.

Dokonce i v článku 23 Maastrichtské smlouvy z roku 1993 bylo stanoveno, že úprava národních systémů zdravotnictví leží pouze v rukou členských států. Zdravotnické



systemy v jednotlivých zemích, které se vyvinuly na základě tradice a jsou osvědčené, jsou příliš rozdílné. Minimální doba ve stěžejném hlavním vzdělávání by měla jednotně pro celou EU činit tři roky, aby mohla být zaručena kompatibilita se zřetelem k uznávání a výkonu povolání v rámci států EU. Dle UEMS (Svaz evropských lékařských specialistů) je minimální doba pro vzdělávání v pediatrii 4letá. Připravovaný zákon o vzdělávání lékařů i v ČR obsahuje pro PLDD resp. pediatrii 5-ti letou postgraduální přípravu.

Velmi důležité jsou zejména odborné kompetence PLDD, které je nutno rozšiřovat. Velmi pomalu se uplatňují možnosti tzv. rychlé laboratorní diagnostiky (just in time) přímo v lékařské praxi při návštěvě pacienta. Existuje mnoho možností, které jsou zablokovány málo pružným systémem zdravotních pojišťoven. První vlaštvou je možnost vyšetření CRP u praktického lékaře. Pokud by obdobně pomalu (2,5 roku u CRP) mělo trvat zavádění dalších nových metod pro flexibilní a eficientní ambulantní pediatrii, bylo by to velmi špatné. Nutno hledat zrychlení celé administrativy při schvalování těchto metod u dětí, mezinárodně používaných a ověřených. Věřím, že právě vstup do EU nám pomůže i v tomto směru.

Velmi zaostáváme zatím obecně nízkým cash-flow, který blokuje další rozvoj organizace poskytování péče v lékařské praxi. Čistý příjem v posledních letech stagnuje, protože náklady rostou rychleji, nezbývá prostředků na zavádění finančně náročnějších aktivit, např. objednávání pacientů, provozování více vyšetřoven, zaměstnávání více personálu na nemedicinské práce, spojené s provozem lékařské praxe. Velmi nízké je i odměňování v porovnání se zeměmi EU v České republice. Činí totiž pouze asi 1/8 až 1/10 průměru v zemích EU. Česká republika má dnes nejnižší spoluúcast (cca 8%) ve zdravotnictví, ačkoliv je doporučována v zemích EU ve výši cca 35%.

Pro zajímavost možno uvést, že dnes činí měsíční paušál PLDD právě 1 Euro (!!!) měsíčně, na jednoho pojištěnce ve věku 15-19 let, vztaženo k poskytování léčebné péče. Velmi těžko se prezentuje v zahraničí na základě výše uvedeného faktoru, kvalitní a plnohodnotná léčebná péče.

Česká pediatrická primární péče má při spolupráci s klinikou a univerzitní pediatrií určitě odborně velmi dobrou úroveň, dokazují to i výsledky české pediatrie, pokud jde o novorozeneckou, kojeneckou úmrtnost, resp. i mezinárodně sledovaný parametr úmrtnosti do 4 let věku, kde v posledních letech jsme předstihli např. i Švýcarsko, Německo a Rakousko. Z výše uvedeného vyplývá, že český model prevence u dětí je vyspělý, a mnoho zemí by k němu rádo směřovalo, ale musí tento trend těžce probíjovat. Rezervy jsou v ČR převážně materiálně-ekonomické povahy a musí být napraveny spíše cestou celkové reformy zdravotnictví. Věřme, že se při tom neztratí úspěch celé pediatrie včetně ambulantní. Nedovolím si vůbec pomyslet, kde bychom mohli být, při stejných možnostech materiálních, jako v průměrné zemi EU. Dnešní dosažená velmi dobrá úroveň pediatrie v ČR má i do budoucna velkou šanci, zejména trvá-li zájem o vzdělávání u pediatriů, jež se odehrává v podvečerech a o víkendech.

POZVÁNKA

Vážené kolegyně, vážení kolegové.

Výbor SPLDD ČR si Vás dovoluje pozvat na
**XII. celorepublikovou volební
Konferenci SPLDD ČR,**

která se koná

dne 15.11.2003

**od 10,00 hodin v Brně, Údolní 39
ve velkém sále budovy Kanceláře
veřejného ochránce práv.**

Výkonný výbor SPLDD ČR

Tractocile



Ukončení podnikání z daňového pohledu

Ing. Jaromír Adamec

Každý podnikatel má zahájení podnikání za sebou. Ví už celkem s přehledem, co by dělal jinak kdyby zahajoval podnikání znovu, kde co zapomněl ohlásit včas, co minul zcela s nadhledem a co ho trápilo ještě několik měsíců či let. S ukončením podnikání to už tak nebývá. Otázka co dělat při ukončení podnikání nás možná napadá pouze v situacích, kdy konstatujeme, že s tím můžeme praštit, že nám ty starosti za to nestojí. Ale skoro nikdo si nedokáže představit, kolik aktivit je nutno řešit, když taková situace nastane. Snad nejjednodušší variantou je pro samotného podnikatele jeho smrt, neboť vše zůstane na dědicích a on s tím již žádné starosti nemá. Z vlastní praxe však vím, že daňové vyřešení smrti podnikatele je pro dědice snad tou nejhorší variantou. A to se nezabývá, a ani v tomto článku nemožu, specifickou zdravotní praxi, tj. např. karet pacientů, ... Pomineme-li tedy smrt podnikatele, zbývá nám z nedobrovolných variant ukončení podnikání zdravotní důvody, odebrání licence a bankrot. Dnešní článek se ale bude zabývat pouze dobrovolným ukončením podnikání jako je např. odchod do starobního důchodu či prodej praxe.

Co na ukončení podnikání zákoník práce ?

Jako první problém je pravděpodobně nutno řešit, a to s dostatečným předstihem, otázku pracovníprávních vztahů. Zákoník práce, který tyto vztahy upravuje, je normou, která poměrně výrazně chrání práva zaměstnanců a to i v případě výpovědi z pracovního poměru z důvodů organizačních. Jen například uveďme, že výpovědní doba je v tomto případě tříměsíční (na rozdíl od standardní délky 2 měsíce) a že zaměstnanec má nárok na odstupné ve výši dvojnásobku průměrného výdělku.

Co na ukončení podnikání ostatní předpisy týkající se zaměstnanců?

V souvislosti s pracovníprávní oblastí je nutno zmínit i zrušení podnikatele jako zaměstnavatele na zdravotních pojištovnách a na správě sociálního zabezpečení, kde v této souvislosti probíhá tzv. likvidační kontrola malé organizace. Mimořádně ani poté není vše vůči správě sociálního zabezpečení vyřešeno, neboť povinnost archivace mzdových listů je ze zákona 30 let následujících po roce, kterého se týkají. A jednou z otázek kontrolních pracovníků je i otázka uvedení místa, kde budou mzdové listy archivovány. Možná je ještě vhodné zmínit, že při ukončení pracovního poměru je taktéž povinností zaměstnavatele ukončit Evidenční list důchodového pojištění o odevzdat ho správě sociálního zabezpečení.

Co je důležité v zákoně o účetnictví v souvislosti s ukončením podnikání?

V souladu s ustanovením § 17 odst. 4 zákona 563/1991 Sb., o účetnictví uzavře podnikatel – fyzická osoba ke dni skončení činnosti účetní knihy,

což v případě jednoduchého účetnictví znamená uzavření peněžního deníku, knihy pohledávek a závazků a všech další pomocných knih které vede pro ostatní složky majetku a závazky z pracovníprávních vztahů. K těmto okamžikům sestaví přehled o majetku a závazcích a přehled o příjmech a výdajích. Z praktického hlediska je vhodné podotknout, že mezi závazky vykazované v těchto přehledech patří i závazek z titulu daně z příjmů fyzických osob za probíhající zdaňovací období, což ne vždy je splnitelné lehce, protože toto daňové přiznání se podává až ve standardním termínu (do 31.3. resp. 30.6. následujícího roku u poplatníka, který má zdaňovací období shodné s kalendářním rokem). Podobně je nutné se vypořádat i se závazky z titulu doplatku sociálního a zdravotního pojištění, silniční daně, ...

V podvojném účetnictví uzavře účetní jednotka – podnikatel deník, hlavní knihu, knihy analytických účtů a knihy podrozvahových účtů a sestaví k těmto okamžikům účetní závěrku skládající se z rozvahy, výkazu zisku a ztráty a přílohy.

Daň silniční

Dle ustanovení § 2 odst. 1 zákona 16/1993 Sb., o dani silniční jsou předmětem daně vozidla používaná či určená k podnikání a tudíž po skončení podnikání zaniká daňová povinnost, konkrétně dle § 8 odst. 2 zákona v kalendářním měsíci, v němž pominuly rozhodné skutečnosti, tedy v měsíci, kdy bylo skončeno podnikání. Za tento měsíc se taktéž naposledy platí zálohy na daň.

Příklad č.1: Ke skončení podnikání dojde 2. července. Červenec je tedy měsíc, kdy zaniká daňová povinnost a z hlediska k tomu, že záloha za 3. čtvrtletí (červenec, srpen a září) je splatná 15. října, je poplatník povinen do 15. října zaplatit 3. zálohu na daň a to ve výši za červenec tj. 1/12 příslušné roční sazby. Ve vztahu k účetní závěrce, resp. přehledům v jednoduchém účetnictví bude tato záloha figurovat v sestavených tiskopisech jako závazek (samozřejmě pouze v případě, bude-li zaplacen až po okamžiku, k jakému budou tyto tiskopisy sestaveny tj. po 2. červenci)

Daňové přiznání podává poplatník v souladu s ustanovením § 15 odst. 1 zákona a to do 31. ledna následujícího kalendářního roku.

Daň z přidané hodnoty

I když je lékař mezi plátcem daně z přidané hodnoty pravděpodobně výjimkou, neboť dle ustanovení § 32 odst. 1 zákona 588/1992 Sb., o dani z přidané hodnoty jsou služby zdravotnické péče od daně na výstupu osvobozeny, považují za vhodné upozornit, že registrace plátce DPH zaniká na základě žádosti a při zrušení registrace je plátce povinen odvést daň z obchodního majetku evidovaného, nebo který měl být evidován ke dni zrušení registrace, u kterého uplatnil odpočet daně, případně odpočet

daně z obrátu nebo dovozní daně nebo který pořídil za ceny bez daně nebo daně z obrátu.

Daň, kterou sráží podnikatel jako plátce daně (tj. daň ze závislé činnosti a funkčních požitků, srážková daň)

Dle ustanovení § 69 odst. 2 zákona 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků je plátce daně povinen do 30 dnů ode dne, v němž byl povinen za rozhodné období odvést poslední daňovou povinnost vyúčtování daně. Plátcem daně uvedení v odstavci 1 podají vždy po uplynutí zdaňovacího období nebo po ukončení činnosti, která je předmětem zdanění, vyúčtování daně na tiskopise vydaném ministerstvem. Vyúčtování se podává místně příslušnému správci daně do třiceti dnů od lhůty, v níž byl plátce daně povinen podat za rozhodné období poslední daňové přiznání nebo hlášení. Pokud u některé daně není stanovena povinnost podávat daňové přiznání nebo hlášení, předkládá se vyúčtování daně do třiceti dnů ode dne, v němž byl plátce daně povinen za rozhodné období odvést poslední daňovou povinnost.

Příklad č.2: Ke skončení podnikání dojde 2. července. Pracovní poměr posledního zaměstnance skončil 30. června. Odvod daně ze závislé činnosti za červen je dle ustanovení § 38h odst. 10 zákona 586/1992 Sb., o daních z příjmů do 20. července. Nicméně poslední zálohu na daň by plátce odvedl do 20. ledna následujícího roku a vyúčtování je povinen odevzdat do 30 dnů od tohoto dne, tj. do 19. února následujícího roku.

Příklad č.3: V souvislosti se skončením podnikání vyplatil podnikatel odměnu na základě dohody o provedení práce za pomoc při stěhování písemností provedené v červnu. Odměna činila 3000 Kč hrubého. Byla zdaněna srážkovou daní ve výši 15 % tj. 450,- Kč. Povinnost odvodu sražené daně je dle ustanovení § 38d odst. 3 zákona 586/1992 Sb., o daních z příjmů je do 31. července. Poslední srážku by tedy odvedl za prosinec do 31. ledna následujícího roku a do 30 dnů, tj. do 2. března následujícího roku je termín pro podání vyúčtování.

Samostatnou kapitolou je otázka daně z příjmů. Té se budeme věnovat v příštím čísle a odpovíme si mimo jiné na otázky:

- do kdy je povinnost platit zálohu na daň z příjmů
- jak daňově řešit pohledávky a závazky, které ke dni skončení podnikání jsou nevyřešené
- kdy podat daňové přiznání k dani z příjmů fyzických osob a přehledy pro zdravotní pojišťovnu a správu sociálního zabezpečení
- zda a případně jak je nutno zdanit příjem z prodeje majetku podnikatele (vybavení ordinace, nábytek, počítač)
- jak daňově naložit s automobilem pořízeným na leasing, úvěr, ...

Autor je daňovým poradcem SPLDD ČR.



Darovací smlouva

<p>DAROVACÍ SMLOUVA - firma (s.r.o, a.s. apod) lékaři fyzické osobě ve smyslu ustanovení §628, Občanského zákoníku</p> <p>Firma: se sídlem: zastoupená: IČO: jako dárce a NZZ: se sídlem: IČO: registrace u č.j. jako obdarovaný,</p>	<p>*DAROVACÍ SMLOUVA - občan lékaři fyzické osobě ve smyslu ustanovení §628, Občanského zákoníku</p> <p>Pan (paní): bytem: r.č.: jako dárce a NZZ: se sídlem : IČO: registrace u č.j. jako obdarovaný,</p>	<p>DAROVACÍ SMLOUVA - firma (s.r.o, a.s. apod) NZZ firmě (s.r.o apod) ve smyslu ustanovení §628, Občanského zákoníku</p> <p>Firma: se sídlem: zastoupená: IČO: jako dárce a NZZ: se sídlem: IČO: registrace u č.j. zastoupené: jako obdarovaný,</p>	<p>DAROVACÍ SMLOUVA - občan NZZ firmě (s.r.o apod) ve smyslu ustanovení §628, Občanského zákoníku</p> <p>Pan (paní): bytem: r.č.: jako dárce a NZZ: se sídlem: IČO: registrace u č.j. zastoupené: jako obdarovaný,</p>
---	--	---	--

uzavřeli dnešního dne, měsíce a roku, tuto smlouvu:

I.

Předmětem této smlouvy je poskytnutí finančního daru ve výši Kč. Tento finanční dar je určen výlučně na podporu činnosti obdarovaného a obdarovaný je povinen použít jej pouze k tomuto účelu.

II.

- Dárce poskytuje obdarovanému výše specifikovaný finanční dar zcela dobrovolně a obdarovaný prohlašuje, že tento dar přijímá a zavazuje se jej použít v souladu s čl. I. této smlouvy.
- Dárce má právo požadovat vrácení daru v případě, že tento bude použit k jinému účelu, než stanovuje tato smlouva.
- Obdarovaný má právo dar vrátit v případě, kdy dárce nepřiměřeným způsobem zasahuje do činnosti obdarovaného, nebo poškozují jeho dobré jméno.

III.

Dárce i obdarovaný jsou si vědomi skutečnosti, že uzavření této darovací smlouvy nezvýhodní žádným způsobem dárce vůči jiným osobám, kterým obdarovaný poskytuje zdravotní péči.

IV.

Dárce je oprávněn vykázat shora uvedenou částku ve svém daňovém přiznání jako sponzorský dar ve prospěch zdravotnictví. Tato smlouva slouží dárce jako potvrzení pro snížení základu daně v souladu s ustanovením § 15 odst. 8 a § 20 odst. 8 zákona číslo 586/1992 Sb. o daních z příjmu, v platném znění.

V.

- Tato smlouva nabývá účinnosti dnem podpisu smluvními stranami a je vyhotovena ve dvou originálech, z nichž každá ze stran obdrží po jednom.
- Obě strany prohlašují, že tuto smlouvu uzavírají dobrovolně, že jejímu obsahu porozuměli, a svou svobodnou vůlí tuto smlouvu uzavřít potvrzují svými podpisy.

V dne

dárce

obdarovaný

za obdarovaného přijal v hotovosti Kč

Dne

podpis

* Viz vklad v tomto čísle.



Financování zdravotní péče

Ekonomika a financování je častým tématem v našem časopise. Situace posledních měsíců si však zaslouží Vaší náležitou pozornost více než kdy jindy. Konec letošního roku může totiž přinést nebývalé zhoršení platební schopnosti zdravotních pojišťoven, to vše v atmosféře probíhajících cenových jednání na první pololetí roku příštího. Účelem tohoto sdělení je tedy informovat, proč se z médií můžete dozvědět o zakládání tzv. krizových štábů apod.

B. Aktuální stav a možné výstupy

■ Platební bilance zejména VZP se prudce zhoršuje – díky Ministerstvem zdravotnictví ČR nastavenému systému úhrad s preferencí financování lůžkové zdravotní péče vzniká u VZP měsíčně deficit 500 mil. Kč, tj. 1 mlrd za 2 měsíce

■ Cca 80% prostředků zdravotního pojištění čerpá 20% pojištěnců VZP, tzn. bilance této pojišťovny je výrazně poznamenána touto skutečností a vede tedy i k určitému znevýhodnění VZP oproti ostatním pojišťovnám, i těm však pomalu, ale jistě docházejí rezervy

■ Pokud by se nic nestalo, může nastat i situace, kdy některá zdravotnická zařízení obdrží platby za měsíc září až začátkem roku 2004

■ Co se však může stát – např. VZP nebude muset vracet tzv. předsunutou platbu („také řešení“ ekonomického propadu na jaře letošního roku – stát zaplatil za pojištěnce, za které platí předsunuté, tj. jednu z podzimních plateb vyplatil předsunuté již na jaře, nyní však bude scházet); další možností je, že se stát přihlásí ke svému dluhu, resp. k dluhu na zdravotním pojištění od podniků, ve kterých má či měl majoritní podíl; další řešení... . Bohužel zcela chybí řešení řešící nesoulad příjmů zdravotních pojišťoven a jejich výdajů. Kdo to asi celé „zatáhne“?

■ Jaké jsou však naše možnosti – obrátit svůj hněv vůči neplatícím pojišťovnám. Jistě oprávněné, ale... . Jsou opravdu jedinými či hlavními viníky? Chceme, aby byly zrušeny a o tom, co za svou práci dostaneme, aby rozhodoval stát, resp. státní úředníci? To jsou stále otázky na různých krizových štábech, hledání odpovědí je však pokaždé nesmírně složité a to i proto, že sami nejsme schopni se dohodnout, co jsme jako jeden každý schopni udělat, aby došlo k žádoucí změně.

■ Další možností je se obrátit na konzumenta zdravotní péče. Vždyť je to právě on, kdo svým leckdy nesmyslným čerpáním ukrájuje také z našeho krajíce, naši politici se

však bojím říci, že všechno něco stojí a pokud už začnou nad něčím uvažovat, jsme to my, poskytovatelé, kteří to mají těmto konzumentům vysvětlit, na které je s oblibou to nemilé břemeno přehazováno. Opravdu jsme však schopni vybírat od rodičů našich dětských pacientů?

■ Jedním z možných řešení překlenutí tíživé situace by ale mohly být sponzorské dary. Jistě to není systémové řešení, ale pro okamžitou reakci jsme lepší nevmysleli, platí totiž jen ten, co na to má a platit chce. I proto Vám vzor sponzorské smlouvy předkládáme v tomto čísle našeho časopisu. Pokud nalezneme další řešení, budeme Vás co nejdříve informovat. I když mnozí z Vás tuto možnost okamžitě zavrhnou, stojí za to si položit otázku, je lepší být sponzorem systému nebo sponzorovaným subjektem?

B. Cenová jednání pro 1. pololetí 2004

1. Informace z prvního jednacího dne dohodovacího řízení o cenách ze dne 27.8.2003:

■ Prezentace jednotlivých návrhů účastníky jednání

■ VZP

– návrh identický s obdobím 2. pololetí 2003– tj. kapitační platba minimálně 33,- Kč a hodnota bodu 0,90 Kč

– při porovnání se srovnávacím obdobím, tj. 1.pololetím 2003 jde o určité navýšení (cca 5 %), ovšem při porovnání s 2.pololetím 2003 navýšení = 0

■ SZP + SZP ČR

– společný návrh identický s návrhem VZP
– možné navýšení dle možností jednotlivých ZP v rámci bonifikačních systémů
– upozorněno na rizika ve spojitosti s vydáním novely Seznamu výkonů

■ SPL + SPLDD

– pro jednání předložena „Východiska...“ (viz níže) s kalkulovaným navýšením kapitační platby o cca 4 Kč

– upozorněno na neřešení rozporu srovnání výše úhrad se srovnatelnými odbornostmi ambulantních specialistů v prostředí proklamované podpory primární péče

■ ČLK o.s.

– podpořena východiska předložená zástupci PL

– upozorněno na možný profit ZP z převzetí pohledávek Konsolidační agenturou a na příznivý vývoj mezd (z pohledu výběru pojistného)

■ APRIMED

– navržen nárůst odpovídající předpokládanému nárůstu zdrojů (cca 5%, tj. kapitační sazba 34 Kč, hodnota bodu 0,95 Kč)

2. Návrh předložený za obě Sdružení PL

Premisa:

– segment praktických lékařů zadal a nechal provést nákladovou studii režii průměrných praxí za rok 2001

– tato studie je reálným a nezpochybnitelným východiskem našich požadavků pro cenová jednání pro rok 2004.

Základní kalkulace:

– režie průměrné praxe v roce 2001 činila 58000 Kč

– za dva roky lze počítat inflační navýšení minimálně 6%, tedy současné režijní náklady činí 61 480 Kč

– přiznaný mzdový index pro praktické lékaře stávající je 3.90 Kč /minutu, tedy očekávaná platba za práci by měla činit 41 184 Kč měsíčně /8 hod pracovní den, 22 pracovních dní, a to bez započtení jakéhokoli zisku ordinace

– rozdíl ve stávajících příjmech a touto požadovanou platbou činí 5 Kč na kapitační platbu !!! (např. u PL – 1 Kč x 1700 poj.x průměrný věkový index 1.3 = 2210 Kč na kapitační) (příjmový rozdíl činí 10 000 Kč

■ po přiřazení odpovídajícího mzdového indexu do výkonů, při možném přenosu až 25% příjmů do výkonů by pak **legální poža-**



davek na navýšení kapitační platby zněl minimálně 4 Kč

■ pokud by byl akceptován návrh ČLS JEP na zvýšení základních mzdových tarifů, v našem segmentu by se jednalo o navýšení na 4.50 Kč /min

■ požadovaný potřebný nárůst platby by byl v tomto případě vyšší o 15%, tedy cca 4.50 Kč v kapitační platbě.

Srovnávací údaje:

- dvouletý nárůst segmentu primární péče 2000/2002 činil 16%, u ambulantních specialistů pak 28%, rozdíl je tedy 12% v neprospěch praktických lékařů !!! (Zpravodaj VZP 3/2003)

- meziroční nárůst primární péče 02/03 je podle plateb 9%, u ambulantních specialistů opakovaně více než dvojnásobný

■ došlo tedy opětovně k prohloubení příjmového rozdílu mezi specialisty orgánovými a praktickými lékaři. Rozdíl nárůstu během tří let pak nyní činí cca 19% v neprospěch praktických lékařů !!!!!

Toto vše při proklamované podpoře primární péče a proklamované snaze zefektivnit systém. U praktických lékařů tedy dochází k příjmovému propadu vůči ostatním segmentům a z naší strany nelze tento jev nadále akceptovat.

Praktičtí lékaři se neustále pohybují v příjmové oblasti která je naprosto nedostačující pro rozvoj praxí a tento stav je jednoznačně škodlivý pro celý systém zdravotní péče -neumožňuje dále rozšiřovat spektrum činnosti praxí , přebírat některé základní činnosti od specialistů a celkově produkovat v ambulantní sféře „levnější medicínu“. Důsledkem toho je, že systém se prodražuje a šetření na primární péči ve svém důsledku přináší vyšší celkové náklady.

Jak všechno dopadne a jak se situace bude vyvíjet dále, to ukáže nejbližší doba.

MUDr. Pavel Neugebauer

CRP v ordinaci praktického lékaře

Koncem června byl na řádném jednání dohodovacího řízení k Seznamu výkonů s bodovými hodnotami schválen nový výkon pro praktické lékaře. Tento kód nese pracovní označení „Kvantitativní stanovení CRP (POCT)“. Dovolujeme si Vám proto předložit bližší informace ohledně možného nasmlouvání tohoto výkonu s jednotlivými zdravotními pojišťovnami.

■ Jedná se o nový výkon jehož nasmlouvání zdravotními pojišťovnami je podmíněno jeho zařazením do tzv. Seznamu výkonů s bodovými hodnotami. O zařazení výkonů do tohoto Seznamu rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví ČR na základě podkladů a schválení pracovním jednáním zvaným v zákoně č. 48/1996 Sb. jako tzv. dohodovací řízení. To se také stalo koncem června letošního roku. Seznam výkonů je vydáván formou vyhlášky a nová úprava, resp. vydání nové vyhlášky obsahující právě tento Seznam je plánováno s platností k 1.1.2004.

■ Jde o rozšíření diagnostických možností v ordinaci praktického lékaře, neboť C-reaktivní protein (CRP) je citlivý marker zánětu. Toto vyšetření lze použít k rozlišení bakteriální a virové infekce, zhodnocení efektu léčby či orientačního stanovení možného poškození tkání. Dostupné studie ukazují, že by mohl být použit i jako užitečný marker v predikci rizika kardiovaskulárních příhod.

