

leden 2004 ■ číslo 1 ■ ročník 4

# VOX PEDIATRIAE

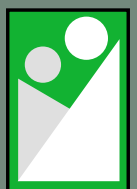
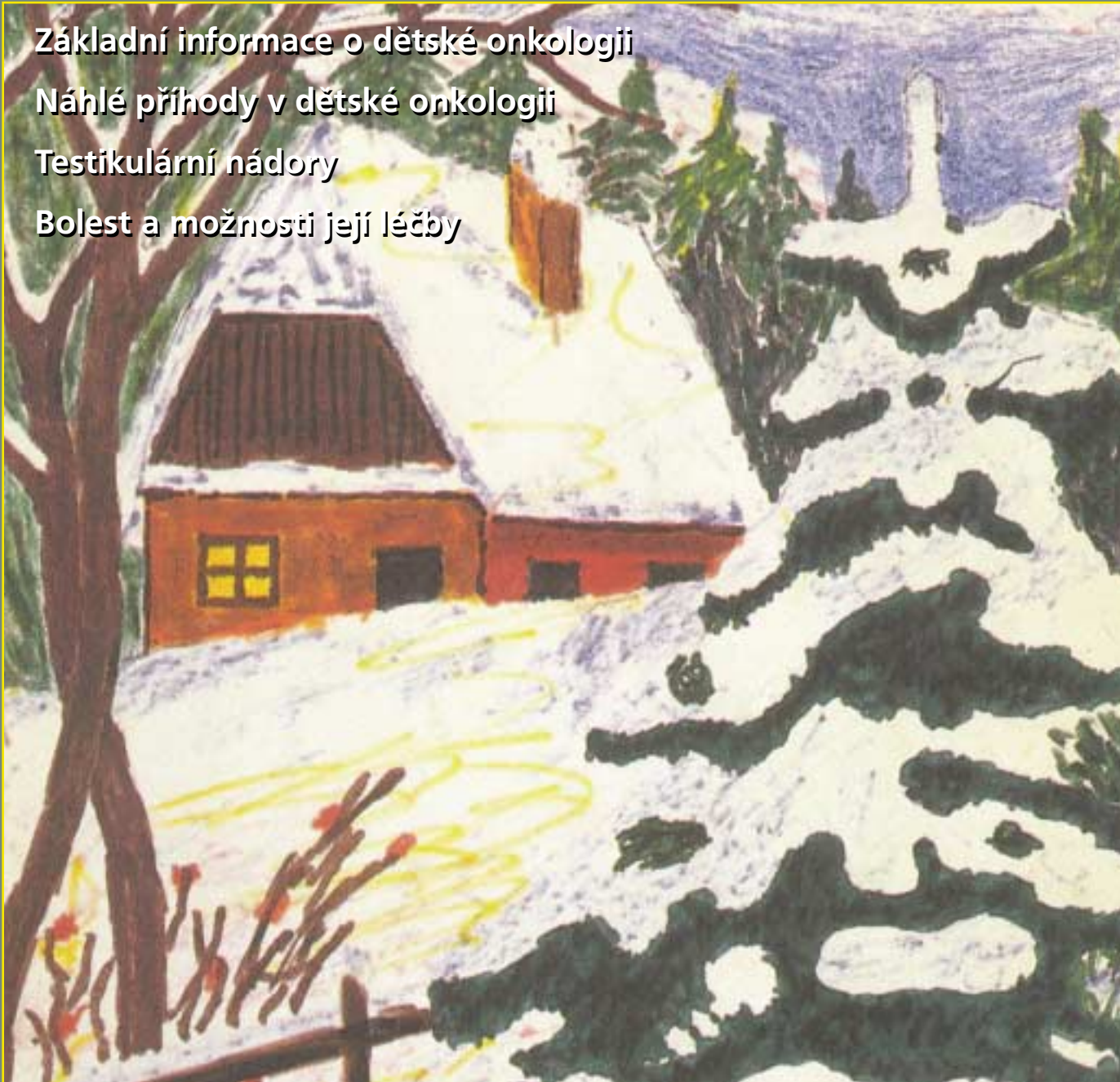
časopis praktických dětských lékařů

Základní informace o dětské onkologii

Náhlé příhody v dětské onkologii

Testikulární nádory

Bolest a možnosti její léčby



OSPDL ČLS JEP

tiráž...

## VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

### 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 garantován

Sdružením praktických lékařů

pro děti a dorost ČR

zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem

ve spolupráci s Odbornou společností

praktických dětských lékařů ČLS JEP

zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.

### Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

### Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

### Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

### Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze  
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické  
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.

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

vydavatelství

**MEDIX** Branická 141, 147 00 Praha 4

tel.: 261 260 412, e-mail: vox@imedix.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc prosinec	5
Koalice ambulantních lékařů	6
Termínový kalendář na rok 2004	7
Podmínky financování převodu praxí	8
Aktuální daňové informace k dani z příjmů	9
K darování privátní lékařské praxe	10



Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP	12
Prof. MUDr. J. Koutecký, DrSc., Prim. MUDr. V. Šmelhaus	
Základní informace o dětské onkologii	13
MUDr. Z. Černá	
Nejdůležitější příznaky nádorových onemocnění	14
MUDr. T. Kepák a kol.	
Náhlé příhody v dětské onkologii	16

MUDr. V. Bajčiová, CSc., Doc. MUDr. J. Štěrba, PhD.	
Testikulární nádory u dětí a mladistvých	20
MUDr. J. Lejčko	
Bolest a možnosti její léčby	24

Přehled doškolovacích kurzů	28
Kurzy katedry pediatrie IPVZ	30



Aktuality	32
Řádková inzerce	38



NAKLADATELSTVÍ  
**UMÚN**

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



Vážené kolegyně a kolegové,  
dostáváte do ruky první číslo již čtvrtého ročníku časopisu VOX PEDIATRIAE. Dovolte mi proto krátké ohlédnutí za činností členů redakční rady, kteří se snažili spolu s autory odborných článků o to, abyste na stránkách tohoto časopisu dostávali co nejaktuálnější informace. A to nejen z odborných kruhů české medicíny, ale i profesní informace na kterých často stále závisí existence nás, provozovatelů dětských nestátních zdravotnických zařízení.

Nedílnou součástí časopisu byly drobné aktuality, které se svým spektrem dotýkaly různých okruhů zdravotnictví u nás i v zahraničí. Velmi prospěšnou se ukázala spolupráce mezi VOXEM a libereckým nakladatelstvím UMÚN,

kteří nám zajišťují originální titulní stránku a současně umožňují SPLDD finančně podporovat tělesně postižené umělce, kteří tyto krásné malby vytváří.

Nelze samozřejmě pominout výbornou spolupráci s vydavatelstvím MEDIX, které zajišťuje technicko-grafickou stránku vydání. Také stále se rozvíjející spolupráce s generálními partnery, bez jejichž vydatné finanční podpory by VOX nebyl pro Vás tím, čím je – členským časopisem pro „všední“ dny praktických dětských lékařů. Dokazuje to i nejnovější průzkum Media Reportu, provedený firmou CEGEDIM CZ s.r.o., který časopis VOX řadí na nejpřednější místo ve čtenosti časopisů, určených lékařské veřejnosti.

Výsledky průzkumu čtenosti je pro všechny, kteří pro Vás měsíčně časopis připravují, velkou výzvou do budoucnosti. Jsme si vědomi, že není lehké udržovat vysoké standardy úrovně odborných článků tak, aby byly přínosem pro zvyšování úrovně Vašich odborných znalostí a zároveň nesklouzly na úroveň vysoce specializovaných informací, které nejsou příliš použitelné v každodenní pediatrické praxi. Proto je třeba poděkovat autorům odborných článků, že se jim zatím daří poutavou a jednoduchou formou přinést maximum odborných informací, které jsou vodítkem pro zvýšení kvality péče o naše dětské pacienty.