■ Metod vedoucích ke stanovení hodnoty CRP je více, dohodovacím řízením byla vybrána metoda tzv. imunoturbidimetrického kvantitativního měření z kapky krve. Při po-

užití jakékoliv jiné metody nelze tedy případně žádat o proplacení tohoto výkonu z fondu veřejného zdravotního pojištění za použití právě popisovaného výkonu.

■ Pro možnost provádění a následně proplácení tohoto nového výkonu je nutné zakoupit přístroj, který je schopen takovéto vyšetření určenou metodou provést. V ČR mají zatím největší tradici přístroje QuikRead od firmy Orion Diagnostica, se sídlem Kykalova 1, 146 20 Praha, tel.: 222135900, fax: 222135905, e-mail: orion@oriondiagnostica.cz, bližší informace lze také nalézt na webových stránkách www.oriondiagnostica.cz. Používání těchto přístrojů je již zkoušeno v několika pilotních studiích a používání doporučeno pro použití v primární péči Referenční laboratoří pro biochemii ÚKB VFN Praha 2.

■ Jedná se o laboratorní kód, proto další podmínkou pro jeho nasmlouvání a následné proplácení je i splnění tzv. pravidel správné laboratorní praxe. Součástí správné laboratorní praxe je interní kontrola kvality, účast na externím hodnocení kvality a účast na jednorázovém školení na akreditovaném pracovišti.

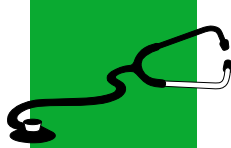
■ Interní kontrola kvality (IQC) zahrnuje měření kontrolních vzorků 1x týdně nebo po 25 vyšetřeních, podle toho, co nastane dříve. Výsledky jsou následně zapisovány a archivovány po dobu alespoň 5 let

■ Externí hodnocení kvality (EHK) je zajištění kontrolního měření specializovanou firmou, resp. laboratoří. Cílem tohoto hodnocení je porovnání výsledku s jiným přístrojem měřícím stejnou metodou. EHK stačí provést 1x ročně, vše musí být ale opět archivováno. Obě metody kontroly kvality jsou v uvedeném rozsahu přímou součástí kalkulace uvedeného výkonu.

■ Poslední podmínkou dodržení tzv. správné laboratorní praxe je jednorázové jednodenní proškolení pořádané akreditovaným pracovištěm. Toto proškolení je zaměřeno na princip měření, klinický význam CRP a správný laboratorní postup. Bližší informace o všech uvedených podmínkách je možno získat v kanceláři našeho Sdružení, případně přímo u prodejce přístroje.

Pro VOX zpracoval MUDr. Pavel Neugebauer

ČS - PR



Zápis z výboru OSPDL ČLS JEP

Ze dne 2.7. 2003

Přítomni:

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

- Příprava parlamentního semináře v Senátu ČR, pozvání zahraniční delegáti kongresu European Pediatrics, oslovení řečníků. Termín potvrzen na 21.10. 2003. Komunikaci s přednášejícími pověřen MUDr.Soukup. Téma: primární pediatrická péče.

- Informace MUDr.Cabrnchové z poradního orgánu péče o dítě. Bude zveřejněno doporučení k propuštění novorozenců. Diskutován projekt vzniku Národního centra pro podporu kojení, OSPDL má výhrady, proto dojde ke společné schůzce s neonatologem do září a provede se společná úprava textu. OSPDL preferuje společný projekt zahrnující podporu informací, vzdělávání, nikoliv pouze vznik centra. Dále diskutována síť lůžkových dětských oddělení, podpora pro redukci sítě pod úroveň okresních dětských oddělení.

- Příprava republikové konference ve spolupráci s firmou Nestlé na téma novinky v gastroenterologii, pravděpodobně v Brně dne 26.9.2003.

- OSPDL společně s biochemickou společností vydá na žádost VZP doporučení k provádění CRP vyšetření. Nutné do září upřesnit materiál. Ve druhém pololetí roku 2003 bude dále probíhat studie, úhrada dle seznamu zdravotních výkonů po vydání novely pravděpodobně od 1.1.2004. Do té doby nutná účast na kursu každého, kdo CRP vyšetření provádí. Kurzy zatím ve dvou termínech do konce roku, ale nutné domluvit další termín vzhledem k omezené kapacitě.

- Diskutován návrh doporučené zdravotní dokumentace, dopracováním připomínek a finalizací podoby pověřen MUDr.Procházka.

- Rozhodnutí o páteřních tématech na rok 2004 vychází ze žádosti regionů a jsou následující: Pneumologie (program bude domluven ve spolupráci s Pneumofteologickou společností, v září budou pozváni na společnou schůzku) Ortopedie (problematika bude upřesněna v září)

- Odsouhlasen k rozeslání okresním zástupcům

SPLDD dotazník na činnost kalmetizačních pracovišť, spolupráce v okresech.

- Účast na jednání subkomise pro antibiotika ČLS JEP – MUDr. Marek, MUDr. Cabrnchová, diskutována problematika antibiotických středisek, jejich budoucnosti.

- Přijetí nových členů OSPDL: MUDr. Z. Schnabelová, MUDr. B. Skalická

Ze dne 3.9. 2003

Přítomni:

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

Hosté:

zástupci MUCOS Pharma, lékaři účastní ve studii

- Výbor na žádost redakční rady časopisu VOX odsouhlasil, aby zveřejňování zápisů bylo ve stručné podobě, podrobný zápis z každého výboru bude provádět MUDr.Růžičková a bude archivován v kanceláři.

- Příprava rozpočtu OSPDL na rok 2004, regionální zástupci obdrží pokyny k vypracování rozpočtů regionálních akcí do 30.9.2003.

- Prezentace retrospektivní studie účinnosti terapeutické intervence při léčbě recidivujících a chronických respiračních onemocnění u dětí. Přes dílčí výhrady k metodice studie výbor připouští možnosti využití léčby Wobenzymem v uvedených indikacích.

- Příprava parlamentního semináře v Senátu ČR, účast potvrdilo 5 zahraničních řečníků, budou požádání o zaslání abstrakt do 22.9., definitivní program bude stanoven 24.9.2003 na mimořádném jednání výboru OSPDL. Pozvánka bude zveřejněna v kongresových materiálech po domluvě s doc.Jandou.

- Diskuse nad zájmem o spolupráci při přípravě pilotního projektu „OČKování“ ve spolupráci s HS hl. m. Prahy. Nejsou informace o rozsahu, dle rozhovoru s MUDr. Polaneckým pouze jeden zástupce za každou Prahu. MUDr. Cabrnchová pověřena jednáním s náměstkem Vítem na toto téma. 24.9. v zápise bude upřesněno. Výbor se domnívá, že

cesta k získání informací by měla být odlišná, případná studie s pouze omezeným počtem lidí v Praze by toto měla potvrdit. Doporučeno zájmem o tuto studii honorovat.

- Konference ve spolupráci s firmou Nestlé v Brně dne 26.9.2003, akce bude certifikována.

- MUDr. Cabrnchová informuje o jednání komise pro preventabilní nákazy. Do září vypracuje OSPDL ve spolupráci s dalšími odborníky návrh indikace aceluární pertuse. Na zářijovém jednání komise budou schváleny podmínky hlášení komplikací po očkování. OSPDL navrhla do vyhlášky přidat text umožňující hradit rizikovým skupinám očkování proti invazivním nákazám. Novela vyhlášky bude znovu projednána na další komisi.

- 2.9.2003 se konala tisková konference věnovaná antibiotické terapii, účast MUDr. Cabrnchová a prim. Jindrák.

- Žádost o recenzi nové knihy Péče o dítě vydávané ve spolupráci s firmou J&J.

- Páteřní témata potvrzena a dále upřesněna: Pneumofteologie a základy funkčního vyšetření plic. Ortopedie a rehabilitace se zaměřením na školní věk a adolescenci

Společné jednání s pneumofteologickou společností navrženo na 24.9.2003, výbor bude osloven dopisem. MUDr. Liška zkontaktuje regionální zástupce OSPDL s dotazem na možnosti zajištění přednášejících v regionu na zvolená témata. Upřesnění až po společných schůzkách s výbory.

- MUDr. Marek informuje o žádosti PaedF, oboru speciální pedagogika o možnost výuky studentů, bude nabídnuto zájemcům z řad školitelů.

- MUDr. Procházka předal garantovanou verzi videokazet – RHB cvičení dětí při vadném držení těla od MUDr.Tomáše Firsta. Edukační pomůcka pro PLDD a jejich pacienty, bude k dispozici na regionálních seminářích.

- Zpracováním dotazníků na činnost kalmetizačních pracovišť pověřena MUDr. Růžičková.

- Přijetí nových členů OSPDL: MUDr. C. Dostál, MUDr. M. Salášková

**Zapsala: MUDr. Cabrnchová
Ověřil: MUDr. Krejčík**

Vážení čtenáři,

v našem květnovém čísle bylo v článku „Naše zkušenosti s jednodenní chirurgií u dětí“ chybně uvedeno křestní jméno autora. Správně mělo být uvedeno MUDr. LADISLAV Plánka. Děkujeme za pochopení.



Aktuální problémy péče o extrémně nezralé novorozence

MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Souhrn

V uplynulých dvaceti letech došlo k výrazným změnám v diagnostických a terapeutických postupech, které zlepšily indikátory kvality péče u novorozenců VLBW (very low birth weight infants) s porodní hmotností pod 1500 gramů a novorozenců ELBW (extremely low birth weight infants) s porodní hmotností pod 1000 gramů. Incidence novorozenců ELBW v České republice je z hlediska jejich absolutního počtu (cca 350 případů/rok) i relativního zastoupení (0,4%) v uplynulých letech stabilní.

■ Perinatální a neonatální mortalita

Mortalita je jedním ze základních indikátorů kvality péče. Mortalitu hodnotíme podle doby úmrtí plodu nebo novorozence. Perinatální mortalita zahrnuje mrtvě rozené a úmrtí novorozenců do 7.dne života. Očištěná perinatální mortalita nezahrnuje plody nebo novorozence s vrozenou vývojovou vadou neslučitelnou se životem. Úmrtí novorozence do 7.dne tvoří časnou novorozeneckou úmrtnost.

Specifická časná novorozenecká úmrtnost (SČNÚ) je základním ukazatelem perinatální péče o novorozence ELBW, který sleduje frekvenci úmrtí v jednotlivých hmotnostních kategoriích.

Specifická pozdní novorozenecká úmrtnost (SPNÚ) udává počet zemřelých novorozenců ve sledované hmotnostní kategorii od 7. do 28.dne života a je momentálně jedním z nejsledovanějších ukazatelů kvality poskytované neonatální péče.

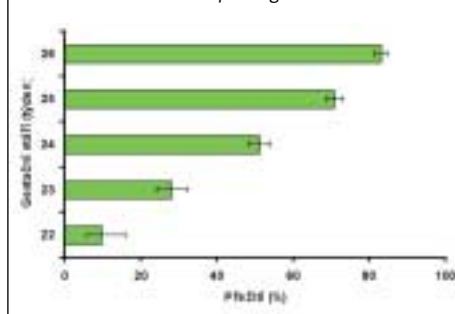
Specifická kojenecká úmrtnost (SKÚ) zahrnuje všechny novorozence, kteří umírají v důsledku komplikací extrémní nedonošenosti po ukončení novorozeneckého období (28.den). SKÚ však nezahrnuje novorozence po propuštění domů z novorozeneckých oddělení.

Celková mortalita je výsledným součtem SČNÚ, SPNÚ a SKÚ. V některých státech již je vykazována pouze celková mortalita v jednotlivých hmotnostních kategoriích bez časové stratifikace doby úmrtí. Nejnovějším způsobem hodnocení mortality je analýza na základě gestačního stáří (viz graf číslo 1).

■ Viabilita plodu

V současné době je stanovena hranice viability ve vyspělých zemích Evropy (včetně ČR) na 24. dokončený týden těhotenství (24+0). Základním faktorem, který limituje hranici viability, je nezralost plicní tkáně. Maturace alveolů není homogen-

graf. č. 1 - Meta-analýza celkové mortality v 90. letech 20. století podle gestačního stáří



ní proces, proto je možné dosáhnout výměny plynů arteficiální ventilací u novorozenců narozených ve 22. týdnu těhotenství. V Japonsku je stanovena hranice viability ve 22. gestačním týdnu. Extrémní nezralost je definována gestačním stářím - 26. dokončený týden těhotenství.

■ Centralizace péče (transport in utero), pasportizace perinatologických center v ČR

V roce 1994 Ministerstvo zdravotnictví ČR ustanovilo 12 regionálních perinatologických center a dále 17 perinatologických center intermediární péče, která zajišťují péči o novorozence nad 1500 gramů (respektive od 34. týdne těhotenství). Výsledkem organizačních opatření bylo signifikantní zlepšení výsledků, zvláště u novorozenců ELBW. Celkově se daří zkoncentrovat více než 80% patologických těhotenství. Při porodu novorozence ELBW mimo perinatologické centrum jsou výsledky péče výrazně horší.

■ Vliv pohlaví u novorozenců ELBW na celkovou mortalitu

Většina publikovaných studií prokázala nižší mortalitu u novorozenců ELBW ženského pohlaví.

Rozdíly v přežití mezi jednotlivými pohlavími jsou zřejmě u chlapců způsobeny opožděnou maturací fosfolipidového systému, který je ovlivňován androgeny a vyššími hladinami prolaktinu u dívek, které jsou spojeny s nižší incidencí syndromu dechové tísně.

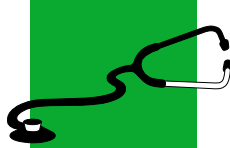
■ Dlouhodobě sledované indikátory kvality péče u novorozenců ELBW

Neurosenzorická postižení ve 2 letech chronologického věku patří k nejzávažnějším formám pozdní morbidit extrémně nezralých novorozenců a spolehlivě reflektují kvalitu poskytované perinatální a neonatální péče. Těžké formy neurosenzorického postižení korelují se stupněm periventrikulárního-intraventrikulárního krvácení (PVH-IVH III., IV. stupně), periventrikulární leukomalacií (PVL), předčasným porodem bez indukce plicní zralosti, porodem mimo PC s následným transportem na specializované pracoviště. Prevalence neurosenzorických postižení (DMO, psychomotorická retardace, poruchy visu, postižení sluchu) u novorozenců ELBW se zvyšuje s klesajícím gestačním stářím a porodní hmotností. U novorozenců pod 999 gramů je prevalence neurosenzorického postižení v rozmezí 7-25%.

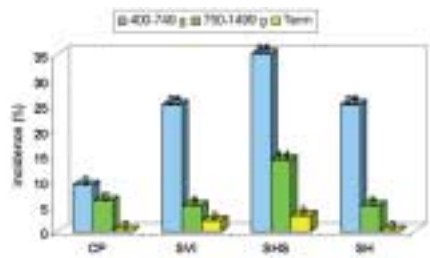
Dětská mozková obrna-DMO (cerebral palsy, CP, ICD-10: G80) patří do kategorie závažných neurosenzorických postižení. DMO je definována jako neprogredující, trvalé postižení volných pohybů, nebo zaujímání polohy vzniklé poškozením vyvíjejícího se mozku před, během nebo krátce po porodu. Výskyt DMO u novorozenců ELBW se pohybuje v rozmezí 5-28% [18].

Těžká mentální retardace (ICD 10: F71-F73) ve 2 letech věku se definuje jako snížení IQ (intelligenční kvocient) a/nebo DQ (developmental quotient, vývojový kvocient) pod 2 SD

Omneo

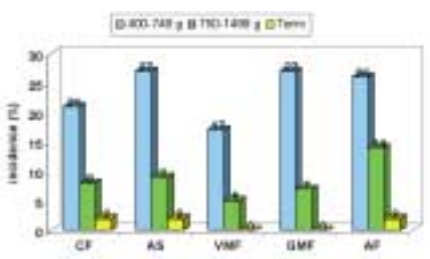


Graf č. 2.: Srovnání incidence závažných forem neurosenzorického postižení podle hmotnostních kategorií v 8 letech



Vysvětlivky: CP (cerebrální palsy, dětská mozková obrna), SVI (severe visual impairment, těžká porucha vidění), SHS (subnormal head size, velikost hlavy pod normou), SH (subnormal height, hodnoty růstu pod normou)

Graf č. 3.: Srovnání incidence závažných funkčních poruch podle hmotnostních kategorií v 8 letech



Vysvětlivky: CF (cognitive function, kognitivní funkce), AS (academic skills, školní dovednosti – čtení, psaní, počítání), VMF (visual motor function, zrakové motorické funkce), GMF (gross motor function, hrubá motorika), AF (adaptive function, adaptivní funkce)

pro konkrétní použitý test. Nejpoužívanějším testem pro hodnocení psychomotorického vývoje je Bayley Scale of Infant Development (BSID). Těžká retardace vývoje se často kombinuje s dalšími formami neurosenzorického postižení. Incidence těžké mentální retardace u novorozenců pod 1000 gramů se udává kolem 14%.

Závažné postižení zraku (ICD 10: H35.1) ve 2 letech věku je převážně důsledkem těžké formy retinopatie nedonošených ($\text{ROP} \geq 3$. stupeň), která vzniká v novorozeneckém a ponovorozeneckém období. Zvýšené přežívání novorozenců pod 1000 g však nemusí být spojeno s nárůstem incidence těžkých poruch zraku. Závažné postižení zraku ve 2 letech věku se ve skupině pacientů pod 1000 gramů udává 1–12%.

Závažné senzoryneurální postižení sluchu (ICD 10: H90.3–H90.8) je definováno jako ztráta sluchu o 40 dB nebo více při frekvenci 0,5–4 kHz \pm převodní porucha. Diagnóza se stanovuje na základě nejvyšších naměřených hodnot. Snížení sluchového prahu může relevantně ovlivnit kvalitu řeči a vyžadovat sluchadla. Snížení na 40 dB a méně je klasifikováno jako těžké postižení, které zhoršuje

je verbální projev jedince a jeho celkový neurosenzorický vývoj. Incidence závažných poruch sluchu se udává u dětí pod 1000 g od 1 do 8%.

Kortikální slepota (ICD 10: H35.1) je charakterizována normálním nebo téměř normálním vývojem očních struktur bez odpovědi na vizuální podněty. Kortikální slepota je často spojena s perinatální asfyxií, hypoxicko-ischemickou encefalopatií, periventriculární leukomalácií, intrakraniálním krvácením a proběhlou infekcí. Incidence kortikální slepoty je méně než 1%.

Porucha růstu (ICD 10: E34.3) je definována jako dvě směrodatné odchylky růstu pod populační průměr.

V dalším období (školní věk) jsou novorozenci ELBW sledováni s ohledem na poruchy učení, hyperaktivitu, neschopnost soustředění, neobratnost apod. Poslední studie zaznamenávají rozdíly ve dvaceti letech věku. Nedostatkem dlouhodobých klinických studií je skutečnost, že se jedná o pacienty z období bez širokého používání antenálních steroidů, aplikace naturálních surfaktantů a nových terapeutických postupů v léčbě syndromu dechové tísně (synchronizovaná a objemově garantovaná ventilace, vysokofrekvenční oscilační ventilace apod.).

Dlouhodobé sledování je však nutnou podmínkou zpětné vazby pro postupy v neonatální intenzivní péči a její sebereflexi. (viz graf číslo 2, 3)

■ Ekonomické aspekty péče o kriticky nemocné novorozence ELBW

Novorozenci VLBW tvoří relativně minoritní skupinu ze všech narozených novorozenců (kolem 1.2%), ale představují majoritní skupinu pacientů přijímanou na resuscitačně-intenzivní oddělení, která se podílí na celkové novorozenecké mortalitě kolem 50%. Snížení mortality velmi úzce souvisí se zvyšováním celkových nákladů na léčbu. Celkové náklady však netvoří pouze přímé náklady během hospitalizace, ale také další náklady spojené s komplikacemi extrémní nezralosti a s nutností dlouhodobého sledování. Na rozdíl od intenzivní péče u dospělých je doba přežívání po intenzivní péči výrazně delší. K ekonomické evaluaci neonatální intenzivní péče se nejčastěji používá index cost-effectiveness (C/E), který udává změnu nákladů na péči vztahovanou ke změně počtu přežívajících. Průměrná cena za léčbu u přežívajících se udává ve Spojených státech u dětí <math><1500\text{ gramů}</math> 93 800 USD. Cena u novorozenců <math><750\text{ gramů}</math> 273 900 USD a cena péče v hmotnostní kategorii 750–999 gramů 138 800 USD, 1000–1249 gramů 75 100 USD a 58 000 USD ve skupině 1250–1499 gramů.

Cenová kalkulace u nás momentálně probíhá

s přípravou na zvažovaný DRG systém platby. Obecně lze konstatovat, že průměrně vykazuje naše pracoviště za péči o novorozence ELBW kolem 1,5 milionu Kč (tj. přibližně 4x méně ve srovnání se Spojenými státy). Aktuálně nižší náklady na péči v ČR jsou dány zvláště nepoměrně nižšími náklady na mzdy, protože materiálně-technické a lékové podmínky jsou zcela srovnatelné.

■ Etické problémy intenzivně-resuscitační péče u novorozenců ELBW

Dynamický rozvoj neonatální intenzivní péče a racionální celospolečenský požadavek na záchranu kvalitního jedince (bez těžkého celoživotního neurosenzorického postižení) otevřely velmi závažnou etickou problematiku nezhájení nebo ukončení intenzivně-resuscitační péče u pacientů s vysokým rizikem úmrtí nebo těžkého poškození.

Wall s Partridge publikovali v roce 1997 analýzu příčin úmrtí na NICU University California. Celkem bylo analyzováno 1609 novorozenců narozených v terciárním centru. Celkově zemřelo 165 dětí (10,9%). Celkem u 121 pacientů byla péče ukončena nebo nezhájena z důvodů marnosti péče („futility“) nebo předpokládané špatné kvality života (29% extrémní nezralost, 35% závažné intrakraniální krvácení, 23% nekrotizující enterokolitida, 16% závažné vrozené vývojové vady). Pouze 44 dětí (26,7%) zemřelo z důvodů selhání maximální resuscitačně-intenzivní péče.

V současné době většina pacientů na NICU umírá v souvislosti se široce akceptovaným postojem „selektivního neléčení“. Po objektivním zhodnocení anamnézy, celkového zdravotního stavu pacienta a po souhlasu zákonných zástupců dítěte se intenzivní péče při ireverzibilním postižení neprodlužuje. Základními principy selektivního neléčení je objektivita, nezávislost a všeobecný konsensus (lékařů, ošetřujícího personálu, rodičů, etické komise a dalších).

■ Závěr

Dosaženými výsledky v péči o těhotnou ženu, předčasný porod a nedonošeného novorozence se momentálně řadí ČR k vyspělým zemím světa. Extrémní nezralost novorozence je nadále celosvětovým problémem, který nemá pouze aspekty medicínsko-etické, ale také legislativní, sociální a ekonomické. V současné době probíhá revize priorit v oblasti reprodukčního zdraví a perinatální péče s akcentem na dlouhodobou kvalitu vysoce rizikové populace extrémně nezralých novorozenců při zachování dosažených výsledků perinatální a neonatální mortality.

Literatura k dispozici u autora

Hamilon



Podávání a účinky aplikace Colinfantu u nedonošených dětí

MUDr. Věra Sochorová

Novorozenecké oddělení, FN Brno

Souhrn

Po narození přichází dítě do styku s mikroorganismy vnějšího prostředí a povrchy jeho sliznic se osídí bakteriální florou. Tento první kontakt s antigeny představuje velký podnět pro rozvoj imunitních mechanismů, ale zároveň však znamená potenciální nebezpečí pro vznik infekce. Střevní flóra novorozence se vyznačuje některými zvláštnostmi. Po fyziologickém porodu lze již za 5 – 10 minut prokázat vaginální flóru v žaludečním obsahu, za 3 – 24 hodin dochází k osídlení střeva při zachování následující sekvence: první se objevují aerobní, eventuálně fakultativně anaerobní kmeny (hlavně kmeny *E coli*). První kmeny, které osídlují střeva novorozence bývají identické s kmeny matky, je-li dítě matkou ošetřováno. U kojených dětí pak postupně převládne bifidová flóra, pro kterou aerobní kmeny vytvořily vhodné prostředí spotřebou kyslíku. Sekreční IgA kolostra a mléka začne vykonávat svoji funkci tj. brání kontaktu a adhezi patogenních mikrobů na střevní sliznici, která předchází infekci. Mateřské mléko obsahuje specifické protilátky proti bakteriálním kmenům, které má matka ve stolici – spektrum protilátek v mléce je zrcadlovým obrazem antigenu ve střevě. Má-li dítě stejné bakteriální kmeny jako matka, je mléčnými protilátkami proti těmto kmenům chráněno. Situace je komplikovanější u nedonošených dětí: mají omezený přenos protilátek od matky jak přímo, tak i vlivem toho, že většinou nejsou kojené, jejich imunitní systém je nezralý. Častou aplikací antibiotik dochází k narušení složení střevní mikroflory, mohou vznikat resistantní nemocniční kmeny. Také dlouhodobá hospitalizace zvyšuje riziko možné infekce. Nosokomiální infekce představují závažný zdravotnický problém. Nahrazení přirozeného, leč náhodného osídlení trávicího ústrojí cíleným perorálním osídlením nepatogenním kmenem *E coli* s výhodnými vlastnostmi, představuje jednu z možností, jak zabránit některým infekcím u rizikových dětí.

■ Způsob podání

Na našem pracovišti byl podáván preparát Vakcína Colinfant Newborn, která obsahuje lyofilizovanou suspenzi živých bakteriálních buněk nepatogenního kmene *E coli* sérotyp 083:K24:H31 s obsahem min $0,8 \times 10^9$ živých zárodků v jedné dávce přípravku. Tento vakcinační kmen má výborné kolonizační schopnosti. Obsazením receptorů brání adhezenci patogenů i mimo zažívací trakt. Tato schopnost je pravděpodobně dána stimulací tvorby specifických a nespecifických protilátek jak ve střevě, tak i v séru.

Účinky preparátu byly nejprve sledovány na skupině 52 nedonošených dětí, které se rodily průměrně v 29. týdnu gravidity s průměrnou porodní hmotností 1200 g. Těmto dětem byl podán Colinfant – celé balení 12 dávek bylo využíváno a porovnáno s kontrolní skupinou 52 adekvátně nezralých dětí s podobnými riziky infekce (kromě nezralosti předčasný odtok plodové vody – více než 20 hodin, teplota mat-

ky za porodu, probíhající infekce matky před porodem, zkalená plodová voda, atd.). Kontrolní skupina byla zpětně vyhledána z dokumentace z období, kdy Colinfant ještě nebyl používán v léčbě nedonošených dětí. Preparát byl podáván po vysazení ATB (tzn. individuálně dle stavu dítěte – první dávka v rozsahu od 10. do 30. dne života).

Přípravek se podává perorálně 1x denně před jídlem, 3x týdně, po dobu 4 týdnů. Obsah jedné lahvičky se rozpustí přidáním 1 ml sterilní vody injekční stříkačkou, přičemž se zátko lahvičky po odstranění folie propíchne jehlou. U sledované skupiny dětí byla vakcína aplikována žaludeční sondou, nebo stříkačkou.

Sledovali jsme následující ukazatele: dobu hospitalizace, spotřebu antibiotik, bakteriologické osídlení před a po využívání preparátu (rutinní kultivace stěru krku a nosu), spojitost podávání, eventuálně přerušení z důvodů klinického zhoršení stavu dítěte.

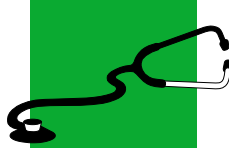
■ Výsledky

Snášenlivost preparátu byla velmi dobrá. Nebylo zaznamenáno žádné zvracení, či jiná intolerance. U osmi pacientů bylo podávání preparátu přerušeno z důvodu klinického zhoršení stavu a nutnosti nasazení antibiotik. U těchto dětí byly před zhoršením podány 1 až 3 dávky vakcíny. Po vysazení antibiotik se pokračovalo v užívání preparátu již bez přerušování. U ostatních dětí byla aplikace spojitá.

Významný statistický rozdíl je v průměrné spotřebě antibiotik na jedno dítě. U dětí s Colinfantem 2,25 ATB/dítě, u kontrolní skupiny 3,31 ATB/dítě.

■ Závěr

Porovnávané skupiny dětí byly hodnoceny především z hlediska minimalizace narušení imunitního systému nižším počtem aplikovaných antibiotik. Z porovnání jednoznačně vyplývá, že tento požadavek byl splněn nejenom po dobu hospitalizace, ale i po



tab. č. 1

Tabulka sledovaných parametrů

Sledovaný parametr (průměrné hodnoty na jedno dítě ve skupině)	Skupina s Colinfantem	Kontrolní skupina	Jednotka
Gestační věk	29,9	29,5	týden gravidity
Porodní hmotnost	1206,2	1253,8	g
Rizika infekce (riziko ANO/NE)	73	58	%
Nespojitá aplikace Colinfantu	15,4	-	%
ATB před aplikací Colinfantu	1,6	-	n
ATB po aplikaci Colinfantu	1,0	-	n
Celková doba hospitalizace	63,4	64,0	den
Doba hospitalizace - JIP	22,0	23,6	den
Doba hospitalizace - intermediární péče	41,4	40,4	den
Kultivace před aplikací (osídlení patogeny)	46	57	%
Kultivace po aplikaci (osídlení patogeny)	2	14	%
Počet kúr podaných antibiotik	2,25	3,31	n

propuštění. Lze tedy předpokládat, že následná potřeba antibiotik bude u sledované skupiny nižší. Popsaná metoda léčby je šetrnější k nezralému organismu, než dosud používané postupy.

Literatura

1. Dyntec s.r.o.: Colinfant Newborn (informační firemní materiál)
2. Balmer, S. E., Wharton, B. A.: Diet and fecal flora in the newborn. Arch. Dis. Child., 64, 1989
3. Lars A. Hanson, Robert H. Yolken: Probiotics, other nutritional factors, and intestinal microflora. Nestlé nutrition workshop series, volume 42, 1999
4. Lodinová - Žádníková R., Tlaskalová H., Bartáková Z.: The antibody response in infants after colonization of the intestine with *E coli* 083. Artificial colonization used as prevention against nosocomial infection. Adv. Exp. Med. Biol., 310, 1991

Adrenální insuficience novorozence

Prim. MUDr. J. Dort, MUDr. E. Dortová

Neonatologické oddělení, FN v Plzni

Souhrn

Poruchy kůry nadledvin u novorozence se nejčastěji projevují nedostatečností. Plod v děloze není odkázán na vlastní produkci glukokortikoidů. Jeho potřeby mohou krýt mateřské hormony přenesené transplacentárně, a proto se jejich nedostatečná produkce projeví až po narození.

■ Diagnóza adrenální insuficience

Příznaky nedostatku glukokortikoidů nastupují během několika hodin po porodu v podobě hypoglykémie, hypotenze až šoku, mineralokortikoidní deficit se projeví během několika dní event. týdnů po narození v podobě solné poruchy. Diagnóza předpokládá dostatečné podezření na adrenální insuficienci u nemocného novorozence s periferním kolapsem, slabým rychlým pulsem, hypoglykemií, hyponatremií. U některých dětí je průběh zcela nenápadný, plíživý, příznakem jsou poruchy prospívání a termoregulace. Vyšetřují se hladiny steroidních hormonů v krvi, zejm. kortizolu a 17-OH-P, aldosteronu, ACTH, dále 17-hydroxysteroidy a 17-ketosteroidy v moči. Velmi užitečné jsou stimulační testy s CRH a ACTH.

■ Terapie

Intravenózní infúze roztoku glukózy a soli vede ke stabilizaci oběhu. V šokovém stavu se

podává ihned hydrokortizon (2 mg/kg jednorázově, pak 30 mg/m² a den kontinuálně). Dlouhodobá léčba sestává z podávání soli, hydrokortizonu per os v substituční dávce (cca 10 mg/m² a den) a v některých případech i fluorohydrokortizonu (0,05 - 0,1 mg/den)

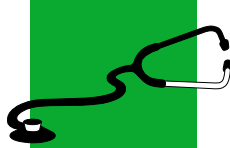
■ Hlavní příčiny nadledvinkové nedostatečnosti u novorozence Hlavní příčiny glukokortikoidní insuficience u novorozence jsou:

1. Krvácení do nadledvin
2. Přechodná adrenální insuficience
3. Iatrogenní insuficience
4. Kongenitální adrenální hyperplasie
5. Adrenální hypoplasie

1. Krvácení do nadledvin

Relativně velký rozměr nadledviny u novorozence souvisí s její zranitelností během porodu, zejména při porodu koncem pánevním. Malé krvácení do kůry nemusí vyvolat klinické známky, může se později v životě náhodně ob-

jevit podle nálezu kalcifikací. Aby vyústilo v klinické známky, musí být krvácení oboustranné a zničeno musí být více než 90 % kůry. Takovéto krvácení je vzácné, postiženy bývají velké plody mužského pohlaví po obtížném porodu. Klinické projevy zahrnují hypovolemický šok s hyponatremií, často jen bledost, apnoe, event. hypotermii provázené v laboratoři nízkým hematokritem. Výraznější hyperbilirubinémie může být jediným projevem. Známky adrenální nedostatečnosti mohou být skryté a opožděné, setkáváme se více s hypoglykemií, než se solnou poruchou. Nejčastěji však proběhne krvácení inaparentně, často bývá zjištěno jako vedlejší nález při USG břicha. U pacientů po krvácení do nadledvin je vhodné také sledovat krevní tlak. Ze zahraničních zdrojů je incidence udávána 1:400 porodů. Hlavní diagnostickou metodou je USG, doplněná hormonálním vyšetřením. Pozdní známkou jsou kalcifikace na rtg snímku břicha. Důležitá je diferenciální diagnóza směrem k neuroblastomu (dynamika změn, color do-



pler, monitorace TK, hodnoty katecholaminů a vanilmandlové kyseliny).

Léčba může zahrnovat úpravu případné anémie, fototerapii hyperbilirubinemie a hormonální substituci, jež ale většinou nutná není.

2. Přejídná adrenální insuficience

V kontrastu k donošeným zdravým novorozencům mají nemocní a extrémně nezralí novorozenci sníženou glukokortikoidní odpověď na stres. Novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností, zejména pod 1000 g, mají nepřiměřeně nízké hladiny kortizolu, ale vysoce zvýšené hladiny prekurzorů, např. 17-hydroxyprogesteronu (17-OH-P), svědčící pro nezralost steroidogenních enzymatických systémů. Midgley zjistil u nezralých dětí 24–31 týdnů ve věku 1–14 dní hladinu kortizolu 234–380 nmol/l. Autoři Heckmann a kol. měřili hladiny kortizolu u zdravých nedonošených dětí s gestačním věkem méně než 30 týdnů v prvních dvou týdnech života. Většina dětí měla prenatální steroidy. Medián u eutrofičických (AGA) dětí (199 nmol/l, rozmezí 58–475) byl zřetelně nižší proti hypotrofičickým (SGA) dětem (359 nmol/l, rozmezí 130–519). Hypotrofičtí novorozenci mají zvýšené hladiny ACTH a kortizolu nejen v pupečnickové krvi. Tyto změny mohou být dlouhodobé a přetrvávat až do dospělosti jako výraz změněné senzitivitivy HHA osy.

Novorozenci nemají cirkadiánní rytmus sekrece kortizolu, hladina však není stálá, nýbrž pulsuje. Jett a kol. našli u nemocných extrémně nezralých dětí jen malé změny hladiny a uzavírají proto, že jednorázové vyšetření hladiny adekvátně odráží stav nadledvin extrémně nezralého dítěte.

Ačkoli nedávné studie s CRH a ACTH stimulačními testy prokázaly, že aktivita HHA osy je u nezralých dětí dobrá a stimulované odpovědi ACTH a kortizolu mohou být srovnatelné s většími dětmi a dospělými, individuální hormonální reakce, zejména extrémně nezralých dětí může být vysoce variabilní. Je možné se domnívat, že u části extrémně nezralých dětí způsobuje nezralost HHA osy klinickou a biochemickou adrenokortikální insuficienci. Tranzientní adrenokortikální insuficience byla také popsána u dětí, u nichž se vyvinula těžká hypotenze, rezistentní na podání volumu a inotropika, ale promptně reagující na glukokortikoidní substituci. V této situaci autoři studií našli intaktní sekreci ACTH, ale nadledviny neprodukovaly dostatek kortizolu k udržení krevního tlaku. Normální adrenální

funkce nastoupila v průběhu měsíce. Usuzuje se na nevyzrálou enzymatických systémů silně nezralých novorozenců.

Adrenokortikální insuficience může napodobovat septický šok s refrakterní hypotenzí v prvním týdnu života. Tato nedostatečnost je přejídná a vyžaduje jen krátkou substituční léčbu. Ta může být život zachraňující u nezralých dětí s těžkou hypotenzí refrakterní na konvenční léčbu. Nedostatečná produkce korových hormonů může někdy být postižena zejména ve složce mineralokortikoidní jako izolovaný nedostatek aldosteronu.

Novorozenci velmi nízké porodní hmotnosti s nízkou hladinou kortizolu by mohli mít vyšší riziko vývoje chronické plicní nemoci (CLD). Watterberg sledoval hladiny kortizolu v prvním týdnu života a zjistil, že děti s nižšími hodnotami měli častěji CLD. Domnívá se, že adrenální insuficience může být v pozadí zjištěné asociace známek plicního zánětu (obsah interleukinů v tracheálním sekretu) a CLD.

3. Jatrogeenní porucha nadledvin

Přejídná suprese HHA osy nedonošených dětí, jejichž matky dostaly před porodem dvě dávky kortikoidů, se upravuje během několika dní. Dokonce ani opakované kúry antenatálních kortikoidů nemají významnější klinický nebo biochemický vliv na HHA osu. Není důvod obávat se suprese HHA osy po antenatálních kortikoidech, podaných krátkodobě za účelem maturace plic plodu. Při dlouhodobé léčbě matky kortikoidy v těhotenství je ovšem nutno o supresi HHA osy dítěte uvažovat vždy. K průkazu sekreční rezervy HHA osy se používají ACTH test a CRH test.

Postnatální i krátkodobá léčba kortikoidy může navodit těžkou supresi s návratem k normální funkci za 1 až 2 měsíce. Dokonce i dvoutýdenní léčba inhalačními kortikoidy (flutikazon 1000 ug/den) způsobila středně těžkou supresi HHA osy o dětí s velmi nízkou porodní hmotností.

4. Kongenitální adrenální hyperplázie (CAH)

Nepoznaná a neléčená může zapříčinit náhlé úmrtí dítěte. Vzhledem k tomu, že problematika CAH je všeobecně známa, není předmětem tohoto sdělení.

5. Adrenální hypoplázie

Může být primární, geneticky podmíněná, autozomálně recesivní nebo vázaná na X chromozom. Autoři Coad a kol. popsali dosud nepublikovaný syndrom zahrnující mikro-

cefalii, artrogypózu, závažnou neurologickou symptomatologii, hypoplázií ledvin a nadledvin s normálními chromozomy.

Sekundární hypoplázie je způsobena deficitem ACTH při hypopituitarismu.

■ Vlastní zkušenosti

Soubor pacientů s krvácením do nadledvin

Na JIP Neonatologického oddělení FN v Plzni bylo za pět let s touto diagnózou hospitalizováno 9 dětí (7 chlapců a 2 dívky) s porodní hmotností 1060–4900 g, 2 děti zemřely. U 7 dětí, které přežily, se klinické známky objevily jen u jedné dívky s oboustranným postižením v podobě poruch termoregulace. V tomto případě byla nutná substituce hydrokortizolem po dobu 4 měsíců, funkce nadledvin se zcela normalizovala. Klíčem k diagnóze byl ve všech případech USG nález (4 x oboustranný, 2 x pouze vpravo, 3 x pouze vlevo). V jednom případě byl dle sonografie nález nejasný a vyžádal si další grafická a laboratorní vyšetření v rámci diferenciální diagnózy.

Soubor pacientů s přejídnou adrenální insuficiencí

S projevy přejídné adrenální insuficience bez přítomnosti hematomu v nadledvině jsme se na našem oddělení setkali v průběhu posledních 5 letech u 8 pacientů (4 dívky, 4 chlapci) s porodní hmotností 1300–3000 g a gestačního stáří 30–40 týdnů. Základní diagnózou byla 5 x prematurita, 3 x se jednalo o donošené novorozence po intrauterinní nebo porodní asfyxii. Projevy nedostatečnosti, které jsme pozorovali u našich pacientů, zahrnovaly poruchy příjmu potravy, neprospívání, hyponatremie, hypoglykemie, poruchy termoregulace. Léčbu jsme prováděli substitucí hormonů (hydrokortizon, fludrohydrokortizon nebo oba současně), některé děti vyžadovaly také zvýšený přísun natrium chloridu. Délka léčby byla 2 až 4 měsíce. Léčba byla skončena, jestliže ACTH test prokázal dobrou adrenální funkční rezervu.

■ Závěry

1. Nedostatečnost kúry nadledvin se vyskytuje jak u nezralých, tak u donošených novorozenců. Vvolávající příčiny jsou různé, mohou být vrozené a získané.

2. Včasná dg. a léčba může předejít selhání nadledvin a náhlému úmrtí při stresu.

Nutrilon



Bronchopulmonální dysplazie

MUDr. Alice Mocková

Neonatologické oddělení, FN Plzeň

■ Definice a výskyt

Je definována jako chronické plicní onemocnění, postihující nezralé děti s respiratory distress syndromem (RDS), které byly léčeny umělou plicní ventilací a oxygenoterapií. Onemocnění se vyskytuje nejčastěji u dětí s porodní hmotností pod 1200 g a narozených před 30. gestačním týdnem.

Poprvé byla tato choroba popsána Northwayem v roce 1967, který stanovil její rentgenologická, klinická a patologicko-anatomická kritéria. Původně byla choroba rozdělena do 3 stadií pulmonálních změn, které vedly ke 4. stadiu, charakterizovanému těžkými morfologickými a funkčními změnami v plicích. Jedna z nejdůležitějších známek nemoci byla dependence dětí na kyslíku, přetrvávající ještě 28. den života.

V průběhu dalších let došlo k četným modifikacím Northwayovy definice, takže podle posledních literárních údajů je **BPD charakterizována jako dependence dětí na kyslíku, přetrvávající v 36. týdnu postkoncepčního věku.**

Nejednotnost v přesné definici vedla k četným výkyvům údajů, které udávají incidenci BPD. Nicméně zůstává faktem, že antenatální podávání glukokortikoidů matkám k maturaci plicní tkáně plodů, včasná aplikace surfaktantu nezralým dětem a nové šetrné ventilační techniky vedly ke podstatnému snížení výskytu BPD. V současné době je incidence BPD udávána mezi 40–60% u dětí pod 1200 g.

■ Faktory přispívající ke vzniku BPD

Mezi hlavními faktory, kterým byla zejména dříve přisuzována hlavní úloha v etiopatogenezi BPD, patří **nezralost plicního parenchymu, poškození plicní tkáně ventilací a kyslíková toxicita.**

Mezi další důležité faktory zahrnujeme dále **perzistenci Botallov dučeje (PDA)**, která může způsobit kongestivní srdeční selhání a následně plicní edém se zhoršením plicních funkcí. Stejně nepříznivý vliv má i přetížení organismu tekutinami zejména u nezralých dětí, u kterých došlo k opožděnému nástupu diurezy. Problém rovnováhy tekutin

u nedonošených dětí s BPD bývá vysvětlován zvýšenou hladinou atrálního natriuretického faktoru a antidiuretického hormonu po 1 měsíci života.

Zejména v posledních letech je často diskutována spojitost mezi **prenatálním a postnatálním zánětem** a BPD. Prenatální zánětlivé změny provázející **chorioamniitidy matky** jsou spojeny s vyšší incidencí BPD u dětí. Výskyt **nosokomiálních sepsí** a současné osídlení dýchacích cest dětí gramnegativními bakteriemi (např. *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa* aj.) zvyšují výskyt BPD. Přítomnost *Ureaplasma urealyticum* v cervikálních stěrech matek a následná kolonizace tracheálních aspirátů nedonošených dětí tímto patogenem bývá rovněž považována za nepříznivý faktor.

Otázkou zůstává vliv **genetických faktorů** na výskyt BPD, častěji bývají postiženi chlapci než dívky, bílá rasa více než černá. Některé studie prokázaly čtenější výskyt BPD u dětí z rodin s pozitivní atopickou anamnézou.

■ Patologicko-anatomické změny u BPD

Nejvíce postiženými orgány u BPD jsou plíce a srdce nezralých dětí. Od 70. let došlo k podstatné změně v postižení těchto orgánů. Dříve byl zastáván názor, že plicní parenchym nezralých dětí byl nejvíce poškozen razantní ventilační technikou, zejména při používání vysokých ventilačních tlaků (tzv. barotrauma) a při aplikaci vysokých koncentrací kyslíku. U této tzv. **staré formy BPD** docházelo k progresi od počátečního exudativního stadia alveolárního poškození při RDS k regenerativním a fibroproliferativním změnám postihujícím plicní parenchym a dýchací cesty.

Takto postižené plíce měly neobvyklý vzhled, byly těžší, tužší a tmavší než normální plicní tkáň, střídaly se emfyzematozní s atelektatickými okrsky. Emfyzematozní části plic se často spojovaly do velkých cystických oblastí. Byla patrná značná epiteliální metaplasie, která redukovala bronchiální lumen spolu s mukosní sekrecí a exudací z alveolárních makrofágů. Dalším charakteristickým zna-

kem „staré“ BPD byla hypertrofie peribronchiálních hladkých svalů a výrazné zmožení fibrotické tkáně.

V posledních letech se objevila tzv. **nová forma BPD**, která se od původní liší v řadě anatomických změn. Díky novým terapeutickým postupům se podstatně snížil gestační věk přežívajících dětí s BPD. Ve velkém procentu případů se jedná o extrémně nezralé novorozence, které se rodí v období 24.–30. týdnu gestace, ve kterých jsou plíce dětí teprve v kanalikulárním či sakulárním stadiu. Vlastní alveolární stadium začíná až v 36. týdnu gestace a kompletně je alveolizace plic včetně odpovídající vaskularizace, dokončena do 18 měsíců postnatálně.

Nová BPD je tedy charakterizována značnou redukcí alveolárního růstu, pravděpodobně na základě snížené vaskularizace. Klíčovým signálem bude podle studií na zvířatech poškozená angiogeneze (např. hyperoxií či vlivem zánětu), která vede ke snížení alveolizace a tím přispívá k plicní hypoplazii. Malé plicní arterie podléhají také zřetelným změnám včetně proliferace buněk hladkého svalstva a inkorporace fibroblastů do stěny cév. Tyto změny způsobují zúžení plicních cév a tím ke zvýšení cévního odporu plicního řečiště. Navíc je plicní cirkulace charakterizována abnormální vazoreaktivitou, je zvýšená vazokonstrikční odpověď na stavy hypoxemie, která značně zvyšuje arteriální plicní tlak.

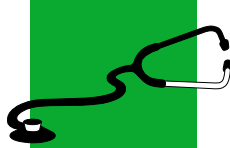
Časně poškození plicní cirkulace vede k vývoji plicní hypertenze a rozvoji cor pulmonale.

Dalším faktorem, přispívajícím k plicní hypertenzi je snížená metabolická funkce plicní cirkulace, projevující se jako snížená clearance noradrenalinu. Za normálních okolností plicní cirkulace očistí krev o 20–40% cirkulujícího noradrenalinu během jediné pasáže. U BPD je zvýšená hladina cirkulujících katecholaminů, která může vést k rozvoji systémové hypertenze.

■ Klinický obraz BPD

Klasický obraz BPD, kterému předcházela těžká forma RDS nezralých dětí je dnes spíše výjimečný. BPD v mírnější podobě se v sou-

Wobenzym



časné době vyvíjí u extrémně či silně nezralých dětí, které měly minimální či žádné známky RDS, velmi dobře zareagovaly na podání surfaktantu, avšak z důvodu opakovaných apnoí či nedostatečného respiračního úsilí u nich musela být prováděna dlouhodobá mechanická ventilace. Další skupinu dětí s BPD tvoří nedonošenci, u kterých musela být znovu zahájena mechanická ventilace pro zhoršení stavu při septické komplikaci či PDA.

Děti s BPD mají různě vyjádřené **známky respirační insuficience** (dyspnoe, tachypnoe, recidivující stavy obstrukce provázené hypoxemií a cyanózou). Zvýšené respirační úsilí způsobuje **dystrofizaci dětí**, jejich hmotnost i růst je opožděn. Často jsou přítomny **problémy při krmení** (recidivující apnoe na podkladě GER, časté poklesy saturace, nedostatečné sání). Problémy s udržením rovnováhy tekutin bývají příčinou **otoků podkoží**.

Při těžkých formách BPD dochází k rozvoji klinických známek **cor pulmonale** a **sekundární plicní hypertenze**. Stav je provázen klinickými známkami srdečního selhávání (tachykardií, hepatomegalií, těžkou centrální cyanózou), na srdci je poslechový nálezh šelestu, provázejícího trikuspidální insuficience či otevřené extrapulmonální zkraty (FoA, PDA).

Vyšetření krevních plynů z arterializované krve prokazuje převážně hyperkapnii, zvýšení bikarbonátů v rámci kompenzace pH a hypoxemii.

■ Terapie BPD

1. Diuretika – zlepšují plicní compliance a plicní funkce, současně snižují odpor cév plicního řečiště a zabraňují přetížení organismu tekutinami. Nejčastěji je používán furosemid v dávce 1 mg/kg i.v. či per os, podávání je individuální. Vedlejší účinky podávání furosemidu zahrnují především dysbalanci mineralogramu (hyponatremie, hypokalemie, hypochloremie) a poruchy kalciového metabolismu (hypokalcemie, hyperkalciurie s následnou nefrokalcinozou), které vyžadují důslednou korekci. Podávání furosemidu bývá spojováno i s ototoxicitou, která může potencována podáváním aminoglykosidů. Restrikce tekutin pod 150 ml/kg se neukazuje jako výhodná, pouze je doporučována při srdeční insuficience.

2. Bronchodilatancia – zahrnují podávání Syntophyllinu (i.v., per os), který zlepšuje plicní funkce u dětí mladších 30 dnů, zvyšuje

kontraktilitu bránice a snižuje plicní vaskulární odpor. Nevýhodou jsou vedlejší účinky syntophyllinu (tachykardie, agitovanost, křeče, GER). V játrech je metabolizován na kofein, který bývá rovněž používán jako bronchodilatans u nezralých dětí. Jeho předností je méně negativní účinků a delší působení.

Použití **beta 2 mimetik** v inhalační ev. intravenózní formě (salbutamol, terbutalin) je indikováno u recidivujících stavů obstrukce, jako výhodné se jeví jejich kombinace s ipratropium bromidem.

3. Steroidy – jsou dlouho používány v prevenci i v terapii BPD. Význačný je jejich protizánětlivý a antiedémový efekt, zvyšují rovněž syntézu surfaktantu. Rutinní postnatální podávání dexamethazonu bylo výrazně omezeno na základě zjištění, že zejména jeho časná aplikace nezralým dětem způsobuje mimo známých vedlejších účinků (krváčení do GIT, perforace GIT, hypertenze, hyperglykemie, septické komplikace) ještě značné opoždění neuropsychického vývoje dětí, přispívá ke vzniku periventrikulární leukomalacie a křečí. Z toho důvodu je postnatální podávání kortikoidů indikováno pouze u nejtěžších případů BPD. U starších dětí s BPD bývá nejčastěji používán inhalačně budesonid (Pulmicort), i zde však musí být podání velmi pečlivě zvaženo.