V tomto roce bychom Vám na stránkách VOXU rádi přiblížili aktuální odbornou problematiku z oborů: endokrinologie, psychiatrie, dětské neurologie, kardiologie, TV lékařství, vyšetřovacích metod, alternativní medicíny, smyslových vad a chronických systémových onemocnění. Proto bychom přivítali abyste se i Vy podíleli, nejlépe formou kazuistik, na zveřejnění zajímavých případů z Vaší praxe ve výše zmíněných odbornostech.

Rádi bychom, aby se v budoucnu VOX stal časopisem oficiálně recenzovaným tak, aby přispěl i autorům odborných článků k posílení jejich odborné prestiže. V budoucnu máme v úmyslu rozšířit stránky VOXU o další, zejména zahraniční odborné články převzaté z čelních evropských pediatrických periodik tak, abychom i my přispěli k „evropskému duchu“ české praktické pediatrie, se kterým se po 1. květnu budeme určitě i v našich ordinacích setkávat.

Dovolte mi proto abych Vám, našim čtenářům, popřál jménem členů redakční rady hodně zdraví, osobní spokojenosti a odborných pracovních úspěchů v roce 2004.

Na stránkách nového ročníku časopisu VOX PEDIATRIAE se na Vás těší

Váš

MUDr. Milan Kudyn

Léčba růstovým hormonem  
Preventivní přístupy u dětských thyreopatií  
Hypokalemické stavy u dětí  
Autoimunní onemocnění v endokrinologii  
Rachitis  
Hodnoty krevního tlaku dětí



## seznam inzerujících firem

ABBOTT LABORATORIES  
BOEHRINGER INGELHEIM  
BOOTS  
ČESKÁ SPOŘITELNA  
HIPP  
NESTLÉ  
ORION DIAGNOSTICA  
STIEFEL  
UCB PHARMA

## 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 - 20,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

**Středa**

16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová

13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn

17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

**Čtvrtek**

17,00 - 19,00 - MUDr. Tomáš Soukup

10,00 - 13,00 - MUDr. Milan Kudyn



# Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc prosinec

MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda SPLDD ČR

Prosinec byl tím správným vyvrcholením roku i v případě postupného propadu našeho zdravotnictví do ekonomické krize. Stále intenzivněji se objevovaly otázky typu, jak to bude s úhradami za naši činnost. Pro neřešení problémů, resp. jen hašení požárů, přistoupili zástupci Koalice ambulantních lékařů k přípravě prvního, zatím velmi mírného, výstražného kroku k upozornění na narůstající problémy našeho zdravotnictví. S napětím budeme očekávat, co nám přinese nový rok, navíc v prostředí tzv. ekonomické reformy, ale také v prostředí našeho vstupu mezi země EU...

**2.12.** – Mladoboleslavská zdravotní pojišťovna ŠKODA sezvala spolupracující lékaře k představení možnosti komunikace prostřednictvím Portálu zdravotních pojišťoven, obdobné aktivity bylo možno zaznamenat i od jiných ZP, pomalu, resp. ne moc pomalu bychom si měli zvykat na moderní způsoby komunikace, opakovaně na tuto skutečnost upozorňujeme i v našem časopise

**3.12.** – na tento den bylo svoláno mimořádné dohodovací řízení o cenách, gynekologové vyvinuli aktivitu k vytvoření samostatného segmentu poskytovatelů s možností odlišného typu úhrad od ostatních ambulantních specialistů, i když jednání nedospělo k jednoznačnému závěru a bude pokračovat, je nutno řešit jejich postavení jak k segmentu ambulantních specialistů, tak i k ostatním skupinám lékařů primární péče, kam jsou legislativně řazeni

**3.12.** – na půdě ZP MV proběhlo jednání na téma diferencované kapitační platby na podkladě ekonomické analýzy nákladovosti; škoda, že tato aktivita přichází v době, kdy jinde se již hlasitě diskutuje o již překonaném modelu čistě ekonomických kritérií hodnocení činnosti jednotlivých ambulancí

**4.12.** – na parlamentní půdě proběhl seminář na téma LSPP; trvá značná nejednota v pohledu na tuto problematiku, od snah „hodit“ tuto problematiku zcela na bedra praktických lékařů po úplné vymazání tohoto druhu činnosti z naší zdravotní soustavy; žádné převratné výstupy se však nekonaly