Kortikoidy v minimální dávce (hydrokortizon 1 mg/kg /den i.v.) jsou aplikovány jako substituční terapie nezralých dětí, u kterých se předpokládá přechodná adrenální insuficience, považovaná rovněž za rizikový faktor pro BPD.

4. Kysličník dusnatý (NO) – způsobuje silnou selektivní dilataci plicního řečiště a tím i zlepšuje poměr ventilace/perfúze. Je indikován u pacientů se známkami sekundární plicní hypertenze, u kterých ruší hypoxemií podmíněnou vazokonstrikci plicního řečiště a tím zlepšuje jejich oxygenaci. Zatím ve stadiu klinických studií je perorální aplikace sildenafilu (Viagra) nezralým dětem, který také zvyšuje produkci endogenního kysličníku dusnatého.

5. Oxygenoterapie – přispívá rovněž k vasodilataci plicního řečiště stimulací produkce NO. U dětí s BPD a dokončenou vaskularizací sítnice se doporučuje udržovat hladinu saturace mezi 93–95%, ani při krmení či motorické aktivitě dítěte by saturace neměla klesat pod 90%. Je dokázáno, že dostatečná oxygenace je podmínkou prospívání dítěte. K monitorování hladin saturace jsou používá-

ny pulsní oximetry. U neventilovaných dětí je kyslík aplikován nosními kanylami (nostrilami) po dobu 24 hodin denně.

Rozvoj dlouhodobé **domácí oxygenoterapie (DDOT)** umožnil propouštění dětí s BPD dependentních na kyslíku do domácího prostředí. K DDOT je dnes ve většině případů používán kapalným kyslíkem (systém Heimox), který je dodáván ve velkém zásobníku do rodin takto nemocných dětí. Součástí systému je i malý přenosný rezervoár, který zvyšuje mobilitu dítěte (vycházky, pohyb po bytě apod.). Délka trvání DDOT je velmi variabilní, v průměru činí cca 3–6 měsíců a závisí mnoha faktorech (přítomnost plicní hypertenze, prospívání dítěte, četnost desaturací během jídla či během spánku, četnost respiračních infekcí) a v neposlední řadě i na spolupráci rodičů.

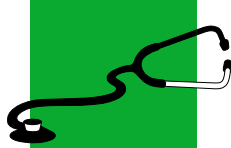
6. Nutriční podpora – děti s BPD vyžadují zvýšený kalorický příjem (120–150 kcal/kg/den). Obsah energie a bílkovin v mateřském mléce zvyšujeme podáváním fortifikátorů (např. FM 85) a obohacením stravy oligosacharidy – maltodextrin (Fantomalt). Vhodná je rovněž prevence aspiračních příhod při známkách GER (podávání Nutrironu při kojení, ev. formule s vyšším obsahem vlákniny). Důležitá je také suplementace vápníku a fosforu při novorozenecké osteopenii.

7. Rekombinantní lidská superoxid dismutáza (rh-SOD) – má protektivní antioxidantní vliv na plicní tkáň nezralých dětí, které jsou vystaveny vyšším koncentracím kyslíku a jejichž vlastní antioxidantní enzymová aktivita je po porodu nedostatečná. Podávání rh-SOD je však zatím omezeno na ojedinělé klinické studie.

8. Alfa 1 proteinaza inhibitor – má protizánětlivý efekt a jeho aplikace negativně ovlivňuje zánětlivou kaskádu s uvolňováním cytokinů a s následným poškozením plicní tkáně. Není však rutinně používán.

■ Ambulantní péče o pacienty s BPD

Péče o děti s BPD propuštěné do domácího prostředí klade zvýšené nároky nejen na rodiče, ale i na zdravotnický personál ambulantních složek. Důležitá je edukace všech zúčastněných osob v ošetřování takto nemocného dítěte (např. zacvičení rodičů v základech kardiopulmonální resuscitace, celkové a dechové rehabilitaci, technická instruktáž praktického pediatra k domácí oxygenoterapii apod.). Je nutné chránit pacienty před respiračními infekčními komplika-



cemi (např. očkování imunoglobulinem Synagis jako prevence RS virů).

U dětí s mírnými formami BPD jsou doporučována opakovaná vyšetření EKG (ke zhodnocení ev. hypertrofie pravé komory) a echokardiografická vyšetření k časnému zachycení pulmonální hypertenze. Děti s těžkou formou BPD a s progresivní sekundární plicní hypertenzí jsou indikovány ke konziliárnímu vyšetření na specializovaném kardiokirurgickém pracovišti ke zvážení srdeční katetrizace, která může odhalit kolaterály, zatěžující plicní oběh levopřevým zkratem.

Pacientům s BPD, kteří mají signifikantní poruchu růstu a perzistující hypertrofii pravé komory na EKG, je nutné dlouhodobě měřit saturaci krve během bdění, spánku a jídla. Krátkodobá měření saturace nejsou signifikantní. Je dokázáno, že adekvátní oxygenoterapie vede k ústupu hypertrofie pravé komory u většiny dětí mezi 6.–12. měsícem věku. Nutností pro správné prospívání zůstává zvýšený energetický příjem. Má-li dítě recidivující hypoxické epizody provázené cyanozou, je indikováno ORL vyšetření k vyloučení možné

příčiny obstrukce dýchacích cest (subglostická stenóza, laryngomalacie či tracheomalacie). Na neposledním místě zůstává otázka korekce všech dysbalancí mineralogramu, parametrů kalciového metabolismu a krevního obrazu. V léčbě anémie u dětí s BPD je upřednostňováno podávání erythropoetinu a železa, krevní transfuze bývá indikována při poklesu hematokritu pod 0,30.

■ Prognóza BPD

Děti s BPD mají v prvních dvou letech života výrazně vyšší výskyt respiračních infekčních komplikací, které vyžadují i četné rehospitalizace. Bývají u nich přítomny známky kardiální dysfunkce, opožděný psychomotorický vývoj má ve 3 letech ještě cca 29% dětí s BPD. Závislost na kyslíku v tomto období zpravidla ustoupí.

Abnormální plicní funkce (zvýšená FRC, zvýšený odpor dýchacích cest, známky bronchiální hyperreakivity, snížená difúzní kapacita plic) mohou přetrvávat řadu let, ale klinické projevy původního plicního poškození mají tendenci k ústupu.

Špatnou prognózu mají děti s BPD, u kte-

rých se vyvinulo cor pulmonale a sekundární plicní hypertenze, neodpovídající na terapii kyslíkem. Tyto děti mají zvýšenou mortalitu o 40%. Přidružená morbidita, zahrnující periventrikulární leukomalacii, těžké intraventrikulární krvácení, ventrikulomegalii či závažné retinopathie, rovněž zhoršuje další vývoj dětí s BPD.

■ Prevence BPD

Preventivní opatření zahrnují zabránění rozvoji chorioamniit u matek, prenatální podávání kortikoidů matkám, profylaktickou aplikaci surfaktantu nezralým dětem, optimalizaci ventilační terapie s použitím nových ventilačních technik (low volume ventilace, podávání kysličníku dusnatého) s včasnou extubací a následnou distenční terapií. V posledních literárních pracích je udáván pozitivní efekt vitamínu A, snižujícího incidenci BPD. Protektivní efekt ostatních látek – např. inositolu, nenasycených mastných kyselin, aminokyselin obsahující síru či selenia – na výskyt BPD je zatím předmětem výzkumu. ■

Literatura u autorů

Několik poznámek o významu otce v prvních letech života dítěte

MUDr. Věra Gabrielová, PhDr. Martina Pilařová

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4 – Podolí

Velká většina studií o graviditě se zcela přirozeně zaměřuje na ženu, na její vnitřní psychickou realitu, procesy proměny, prožívání a vznikající vztah matky k dítěti. Vzhledem k tomu, že emoční podpora od blízkého člověka je nezastupitelným pozitivním faktorem v průběhu celé gravidity, při porodu a také v době raného dětství, je stále větší důraz kladen také na otce a procesy, které v jeho psychice v souvislosti s rodičovstvím probíhají.

Tváří v tvář schopnosti ženy otěhotnět, nosit a porodit dítě a vytvářet velmi blízký, intimní vztah s tímto dítětem, si muž vlastní cestu a způsob účasti teprve hledá. Jeho role a pozice se zdá být ještě složitější než role ženy – matky. Zatímco těhotná žena má přirozeně vytvořené podmínky k blízkosti fyzické i psychické prostě tím, že nosí své dítě ve svém těle, vyživuje ho, cítí jeho pohyby, otec

musí o pouto k dítěti i k ženě projevovat aktivní zájem a snahu.

V minulosti byla ve většině společností žena primárně definována svou mateřskou rolí, zatímco mužský svět si vytvořil maskulinní identitu jako opak k ženskému mateřství. Na rozdíl od tradičních společností, kde je role muže a ženy přesně definována, nechává dnešní západní společnost pojetí otcovské role jen na otci a jeho osobních schopnostech. Škála možností účasti na těhotenství a porodu i pojetí otcovství je velmi široká. Na jedné straně je to plná účast na všem, co se týká nastávajícího rodičovství – muž může využívat femininní identifikace se svou matkou a vyjadřovat svou schopnost empatie, na druhé straně spektra je pak naprosté odmítnutí jakékoli femininní identifikace a účasti. To, jakou cestu si otec zvolí, závisí na tom,

jaké jsou jeho osobní zkušenosti nejen z raného dětství, ale také zážitky s jeho otcem a jeho otcovskými kvalitami.

Zkušenost očekávání prvního dítěte aktivuje v muži intenzivní emoce a muž se začíná „přesouvat“ na místo svého otce, kterého pak vytlačuje do pozice dědečka. To s sebou zákonitě nese přehodnocovací proces vlastního dětství. Způsob, jakým je muž schopen rozřešit bazální konflikty dětství, ovlivňuje jeho vztah k ženě těhotenství. Podle Laylanda (in Raphael – Leff, 1993) je nejdůležitější, zda proběhla identifikace muže s jeho otcem, který byl milující a podporující. Resyntéza minulosti může u některých mužů přinést přebudování vnitřních psychických vazeb a vztahů a přeměnu vlastní identity. Zdaleka to však není jednoduchý proces a je dobré ho všestranně podpořit.



Na rozdíl od své těhotné partnerky, na které je těhotenství patrné, se může nastávající otec cítit často odstrkovan a přehlížen přáteli i profesionály. Nemusí sice zažívat fyzickou nepohodu těhotenství, ale tím také zároveň přichází o intimní zážitky s dítětem. Dotyk s dítětem je možný jen přes kůži partnerky, takže otec snažící se o tyto dotyky je neustále konfrontován s intimitou mateřství. To může vést v některých případech až k pocitům žárlivosti na matku a dítě. Není též ojedinělým jevem, že se v průběhu těhotenství u muže projevují i psychosomatické onemocnění jako vyjádření této žárlivosti.

V tradičních společenstvích byly vědomosti o všech těchto procesech shrnuty do rituálního zvyku pro nastávající otce, jako je například „kouvade“. V průběhu tohoto rituálu se muž symbolicky vztahuje jako otec ke svému dítěti a chrání matku před zlými silami. Jinými slovy tento rituál poskytuje otci prostor pro vyjádření smíšených pocitů a chrání matku s dítětem před jeho hostilitou. V dnešní době, kdy se naše psychika nemůže opírat o vymizelé rituální zvyky, je důležitá schopnost profesionálů porozumět těmto psychickým jevům a dát jim potřebnou podporu a prostor. To je důležité také v situaci, kdy se otec rozhoduje pro svou přítomnost nebo nepřítomnost u porodu. Mnoho mužů se této události velmi obává, avšak zpětně ji hodnotí jako naprosto ojedinělou pozitivní a radostnou událost ve svém životě. Pro otce bývá velmi typické, že mívají pocity viny za partnerčino utrpení během porodu, cítí se bezmocní a neschopní jí pomoci, obávají se enormní emoční náročnosti porodu i vlastního selhání. Pokud se podaří tato témata vyřešit v rámci předporodní psychoprophylaxe a zároveň díky empatickému a chápajícímu přístupu profesionálů během porodu jsou zisky pro matku, otce i novorozené dítě jednoznačně pozitivní. U otce podporuje zážitek porodu kladné nastavení k rodičovství a jak uvádí např. Rozenblatt (in Raphael – Leff, 1993), usnadňuje emocionální přístup k dítěti i matce.

Podle britského pediatra a psychoanalytika D. Winnicotta je hlavní rolí otce být od samého počátku ochráncem vztahu matky a dítěte, chránit tento vztah před vnějšími vlivy tak, aby se matka mohla věnovat upevňování svého vztahu k dítěti. Podobně píše Bicková (in Barrows, 1999), že podporující chování otce je důležitým faktorem ve zlepšování matčiny blízkosti a tolerance vůči dítěti. Toto platí především pro první měsíce společného života.

Během dalších měsíců společného života se úloha otce ve vztahu s dítětem a v jeho výchově postupně rozšiřuje. Hra s otcem je více fyzická a aktivní, což má u dítěte vliv na uvědomění si těla a jeho částí a na zacházení s agresí, rozvoj sebevědomí, sebehodnocení i zdravého svědomí. Otec může nabídnout dítěti i více podnětů širšího světa, což má podle některých autorů pozitivní vliv na kognitivní vývoj dítěte. Kolem 18. měsíce jsou již patrné rané známky identifikace s postojí otce (Mahler et al., 1975).

Podpora matky ze strany otce se s přibývajícím věkem dítěte poněkud mění, avšak neměla by nikdy vymizet. V jednom známém americkém filmu říká John Travolta svému nevlastnímu malému synovi, že úkolem tatínků je „udržovat maminky šťastné, aby nepřivedly děti k šílenství“. To je podobné výroku Guedeneye a Kreislera, že otec pomáhá „omezit vliv matčiny fobie na dítě“ (in Edwards, Daws, 1996). Již bez nadsázky řečeno, otec může pomoci matce nalézt její vlastní autoritu a pomoci jí bojovat s vlastní úzkostí.

Je potřebné si uvědomit, že otec vystupuje v rodině ve dvou úrovních: jako reálný otec v interakci s dítětem a jako „vnitřní“ otec v představách a fantaziích matky. Jednou z podmínek dobrého vztahu otec – dítě je matčiny vnitřní obraz otce jako osoby, která je pro dítě důležitá. To potvrzuje Winnicottův pohled, že je důležité, aby matka dovolila otci být blízkou osobou svému dítěti (v. Klitzing et al., 1999).

Když dítě dospěje do věku batolete, začíná „dospělá osobnost“ jeho matky, jak píše Furman (1983), vážnou zkoušku: „Matka tráví hodiny, dny a týdny se špinavými plenami a zadečky, usmrkanými nosy a jídlem po celé zemi, tvářích a šatech. Každá žena potřebuje „civilizované“ a „dospělé“ chvílky konverzace se svým manželem, aby po dlouhotrvající konfrontaci s projevy raných instinktů znovu upevnila svou dospělou osobnost.“ Otec, který této matčiny situaci rozumí a dovede jí být v těchto chvílích nápomocen, má velký vliv na příznivé klima celé rodiny.

V batolecím období je otcův vztah k matce v mnoha směrech mimořádně důležitý pro další vývoj dítěte, a to zejména pro jeho schopnost separace. Jedním z hlavních úkolů matky v tomto období vývoje je podle Furmanové (in Furman, 1983) „existovat, aby mohla být dítětem opuštěna“, tj. umožnit dítěti zkoušet různé formy vzdalování se a tím umožnit separaci – tolik důležitou pro celý další život.

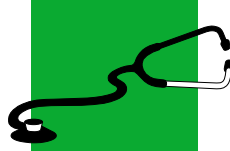
Mahlerová zdůrazňuje, že otec pomáhá batoleti vyřešit konflikty v tzv. „znovusblíživací subfázi“ vývoje, ve které se dítě ocitá zhruba mezi 15. a 24. měsícem věku. Tehdy dochází ke snížení odolnosti vůči frustraci a zvýšení separační úzkosti. Dítě má velkou potřebu, aby se s ním matka podílela na každé aktivitě. Toto období je plné ambivalencí, které vycházejí z toho, že čím více si dítě uvědomuje svoji separovanost, tím více se cítí být ohroženo a snaží se svou separovanost odstranit (Titl, 1999). Otec vystupuje jako mediátor mezi matkou a batoletem, poskytuje emoční „načerpání“ v čase nepohody.

Řada autorů zdůrazňuje, aby se s otci počítalo v dětských psychoterapeutických programech. Terapeut by měl vždy zkusit zaangažovat otce do terapie, a to i u dětí raného věku. Např. Minde (1997) popisuje významné zlepšení u dětí raného věku s poruchami spánku v případech, kdy byl do terapie zaangažován i otec dítěte.

Jak uvádějí různí autoři (např. in Tyson, Tyson, 1990) absence či ztráta otce v prvních osmnácti měsících života může přispět k afektivním poruchám a poruchám chování. Fyzicky či emočně absentujícího otce klade Widenerová (1998) do souvislosti s hyperaktivitou a nesoustředěností dítěte. Cituje Breggina, který uvádí, že nepřítomnost otce v rodině je v mnoha případech příčinou problémového chování. Přejmenoval proto poněkud provokativně ADD na DADD (Dad's Attention Deficit Disorder). Widenerová zdůrazňuje, že láskyplná pozornost otce je efektivní léčebný faktor u dětí s poruchami chování, připoustí však, že otce je mnohem těžší zaangažovat do terapeutické práce. To ostatně potvrzují mnohdy i naše vlastní klinické zkušenosti.

Matthey a Barnett (1999), kteří pracovali na projektu „rodičovských tříd“ v raném období po porodu, uvádějí, že zapojení otců do těchto programů je zřejmě tím jednodušší, čím jsou jejich děti starší. Jako příklad citují McBrida, který popisuje desetidenní program navštěvovaný během sobotních dopolední otců a jejich tříletými dětmi.

Klíčovou roli v podpoře matky zastává otec při narození dítěte s výraznými perinatálními riziky, např. dítěte s nízkou či extrémně nízkou porodní hmotností. Muži a ženy se adaptují na narození nedonošeného dítěte odlišným způsobem. Jak vyplynulo z různých studií, otcové zůstávají v těchto situacích většinou pozitivněji (někdy až idealisticky) naladěni, vykazují obecně méně emočních



problémů v krizové situaci. Na druhé straně muži drží své emoce často více uvnitř, někdy mohou mít obtíže v projevení emocí či při sdělování závažných problémů, někteří si mohou vytvářet až určitý odstup od ženy a rodiny. Zatímco ženy mají po narození dítěte s výraznými perinatálními riziky větší sklon se trápit, na druhou stranu bývají realističtější a dokážou aktivněji využít podporu svého okolí, zejména svých partnerů (Affleck et al., 1990).

Literatura:

- Affleck, G. et al.: *Mothers, Fathers and the Crisis of Newborn Intensive Care* (IMHJ, Vol. 11, No.1, 1990)
- Barrows, P.: *Fathers in Parent - Infant Psychotherapy* (IMHJ, Vol.20, No. 3, 1999)
- Edwards, ..., Daws, D.: *Psychotherapy for school - refusing children with separation anxiety* (in Berg, I., Nursten, J. -eds.: *Unwillingly to School* (London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists, 1996)
- Furman, R.A.: *The Fathers - Child Relationship* (Cleveland Center for Research in Child Development, 1983)
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A.: *The Psychological Birth of the Human Infant* (New York: Basic Books, 1975)
- Matthey, S., Barnett, B.: *Parent - Infant Classes in the Early Postpartum period: Need and Participation by Fathers and Mothers* (IMHJ, Vol. 20, No.3, 1999)
- Minde, K.: *Sleep Behavior Disorder* (in Lieberman, A. et al. - ed.: *DC:0-3 Casebook, Zero to Three, Washington, 1997*)
- Rapfael - Leff, J.: *Pregnancy, the inside story* (Sheldon Press, 1993)
- Titl, S.: *Raná stadia Ega podle M. Mahlerové* (in Pilařová, M., Hradilková, T. -ed.: *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence, Sborník 1998, Futurum, Praha, 1999*)
- Tyson, P., Tyson, R.: *Psychoanalytic Theories of Development: an Integration* (Yale University, 1990)
- Widener, A.J.: *Beyond Ritalin: the importance of the therapeutic work with parents and children diagnosed ADD/ADHD* (J.Child Psychoter., Vol.24, No. 2, 1998)
- Winnicott, D.W.: *Teorie vztahu rodiče a nemluvněte* (Psychoanalytický sborník, 1991, č.1)
- v. Klitzing, K. et al.: *The Role of the Father in Early Family Interactions* (IMHJ, Vol.20, No.3, 1999)

Renovaskulární hypertenze u novorozence

MUDr. P. Pokorná, MUDr. V. Vobruba, MUDr. V. Kredba,

MUDr. O. Černá, MUDr. M. Sádlo, MUDr. P. Srnský, MUDr. J. Langer

Klinika dětského a dorostového lékařství I. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

MUDr. P. Tax

Dětské Kardiocentrum Fakultní nemocnice Motol, Praha

Abstrakt

V souborném článku o renovaskulární hypertenzi uvádíme kazuistiky novorozenců hospitalizovaných s touto diagnózou na našem pracovišti.

Klíčová slova

hypertenze, novorozenec, renovaskulární onemocnění, antihypertenzní léčba

tab. č. 1

Vazoaktivní faktory a klinické stavy ovlivňující renovaskulární hemodynamiku

Vazoaktivní modulační faktory	Adenosin, angiotensin II, síňový natriuretický peptid, bradykinin, adrenalin, dopamin, endotelin, NO, noradrenalin, prostaglandin E1, F2, tromboxan A2, vazopresin
Klinické stavy	RDS, hypoxemie, asfyxie, metabolická acidóza, hyperkapnie, hypertermie, hypotermie

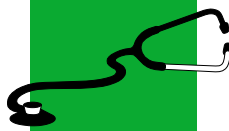
tab. č. 2

Normální hodnoty pro systolický TK (mmHg) u donošeného novorozence v 38.GT podle de Swiet MP.1980 v Textbook of Neonatology 1999

Věk (dny)	3	4	5	6	7	8 - 10
Bdění	72+/- 6	74+/-9	77+/-10	77+/-10	82+/-9	88+/-17
Spánek	68+/-7	70+/-8	72+/-8	72+/-9	72+/-9	75+/-9

Úvod

Neonatální hypertenze (NH) se v současnosti vyskytuje u 0,2 - 3 % nedonošených a donošených novorozenců hospitalizovaných na JIRP (1). Mezi dosud nejčastěji uváděné příčiny NH patří trombembolické komplikace po kanylacích pupečníku, srdeční vady, renální parenchymová a renovaskulární onemocnění. Historicky první kazuistika novorozence s podezřením na renovaskulární onemocnění byla publikována již v roce 1938 autory Leadbetterem a kol.(2). Na příčinnou souvislost vzniku renovaskulární hypertenze (RVH) a kanylace umbilikální arterie upozornili autoři v sedmdesátých letech (3 - 10). Diagnostika RVH u novorozence může být obtížná: 1. ne vždy je v diagnostické rozvaze po-



tab. č. 3

Příčiny neonatální hypertenze upraveno dle Flynn 2002 (1)

Renovaskulární	Trombembolické příhody, disrupce endothelu (např. po katetrizaci umbilikální arterie) Stenóza renální arterie Trombóza renální žíly Komprese renální arterie Idiopatická renální kalcifikace Vaskulitida (kongenitální rubeola) Fibromuskulární dysplazie (hyperplazie intimy cévní stěny)
Renální parenchymatozní	<u>Vrozené:</u> Polycystické ledviny Multicytická dysplazie ledvin Tuberózní skleróza Obstrukční nefropatie Jednostranná hypoplazie ledviny Kongenitální nefrotický syndrom <u>Získané:</u> Akutní tubulární nekróza Kortikální nekróza Intersticiální nefritida Hemolyticko uremický syndrom Obstrukce močových cest (močové kameny, nádory) Perinatální renální ischemie (posthypoxická)
Plicní	Bronchopulmonální dysplazie. Pneumothorax
Kardiologické	Vrozené srdeční vady
Endokrinní	Kongenitální adrenální hyperplazie Hyperaldosteronismus Hyperthyroidismus Pseudohypoaldosteronismus typ II
Medikace /intoxikace neonatální	Kortikoidy Intoxikace vitamínem D Teofylin Kofein
Medikace /intoxikace maternální	Kokain Heroin Tumory Wilmsův tumor Mesoblastický nefrom Neuroblastom
Neurologické	Bolest Intrakraniální hypertenze Křeče Familiární dysautonomie Subdurální hematom
Různé	Totální parenterální výživa Uzavření defektu břišní stěny Adrenální krvácení Hyperkalcemie ECMO Esenciální hypertenze

mýšleno na renovaskulární onemocnění 2. bezprostřední příčinou onemocnění může v některých případech objasnit až invazivní angiografické vyšetření, které nelze v akutní fázi onemocnění provést.

Definice, incidence a prevalence RVH

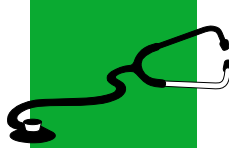
RVH je způsobena částečným nebo úplným uzávěrem jedné nebo více větví renální arterie. Následkem uzávěru vznikají poruchy prokrvení jedné ledviny nebo obou ledvin v různém rozsahu. RVH se vyskytuje u 5 – 25% dětí se sekundární hypertenzí. U dospělých je incidence RVH nízká (2 %) a v 90% je příčinou RVH u pacientů nad 50 let ateroskleróza, u mladších pacientů fibromuskulární dysplazie. Prevalence RVH stoupá s věkem a je ovlivněna výskytem přidružených onemocnění (11).

Patogeneza RVH

Dojde-li k poklesu renální perfúze, uvolní juxtaglomerulární buňky postižené ledviny renin, který konvertuje angiotenzinogen na angiotenzin I a tento produkt je štěpen konvertujícím enzymem v plicích, ledvinách a mozku na angiotenzin II, který má vazokonstrikční účinky, stimuluje uvolnění aldosteronu, aktivitu sympatického nervového systému, intracelulární koncentraci prostaglandinů a produkci oxidu dusnatého. Pokud je hypertenze přítomna trvale, může dojít k reflexní tachyfyaxi tj. stavu, kdy poklesne aktivita plazmatického reninu (PRA) k normálním hodnotám. Osa renin – aldosteron je závislá na věku, pohlaví a metabolismu vody a iontů (sodíku). Tento individuální hormonální profil je příčinou klasifikace renovaskulární hypertenze s nízkou, normální nebo vysokou PRA v novorozeneckém věku, u kojenců a dětí do 4 let věku. U novorozenců jsou hodnoty PRA a aldosteronu nejvyšší a klesají s postnatálním stářím. U donošeného novorozence je uváděna PRA = 2,57 +/- 0,57 ng/ml/h, u nedonošeného PRA=10, 139 ng/ml/h s maximem 1. den po porodu (Arriaza 1991). Statisticky významná závislost je uváděna mezi PRA, porodní hmotností a renální antropometrií (Konje1996).

RVH u plodu a novorozence

U plodu a novorozence závisí fyziologický růst ledviny a stupeň zralosti glomerulární filtrace na renálním průtoku (Avery 2002). Renální průtok je ovlivněn středním arteriálním tlakem a rezistencí renálních arteriol.



tab. č. 4

Postup vyšetření u neonatální hypertenze

Anamnéza	
Fyzikální vyšetření	TK na všech končetinách
Laboratorní vyšetření	krevní obraz, ionogram, urea, S-kreatinin, koagulační vyšetření, vyšetření moče biochemicky + sediment + kultivace, PRA pozn. a) od selektivní aktivity reninu odběrem z renální žíly se ustupuje, b) u nedonošených PRA nemusí být vysoká pro nízkou schopnost produkce
Zobrazovací metody	<u>U novorozenců s NH:</u> UZ ledvin + dopplerovské vyšetření renálních průtoků Echokardiografie, EKG <u>U novorozenců s RVH:</u> Nukleární perfúzní scan (DTPA/Mag 3) Abdominální aortografie + renální angiografie Vylučovací cystoureterografie <u>Jiné:</u> PRA dynamická (s ACE inhibitory) MRI angiografie CO ₂ digitální subtrakční angiografie aj. (14,15)
Endokrinopatie	Hormony štítné žlázy VMK/HMK v moči aldosteron, kortizol
Ostatní EEG	Neurologické vyšetření Adnátní infekce (rubeola)

U plodů představuje 2 – 4 % z minutového výdeje srdečního (MVS). I tento nízký průtok zabezpečí normální růst ledviny, neboť v tomto období jsou glomerulární filtrace a tubulární funkce nízké. Klíčovou roli metabolické clearance má placenta (12). Za fyziologických podmínek klesá po porodu vaskulární rezistence, zvyšuje se renální průtok a stoupá systémový tlak. Během poporodní adaptace se renální průtok zvyšuje z 5 % srdečního výdeje (stáří 12 hodin) na 10 % (koncem prvního týdne života). U dětí a dospělých činí 20 – 25 % srdečního výdeje. RVH u novorozence vzniká po porodu, je-li narušen popsáný přirozený vývoj autoregulace renálního průtoku (16). Při stenóze nebo spazmu renálních arterií vzniká reninem zprostředkovaná systémová hypertenze a ischemické poškození ledviny. Autoři uvádějí signifikantní zpomalení růstu ledviny jen u časného fetálního ischemického infarktu. Glomerulární filtraci, renální průtok a intrarenální hemodynamiku mohou ovlivnit také další faktory uvedené v tabulce č.1.

Neonatální hypertenze**– definice normálních hodnot**

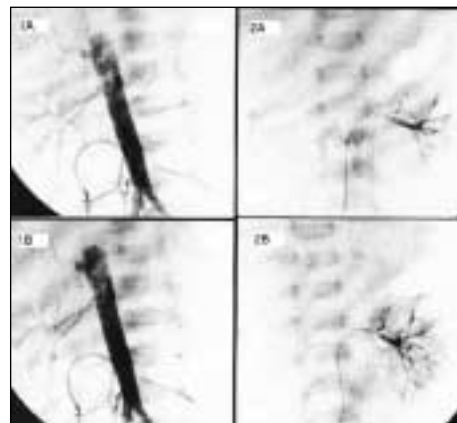
Neonatální hypertenze v této věkové skupině není dosud přes řadu studií definována (Adelman 1978, Guinard 1989, Zubrow 1995 a Georgieff 1996).

Klinické příznaky neonatální hypertenze jsou:

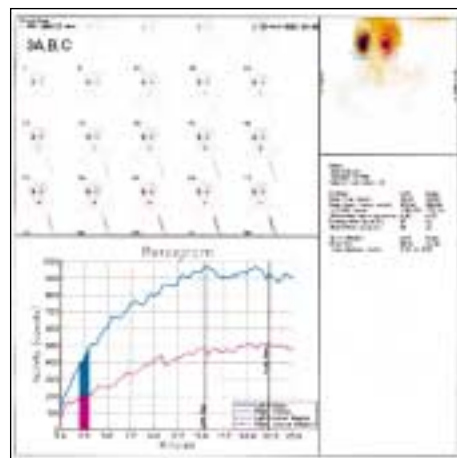
- Asymptomatické
- Nespecifické
 - horečka
- Specifické
 - kardiopulmonální tachypnoe, cyanóza, hepatomegalie, městnavé srdeční selhání (Hawkins KC, 1995)
 - porucha tkáňové perfúze
 - neurologické koma, letargie, křeče, třes, hypertonus, opistotonus, apnoe, hemiparéza
 - renální oligurie, polyurie, dehydratace

Popisujeme 3 kazuistiky donošených novorozenců, kteří byli přijati na naše oddělení

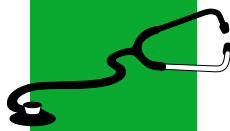
Obr. 1a, 1b.: Angiografické vyšetření u pacienta se stenózou pravé renální arterie (kazuistika 1) a u pacienta se stenózou renální arterie vlevo obr. 2a, 2b (kazuistika 2)



Obr. 3a,3b,3c: Dynamická studie ledvin u pacienta s významnou funkční stranovou asymetrií v neprospěch pravé strany (kazuistika 3)

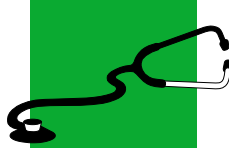


se systémovou hypertenzí. Až do té doby nebyla systémová hypertenze zvažována jako příčina oběhového selhání. V klinickém stavu dominovaly příznaky multiorgánového selhání s neurologickými příznaky. Na diagnózu RVH nás upozornil sonografický nálezní (asymetrie velikosti ledvin). Léčba byla zahájena systémovou vazodilatací a po vyloučení oboustranné stenózy renálních arterií byla indikována léčba ACE inhibitory (v 1.a 3. kazuistice). Farmakologická léčba nebyla provázána nežádoucími účinky. Po stabilizaci klinického stavu bylo provedeno angiografické vyšetření v Dětském Kardiocentru FN Motol Praha a zjištěna ve všech případech vzácnější příčina renovaskulárního onemocnění. Vzhledem k dobrému efektu farmakologické léčby nebylo chirurgické řešení v této době indikováno. Pacienti byli propuštěni po ukončení léčby v dobrém stavu domů a jsou ambulantně sledováni.



tab. č. 5 - 1. část

Kazuistiky			
	Kazuistika č.1	Kazuistika č.2	Kazuistika č.3
Anamnéza	OA: chlapec – 39.GT fyziologické těhotenství PH 3 900 g Apgar 9–10–10 bb. 5. den překlad JIRP RA: negativní NO: 5.den překlad (JIRP) DG: sepse?	OA: chlapec – 40.GT instrumentální porod PH 3900 g Apgar 9–10–10 bb. 6.den propuštěn domů RA: negativní NO: 7.den překlad (JIRP) DG: sepse? VCC? DPM?	OA: chlapec – 40.GT fyziologické těhotenství PH 4000 g Apgar 10–10–10 bb. 4.den propuštěn domů RA: negativní NO: 8.den překlad (JIRP) DG: pneumonie? sepse?
Průběh hospitalizace	<u>TK po přijetí:</u> 109/76 (87) mmHg 1.– 17. den pobytu: diagnostika, léčba <u>22.den:</u> propuštěn domů TK 76/43 (56) mmHg <u>Léčba:</u> I) antihypertenzní Nitroprussid sodný Enalapril Diuretika Trimepranol II) antikoagulační III) antikonvulzní UPV 0 TPV	<u>TK po přijetí:</u> 110/ 80 (94) mmHg 1.– 6.den pobytu: diagnostika, léčba <u>14.den:</u> propuštěn domů TK 69/35 (49) mmHg <u>Léčba:</u> I) antihypertenzní Nitroprussid sodný Diuretika II) antikonvulzní III) antikoagulační UPV 5 dnů TPV	<u>TK po přijetí:</u> 123/83 (105) mmHg 1.– 21.den pobytu: diagnostika, léčba <u>27.den:</u> propuštěn domů TK 75/45 (58) mmHg <u>Léčba:</u> I) antihypertenzní Nitroprussid sodný Enalapril Diuretika II) kardiotonická III) antikonvulzní UPV 8 dnů + iNO 2 dny TPV
Laboratorní vyšetření:			
ABR (po přijetí)	ABE -8,8 mmol/l	norm.	ABE -7,7 mmol/l
S-laktát mmol/l	norm.	norm.	4,9
Biochemie	S-Na 124 mmol/l S-kreatinin 91 umol/l S-albumin 19 g/l	S-Na 127 mmol/l S-kreatinin 71 umol/l S-ALT/AST 26/96 ukat/l	S-Na norm. S-kreatinin 82 umol/l ALT/AST norm.
PRA (periferní) ng/ml/h	62,5 0,904 1938 norm.	neměřitelně vysoké hodnoty 0,372	14,167 norm.
Aldosteron ng/l	norm.	norm.	650 norm.
Koagulační vyšetření	norm. S-fibrinogen 5,0 g/l norm. norm.	INR 2,1 APTT 75,2/ k31 s S-fibrinogen 0,1g/l AT III 43% d-dimery 6000 ug/l	norm. norm. S -fibrinogen 5,5 g/l norm. norm.
Moč .sediment	Bílkovina +++ max.U-Na 91 mmol/l	Bílkovina+++ max. U-Na 100 mmol/l	Bílkovina negativní max.U-Na 68 mmol/l
Sonografie ledvin:	P. ledvina: 53 x 18 mm RI a.r.0,55 Va.r.0,10 m/s L. ledvina: 59 x 24 mm RI a.r. 0,74 V a.r. 0,45 m/s	L. ledvina: podélně 35 mm nezobrazitelný odstup a. renalis z aorty vlevo P. ledvina podélně 45 m	P. ledvina: podélně 44 mm s podezřením na 2 renální arterie, Va.r.max.0,25 m/s L. ledvina: podélně 60 mm V a.r.0,29-0,47 m/s



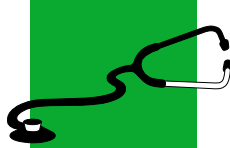
tab. č. 5 - 2. část

Scintigrafie ledvin MBq ^{99m} Tc MAG 3	Podíl pravé ledviny na celkové tubulární funkci je 5%. Vpravo se nezobrazuje funkční parenchym	Podíl levé ledviny na celkové tubulární funkci je 3,7 %. Vlevo je nefunkční ledvinový parenchym	Významná funkční stranová asymetrie, podíl pravé ledviny na celkové tubulární funkci je 31% (obr.3a,3b,3c)
Angiografické vyšetření	Stenóza renální arterie vpravo z 1,2 na 0,5 mm (obr.1a,1b)	Stenóza renální arterie vlevo z 1,9 na 0,5 mm (obr.2a, 2b)	Variace renálních arterií. Vpravo 2 renální arterie a hypoplazie horní větve (0,5 mm), dolní větve norm. (1,3 mm). Vlevo solitární arterie (1,6 mm).
Echokardiografie	1. snížená kontraktilita myokardu LK (SF 0,23) 2. norm.	1. dobrá funkce LK (SF 0,30-0,36), FOA ,MI 3.st. 2. norm.	1. snížená kontraktilita myokardu LK (SF 0,21) 2. norm. (SF 0,37)
EKG	sinusová tachykardie s repolarizačními změnami	přechodné repolarizační změny	norm.
EEG	1. abnormita středního stupně 2. norm.	1. abnormita středního stupně, porucha spánku	1. norm.
Shrnutí	Přijat 5 denní chlapec s oběhovými selháním a neurologickými příznaky při systémové hypertenzi <u>Příčina:</u> Vrozená stenóza renální arterie vpravo	Přijat 8 denní chlapec s multiorgánovým selháním při systémové hypertenzi <u>Příčina:</u> Vrozená stenóza renální arterie vlevo	Přijat 8 denní chlapec s respiračním selháním při systémové hypertenzi <u>Příčina:</u> Variace renálních arterií a hypoplazie horní větve renální arterie vpravo
Ambulantní kontroly	2 roky bez léčby TK v normě PM vývoj v normě Prospívá <u>UZ ledvin:</u> významná atrofie nefunkční pravé ledviny (podélně 25 cm)	2 roky bez léčby TK v normě Sledován v místě bydliště <u>UZ ledvin:</u> stacionární atrofie levé ledviny	10 měsíců bez léčby TK v normě PM vývoj v normě Prospívá <u>UZ ledvin:</u> atrofie pravé ledviny bez progresse (podélně 50 cm) v horní 1/3 nezobrazitelné prokrvení parenchymu

tab. č. 6

Léky pro akutní léčbu RVH u novorozence

Lék	Skupina	Dávka	Jiné
Nitroprussid sodný	Vazodilatátor arteriální a venózní	0,25 - 10 ug/kg/min iv. kontinuálním infuzí(Airede 1992)	Toxicita thiokyanátu nastupuje při dlouhodobém podání (po 72 hodinách), při renálním selhání
Enalapril	ACE inhibitor	0,01 - 0,5 mg/kg/dávku infuzí 10 minut lze opakovat po 8 - 24 h hodinách (17)	Hypotenze, akutní renální selhání KI: bilaterální renální stenózy
Furosemid	kličkové diuretikum	0,25 - 1 mg/kg/dávku max.3 mg/kg/dávku iv. 4-8 mg/kg/den 24 h infuzí	Nefrotoxicita, ototoxicita, trombocytopenie



Léky pro chronickou léčbu RVH u novorozence

Lék	Skupina léků	Dávka	Komentář
Captopril	ACE inhibitor	0,01–0,5 mg/kg/dávku a postupně zvyšovat do dávky 6 mg/kg/den	Lék volby u neonatální hypertenze, Monitorovat S–krea S–K
Spironolakton	Antagonista aldosteronu	0,5 – 1,5 mg/kg/dávku	Monitorovat ionogram

Doporučená léčba renovaskulární hypertenze u novorozence je následující:

- Farmakologická (uvedeno v tabulkách č. 6, 7)
- Perkutánní transluminální angioplastika (PTR) u starších dětí, u novorozenců technicky náročné (Sanjay 1997, Miranda 1998)
- Přímá trombolýza
- Nefrektomie – indikována pouze u maligní hypertenze (Airede 1992)

Diskuze

Naše zkušenosti se shodují s jinými autory v klinickém průběhu a léčbě RVH. V literatuře je antihypertenzní léčba v akutní fázi de-

finována poklesem TK o 10 mm Hg. Rychlost redukce systémového tlaku řídíme klinickým stavem pacienta. Pokud je hypertenze příčinou akutního oběhového selhání, je rychlé snížení systémového tlaku předpokladem návratu k normální hemodynamice. Pokud je novorozenec na systémovou hypertenzi adaptován, jsou náhlé výkyvy systémového tlaku nežádoucí a farmakologická léčba je pozvolná. Oproti publikovaným údajům byly provedené zobrazovací metody přínosem diferenciální diagnostiky.

Závěr

1. Renovaskulární hypertenze se u našich novorozenců manifestovala v prvním týdnu života oběhovým selháním. Včasná diagnostika a farmakologická léčba zvrátily průběh multiorganového selhání a zlepšily prognózu hypertenzní encefalopatie.
2. Systémovou hypertenzi je nutné zvážit při diferenciální diagnostice kardiopulmonálního selhání a novorozeneckých křečích
3. Renovaskulární onemocnění je nutné vyloučit u novorozence se systémovou hypertenzí.

Literární kazuistiky, popisující RVH u novorozence: Ljungquist 1962, Cook 1966, Woodard 1967, Wilson 1990, Morrisot 1991, Airede 1992 – popsáno 9 kazuistik s manifestací v prvním týdnu života (4/9 nefrektomie, 3/9 ACE inhibitor, 2/9 zemřeli)

Robitaille 1994 (2/2 ACE inhibitory dg: vrozená renální stenóza či přechodná ischemie–spasmus renálních arterií?)
Greenberg 1998 (1/1 nefrektomie, dg.: závažná trombóza a.renalis po prolongované katetrizaci UAC)
Saland 2001 (2/3 nefrektomie, dg.: maligní hypertenze, 1/3 nefrektomie ve 4 letech dg: rekurentní maligní hypertenze
Von Schankenburg 2002 (1/1 ACE inhibitory, dg.:perinatální mikroangiopatické poškození ledviny)

Vysvětlivky pro nejčastěji používané zkratky v textu
Pozn.: NH ..neonatální hypertenze, RVH..renovaskulární hypertenze, PRA..plazmatická aktivita reninu, MVS...minutový výdej srdeční, SF..frakce zkrácení, UPV...umělá plicní ventilace, TPV...totální parenterální výživa, ACE...angiotensin konvertující enzym

Literatura:

- 1.Flynn JT, 2000. Neonatal hypertension: Diagnosis and management *Pediatr. Nephrol* (2000)14:332 – 341
- 2.Leadbetter WF, Burkland CE 1938. Hypertension in unilateral renal disease. *J Urol* 39: 611– 626
- 3.Neal WA, Reynolds JW, Jarvis CW, Williams HJ,1972.Umbilical artery catheterization: demonstration of arterial thrombosis by aortography. *Pediatrics* 50: 6 – 13
- 4.Seibert JJ, Taylor BJ, Williamson SL, Williams BJ, Szabo JS, Corbitt SL,1987. Sonographic detection of neonatal umbilical–artery thrombosis: clinical correlation. *Am J Roentgenol.* 148: 965 – 968
- 5.Bauer SB, Feldman SM, Gellis SS, Retik AB,1975. Neonatal hypertension: a complication of umbilical–artery catheterization. *N. Engl J Med.* 293: 1032 – 1033
- 6.Plumer LB, Kaplan GW, Mendoza SA, 1976. Hypertension in infants – a complication of umbilical arterial catheterisation. *J Pediatr* 89: 802 – 805
- 7.Goetzman BW, Stadalnik RC, Borgen HG, BalnkenshipWJ, Ikeda RM, Thayer J,1975. Thrombotic complications of umbilical artery catheters: a clinical and radiographic study. *Pediatrics* 56: 374 – 379
- 8.WestroemG, Finnstroem O, Stenport G,1979. Umbilical artery catheterization in newborns. I.Thrombosis in relation to catheter type and position. *Acta Paediatr Scand.* 68: 575 – 581
- 9.Stork EK, Carlo WA, Kliegman RM, Fanaroff AA,1984. Neonatal hypertension appears unrelated to aortic catheter position (abstract). *Pediatr Res.* 18: 321A
- 10.Durante D, Jones D, Spitzer R,1976. Neonatal arterial embolism syndrome. *J Pediatr.* 89: 978 – 981
- 11.Šebková R, 2002. Renovaskulární hypertenze. *Lékařské listy.* 33: 4–7
- 12.Saland JM , a kol. 2001. Perinatal renal ischemie resulting in Hypertensive Cardiomyopathy. *Pediatrics.* Vol 107, No. 1, January (2001): 185 – 186
- 13.Adelman RD,1978. Neonatal hypertension. *Pediatr Clin North Am* 25: 99 – 110
- 14.Dillon MJ, 1997.The diagnosis of renovaskular disease. *Pediatr Nephrol.* 11:366 – 372
- 15.Shahdadpuri J, a kol 2000.Yield of renal arteriography in the evaluation of pediatric hypertension . *Pediatr Nephrol.* (2000) 14: 818 – 818
- 16.Wilson DI, a kol.1990. Fetal and infantile hypertension caused by unilateral renal arterial disease. *Archives of Disease in Childhood.* 1990, 65: 881 – 884
- 17.Mason T, Polak MJ, a kol.1992.Treatment of neonatal renovascular hypertension with intravenous enalapril.*Am J. Perinatol.* 1992 Jul, 9(4):254 – 7

Nestlé A6

Encepur



Antioxidační vlastnosti mléka

MUDr. V. Holeček, MUDr. Jiří Liška

Mulačova nemocnice, Plzeň

Souhrn

Funkce mléka ve výživě je diskutována již mnoho desetiletí, ale o antioxidačních vlastnostech mléka je zatím jen velmi málo poznatků. Antioxidanty a volné radikály mají svůj význam pro kojení a výživu novorozenců. Volné radikály působí lipoperoxidaci mléka mateřského i umělého. Lipoperoxidace má zřejmě největší vliv na vznik nekrotizující kolitidy, intraventrikulární hemoragie a na bronchopulmonální dysplasii.

■ Mateřské mléko

Antioxidační schopnost u novorozenců a tedy jejich ochrana před volnými radikály po porodu mírně klesá, což odpovídá hlavně poklesu hladiny kyseliny močové v séru. Oproti nedonošeným dětem se liší hlavně v hladině antioxidačního bilirubinu, který je u donošených dětí krmených mateřským mlékem vyšší. Proto nedonošenci jsou též citlivější na toxicitu kyslíku.

Lipoperoxidace probíhá i u mateřského mléka uchovávaného 4 dny při +40 C. Vystavení mléka světlu vedlo k lipoperoxidaci mléka u umělé výživy, ale nedošlo k ní u mléka mateřského. Vzestup volných radikálů působí např. přítomnost makrofágů nebo obsah železa, který je u umělé výživy vyšší. Antioxidační kapacita (AOC) mateřského mléka je vyšší. AOC u nedonošenců je závislá hlavně na hladině kyseliny močové. Tato hladina je nižší u nedonošenců na umělé výživě, proto jsou zřejmě náchylnější k intoxikaci kyslíkem. I agresivní snižování hyperbilirubinémie může být nevhodné. Vitamin E neproniká placentární bariérou do plodu, až teprve kolostrum představuje jeho významný příjem. Poměrně vysoká hladina vitamínu C při narození chrání novorozence před poškozením kyslíkem při přechodu z nízké na vysokou tenzi kyslíku. V umělé výživě chybí některé karotenoidy. Antioxidační kapacita mateřského a mléka může být dosti rozdílná, záleží na obsahu antioxidantů v potravě během těhotenství a laktace. Kouření u těhotných nebo kojících matek vede k poklesu hladiny vitamínů A, C a E. Kouření působí v děloze prooxidační podmínky pro dítě.

Pro donošeného novorozence je mateřské mléko téměř vždy dostatečným zdrojem stopových prvků. Nedonošenci však mají vyšší potřebu těchto prvků. Protože u umělé výživy jsou stopové prvky vázány jiným způsobem než v mateřském mléce, umělá výživa obsahuje obvykle vyšší dávky vzhledem k jejich nižší utilizaci. Mnohem vyšší hladina zinku v umělé výživě nevede k vyšší hladině zinku oproti kojencům krmeným mlékem mateřským. Suplementace zinkem u špatně živých dětí usnadňuje léčení diarrhey, pomáhá urychlit rekonvalescenci po průjmech. Zinek brání hy-

persekreci účinkem histaminu a 5-hydroxytryptaminu. V těchto případech je účinek zinku antianafylaktický a antisekretorický spíše než antioxidační, který přispívá ke kapacitě organismu zabránit intestinálním dysfunkcím během podvýživy. Děti s alergickou kolitidou mají nízkou hladinu Zn a Se. U umělé krmených dětí je deficit selenu častý. Při narození se hladina selenu u donošených a nedonošených dětí prakticky neliší. Vlivem rychlejšího růstu a menší zásoby selenu v játrech v následujících třech měsících je však u nedonošených dětí hladina selenu v plazmě a krvi nižší. Parenterální výživa bez suplementace selenem může vést k tak nízkým hodnotám, které nalézáme u tzv. Keshanovy choroby, spojené s kardiomyopatií. Deficit selenu je často spojen s chronickou plicní chorobou. Radikál oxidu dusnatého (nitroxidu), který působí vasodilataci, je metabolizován na dusitany a dusičnany, jejich vylučování močí je mírou jejich produkce. Radikál oxid dusnatý zřejmě ovlivňuje i žaludeční motilitu, průtok krve mukózou a bakteriostázu v žaludku. Nedonošenci vylučují močí více dusitanů a dusičnanů. Až po 7 měsících se jejich vylučování srovná s hodnotami u donošených dětí. Zvýšená produkce oxidu dusnatého u nedonošenců je snahou organismu umožnit lepší orgánovou perfuzi. Mateřské mléko dodává nejvyšší koncentrace oxidu dusnatého. Přebytek nitroxidu má vztah k septickému šoku. NO hraje důležitou roli u neonatálního hypoxicko-ischemického poškození mozku.

Mateřské mléko má velký význam ve vztahu k imunitě. Obsahuje růstové hormony jako M-CSF (faktor stimulující růst kolonií makrofágů) nebo TGF- α (transformující růstový faktor alfa). Tyto látky podporují dozrávání slizniční imunity střeva. Po narození nejdříve obsazují střevní trakt gramnegativní anaeroby, takže paradoxně dobrá hygiena zvýhodňuje tyto anaeroby a dozrávání imunity zpomaluje. Bílkovinná složka mléka ze syrovátky má inhibiční účinek na vznik některých typů nádorů.

Zajímavé je pozorování u kmene Massajů, kteří do mléka přidávají některé rostliny a masovou

polévku. Výsledný efekt je hypocholesterolemický a antioxidační zásluhou fenolických antioxidantů. Je u nich velmi nízká incidence kardiovaskulárních chorob, přestože konzumují hodně tuků a cholesterolu.