**9.12.** – za značných rozpaků ze strany primářů dětských lůžkových oddělení proběhlo jednání na půdě Královéhradeckého kraje na

téma budoucnost pediatrické péče v tomto kraji za účasti krajského zdravotního rady, zástupců naší organizace a již zmíněných primářů dětských lůžkových zařízení; zahájení diskuse na toto téma však považuji za nezbytné ve všech krajích, nebo se dočkáme překvapivých rozhodnutí od „zeleného stolu“

**10.12.** – v prostorách Parlamentu proběhla schůzka zástupců Koalice ambulantních lékařů spolu s Českou lékárnickou komorou a ministryní zdravotnictví; schůzka měla rozptýlit naše obavy z budoucnosti systému našeho zdravotnictví a postavení ambulancí v něm, zůstalo však pouze u proklamací již dobře známých bez jasné vize praktických krků k ozdravení; opět převládlo

látání děr před koncepčními změnami

**11.12.** – pro změnu na půdě ministerské se konal seminář na téma Komunitní péče v České republice; asi nadčasová diskuse o rozvoji určité oblasti zdravotnictví v systému, který není dosud řádně definován ve svém základu

**23.12.** – vrcholí přípravy Štědrého dne; kdy skončí štedrost našeho zdravotního systému na straně jedné a přehlížení významu primární péče na straně druhé?

**31.12.** – vrcholí pro změnu přípravy na oslavy příchodu nového roku; kdy budeme moci slavit my vyléčení naší nemocné zdravotní soustavy?

Vážené kolegyně a kolegové,

dovolujeme si vás pozvat jménem výboru Sdružení praktických lékařů ČR na

## **1. kongres SPL ČR, pořádaný dne 20.-21.2.2004 v hotelu Imperial, Ostrava.**

Témata tohoto kongresu se dotýkají odborné problematiky (neodkladná péče, bolesti hlavy, systémové enzymoterapie, poruchy lipidového metabolismu), právní problematiky (trestné činy lékařů ve vztahu k zdravotnické dokumentaci, správní řízení, vztah lékař – pacient – souhlas s léčbou, spory se zdravotními pojišťovami), úhrady zdravotní péče (možnosti spoluúčasti pacientů, platby státních orgánů za činnost PL).

Program začíná v pátek v 11,00 hodin a v sobotu večer pokračuje společenským programem včetně 6. reprezentačního plesu SPL.

Zájemci o účast a ubytování se hlase na:

TARGET-MD s.r.o., Kateřina Marhoulová,

e-mail: katka.marhoulova@tiscali.cz, target.md@wo.cz, tel: 777 871 057



# Koalice ambulantních lékařů

V tomto vydání našeho časopisu se pokusím shrnout aktivity volného uskupení ambulantních lékařů sdružující vedoucí představitele organizací reprezentující převážnou část ambulantních lékařů. V průběhu celého roku jsme Vás informovali na stránkách našeho časopisu o nejdůležitějších aktivitách Koalice ambulantních lékařů, je na čase bilancovat předešlý rok. Možná to poslouží i k pochopení, proč jsou nezbytné kroky, které začaly výstražným přerušením činnosti dne 6.1.2004.

## ■ Část první

### 22.1.2003 – Tisková konference Koalice

■ Z dostupných informací vyplývá nesystémové řešení zadluženosti nemocnic – sanace z prostředků veřejného zdravotního pojištění

### 28.1.2003 – Otevřený dopis zástupců ambulantních lékařů ministryni zdravotnictví

■ Citace textu: „...se znepokojením sledujeme vývoj financování zdravotní péče...Ministerstvo zdravotnictví a vláda v pravidelných intervalech opakovaně rozhodují o výši a způsobu úhrad za zdravotní péči, pokud nedojde k dohodě mezi zdravotními pojišťovkami a poskytovateli. Svými rozhodnutími ale zasahují i do rozdělení finančních prostředků mezi jednotlivými segmenty zdravotnictví...je soustavně upřednostňována lůžková péče na úkor péče ambulantní...Ministerstvo zdravotnictví ČR a vláda se pokoušejí rozhodovat o užití veřejných peněz (prostředků veřejného zdravotního pojištění) (a zneužívají toho k prosazování své politiky – namísto toho, aby byla konečně vymezena taková péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění, kterou je schopen systém pojištění uhradit...raději bychom dali přednost urychlenému jednání a dohodě o nápravě stavu...zástupci ambulantních lékařů nuceni obrátit se na soud...“