Byly sledovány kuřačky a nekuřačky – ženy ve třetím trimestru těhotenství. V mléce bylo u nekuřaček podstatně více vitamínu C. Proto kuřačky zřejmě daleko více ohrožují novorozence peroxidací.

■ Mléko ve výživě nedonošenců:

U nedonošenců je větší nebezpečí akutního onemocnění vzhledem k nezralosti řady biochemických a imunologických pochodů. Proto mléko má zásadní význam pro časný vývoj těchto dětí. Přesto je množství otázek, které nejsou zatím uspokojivě vyřešeny. Mezi ně patří především otázka, zda mateřské mléko nebo případně umělá výživa má být suplementována např. inositolem, vitamíny a antioxidanty.

■ Kravské mléko a vztah kravského mléka k diabetu

Při nedostatku vitamínu E a Se je častější vznik zánětu mléčné žlázy s horším průběhem. Nodostatek těchto antioxidantů totiž vede ke snížené aktivitě neutrofilů. Vitamin E zlepšuje uchovávání mléka.

Diabetes patří k onemocněním, ve kterých hyperglykemie představuje oxidační stres. Avšak u dětí živých produkty vyráběnými z kravského mléka nebyly nalezeny protilátky proti pankreatickým ostrůvkům.

■ Účinek mléka na žaludek po ischemicko-reperfučním poškození

Volné radikály při reperfuzi po předchozí ischemii poškozují zvláště žaludek, který je silně kyselý. Podání mléka zvyšuje průtok krve gastrickou mukózou tak, že může docházet až k rupturám.

Literatura u autorů

Výživa novorozenců velmi nízké porodní hmotnosti

MUDr. Blanka Zlatohlávková

Novorozenecké oddělení Gynekologicko–porodnické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha

Výživa během fetálního a časného postnatálního života významně ovlivňuje zdraví jedince. Novorozenci, kteří se rodí s menší porodní hmotností, než by odpovídalo gestačnímu stáří (small for gestational age – SGA), mají větší riziko poruch růstu, výchovných problémů a selhávání ve škole. Za důležité období pro růst a vývoj mozku se považuje zejména prvních 18 měsíců. Jestliže není v této době překonána podvýživa nebo dokonce malnutrice pokračuje, mohou vzniknout nevratné poruchy. Navíc epidemiologické studie prokazují, že nízká hmotnost při narození a nízká hmotnost v 1 roce života koreluje s výskytem kardiovaskulárních chorob, hypertenze a diabetu v dospělosti. Přibývá tak důkazů k hypotéze, že existuje kritické období během fetální a snad i neonatální periody, ve kterém špatná výživa programuje trvalé fyziologické změny.

Fetální růst je největší během posledního trimestru těhotenství, tedy v době, kdy růst a vývoj předčasně narozených dětí již nepro-

bíhá v děloze. Nežralí novorozenci, kteří neprospívají během prvních týdnů života, mohou být pravděpodobně vystaveni obdobným vlivům jako intrauterinně růstově retardované donošené děti. Podle současných doporučení pro výživu novorozenců velmi nízké porodní hmotnosti (NVNPH, < 1500 g) a novorozenců extrémně nízké porodní hmotnosti (NENPH, < 1000 g) by postnatální růst měl odpovídat normálnímu růstu plodu, t. j. asi 20 g/kg/den při hmotnosti 500 – 1200 g a 18 g/kg/den při hmotnosti 1200 – 1500 g. Přes tato obecně přijímaná doporučení kolem 35% NVNPH a až 98% NENPH odchází domů hmotnostně i růstově pod 10. percentilem pro korigovaný věk (postkoncepční týden).

Příčin růstového opoždění je celá řada:

1. Patologie vedoucí k předčasnému porodu často vede k suboptimálnímu intrauterinnímu růstu.

2. Předčasný porod způsobí přerušení

transplacentárního přenosu živin, postnatální parenterální přívod kvantitativně ani kvalitativně neodpovídá intrauterinnímu příjmu.

3. „Fyziologický“ hmotnostní spád dosahuje u NENPH až 15%, porodní hmotnosti NENPH znovu nabývá většinou mezi 2. a 3. týdnem života.

4. Nežralost trávicího traktu a řady funkcí potřebných k příjmu a zpracování živin neumožňuje rychlé stoupání enterálního přívodu.

5. Nemoci, které komplikují poporodní adaptaci zejména NENPH, zhoršují toleranci výživy, limitují přívod tekutin a tím i živin nebo zvyšují energetické nároky; některé léky snižují hmotnostní přírůstky nebo působí katabolicky.

6. Chronická podvýživa bývá způsobena i iatrogenně, vžitá postupy vedou jen k velmi pomalému nebo neproporcionálnímu zvyšování parenterálního přívodu živin a energie, obavy z nekrotizující enterokolitidy způsobují pozdní zahájení enterální výživy i pomalé zvyšování dávek mléka.

Nestlé

Postnatální růst NVNPH může tedy napodobit růst plodu jen tehdy, podaří-li se minimalizovat přerušování živin a energie, způsobené předčasným porodem, a podaří-li se dosáhnout růstového urychlení (catch-up growth), které překoná opoždění vzniklé zejména v prvních 2 – 3 týdnech života.

Nezralost gastrointestinálního traktu neumožňuje většinu NVNPH ihned po narození živit enterálně. Parenterální výživa by v prvních 3 dnech měla zabránit katabolismu, mezi 4. – 7. dnem zabezpečit bazální metabolismus a od 2. týdne zajistit růst. Již v den narození by měly být podány malé dávky mateřského mléka k výživě střevních buněk, ke stimulaci dozrávání gastrointestinálního traktu, vyplavení hormonů a povzbuzení střevní motility. Minimální enterální výživu (trofické krmení, priming střeva, časná hypokalorická krmení) v dávkách 0,5 – 2 ml každé 3 – 6 hodin je možné zahájit i u dětí (750 g po primární ventilací a cirkulační stabilizaci). Dávky se zvyšují zpočátku velmi pomalu podle tolerance, maximálně o 20 ml/kg/den, se stoupajícím enterálním příjmem je snižován parenterální přívod. Parenterální výživa se ukončuje, dosáhne-li enterální příjem 120 – 140 ml/kg/den.

Výživa vlastním mateřským mlékem je pro NVNPH vzhledem k jejich speciálním potřebám, metabolické i gastrointestinální nezralosti a imunologické nedostatečnosti snad ještě důležitější než pro donošené děti. Denní dávky mléka, které je zpočátku nezralé dítě schopné tolerovat, však neobsahují potřebné množství proteinů, energie a minerálů pro rychlý růst a osifikaci kostí, proto do doby, než dítě může být kojeno ad libitum (zpravidla do překročení hmotnosti 2000 g), je třeba mateřské mléko obohacovat (fortifikovat). Fortifikátor mateřského mléka dostupný na našem trhu obsahuje hydrolyzát kaseinu a syrovátkové bílkoviny, polysacharidy, minerály, stopové prvky a vitaminy. Protože neznáme přesný obsah zejména bílkovin a energie v podávaném mléku, může při standardní fortifikaci docházet k předávkování i poddávkování bílkovin. Indikátorem adekvátního příjmu proteinů a energie je prospívání dítěte a sérové hodnoty urey. Podle individuálních potřeb dítěte je třeba ještě dále obohacovat mléko o natrium, kalium, fosfor nebo kalcium. Při dobré laktaci matky může být dítě krmeno převážně zadním mlékem s větším obsahem tuků, množství energie je možné zvýšit dalším přidáním polysacharidů nebo MCT olejů.

Při nedostatku vlastního mateřského mléka přednostně krmíme NVNPH cizím pasterizovaným fortifikovaným mateřským mlékem. Je prokázán ochranný vliv i pasterizovaného mateřského mléka proti nekrotizující entero-

kolitidě ve srovnání s umělými mléky. Není-li dostupné mateřské mléko, nutriční potřeby rostoucích NVNPH zajišťují speciální umělá mléka (preterm formulas) s vyšší kalorickou densitou (75 – 80 kcal/100 ml) a vyšším obsahem bílkovin (kolem 3 g/100 kcal) a solí (Na, K, Ca, P). Zdravé nedonošené děti při plně enterální výživě fortifikovaným mateřským mlékem nebo formulí pro nedonošené děti mají adekvátní dodávku živin, která by měla vést k obdobným hmotnostním přírůstkům a dusíkové retenci jako v intrauterinním období. Ani fortifikované mléko ani formule pro nedonošené děti nejsou ale schopné zajistit takový příjem živin a energie, aby byl překonán růstový deficit vzniklý v prvních týdnech života, takže neumožňují růstové urychlení. Nezralí novorozenci jsou propouštěni domů s menší hmotností i délkou, než dosahuje plod stejného postkoncepčního stáří, s menší dusíkovou i minerálovou retencí, s vysokou incidencí relativní osteopenie.

Výživě NVNPH po propuštění je věnována pozornost teprve v posledních letech. Před odchodem z novorozeneckého oddělení je při plném kojení ukončena fortifikace mateřského mléka, nekojené děti se většinou převedou na počáteční mléko pro donošené děti. U řady dětí zejména s porodní hmotností (1000 g dojde ke spontánnímu urychlení růstu, ale růstově pod 10. percentilem zůstává v 18 měsících věku (30% a v 7 – 8 letech ještě (20% dětí. Předmětem výzkumu se stala otázka, zda nutričními intervencemi po propuštění z nemocnice lze zmírnit růstovou restrikcí a z ní plynoucí dlouhodobé následky, jinými slovy, zda časná týdnů nebo měsíce po 40. postkoncepčním týdnu jsou kritickým obdobím pro urychlení růstu, zda lze růst bez vedlejších následků ovlivnit změnami v příjmu živin a zda vůbec mají původně velmi nezralé děti ještě v této době zvláštní nutriční požadavky. Pro výživu NVNPH po propuštění domů byla vyvinuta mléka (postdischarge formulas) s kalorickou densitou kolem 70 – 74 kcal/100 ml, obsahem bílkovin 2,5 – 2,8 g/100 kcal a vyšším obsahem vápníku. Dosud provedené studie nedávají jednoznačnou odpověď. Z etických důvodů a pro mnohé metodologické problémy zahrnují poměrně malé skupiny většinou původně jen středně nezralých dětí, chybí dlouhodobé výsledky. V roce 2001 byly uveřejněny 2 prospektivní, randomizované, dvojité slepé studie. Práce Carverové a spol., zahrnující 125 dětí s porodní hmotností (1800 g, prokázala zlepšení růstu v 1, 3, 6 a 12 měsících korigovaného věku u dětí krmených obohacenou formulí proti kontrolám živěným standardní formulí, efekt byl ještě zřetelnější u dětí s porodní hmotností (1250 g. Lucas a spol. randomizovali 284 dětí s porodní hmotností

(1750 g a antropometrické údaje hodnotili v 6 týdnech, 3, 6, 9 a 18 měsících korigovaného věku, vývoj v 9 a 18 měsících. Obě skupiny se významně nelišily ve vývojevém skórování, skupina dětí krmených obohacenou formulí byla delší a těžší v 9 měsících proti kontrolám živěným standardní formulí, rozdílly v délce přetrvávaly i v 18 měsících. Referenční skupina 65 exkluzivně kojených dětí byla menší a lehčí již v 6 týdnech a zůstávala menší až do 9 měsíců.

Čím tedy krmít NVNPH po propuštění?

Protože nejsou vypracovány všeobecně přijímané postupy, mohu předložit k diskusi doporučení našeho oddělení. Vycházíme z názoru, že těžká podvýživa je jednoznačně škodlivá, tedy že je třeba podpořit v prvních 6 měsících po propuštění růst tak, aby dítě mohlo dosáhnout růstového zrychlení a dohnat intrauterinní či postnatální opoždění. Díky prolaktačnímu programu řada NVNPH odchází od nás plně nebo částečně kojených. Děti kojené podle chuti vypijí větší množství mléka (200 ml/kg/den) a zpravidla tak dosáhnou potřebného nutričního i energetického příjmu. Zvýšený příjem tekutin je někdy patrný jako mírné edémy dolních končetin, zvláště spí-li děti ve zvýšené poloze. Pokud bylo dítě na oddělení příkrmováno nebo plně živeno hyperkalorickou nezraleckou formulí, doporučujeme pokračovat v krmení tímto typem mléka přibližně do dosažení hmotnosti 3500 g a do dosažení hmotnosti kolem 5000 g podávat „postdischarge“ formulí. Na našem trhu nejsou nabízena mléka s tímto označením, ale lze je nalézt mezi mléky pro nedonošence a novorozence s nízkou porodní hmotností i počátečními mléky. Méně nezralé dobře rostoucí děti dokrmujeme nebo převádíme na mléko odpovídající „postdischarge“ formulí ještě před propuštěním. Praktický lékař pro děti a dorost by měl zpočátku v týdenních, asi po měsíci korigovaného věku pak v měsíčních intervalech zaznamenávat do růstových grafů hmotnost, délku a obvod hlavičky. Dochází-li k růstovému zrychlení, není třeba intervence. Je-li růst rovnoměrný, ale nedochází u růstově opožděných dětí k urychlení, je nutné se zamyslet, zda dítě přijímá dostatek energie a bílkovin. Dochází-li k opožďování růstu, mělo by být dítě svěřeno do péče odborníkovi na dětskou výživu.

V České republice se významně po roce 1989 zvýšilo přežívání velmi nezralých a zejména extrémně nezralých novorozenců. Důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu jejich dalšího života, je nutriční. Zlepšení výživy NVNPH je společným úkolem neonatologů a pediátrů.

Literatura u autorů

Nové pohledy na očkování dětí proti chřipce

MUDr. Jaroslav Helcl, DrSc.

Aventis Pasteur, Praha

Ve vztahu ke chřipce je obvykle v publikacích uváděno, že je závažným zdravotním problémem zejména pro starší populaci a osoby postižené chronickým onemocněním, u kterých je chřipka poměrně často doprovázena závažnými komplikacemi. Mezi osoby se zvýšeným rizikem chřipkových komplikací náležejí i děti s chronickým postižením plic a kardiovaskulárního systému (včetně astmatiků), s chronickým metabolickým onemocněním (včetně diabetiků), s renální dysfunkcí, s hemoglobinopatiemi a s imunosupresí. Pro všechny uvedené osoby je proto doporučována chřipková vakcinace.

V průběhu každoročních epidemií chřipky však dochází, vzhledem k ostatním věkovým skupinám, k nejvyššímu relativnímu postižení všech dětí a při vysoké nakažlivosti chřipky se děti uplatňují jako velmi významný zdroj při šíření virů chřipky ve společnosti. Každé dítě je ohroženo chřipkovou nákazou, a to nejen děti z rizikových skupin, ale i zdravé děti, zvláště děti ve stáří do dvou let a děti školního věku.

Chřipkové onemocnění dětí má svá specifika. Bývá pro něj typická vysoká horečka, někdy může dojít k febrilním křečím, častější je zduření krčních uzlin, zvracení, bolesti břicha, u dětí ve věku do 6 měsíců i průjem, otitidy nebo i pseudokrup a bronchiolitida. Ta je sice méně častá než při nazeze viru RS nebo parainfluenzy, ale probíhá závažněji (1). V průběhu epidemického období bývá sice většina případů dětských bronchiolitid vyvolána RS virem, 20–25% případů je však vyvoláno virem chřipky (2).

Bylo zjištěno, že u dětí předškolního věku bylo onemocnění chřipkou komplikováno v 38% afebrilním onemocněním horních dýchacích cest, v 26% febrilním onemocněním horních dýchacích cest, v 16% onemocněním dolních dýchacích cest a ve 13% akutním zánětem středního ucha (3). V jiných studiích byl u chřipkou postižených dětí zjištěn zánět středního ucha dokonce u 30–50%.

Při nekomplikovaném průběhu trvá chřipka u dětí 7–10, ale i 14 dnů, s následnou poměrně dlouhou rekonvalescencí s únavností a malátností. U větších dětí bývají pozorovány po chřipkách A i B myositidy. Postiženi jsou především velké svaly nohou, případně i zad, což může způsobovat značné potíže při chůzi a může vést i k hospitalizaci.

V průběhu chřipkových epidemií dochází k nadměrnému počtu hospitalizací u dospělých i dětí, přičemž normální děti ve věku do

dvou let jsou hospitalizovány v příčinné souvislosti s chřipkovým onemocněním v poměrném počtu, odpovídajícím poměrnému počtu u dospělých z rizikových skupin. Chřipka je významnou příčinou nemoci a úmrtnosti všech dětí.

Hospitalizované děti představují jen špičku ledovce z počtu dětí, postižených chřipkou. K dětem léčeným doma nemusí být buď povolán lékař, nebo onemocnění dítěte může být diagnostikována jako onemocnění jiné než chřipka. Je to ovlivněno i přítomností výše uvedených klinických příznaků, odlišných od chřipky dospělých (4).

Protože kašel a nevolnost mohou přetrvávat i dva týdny, bývá onemocnění dětí delší než u zdravých dospělých a jak bylo výše uvedeno, je následováno dlouhým obdobím slabosti a únavnosti. Chřipka je odpovědná za 10–12% školní absence a pro nutnost domácí péče o malé postižené děti způsobuje i významné procento absence matek v zaměstnání.

Přímé i nepřímé výdaje rodin i zdravotnictví, vznikající následkem chřipkových onemocnění a jejich komplikací, jsou proto podstatné a chřipka u dětí je nejen zdravotním, ale i ekonomickým problémem.

Jak závažná je problematika chřipky dětí prokazují i údaje z epidemiologické a virologické surveillace akutních respiračních onemocnění (včetně chřipky) v průběhu epidemické sezóny 2000/2001 v České republice, zajišťované Národní referenční laboratoří pro chřipku a Národní referenční laboratoří pro nechřipkové respirační viry v Centru epidemiologie a mikrobiologie Státního zdravotního ústavu (5). Chřipková epidemie trvala v tomto období celkem 4 týdny od 4. do 7. kalendářního týdne 2001.

Epidemiologická surveillace je prováděna na výběrovém, statisticky hodnotitelném vzorku populace. Celkový počet akutních respiračních onemocnění, hlášených v době epidemie, v přepočtu na celou populaci, představuje 1 070 000 osob, na populaci ve věku 0–5 let 150 000 osob, ve věku 6–14 let 312 000 osob a ve věku 15 a více let 608 000 osob. Postižení věkových skupin vyjádřené pomocí attack rate (kumulativní ukazatel incidence, užívaný pro výskyt onemocnění v určité skupině osob, pozorované po omezenou dobu a za zvláštních okolností, např. během epidemie, vyjádřený v procentech) bylo u věkové skupiny 0–5 letých 26,7%, u škol-

ních dětí (6–14 let) bylo 27,2% a u věkové skupiny 15 a více let jen 7,1%.

Pokud byl vztažen výskyt zánětu plic v epidemickém období k nemoci akutními respiračními onemocněními, byl nejvyšší podíl výskytu komplikací ve skupině 0–5 let (1,5%–3,5%), následovala věková skupina 6–14 letých (1%–3%). Ve věkové skupině 15–59 let bylo 0,7%–1,8% komplikací.

Odhad toho, jaká virová infekční agens se při vzniku akutních respiračních nákaz v určitém období uplatňovala, je možno provést na základě výsledků virologické surveillace. V lednu, únoru a březnu 2001, tj. v období předcházejícím epidemii, v jejím průběhu a v období bezprostředně po ní, byl u dětí ze skupiny 0–5 let zjištěn ve 111 případech v párových sérech signifikantní vzestup protilátek proti chřipkovým nebo nechřipkovým virům, z toho ve 24 případech (21,6%) to bylo proti viru chřipky. U dětí 6–14 letých byla pozitivní detekce protilátek ve 160 případech, z toho v 56 případech (35,0%) proti viru chřipky. Ve stejném období byl pozitivní nález antigenů uvedených virových agens prokázán u skupiny 0–5 letých dětí v 131 případech, z toho v 27 případech (20,6%) to byl průkaz viru chřipky. U dětí 6–14 letých byla pozitivní detekce antigenů u 120 dětí, z toho u 92 to byl průkaz viru chřipky (76,6%). Při kompetentním odhadu, že v epidemii bylo postiženo 150 000 dětí ve věku 0–5 let a více než 300 000 školních dětí, byl absolutní počet dětí postižených chřipkou vysoký a i při velmi střízlivém odhadu přesáhl značně 100 000.

Jedinou účinnou prevencí chřipky je očkování. Vakcína proti chřipce je však zatím u dětí obvykle doporučována pouze pro děti z rizikových skupin a jen zřídka je podávána i dětem zdravým. Stoupající počet údajů o zdravotním i ekonomickém dopadu chřipky u všech dětí i o jejich významné roli v šíření chřipky v populaci, vedou nově k názorům, že by měl být očkovan proti chřipce i co nejvyšší počet zdravých dětí.

Jako příklad je možno uvést doporučení „Poradního sboru pro imunizační praxi pro Centra pro kontrolu a prevenci nemocí v USA“ k používání očkovací látky proti chřipce, publikovaná každoročně v Morbidity and Mortality Weekly Report (6). Po řadu let bylo v těchto doporučeních pouze uváděno, že používání chřipkové vakcíny je doporučováno pro všechny osoby starší než 6 měsíců, které mají zvýšené riziko k vzniku komplikací

chřipky. V doporučení v roce 2002 se však nově uvádí, že vzhledem k tomu, že i zdravé děti mají vysoké riziko hospitalizací ve vztahu k onemocnění chřipkou, doporučuje se očkování proti chřipce zdravých dětí ve věku 6 – 23 měsíců, kdykoliv je to jen možné. Doporučení očkovat děti z rizikových skupin přetrvává (děti s chronickým postižením plic a kardiovaskulárního systému, včetně astmatiků, děti s chronickým metabolickým onemocněním, renální dysfunkcí, hemoglobinopatií a imunosupresí, děti a adolescenti s dlouhodobou terapií aspirinem).

Hromadné očkování dětí je nyní umožněno existencí účinných, bezpečných a dobře tolerovaných očkovacích látek proti chřipce. Vakcína VAXIGRIP Aventis Pasteur je významným představitelem těchto přípravků. V třilete randomizované, prospektivní, kontrolované studii s touto očkovací látkou byla prokázána její účinnost vyšší než 89% (7). V nejnovějších klinických studiích s látkou VAXIGRIP, prováděných na souborech dětí, byl zjištěn pouze velmi nízký počet převážně lokálních reakcí, které jen zřídka trvaly déle než 24 hodin. U méně než 10% očkováných se projevil horečnaté reakce v průběhu tří

dnů po aplikaci. Nebyly hlášeny žádné závažné nežádoucí účinky.

Heikkinen a spol. ve studii u dětí ve věku 1 – 3 roky prokázali, že v průběhu chřipkové epidemie byl u proti chřipce očkováných dětí výskyt zánětu středního ucha o 83% nižší než u dětí neočkováných (8). Jiné studie prokázaly, že očkovací látka proti chřipce účinně snižuje počet případů zánětu středního ucha v dětské populaci, vznikajících v průběhu epidemické sezóny chřipky. Clements a spol. zjistili, že očkování proti chřipce vedlo v průběhu epidemické sezóny u populace dětí ve věku 6 – 30 měsíců k snížení počtu případů zánětu středního ucha o 32% (9).

V současné době probíhá nevhodnější období pro zajištění chřipkové vakcinace. Praktičtí lékaři pro děti a dorost by měli uvážit všechny uvedené informace a doporučovat rodičům očkování proti chřipce nejen pro děti z uvedených rizikových skupin, ale i pro děti zdravé, zvláště pro děti ve věku do dvou let a děti školního věku. Mohou tak přispět nejen k snížení případů chřipky u dětí ve své spádové oblasti v příští chřipkové sezóně, ale i k snížení počtu závažných komplikací. ■

Literatura:

1. Havlík J., Beran J. Chřipka – Klinický obraz, prevence a léčba. MAXDORF, JESENIUS, 2002, 81
2. Brunell P.A., Collier A.M., Glezen W.P. et al. Management and Prevention: New Options. *Infect Dis Child Dec* 2001
3. Glezen WP, Taber LH, Frank AL et al.: Influenza virus infections in infants. *Pediatr Infect Dis J.* 1997;16: 1065–8
4. Kilbourne E.D. Influenza: Infection and Disease. New York, Plenum, 1987 : 157–66
5. Havlíčková M., Kynčl J., Otavová M., Brynychová D., Lukášová M., Limberková R. Zpráva NRL pro chřipku a NRL pro nechřipkové respirační viry za sezónu 2000/2001, Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2001; 10 (6): 236–240
6. CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) Prevention and Control of Influenza. *MMWR* April 12, 2002 ; 51
7. Wilde J.A., McMillan J.A., Serwint J. et al. Effectiveness of influenza vaccine in health professionals – A randomized trial. *JAMA* 1999; 281 (10): 908–913
8. Heikkinen T., Ruuskanen O., Waris M. et al. Influenza vaccination in the prevention of acute otitis media in children. *AJDC* 1991; 145: 445–48
9. Clements D.A., Langon L., Bland C., Walter E. Influenza A vaccine decreases the incidence of otitis media in 6–30 months-old children in day care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 1113–7

Prohlášení Ministerstva zdravotnictví k propouštění fyziologických novorozenců ze zdravotnických zařízení do domácí péče

Ministerstvo zdravotnictví vydává k problematice propouštění fyziologických novorozenců ze zdravotnického zařízení následující prohlášení:

Zástupci odborných společností a MZ ČR se shodli na tom, že v současnosti lze propustit spontánně porozeného, fyziologického novorozence do domácí péče za následujících podmínek:

- a) Věk novorozence nad 72 dokončené hodiny po porodu (tj. k propuštění dochází mezi 72., resp. 96 hodinami po porodu)
- b) Zdravotní stav novorozence dovoluje jeho propuštění do domácí péče
- c) Nejsou známy jiné závažné okolnosti, které by bránily propuštění dítěte do domácí péče
- d) Je provedena kalmetizace
- e) Jsou provedena povinná screeningová vyšetření, resp. jsou odebrány krevní vzorky pro povinná screeningová vyšetření: PKU, KH (CAH – ode dne nabytí účinnosti vyhlášky, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a která obsahuje výkon „Screening kongenitální adrenální hyperplasie CAH“)

Při naléhání rodičů na časnější propuštění jejich dítěte do domácí péče lze postupovat v souladu s ustanovením § 23 odst. 3 Zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů, které doslovně zakotvuje: „Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem ke své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.“

První vyšetření dítěte praktickým lékařem pro děti a dorost by mělo proběhnout zpravidla do 48 hodin po jeho propuštění do domácí péče.

Doporučujeme, aby si rodiče ještě před narozením jejich dítěte zvolili praktického lékaře pro děti a dorost, u kterého budou své dítě registrovat.



Aktuality

Zdravotní pojišťovny prodělaly za loňský rok miliardu korun

Schodek hospodaření domácích zdravotních pojišťoven dosáhl v roce 2002 celkem 1,2 miliardy Kč, což představuje meziroční zhoršení o 2,6 miliardy korun. Vyplyvá to ze zhodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění, které předložil ministerstva financí a zdravotnictví ve středu vláde. Zhoršení bylo podle zprávy ovlivněno tím, že zatímco výdaje systému v roce 2002 vzrostly o 4,8 procenta, jeho příjmy stouply pouze o 2,8 procenta. V roce 2001 přitom činil rozdíl v neprospěch příjmů jen 0,8 procentního bodu. Hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), u níž je pojištěno zhruba sedm z deseti obyvatel ČR, loni skončilo schodkem 614 milionů korun. Vlivem odchodu pojištěnců od VZP dochází každoročně k postupnému snižování rozdílu dosaženého saldem příjmů po přerozdělování a výdajů na zdravotní péči na jednoho pojištěnce mezi VZP a ostatními pojišťovnami, konstatovala zpráva. Oproti roku 2001 se výrazně zhoršily i finanční výsledky hospodaření ostatních pojišťoven. V důsledku prudkého nárůstu výdajů na zdravotní péči převýšily u nich výdaje příjmy o 592 milionů Kč. Pouze tři z těchto osmi pojišťoven dosáhly kladného výsledku. Přestože pojišťovny nevykázaly závazky po lhůtě splatnosti, některé z nich počítají s vysokými doplatky za úhradu za zdravotní péči. Pohledávky pojišťoven po lhůtě splatnosti zaznamenaly v roce 2002 vysoký nárůst, který však představuje jen těžko dostupné finanční prostředky, upozornila zpráva. Celý systém vyžaduje podle zprávy zásadní přehodnocení obsahu jak příjmů, tak především výdajové strany. „Již nyní je zřejmé, že výrazný vliv na zlepšení finanční bilance systému nebude mít ani nově zaváděný systém plateb nemocnicím,“ uvádí se ve zprávě. Hodnocení nicméně doporučilo vládě schválit všechny výroční zprávy a účetní závěrky zdravotních pojišťoven za rok 2002 a předložit výroční zprávy a účetní závěrky VZP Poslanecké sněmovně.

Někteří lékaři chtějí v ordinacích žádat pacienty o půjčky

Podle Ratha je zdravotnictví v nejhorší finanční krizi za posledních osm let. Ambulantní specialisté a praktičtí lékaři, kteří mají soukromou praxi, zřejmě budou v ordinacích žádat od pacientů za vyšetření peníze. Byly by to jakési půjčky, které by jim po určité době vrátily. Lékárníci chystají zavřít lékárny. Minimálně na jednu hodinu. Stomatologové chtějí také zavřít ordinace a ošetřovat jen akutní případy. Taková je vize českého zdravotnictví, k níž může dojít během několika dní, možná měsíců, jestliže se nezlepší platby od zdravotních pojišťoven. Ministryně zdravotnictví Marie Součková záměr zdravotníků ale odmítá: „Mohlo by se stát, že ten, kdo zdravotní péči potřebuje, bude obětí. A to v žádném případě nechci dopustit.“ „Je to začarovaný kruh,“ soudí Rath. „Podniky se státní účastí dluží zdravotním pojišťovnám asi 27 miliard korun. Tyto peníze chybějí ve zdravotním pojištění. V důsledku toho, zejména Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), platí po lhůtě splatnosti dvacet dní, a to přivádí některé ordinace na pokraj krachu. Jestliže se platební morálka nezlepší, hrozí zavření ordinací a pacient bude mnohem hůř shánět svého lékaře,“ řekl v úterý David Rath, prezident České lékařské komory. Komora napsala premiéru Vladimíru Špidlovi dopis, v němž ho žádá, aby státní polovinu těchto pohledávek zaplatil a na druhou vypsal splátkový kalendář. „Jen to by českému zdravotnictví mohlo pomoci. Jsme v nejhorší finanční krizi od roku 1995 a jestliže státní nezasažne, zdravotní péče a celý systém se skutečně zhroutí,“ řekl Rath.

Peníze od pacientů

Pokud by se placení od zdravotních pojišťoven nezlepšilo, lékaři jsou odhodláni podávat na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu žaloby. Jsou přesvědčeni o tom, že by vyhráli. Pro ilustraci, jestliže dnes VZP dluží dejme tomu jedné ordinaci sto tisíc korun, tak po prohraném soudu by zaplatila přibližně 124 tisíc korun. „Tedy přibližně 25 procent z výše dluhu by platila navíc,“ řekl Rath. „Jestli chtějí lékaři položit systém na lopatky, tak ať to udělají. Komu by to ale prospělo?“ reagoval mluvčí VZP Jiří Suttner. Kdyby žaloby na

VZP nepomohly, lékaři budou od pacientů žádat půjčky. V praxi by to vypadalo tak, že by pacient z ruky do ruky zaplatil lékaři za ošetření třeba 500 korun a lékař by mu tyto peníze vrátil až by mu tento výkon proplatila zdravotní pojišťovna. To by mohlo být i za několik měsíců. „Některá zdravotnická zařízení jsou na tom skutečně tak, že jsou na pokraj krachu a nic jiného jim nezbude. Takových ohrožených ordinací jsou tisíce. Nemocnice by pacienty přijmout nemohly, protože 80 procent z nich má také finanční problémy,“ prohlásil Rath.

Lékárníci zavřou na jednu hodinu

Také lékárníci jsou nespokojeni s tím, že dostávají od zdravotních pojišťoven, zvláště od Všeobecné zdravotní pojišťovny, pozdě zaplacenou. „Lékárníci dluží 3,4 miliardy korun za léky dodavatelům léků. Tito dodavatelé už skupují dluhy lékáren a vymáhají je na Všeobecné zdravotní pojišťovně,“ řekl v úterý prezident České lékařské komory Lubomír Chudoba. Oznámil, že lékárníci žádají, aby stát zasáhl. V případě, že se tak nestane a doba splatnosti od VZP se bude prodlužovat, budou podávat hromadné žaloby na VZP a symbolicky uzavřou lékárny na jednu hodinu. Tím by se i dostupnost léků podstatně zhoršila.

Pád vlády si lékaři nepřejí

I za této velmi obtížné finanční situace, kdy by pomohlo stabilizovat systém zhruba osm miliard korun, si lékaři nepřejí pád vlády. „Pokud by se totiž tak stalo, není vůbec jasné, kdo by dluhy podniků se státní účastí zaplatil, zda by se politici nesoustředili jen na nové volby a novou vládu a neodsunuli do nenávratna řešení problémů zdravotnictví. Systém by pád vlády vůbec nemusel přežít a znamenalo by to, že lékařská péče by se v České republice skutečně mohla zhroutit,“ řekl Rath. Dodal, že očekává od ministryně i od celé vlády, že přijme svoji odpovědnost za zdravotnictví a nenechá systém v tak hluboké krizi, která by se promítla do péče o pacienta.

Součková navrhla, kolik platit u lékaře

Platit se má za návštěvy a recepty, nemocnic má být polovina Padesátikoruna za návštěvu u praktického lékaře, dvacet korun za recept. Tyto poplatky chce zavést ministryně zdravotnictví Marie Součková. Změny se mají odehrát v příštích třech až čtyřech letech. Přesné částky nastínila ministryně včera poprvé. Návrhem na zavedení plateb u lékaře prolomila jedno z velkých tabu ČSSD. Pacienti by platili poplatky až do okamžiku, kdy by jejich součet vystoupal na dva tisíce korun. Sociální demokracie však ve svém volebním programu žádné takové záměry nemá. Už nyní je zřejmé, že Součková bude své vize prosazovat velmi těžko. Trvá však na tom, že jsou potřebné. „Vůbec nechápu, jak může ministryně něco takového říkat, když to nemá s nikým prodiskutované,“ řekla včera její stranická kolegyně a předsedkyně zdravotního výboru parlamentu Milada Emmerová. Ještě před zavedením poplatků u lékaře hodlá Součková zavést pořádek v nemocnicích a pojišťovnách, aby se v nich poplatky pacientů neztratily jako v černé díře. Součková také říká, že zdravotnických zařízení je moc a že by stačilo 105 nemocnic místo současných 201. Ostatní by se měly zaměřit na rehabilitace, doléčování či péči o chronicky nemocné lidi. Kromě toho by nemocnice byly povinny zveřejňovat výsledky toho, jak léčí. Slova Součkové přišla jen čtyři dny poté, co ji hejtmani vyzvali k demisi s odůvodněním, že jim nechce uhradit dluhy za nemocnice a nemá žádnou koncepci. „O demisi uvažovat nehodlám, naopak budu požadovat, aby hejtmani začali konat,“ prohlásila včera Součková. Bude totiž nutné, aby se hejtmani na přeměně nemocnic podíleli.

Ceník podle Součkové

- návštěva praktického lékaře 50 Kč
 - poplatek za recept 20 Kč
 - návštěva specialisty bez doporučení praktika 100 Kč
 - pobyt v nemocnici zatím neurčeno
- (Návrh by měl platit od 3. 9. 2006)

Mají změny zdravotnictví šanci uspět?

Ministryně Součková přichází s razantními návrhy, o kterých v ČSSD zatím



podrobně nemluvila

Polovina nemocnic by měla dělat něco úplně jiného, než dělá dnes. Pacienti by si měli připlácet za vyšetření. Tohle že jsou nápady z pera ministryně za ČSSD?

Na první pohled to vypadá, že se ministryně zdravotnictví Marie Součková rozhodla spáchat politickou sebevraždu. Oznámila totiž, že by si pacienti měli v budoucnu připlácet za návštěvu u praktického lékaře (50 korun), za recept (20 korun), za vyšetření u specialisty bez doporučení praktika (100 korun) a zřejmě i za stravu v nemocnicích. Něco takového sociální demokracie až dosud vylučovala. Ministryně nepočítá se zavedením těchto plateb dřív než v roce 2006. Do té doby slibuje udělat pořádek v nemocnicích (zamýšlí snížit jejich počet), v investicích, zdravotních pojišťovnách i v předepisování léků tak, aby lidé ještě více nedopláceli na nehospodárný systém. Svou vizi chce během podzimu předložit veřejnosti a dozvědět se, co si o této vizi lidé myslí.

„Neslušná“ Součková

Když se Součková o platbách pacientů zmínila poprvé v červenci v sídle ČSSD, narazila. Ani tentokrát na sebe reakce nenechaly dlouho čekat. „Je to tak závažná věc, že měla být nejdříve prodiskutována a až pak bych ji pouštěla do světa,“ uvedla předsedkyně zdravotního výboru Poslanecké sněmovny Milada Emmerová. Způsob, jakým Součková zveřejnila své záměry, označila za neslušný. „Já bych si něco takového nedovolila. O těch poplatcích bych vůbec nemluvila, protože se třeba ukáže, že vůbec nejsou potřeba,“ upozornila Emmerová. Proč se tedy ministryně snaží jít na první pohled hlavou proti zdi? Podle prezidenta lékařské komory Davida Ratha to může být taktika. „Nevylučoval bych, že je to součást vnitrostranické strategie: když se jí to nedaří prolomit za zmi sekreteriátů, pustí to do světa a ono se možná ukáže, že ji leckdo podpoří,“ spekuluje Rath. A během tří let bude mít ČSSD zase nový volební program.

Manko 16 miliard

U lékařské komory může naopak Součková počítat s přesně opačným postojem než u ČSSD: zatímco k razantnímu omezení počtu nemocničních lůžek je Rath skeptický (nepřinese prý finanční efekt), platby pacientů podporuje. Součková má šanci uspět aspoň u koaličních lidovců. „Nikdy jsme nebyli proti platbám u lékaře, ale říkali jsme, že je nejdřív nutné udělat ve zdravotnictví pořádek. Aby se třeba nestávalo, že se dá poznat, kudy šel dealer farma ceutické firmy, protože tam pak lékaři předepisují jeho léky,“ uvedl lidovecký poslanec Josef Janeček. Částečnou podporu může ministryně hledat i u ODS, naopak jistě ne u komunistů. Součková tvrdí, že k reformě bude nutné dřív nebo později přistoupit. Napřesrok bude mít prý zdravotnictví manko 16 miliard. O tom, jak to bude vypadat v praxi, však svědčí například včerejší zpráva agentury ČTK: „Obyvatelům Tišnovska se nelíbí, že kraj chce v nemocnici v Tišnově zrušit interní oddělení. Nemocnice by tak měla přijít asi o padesát akutních lůžek. Starosta Tišnova František Svoboda řekl, že pod petici se shromáždilo téměř deset tisíc podpisů.“

Čím vším na sebe upozornila ministryně Marie Součková

■ Platby za jídlo v nemocnicích

Svým prohlášením, že by si pacienti měli platit za jídlo v nemocnici, stejně jako si za něj platí doma, šokovala Součková své kolegy v sociální demokracii, která až dosud jakékoli další poplatky pacientů odmítala. Prozatím však ministryně od svého záměru ustoupila.

■ Rodinní lékaři

Místo zavedené praxe, kdy dítě chodí k pediatrovi a úderem 19 let přechází k praktickému lékaři pro dospělé, chtěla Součková zavést systém rodinných lékařů, kteří by se starali o celou rodinu. Pediatři, pyšníci se úrovní péče o děti, její návrh rozcupovali.

■ Lékaři v ohrožení

Po sérii útoků na lékaře Součková navrhla, že by lékaři měli mít status veřejného činitele. Pacienti, kteří by lékaře napadli, by pak za svůj čin dostávali vyšší tresty. Řada právníků však tento návrh označila za nesmyslný.

■ Kauza Diag Human

Počátkem roku vláda ve vší tajnosti na návrh ministryně vyplatila 326 milionů jako odškodné firmě Diag Human. Vzápětí ministryně prohlásila, že chce peníze získat zpět a vše o celé kauze zveřejnit. Požádala soud v Táboře, aby ji zbavil povinné mlčenlivosti, k níž se zavázali její předchůdci. Soud v těchto dnech rozhodl: ministryně nevyhovět.

■ Tažení proti alkoholu a kuřákům

Návrh pokutovat kuřáky, kteří kouří na veřejných prostranstvích či zastáv-

kách, a vůbec omezit dostupnost alkoholu a cigaret má zatím úspěch: příslušný návrh zákona už prošel ve sněmovně prvním čtením. Začal se však připravovat již před nástupem Marie Součkové.

Zubaři: Ministerstvo zvýhodňuje nemocnice před soukromými lékaři

Prezident České stomatologické komory Jiří Pekárek obvinil ministryni zdravotnictví Marii Součkovou z toho, že zvýhodňuje státní nemocnice před soukromými lékaři. Včera řekl, že tak učinila vyhláškou o lhůtách splatnosti úhrad za péči poskytovanou pacientům. Lékaři by podle něj uvítali, kdyby se ministerstvo do smluvních vztahů mezi nimi a pojišťovnami přestalo plést. Ministerstvo ale vinu za opožďování plateb odmítá. Jeho mluvčí Mario Böhme tvrdí, že nemá pravomoc do smluvních vztahů mezi lékaři a pojišťovnami zasahovat. Jde podle něj o dvoustranný vztah samostatných právnických subjektů a jen na nich je, jak budou porušování smluvních povinností řešit. Zubaři se podle viceprezidenta komory Pavla Chrze s pojišťovnami dohodli na dvacetidenní lhůtě splatnosti. Nyní jim ale pojišťovny platí až za 60 dní. Řeší se tak na jejich úkor finanční potíže nemocnic. Podle Pekárka existuje hrozba, že za zářijovou práci dostanou lékaři zaplacené až po Novém roce.

Krizová pohotovost

Zubaři a ambulantní lékaři proto koncem minulého týdne vyhlásili krizovou pohotovost. Celorepublikový krizový štáb bude sledovat situaci a v místech, kde bude nejkritičtější, bude nejprve jednat s pojišťovnami. Nepomůže-li to, omezí lékaři práci pouze na poskytování pomoci v akutních případech. Podle Pekárka nepůjde o dlouhodobé protesty. Přerušeni práce by bylo jen krátké. Komora podle něj nemůže lékaře nutit k něčemu ještě ekonomicky horšímu, než je zpoždění plateb od pojišťoven. Lékaři také nechtějí, aby se pacienti stali rukojmími. Komora podle Pekárka nedoporučuje nelegální postup, kterým by bylo vybírání peněz za lékařské zákroky hrazené pojišťovnami přímo od pacientů. O takové možnosti uvažují zubaři v Opavě. Nutit pacienty, aby sami „klepali na dveře pojišťovny“, podle Pekárka nelze a komora to neschvaluje. Prezident nevidí řešení ani v penalizování pojišťoven za opožděné platby. To je podle něj tak malé, že by u měsíční platby, která se pohybuje kolem 80 tisíc korun, činilo zhruba 40 korun. Pojišťovna navíc podle Chrze zaplatí penále, ale neuhradí základní částku. Protože prý stomatologové ztratili důvěru k ministryni Součkové, poslali otevřený dopis premiérovi Vladimíru Špidlovi. Požadují omezení rozsahu poskytované zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění, zaplacení pojistného, které dluží státní podniky, a zvýšení pojistného za státní pojištěnce – mládež a důchodce.

Reformní past zdravotnictví Špidlova vláda znovu a znovu naráží na rozpor mezi svými sliby a realitou

Není tak vysoké sumy, aby ji nebylo možné rozpustit ve státním hospodářství. Tato poučka snad nejlépe platí ve zdravotnictví, které je přes různé formy privatizace státním sektorem a z převážné části je financováno ze státního stanoveného pojištění. Je to forma regulace, proto dochází pravidelně ke krizím i ve vyspělých ekonomikách. Není nic nového, že české zdravotnictví se propadá do dluhu, který se zvolna šplhá k 15 miliardám. Nové je to, s jakou vehemencí s tím hodlá něco dělat současná ministryně zdravotnictví Marie Součková.

Děda Martin krouť hlavou

Otázka ale je, zdali vehemence nakonec nebude to jediné, co bude možné obdivovat. Středeční vládní odložení novel, které by měly propad zpomalit, je jen malou ukázkou. Přitom zatím šlo jen o omezení rezervních fondů pojišťoven a přesunutí zhruba půl miliardy do fondů základních. To je pomocný, vzhledem k výši dluhu marginální krok. U největší pojišťovny VZP se má omezit počet orgánů na jednu správní a dozorčí radu místo dosavadních okresních rad, které jenom na odměňach svých členů stojí kolem 20 milionů. To je sice příspěvek k poznání hospodaření VZP, ale systémovému řešení, po kterém ministryně volá, se to ani nepodobá. Kdyby si ovšem ministryně Součková přečetla předvolební program vlastní strany, měla by po elánu. Zdravotnictvím se ve fiktivní předvolební rodině zabýval děda Martin. Přál si, aby neměl daleko k doktorovi, aby nemusel platit za ošetření a za léky, aby se nemusel bát, že ho záchranka nechá dlouho čekat, až mu bude

Infanrix



zle, aby měl co nejlepší zdravotní péči. ČSSD jeho přáním vycházela vstřícně, když mu slíbila státem garantovanou zdravotní péči, kvalitní a dostupnou (místně i časově) moderní léčbu, kvalitní léky. A především, nemělo se připustit zvyšování finanční spoluúčasti pacientů. Místo toho nyní paní ministryně říká dědovi Martinovi a s ním všem ostatním, že se zřejmě budou rušit lékařské a nemocniční kapacity, že se bude šetřit na všem možném včetně léků a možná se dokonce bude u lékaře připlácet do výše dvou tisícovek za rok. Děd Martin z toho bude jistě zmaten, stejně jako všichni ostatní. Politikové ČSSD si uvědomují rozpor, a možná právě proto se vláda ani neodhodlala otevřít zdravotnickou agendu v rámci probíhající snahy o reformu veřejných financí. V televizní Sedmičce i v článku na webových stránkách ministerstva zdravotnictví ministryně Součková opakovaně vinila ODS a pravicové vlády, že prý to byly ony, kdo nenašel odvahu k reformám zdravotnictví. Je to jako špatný vtíp. Pravicové vlády přes všechny své peripetie vlády České republiky maximálně šest let (1992-1998). Na začátku řešily základní problémy státu, včetně dělení Československa. Systém ve zdravotnictví nastavily, k zásadní reformě se ale opravdu neodhodlaly. Svou pravicovou rétorikou, za kterou nestály konkrétní činy, zdiskreditovaly tržní principy ve zdravotnictví a přežívající socialistický stav byl vydáván za důsledek chybů liberalizace. I proto pravice na léta prohrála boj o moc.

Sliby chyby

Levicová ČSSD vládne od roku 1998, začíná tedy šestý rok její odpovědnosti i za stav zdravotnictví. Přesto je podle ní odpovědná stále pravice. Už jen rok ale zbývá ČSSD do limitu, po kterém musely pravicové vlády odevzdat moc pro neschopnost zavést účinné reformy. Ministryně Součková se o ně snaží, zatím ale pouze stav popisuje a snaží se o dílčí úsporné kroky, u nichž bude muset počítat také s odporem. Rozpor předvolebních slibů a zamýšlených činů vlády je zajímavá politologická ukáзка, do jakých pastí se mohou chytit politické strany, když před volbami příliš popustí uzdu své fantazii a jsou ochotny slíbit nemožné. Nejhorší je na tom určitě ČSSD, která v minulém období ovládala všechna ministerstva a stav státního hospodaření jí musel být znám velmi důvěrně. Paradoxně v podobném postavení jsou i menší vládní strany KDU-ČSL a Unie svobody, které na rozdíl od ČSSD slibovaly radikálnější ozdravení veřejných financí, v důsledku volebního neúspěchu jsou ale rády, že mohou být ve vládě, a vděčný jsou i za náznak vlažných, rozmělněných reforem. Jenže právě politikové těchto stran by si měli dobře pamatovat, kam až to může vést.

Bolehlav zdravotnictví

Průměrný věk vzroste v příštím půlstoletí o deset let až na 48,2 roku. Tím podraží zdravotní péče. Z jednoduchého důvodu – nejenže se koruna tzv. demografického stromu posouvá směrem nahoru tak, jak roste průměrný věk obyvatelstva, ale košatí zejména ve vyšších věkových patrech. Navíc kvůli minulým populačním vlnám je koruna velmi nerovnoměrná. Početné silné populační ročníky z poloviny padesátých let budou již zakrátko představovat zatěžkávací zkoušku tak, jak budou odcházet do penze a vázat na sebe náklady na zdravotní péči pro seniory. Bude nutno šetřit. Ohromné úspory jsou možné v případě využití centralizovaného nákupu pojišťovnami hrazených léčebných pomůcek a generických léků, u nichž vypršela patentová ochrana. Není tajemstvím, že některé speciální léky a pomůcky, jež jsou u nás hrazeny ze zdravotního pojištění, vyjdou dražé než třeba v Rakousku nebo Německu, jako třeba titanové koronární implantáty nebo nitrooční čočky. Že se šetření nevyhnu ani nejbohatší země, dokazuje nedávné legislativní uvolnění dovozu léků v USA. Fascinující přitom je, že ani ve Spojených státech se léky na předpis nevydávají v obchodním balení, ale přesně podle předpisu odpočítané lékárníkem. Výzvy k šetření léky a vracení nevyžadovaných balení tedy odpadají – každý dostává jen tolik, kolik lékař odpočítá. Navíc velké pojišťovny využívají své tržní síly k tomu, aby snížily nákupní ceny léků vydávaných sítěmi smluvních lékáren, které jsou běžně součástí každé větší drogerie nebo samoobsluhy. České zdravotnictví dosáhlo od roku 1989 nepochybně působivých úspěchů, avšak za cenu obrovské neohospodárnosti. Systém přes opakované oddlužování již vyčerpal své možnosti a začíná se hroutit pod tíhou své vlastní neefektivnosti a doslova „samožerných“ cyklů včetně korupce. Nápad ministryně Součkové s částečným oddlužením nemocnic převedených na kraje výměnou za redukci lůžek akutní péče je nejen vychytralý, ale přímo chytrý – je to snad konečně vůbec první příklad oddlužení státem, kdy jsou zároveň požadovány

reálné reformní výkony. Přičteme-li k tomu ještě snahu o řez do sítě přímo řízených a systém z hlediska ekonomických parametrů neuvěřitelně kazících fakultních nemocnic, lze konstatovat, že pro začátek to není špatné. Stačí však letmý pohled do výročních zpráv českých zdravotních pojišťoven, aby bylo jasné, že tyto a další záměry ministryně Součkové nemohou být koncem pokusů o stabilizaci systémů zdravotního pojištění. Samotný systém zdravotního pojištění může být zcela změněn například podle švýcarského modelu, který stanoví (zjednodušeně) každoročně sazbu základního pojistného, které musí každý pojištěnec zaplatit. Naopak doplňkové dobrovolné pojištění zajišťuje například výběr operátora, termínu pro provedení zákroku, jednolůžkové pokoje apod. Ekonomům se však s odstupem nejlíbí singapurský model individuálního zdravotního sebezpojištění, neboť stimuluje racionální ekonomické chování každého účastníka. Pojištěnec odvádí na zvláštní účteny účet 6 procent svých příjmů, z nějž si platí výdaje za zdravotní péči. Webové stránky singapurské vlády pak radí pojištěncům, jak neefektivněji s našetřenými prostředky nakládat. Kdo má malý zůstatek na účtu, neobjedná si drahou pooperační péči na luxusním samostatném pokoji s veškerým komfortem, ale to, co je pro něj finančně přiměřené. Vláda navíc základní kategorie lůžkové péče částečně subvencuje, čímž se zvyšuje cenový diferenciál mezi základním typem a nadstandardem, a lidé jsou tak motivováni k úsporám. Samotná kvalita zákroku však musí být pro všechny stejná. Navíc i v singapurském modelu existuje solidarita s pojištěnci. Místo administrativního řízení „shora“ a uplatňování nejrůznějších regulací a limitů se rozhodování vrací do rukou samotného pojištěnce, který rozhoduje, co na trhu nakoupí. Má-li na výběr mezi levným generickým lékem a drahým přípravkem se stejnými účinky, zkuste hádat, co si nechá předepsat. Úspěšná pak budou nikoli ta zdravotnická zařízení, která se domohou větších dotací, ale ta, která reálně poptávce konečného uživatele nejlépe vyhoví.