■ Odezva kompetentních míst nulová

## ■ Část druhá

### 25.2.2003 – Podání veřejnému ochránci práv ve věci zrušení vyhlášky MZ č. 532/2002 Sb. o výši úhrad (podání ČSK – zástupci Koalice se připojují)

■ Citace textu: „...vyhláška některými svými ustanoveními porušuje ústavní princip rovnosti, vyplývající z ust. čl. I Listiny základních práv a svobod...neodůvodněně ekonomické zvýhodnění dvou skupin zdravotnických zařízení na úkor ostatních... ekonomické zvýhodnění...není ve veřejném zájmu, neboť jednoznačným veřejným zájmem je řádné fungování systému...“

### 25.3.2003 – Podání stížnosti

### Ústavnímu soudu ve věci zrušení vyhlášky MZ č. 532/2002 Sb. o výši úhrad (podání SPL ČR a SPLDD ČR)

■ Citace textu: „...při vydání...nebyla respektována procedurální pravidla zákonodárského pro-

cesu, která jsou jedním ze zásadních hledisek právního státu... nebyla... splněna nejen podmínka vydání právního předpisu v mezích zmocnění zákonem, ale předmětná vyhláška byla dokonce vydána zcela bez existence tohoto zákonného zmocnění...došlo ke stanovení podmínek a omezení garantovaného práva podnikání...“

## ■ Část třetí

### 23.5.2003 – Odpověď Veřejného ochránce práv JUDr. Otakara Motejla

■ Citace textu: „...přes výhrady...neuvažují prozatím o podání vlastního návrhu na zrušení vyhlášky...v současnosti nepovažují za věcně přiměřené...proto jsem se obrátil s kritickými připomínkami na ministryni zdravotnictví...aby se obdobná situace již neopakovala...“

### 11.11.2003 – Usnesení Ústavního soudu České republiky

■ Citace textu: „...Ústavní soud rozhodl...takto...návrh se odmítá...nelze považovat vydávání obecně závazných právních předpisů ústředními orgány státní správy za zásah veřejné moci do základního práva...odmítnout, jako návrh podaný někým zjevně neoprávněným...“

## ■ Část čtvrtá

### 28.4.2003 – Žádost o schůzku s ministryni zdravotnictví MUDr. Marií Součkovou

■ Citace textu: „...z pověření Koalice ambulantních lékařů...žádám o přijetí...na které by se projednaly dopady proběhnuvšího dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad.. a úvahy ministrystva o financování zdravotnictví vůbec...“

### 6.6.2003 – Schůzka s ministryni zdravotnictví MUDr. Součkovou, Brno

#### ■ Hlavní projednávané okruhy

- Příliš vysoká míra solidarity
- Neexistence regulačních mechanismů na straně pacienta
- Neexistence exekuční pravomoci ZP
- Některovatelné čerpání zdravotní péče cizinci
- Neexistence 100% přerozdělení
- Neexistence vazby nových léčebných metod na finanční zdroje
- Nesprávné rozdělení prostředků mezi lůžkovou a ambulantní péči

- Nedůstojná pseudokonkurence zdravotních pojišťoven...

#### ■ Navrhovaná opatření

- Oddělení fondů lůžkové a ambulantní péče – nikoliv fixní, a navěky ve stávající výši
- Redukce nadbytečných lůžek
- Zamezení zneužívání prostředků zdravotního pojištění na sociální účely
- Finanční spolučast pacientů
- Vytvoření podmínek pro komerční připojištění
- Omezení solidarity a redukce výkonů hrazených ze solidárního pojištění

### 6.6.2003 – Prohlášení

#### ministryně zdravotnictví

■ Citace textu: „Se znepokojením sleduji zprávy poskytovatelů zdravotní péče o zhoršující se platební kázní...bude po VZP požadováno vysvětlení celé situace...pojišťovny dostávají prostředky...rozdávají nekontrolované...“

## ■ Část pátá

### 28.9.2003 – Prohlášení shromáždění praktických lékařů z Milov – projednáno s Koalicí

■ Citace textu: „...svoláme společně veřejné zasedání krizových štábů všech organizací ambulantních lékařů...rozhodnou o termínech a způsobu provedení...protestních akcí...“

### 11.10.2003 – Otevřený dopis prezidenta České lékárnické komory ministryni zdravotnictví

### 14.10.2003 – Prohlášení Koalice ambulantních lékařů k současné krizi ve zdravotnictví

■ Citace textu: „koalice požaduje...vymezení rozsahu péče poskytované z veřejného zdravotního pojištění...zajištění výběru pojistného od dlužících státních podniků...navýšení platby pojistného za pojištěnce, za které hraď pojistné stát...snížení počtu nemocnic...pokud vláda neprovede reformní kroky a neposkytne záruky vedoucí k vedoucí k okamžité stabilizaci systému...přistoupit k protestním akcím...“

### 17.10.2003 – Žádost o schůzku s předsedou vlády PhDr. Vladimírem Špidlou

■ Citace textu: „...dlouho neřešené systémové problémy našeho zdravotnictví...dovolujeme požádat o...schůzku...“

**Část šestá****29.10.2003 – schůzka s ministryní zdravotnictví MUDr. Maríí Součkovou**

▪ Proklamace, proklamace, proklamace..., světlo v tunelu nespátřeno, vše se do nekonečna opakuje...

**31.10.2003 – odpověď předsedy vlády****PhDr. Vladimíra Špidly**

▪ Citace textu: „...na Vaše názory bude brán

*zřetel...osobní schůzku Vám v současné době nemohu přislíbit...“*

**18.11.2003 – plánována schůzka****s ekonomickým náměstkem MZd****JUDr. Cívínem...**

▪ Neuskutečněna pro jiné povinnosti

**Část sedmá****20.11.2003 – setkání krizových výborů**

▪ Termín první symbolické protestní akce na-

plánován na 6.1.2004, zahájeny přípravy upo-  
zorňujícího plakátu

▪ Stále ještě poskytnut prostor k jednání...