Rozhodne dohodovací řízení o snížení úhrad?

Ceny zdravotní péče nebudou v příštím roce zvýšeny – tak vidí situaci zástupci zdravotních pojišťoven. Z neoficiálních informací o novém dohodovacím řízení však vyplývá i riziko možného snížení hodnoty bodu.

Vzhledem k současné situaci ve financování je zřejmé, že zvýšení cen zdravotní péče pro první pololetí roku 2004 nebude možné a je nutné hledat vnitřní rezervy na pokrytí růstu nákladů. Tak hodnotí situaci výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven Jaromír Gajdáček po úvodním jednání dohodovacího řízení k úhradám, které proběhlo 23. července, tentokrát netradičně v Ostravě.

Závěry analytické komise (orgán dohodovacího řízení složený ze zástupců pojišťoven i poskytovatelů) hovoří o zvýšení příjmů na pojistném maximálně o dvě až čtyři procenta, konstatuje J. Gajdáček. Ministerstvo financí prognózuje na rok 2004 průměrnou míru inflace 2,6 procenta. Vzhledem k chybným rozhodnutím vlády o zvýšení mezd zdravotníkům na návrh někdejšího ministra Bohumila Fišera a stejně tak chybným rozhodnutím MZ o financování lůžkové péče v minulosti dochází k zadlužení celého systému, zdůrazňuje J. Gajdáček. Podle analýzy provedené Svazem zdravotních pojišťoven lze očekávat, že za letošní rok se v bilanci jeho členských pojišťoven projeví schodek kolem 700 milionů korun. Přitom na vyrovnání této bilance v roce 2004 je možné počítat s necelými dvěma procenty příjmů z pojistného.

„Situaci zatím nelze oficiálně hodnotit,“ uvedl na dotaz ZDN předseda Sdružení smluvních lékařů (SSL) Pavel Tautermann s tím, že je třeba počkat na upřesňující informace, jež poskytovatelé získají pravděpodobně koncem srpna. V těchto dnech probíhají jednání mezi pojišťovnami a zástupci jednotlivých segmentů péče. Vedení SSL bude „moudřejší“ po jednání, které proběhne 19. srpna. Neoficiální cestou se však naše redakce od některých účastníků dohodovacího řízení dověděla, že pro příští rok hrozí nejen to, že úhrady nebudou valorizovány, ale dokonce že budou sníženy, například v podobě poklesu hodnoty bodu. V takové situaci se poskytovatelé budou snažit „uhrát“ alespoň zachování letošní úrovně úhrad. Někteří z nich však už nyní předpokládají, že v podstatě všechny segmenty řeknou pojišťovnám NE – a budou spoléhat na to, že při neshodě dostanou přece jen výhodnější podmínky.

Asociace nemocnic ČR (AN ČR) se s pojišťovnami sejde 21. srpna. Jej



předseda Jan Burian uvádí, že předběžné informace o finanční situaci se oproti minulosti příliš neliší – pojišťovny si stěžují na nízký meziroční růst příjmů z pojistného (za letošní půlrok činí zhruba šest procent). Správní rady pojišťoven se brání zvyšování ceny práce v lůžkových zařízeních, respektive pokrytí důsledku vládních opatření v posledních třech letech, a hrozí odložení aktualizace sazebníku až na červenec 2004, tvrdí J. Burian. Nemocnice spoléhají na odlišnější údaje od MZ, které hovoří o meziročním nárůstu příjmů pojišťoven až o pět procent. Zvýšení úhrad by podle předsedy AN ČR mělo mimo jiné zohlednit změny DPH, zavedení 16třídní mzdové tabulky a rovněž vyrovnat dnes rozdílné platby pro totožné výkony v ambulantní a komplementární části. Ve hře jsou i změny týkající se délky časového období, pro něž se bude uzavírat dohoda o úhradách. Pojišťovny by uvítaly, kdyby se dohody uzavíraly na celý rok, jsou však ochotny v polovině roku případně projednat dodatky smluv. Poskytovatelé zatím nebyli rozhodnuti a raději se přiklánějí k zachování systému dohod pouze na půlroční období. J. Burian rovněž počítá s „úvodním“ půlročním obdobím pro přípravu přechodu na DRG úhrady.

■ **Podejte demisi, vzvali hejtmani Součkovou**

Situace kolem šestimiliardového dluhu nemocnic se dramatizuje. Hejtmani krajů po svém včerejším jednání vzvali ministryni zdravotnictví Marii Součkovou, aby odstoupila. Vadí jim, že se stát nemá k zaplacení dluhů, které nemocnice za jeho vedení nadělaly, než byly převedeny na kraje. Ministryně jim sice nabídl, že stát odkoupí až polovinu dluhů, pokud kraje přistoupí na zrušení přebytkových lůžek a oddělení, ale podle hejtmanů je to málo. Místo původních tří miliard navíc nyní ministerstvo mluví pouze o jedné. „Probíhající reforma systému zdravotní péče je naprosto nekonceptní, nesystémová a neřeší skutečné příčiny problémů ve zdravotnictví,“ prohlašují hejtmani. O redukci nemocnic prý za této situace nemá smysl jednat. Překvapivé je, že velmi ostře proti ministryni vystoupili i hejtmani z koaliční KDU-ČSL. Součková včera vydala prohlášení, v němž se brání: „Převzala jsem resort, jehož manko může v příštím roce dosáhnout až 16 miliard korun. Resort, který je pod neustálým tlakem finančně silných zájmových skupin – mám na mysli farmaceuty, výrobce zdravotnické techniky, pojišťovny a v neposlední řadě, troufám si říci, odboráře.“

■ **Jak na změny ve zdravotnictví**

Paní ministryně Součková sdělila národu, že odmítá „zdravotní systém z doby totality“. Zejména pak systém dvojí lékařské péče, jedné (tě dražší a kvalitnější) pro mocné, a druhé (levnější a aušusové) pro obecný lid. Proti takovému rozdělení se chystá bojovat staronovými metodami. Předkládá témata, která byla v našem zdravotnictví v posledních letech již mnohokrát a mnohými prosazována. V roce 1992 byl prý „systém chybně nastaven“ a nenáviděná ODS „nenašla politickou odvahu systém řešit“. Všechny nečnosti, které ve zdravotnictví existují, tak paní ministryně laciným trikem přešla na pravocovou opozici. Ten trik je o to lacinější, že sociálnědemokratická vláda je v tomto státě u moci od roku 1998. Kromě neobratných regulačních opatření a výměn ministrů toho však ve zdravotnictví mnoho nepředvedla. Obávám se, že bilance dosavadního působení paní ministryně Součkové nevypadá o mnoho lépe. Pokud šéfka zdravotnického resortu hovoří o tom, že si nepřeje, aby „zdravotnictví šlo ke dnu“, že je třeba „něco“ udělat se zadluženými nemocnicemi, platby zpouštějícími pojišťovnami i s přebujelou nabídkou standardních zdravotnických služeb, musí si připadat tak trochu jako obchodník s použitými myšlenkami. Obávám se, že to chtěli ti před ní rovněž, chce to opozice a jistě také občan jako konzument té zdravotnické péče. Problém je v definování toho „něčeho“, co české zdravotnictví potřebuje. Podle mého názoru chybí českému zdravotnictví, podobně jako jiným složitým systémům našeho společenství, silná a občany podporovaná vláda. Takovou jsme bohužel v této zemi měli snad jen pár let na počátku let devadesátých. Od té doby se zde střídají vlády, které byly buď menšinové, nebo téměř menšinové. Problém zdravotnictví není v nedostatku dobrých nápadů, jak systém řídit a regulovat. Problém je v praktické neschopnosti vlády něco zde doopravdy prosadit. Ministři zdravotnictví jsou v podstatě jen bezbrannými loutkami v ruce mocné lobby nemocnic, mocných organizací lékařů a jiných zdravotníků. Nesmyslná a chaotická reforma veřejné správy navíc sociální demokracii i ve zdravotnictví problémů spíše přidala, než ubrala. Přibyl další mocný hráč v systému, krajské úřady. Paní ministryně se mylí, když tvrdí, že dnes „každý z nás doplácí ročně částku 1300 Kč“. Ta částka je průměrným vyjádřením spoluúčasti. A tak každý, kdo něco ví o průměrech, si snadno představí jak občan vysokou pod tímto číslem, stejně jako ty vysoko nad ním. Vždyť již dnes je zcela obvyklé, že občané za léky doplácí každý měsíc několik stokorun. Dvoutisícový limit na spoluúčast, jak jej předkládá paní ministryně, je úsměvným populistickým gestem. Mohlo by se líbit těm, kteří již dnes doplácí na zdravotní péči více než ony magické dva tisíce. Motivační síla takového limitu, vedoucí k úsporám, je však zřejmě snad jen autorce toho návrhu. Kdyby se „po dovršení limitu neplatilo vůbec nic“, pak je opravdu hodně sporné, proč by mělo toto opatření něco změnit na snadnosti, se kterou naši občané konzumují zejména bagatelní zdravotní péči. Zdravotnictví je především nákladná záležitost. Ve své špičkové podobě pak extrémně nákladná. Jediným řešením, jak zachovat systém všeobecného zdravotního pojištění funkční, je radikální omezení rozsahu té zdravotní péče, která je poskytována „bezplatně“. Bez nějaké skutečné kontroly korunou to nepůjde. Můžeme uvažovat o systému individuálních zdravotních účtů. Můžeme se bavit o přímých úhradách

Taktika s.r.o.



za rutinní a málo nákladnou ambulantní i lůžkovou péči (něco na způsob spoluúčasti při havarijním pojištění motorových vozidel). Můžeme leccos. Nicméně o těch možnostech by se měla vést vážná politická debata, která by jejich prosazení zabezpečila dostatek politické síly. Jen politická dohoda napříč stranami může takovou reformu zahájit, jenom taková dohoda může reformu zdravotnictví uhájit před protichůdnými zájmy nejrůznějších lobby. Bez ní jsou tyto návrhy jen křikem do tmy. Paní ministryně si to ostatně mohla dokonale vyzkoušet na tom, jak její zákony procházejí (či spíše neprocházejí) naším parlamentem.

Za špatný spánek dětí mohou rodiče

Odborníci tvrdí, že některým dětem není dopřána ani taková běžná záležitost, jakou je kvalitní spánek. Dvě třetiny dětí si tak do začátku osmého roku po narození nesou spánkový deficit v celkovém úhrnu čtyři a půl tisíce hodin. Podle výzkumu vědců z Loughboroughské univerzity jeden z deseti rodičů přiznal, že svým dětem nikdy před spaním nepřečetl pohádku. A právě špatný přístup dospělých a jejich nezdravé návyky mají na vývoj dítěte a kvalitu jeho spánku největší vliv, míní odborníci. Namísto toho, aby se dítě v klidu uložilo do své postýlky, rodiče je uklidňují a svým hlasem při čtení pohádky uspalí, usínají děti u televize. Její program bývá právě večer a v noci velmi agresivní a nevhodný pro nevypěšlou psychiku. Extrémní případy nejsou výjimkou. Jde například o situace, kdy děti hrají počítačové hry dlouho do noci, dokud neodpadnou. Jedno dítě z osmi spí méně, než je doporučovaná délka spánku pro dospělého člověka. Kritickou skupinou jsou děti rodičů pracujících v noci, kteří své potomky zanechávají bez dozoru. Čtvrtina dětí pocházející z takových sociálních podmínek spí méně než osm hodin denně. Rodiče, přesněji celé dvě třetiny z pěti set dotázaných tatínků a maminek, neměli tušení, jak dlouho by dítě mělo spát. Profesor Jim Horne z Loughboroughské univerzity se nad tím pozastavuje: „Postel se mění z místa určeného pro odpočinek v zábavní podnik lákající děti k různým činnostem, mezi nimi k hrám na počítači nebo ke sledování televize. Dětem bych nedovolil, aby se koukaly z postele na televizi. Televize v jejich pokoji by neměla vůbec být.“

Bolest mohou děti cítit už od narození

I děti mohou postihnout bolesti zad, hlavy či kloubů. Na rozdíl od dospělých ale jen málokdy dokážou děti své pocity přesně popsat.

Tu situaci někdy zažil snad každý rodič. Uprostřed noci miminko vytrvale řve. Nechce pít, hračky je nezajímají, sebedůmyslnější natřásání nepomáhá. Něco je trápí, my nevíme co a propadáme pocitu bezmoci. Zvláště když se přidá babička s dobrou radou: „Jen ho dejte do postýlky, do rána to zaspi. Takovýho prcka ještě nic ani bolet nemůže.“ Dítě se opravdu za čas unaví a usne. Určitě to ale není proto, že by nemohlo cítit bolest. „Bolest děti zcela jistě cítí už od narození. Proto i u těch nejmenších, nedonošených, používáme léky na utlumení, pokud jim chceme provádět nějaký bolestivý zákrok. Operace se pak samozřejmě dělají v narkóze,“ říká MUDr. Jan Melichar z novorozeneckého resuscitačního oddělení pražské podolské porodnice.

Už novorozenci dokážou bolest předvídat

A už od narození dokáží děti také bolest předvídat. Lékaři v Torontu srovnali novorozence, kteří prodělali opakované krevní odběry z paty v průběhu první 36 hodin života, s těmi, kteří takto frekventované bolesti čelit nemuseli. Děti, které už zákrok prodělaly, před dalším odběrem při dezinfekci místa vpichu mnohem více plakaly a objevovaly se u nich bolestivé grimasy. Svůj nepříjemný zážitek si pamatovaly. Děti si velmi rychle osvojují způsoby, jak dát okolí najevo, že je něco bolí. Už ve dvaceti měsících používá devadesát procent dětí pro bolest specifický výraz. Ještě dlouho ale trvá, než dítě dokáže bolest přesně popsat (to ostatně dělá problémy i dospělým). Používají se proto nejrůznější metody, které jim mají vyjádření usnadnit. Někdy malují bolestivé oblasti pastelkami do obrázku do panáčka, jindy ukazují intenzitu bolesti na jakémsi papírovém „bolestměru“. Ani pro zkušeného odborníka ale není snadné odlišit, do jaké míry dítě trápí bolest a do jaké strach. Asi nejčastěji se se zvládním dětského strachu a bolesti potýkají dětské zubní lékaři. „A přitom je to zcela zbytečné. Dětská stomato-

logie je především o prevenci. Pokud rodiče dbají na to, aby si dítě zuby správně čistilo a nenapájeli je zbytečně sladkými nápoji, k nějakým nepříjemným zákrokům většinou není důvod. My pak v ordinaci můžeme jen chválit a rozdávat obrázky,“ říká MUDr. Ludmila Heřmanová z dětského oddělení Stomatologické kliniky FN Plzeň. „Samozřejmě máme možnost dítě ošetřovat v krátkodobé sedaci nebo dokonce v celkové narkóze, ale vše je pak mnohem složitější,“ dodává. „I krátkodobá sedace musí probíhat v přítomnosti anesteziologa, proto k ní v běžných ordinacích dochází jen zcela výjimečně,“ upozorňuje doc. MUDr. Zdeněk Broukal, CSc., z Výzkumného ústavu stomatologického.

Jak pomoci dítěti při návštěvě zubaře

- Jako i jinde ve výchově i zde hraje velkou roli osobní příklad. Pokud dítě ví, že rodič sám chodí k zubnímu lékaři pravidelně a netváří se u toho nijak mučednický, bude snáze brát zubní prohlídku jako samozřejmost.
- Vezměte dítě k zubaři ještě jako batole, i když žádné potíže nemá. Kromě toho, že i takto časná preventivní prohlídka má svůj význam, dítě si v ideálním případě zafixuje zubního lékaře a jeho sestřičku jako příjemné osoby, se kterými je radost pohovořit.
- Nesnažte se dítě uchláchat tím, že mu zubní lékař stejně nebude nic dělat. To pomůže dítě dostat do zubařského křesla jen jednou. Do budoucna se takový postup vymstí. Ztracená důvěra by se už nemusela obnovit.
- Mějte pochopení i pro lékaře. Ošetřování nespolupracujícího dítěte je stresující i pro něj. Proto mnoho zubních lékařů raději děti vůbec neošetřuje.

Nový lék zabrání předčasným porodům

Až o několik dní dokázali vědci oddálit porod u laboratorních myší díky injekcím látky trichostatin A.

Vědci našli způsob, jak oddálit porod. Nová metoda by se v budoucnu mohla využít jako prevence proti předčasným porodům. S odvoláním na tým amerických vědců z Texaské univerzity o tom informovala BBC. Do současnosti byla nová technika úspěšně testována zatím jen na myších, ale podle odborníků nic nebrání tomu, aby stejně fungovala i u lidí. Americkým vědcům se pomocí látky nazývané trichostatin A podařilo u myší oddálit porod o jeden až dva dny. To je vzhledem k tomu, že normální délka březosti myší je pouhých devatenáct dnů, považováno za velký úspěch. Nový objev vychází z poznatků o tom, jak významnou roli hraje pro zdárný průběh těhotenství hormon progesteron, který je přirozeně produkován vaječníky. Tento ženský pohlavní hormon změkčuje výstelku dělohy, která drží vajíčko a během těhotenství zabraňuje stahům dělohy. Při porodu přitom tlumí efekt progesteronu odeznívá a umožňuje tak počátek stahů dělohy. Injekcemi trichostatinu A se nyní odborníkům podařilo tento tlumící efekt prodloužit. Droga působí na receptory, které jsou progesteronem stimulovány v průběhu těhotenství, ale při porodu samém nefungují. Trichostatin A zabrání výpadku stimulace receptorů, a tím umožní progesteronu oddálit porod. „Náš objev může mít velký dopad na péči o ženu u těhotenství i na kvalitu života jejich dětí v budoucnu,“ říká vedoucí výzkumného týmu Carole Mendelsonová. Velký význam bude nový lék mít, pokud se podaří dosáhnout vysokého účinku již v relativně raném stadiu těhotenství. „Mezi dvacátým druhým a dvacátým šestým týdnem těhotenství se každý den, o který se podaří porod oddálit, zvýší šance dítěte na přežití o tři procenta,“ uvedl pro BBC porodník Ron Lamont. „Ovšem pokud by lék účinkoval pouze mezi 32 a 36 týdnem, nebude mít ani zdaleka takový vliv. Po 30 týdnu je šance dítěte na přežití více než devadesátiprocentní.“ Předčasný porod je přitom v USA hlavní příčinou úmrtí novorozenců. Děti, které přežijí, jsou pak často postiženy různými nemocemi a vývojovými poruchami. Tento problém v současnosti v USA nabývá značných rozměrů. Jen za posledních 20 let stoupl počet předčasných porodů o 27 procent a každé osmé dítě tak přichází na svět před 37. týdnem těhotenství.



Předběžný program

XII. MORAVSKOSLEZSKÉ PEDIATRICKÉ DNY

Témata:

Hypotonie u dítěte, Poruchy vědomí v dětství, Moderní trendy v rehabilitaci dětí, Novinky v antibiotické terapii u dětí

OSTRAVA - hotel ATOM - 7. - 8. 11. 2003

Klinika dětského lékařství FNŠP Ostrava, Zdravotně - sociální fakulta Ostravské univerzity,
Česká pediatriká společnost ČLS JEP, Česká lékařská komora

Organizační informace:

Místo konání: kongresový sál hotelu ATOM, Zkrácená 2703, 700 30 Ostrava, <http://www.atom.cz>

Ubytování: závazná přihláška přiložena k Předběžnému programu, adresátem je recepce hotelu Atom

Kongresový poplatek: 300,- Kč (neplatí aktivní účastníci a zástupci sponzorujících firem).

V rámci poplatku jsou kongresové materiály a vstup na společenský večer dne 7.11.

Platba složenkou (do 1.11.) na účet u KB Ostrava

(FNŠPO, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava, č. účtu 65137 - 761/0100, v.s. 079902) nebo při registraci.

Akce je registrována ČLK a hodnocena 5 kredity v rámci postgraduálního vzdělávání lékařů.

Adresa pro korespondenci:

MUDr. Jaroslav Slaný, CSc., přednosta kliniky nebo MUDr. Tereza Šuláková, zást. přednosta pro vědu a výuku
Klinika dětského lékařství, FNŠP Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba
tel.: 597 371 111, 597 373 501- 5, 597 373 552, fax: 596 917 340
e.mail: jaroslav.slany@fnspo.cz, terezie.sulakova@fnspo.cz

Závazná přihláška pouze k ubytování

XII. Moravskoslezské pediatriké dny

Jméno, příjmení, titul:

Adresa ke korespondenci: PSČ:

Tel. (fax): e-mail: @

Přihlašuji se tímto závazně k ubytování v hotelu ATOM, a to v termínu:

Ze 6.11. na 7.11.

ANO

NE

Ze 7.11. na 8.11.

ANO

NE

(Svou volbu vyznačte jednoznačně - zakroužkováním!)

V části hotelu ATOM „Standard“:

Cena jednolůžkového pokoje na 1 noc (vč. snídaně) je 1050,- Kč vč. DPH, cena dvoulůžkového pokoje na 1 noc (vč. snídaně) je 1740,- Kč vč. DPH

.....
datum

.....
podpis, razítko

Tuto závaznou přihlášku odešlete nejpozději do 30.10. 2003 na adresu:

Recepce hotelu ATOM, Zkrácená 2703, 700 30 Ostrava, tel.: 596 702 807, 596 702 806, fax: 596 702 860, e-mail: hotel@atom.cz



**Česká pediatriká společnost
Lékařská fakulta MU Brno
Fakultní nemocnice Brno
a Lázně Luhačovice, a.s.**

si Vás dovoluji pozvat na Luhačovické pediatriké dny,
které se konají ve

dnech 25.-26.října 2003.

Téma odborné konference:

**„Výživa dítěte
ve zdraví i nemoci“**

Hlavní okruhy:

Výživa novorozenců, kojenců, adolescentů, těhotných
a kojících matek.

Výživa etnických menšin.
Alternativní poruchy výživy.

Obezita, mentální anorexie, bulimie.

Psychologické aspekty poruch výživy

Odborný garant konference:

prof. MUDr. Hana Hrstková, CSc.,
přednostka I. dětské kliniky FN Brno

prof. MUDr. Zuzana Brázdová, DrSc.,
přednostka Ústavu preventivního lékařství MU v Brně

V případě zájmu kontaktujte prosím:

Ludvík Pavlišťík, II. dětská léčebna
Čs. armády 465, 763 26 Luhačovice
tel.: 577 133 645, 577 682 361, 602 249 668
e-mail: pavlistik@lazneluhacovice.cz,
pavlistik@volny.cz

Radmila Krčmová
Lázně Luhačovice, a.s.
Lázeňské náměstí 436, 763 26 Luhačovice
tel.: 577 682 248
e-mail: krcmova@lazneluhacovice.cz

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.**

Prodám vyšetřovací stůl

Prodám starší vyšetřovací stůl Ergon 70x180 cm, výška asi 70 cm,
s polohovatelným dílem pod hlavu, včetně matrace.
Tel.: 326 325 552.

Pronajmu praxi

Pronajmu menší pediatričskou praxi v Moravskoslezském kraji v budoucnu
s možností odkoupení. Tel.: 604 578 064, denně od 16,00 hod.

Hledám 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

Přenechám ordinaci

Přenechám ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, venkovský obvod
15 km od Ostravy. Telefon po 17. hod. - 604 402 770.

Zpráva pro lůžková oddělení nemocnic a pro PLDD:

Ředitelství FN Motol přidělilo na I. a II. dětskou kliniku v Motole mobilní telefo-
ny pro žurnální pohotovostní služby. Tento způsob by měl zjednodušit a urych-
lit kontakt s příjmovou službou interních dětských klinik.

V síti T-mobile jsou 24 hodin dostupná následující dvě čísla:

I. dětská klinika = **603 489 786**

II. dětská klinika = **603 489 785**

Tato čísla jsou určena především pro mimopražské kolegy, kteří chtějí urgent-
ně vyjednat příjem dětského pacienta do Fakultní nemocnice v Motole. Na te-
lefonu se Vám ozve služba mající lékaře, se kterým je možno pak dohodnout
další podrobnosti.

SPOLEČENSKÁ RUBRIKA

S hlubokým zármutkem v srdci oznamujeme,
že v sobotu dne 21. 6. 2003
tragicky zahynul ředitel zastoupení Aventis Pasteur,
naš drahý kolega a nenahraditelný přítel,
pan
MUDr. Jaroslav Prokopec, CSc.
Prosíme, vzpomeňte na něho s námi,
na člověka s darem hlubokého lidství a vnitřního bohatství,
které nám všem rozdával, a které nám bude chybět.
Věnujme mu chvíli ticha a hlubokou soustrast jeho rodině.
Děkujeme!