*Pro Vox pediatriae připravil:*

**MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR**

**TERMÍNOVÝ KALENDÁŘ SPLDD a OSPDL NA ROK 2004**

Región	akce	datum	místo	organizátor
Severočeský	vzdělávací seminář - Ortopedie a rehabilitace se zaměřením na školní věk a adolescenci	28.2.2004	hotel Vladimír, Ústí nad Labem	OSPDL
Jihočeský	konference	6.3.2004	Jindřichův Hradec - Hotel Concertino	SPLDD
Severomoravský	konference + Ortopedie a rehabilitace se zaměřením na školní věk a adolescenci	13.-14.3.2004	Malenovice	SPLDD+OSPDL
Středočeský + Praha	vzdělávací seminář - Pneumoftizeologie a základy funkčního vyšetřování plic	20.3.2004	Kongresové centrum Olšanka	OSPDL
Západočeský	vzdělávací seminář - Pneumoftizeologie a základy funkčního vyšetřování plic	20.3.2004	Šafránkův Pavilon, Plzeň	OSPDL
Jihomoravský	konference	20.3.2004	Brno-Menza Vinařská	SPLDD
Středočeský + Praha	konference	1.4.2004	Praha - Hotel Olšanka	SPLDD
Severočeský	konference	27.3.2004	Liberec - nemocnice	SPLDD
Jihočeský	vzdělávací seminář - Ortopedie a rehabilitace se zaměřením na školní věk a adolescenci	27.3.2004	Hluboká nad Vltavou	OSPDL
Východočeský	konference + Pneumoftizeologie a základy funkčního vyšetřování plic	2.-3.4.2004	Seč - Hotel Jezerka	SPLDD+OSPDL
Jihomoravský	vzdělávací seminář - Pneumoftizeologie a základy funkčního vyšetřování plic	17.4.2004	Kongresové centrum Brno	OSPDL
Západočeský	konference	24.4.2004	Mariánské Lázně	SPLDD
Celorepubliková	Sněm	22.-23.5.2004	Kroměříž	SPLDD
Celorepubliková	Konference OSPDL ČLS JEP	12.-13.6.2004 (19.-20.6.2004)		OSPDL
Jihomoravský	vzdělávací seminář - Ortopedie a rehabilitace se zaměřením na školní věk a adolescenci	25.9.2004	Kongresové centrum Brno	OSPDL
Severomoravský	vzdělávací seminář - Pneumoftizeologie a základy funkčního vyšetřování plic	16.10.2004	Hotel Imperial, Ostrava	OSPDL
Středočeský + Praha	vzdělávací seminář - Ortopedie a rehabilitace se zaměřením na školní věk a adolescenci	23.10.2004	Kongresové centrum Olšanka	OSPDL
Západočeský	vzdělávací seminář - Ortopedie a rehabilitace se zaměřením na školní věk a adolescenci	23.10.2004	Šafránkův Pavilon, Plzeň	OSPDL
Severočeský	vzdělávací seminář - Pneumoftizeologie a základy funkčního vyšetřování plic	6.11.2004	hotel Vladimír, Ústí nad Labem	OSPDL
Východočeský	vzdělávací seminář - Ortopedie a rehabilitace se zaměřením na školní věk a adolescenci	6.11.2004	hotel Amber, Hradec Králové	OSPDL
Jihočeský	vzdělávací seminář - Pneumoftizeologie a základy funkčního vyšetřování plic	6.11.2004	Hluboká nad Vltavou	OSPDL
	Celorepubliková konference	13.11.2004	Praha - Hotel Crystal	SPLDD

Pozn.: Páteřní témata OSPDL - pneumoftizeologie a základy funkčního vyšetřování plic nebyla termínově dosud ČPFS potvrzena.



# Podmínky financování převodu praxí

## na základě spolupráce Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a České spořitelny, a.s.

Ze zvýhodněné nabídky produktů ČS, a.s. určených lékařům (a dalším svobodným povoláním) je na financování převodu (resp. prodeje) praxí nejhodnější **INVESTIČNÍ ÚVĚR**.

### 1. Podmínky produktu

#### Investiční úvěr

■ **doba splatnosti** může být max. 10 let

#### ■ čerpání úvěru

- je vždy účelové, tj. na základě předložených dokladů – v případě prodeje praxe je tímto dokladem příslušná kupní smlouva
- jednorázově nebo postupně dle potřeby klienta

■ **splácení jistiny** – lze stanovit individuálně dle možností klienta, tj. stanovit pravidelný nebo nepravidelný splátkový kalendář

■ **splácení úroků** – měsíční nebo čtvrtletní

#### ■ výše úvěru

- může být maximálně ve výši kupní ceny praxe, případně navýšena o cenu dalších pořizovaných investic (dovybavení ordinace apod.)
- ve zvýhodněné nabídce ČS, a.s. je investiční úvěr nabízen až do částky 1, 5 milionu Kč

#### ■ zajištění úvěru

- individuálně dle možností klienta
- pro úvěry do výše 500 tis. Kč stačí zajištění formou biankosměnky a pojištěním nesplaceného zůstatku úvěru (zástavní právo k pohledávce z pojistného plnění)
- pro úvěry nad 500 tis. Kč je požadováno zástavní právo k nemovitosti nebo věci movité

### 2. Cenové podmínky úvěru

#### ■ poplatek za posouzení žádosti

- vybírá se až po schválení žádosti
- úvěr – klientovi tedy nevznikají náklady spojené s poskytnutím úvěru dříve než má jistotu, že tento úvěr dostane
- stanoven pro začínající lékaře (tj. juniory přebírající praxi) ve výši 2 500,- Kč

#### ■ úroková sazba

- je doporučena pevná sazba, pokud klient má zájem, je možné poskytnout i sazbu pohyblivou odvozenou od základní sazby ČS, a.s. Pevná sazba je fixovaná na celou dobu trvání úvěru, pohyblivá sazba se bude zvyšovat nebo snižovat podle vývoje sazeb.
- přesná výše sazby se odvíjí od hodnocení konkrétního klienta a jeho záměru a dále je závislá i na době splatnosti úvěru

#### Orientační výše úrokových sazeb

– jedná se o sazby průměrné odpovídající aktuální situaci k 11/2003.

Doba splatnosti	typ sazby	
	Pevná	Pohyblivá
2 roky	5 %	5 %
4 roky	5,3 %	5 %
5 let	5,5 %	5 %
8 let	6 %	5,2 %
10 let	6,5 %	5,2 %

### 3. Podklady požadované od klienta

Kromě písemné žádosti o úvěr na formuláři České spořitelny, a.s., jsou požadovány následující podklady:

- potvrzení členství v příslušné profesní komoře
- licence opravňující k podnikatelské činnosti
- nájemní smlouva (pokud přichází v úvahu) – je možné doložit nájemní smlouvu prodávajícího
- účetní závěrky za poslední účetní období (potvrzené FÚ) a k datu aktuálního čtvrtletí (od původního majitele praxe = prodávajícího)

- finanční projekce na dobu trvání úvěru, min. 2 roky
- dokumentace k účelovosti úvěru (např. faktura za přístroje do ordinace)
- čestné prohlášení o majetku a závazcích
- výpis od zdravotních pojišťoven za posledních 6 měsíců (od původního majitele praxe = prodávajícího)
- smlouva o smlouvě budoucí na nákup praxe a hmotného majetku
- případné úvěrové smlouvy, úvěrové přísliby od jiných bank (vč. úvěrů na osobní potřebu)

Pokud bude předložena **Garanční smlouva** uzavřená mezi Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost ČR, nebude ČS, a.s. požadovat potvrzení členství v profesní komoře a licenci.

Pokud bude předloženo **ocenění privátní lékařské praxe** zpracované znalcem, nebudou požadovány od klienta duplicitně následující podklady jako samostatná příloha žádosti o úvěr:

- účetní závěrka za poslední účetní období (potvrzená FÚ)
  - účetní závěrka k datu aktuálního čtvrtletí
- Výpisy od zdravotních pojišťoven za posledních 6 měsíců od původního majitele praxe (postačuje kopie) jsou povinnou přílohou, i když žadatel má zpracované ocenění praxe.

### 4. Další informace

Kromě výše uvedeného investičního úvěru má Česká spořitelna, a.s. pro začínající klienty svobodných povolání připraveny další zajímavé zvýhodněné produkty:

- kontokorentní úvěr pro začínající lékaře až do výše 150 000,- Kč
- provozní úvěr až do výše 500 000,- Kč

## Program Profesionál

...připraven přesně pro potřeby praktických lékařů pro děti a dorost

Česká spořitelna má za sebou velmi úspěšný rok. Získala řadu domácích i mezinárodních ocenění, která dokreslují její změnu v moderní a dynamický, evropský bankovní dům. Těchto úspěchů mohla dosáhnout pouze taková banka, která je flexibilní v nabídce svých produktů. Česká spořitelna takovou bankou je. Při tvorbě specializova-

ných finančních balíčků úzce spolupracuje s řadou profesních komor a sdružení a nabízené finanční programy upravuje přesně dle jejich profesních nároků.

V roce 2003 se Česká spořitelna stala také oficiálním partnerem „Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost“ a tato úzká spolupráce bude pokračovat i v roce 2004. Na jejím základě byl vytvořen **specializovaný balíček finančních produktů a služeb s názvem Program Profesionál, který přesně odpovídá specifickým finančním potřebám dětských praktických lékařů.**

V rámci Programu Profesionál získají dětské lékaři komplexní soubor bankovních produktů a služeb **za zvýhodněných podmínek**. Navíc mohou **čerpat úvěry s atraktivní úrokovou sazbou** s výrazně zjednodušeným administrativním procesem.

Přijďte se sami přesvědčit o výhodách Programu Profesionál, který Vám poskytne kvalitní a moderní správu Vašich firemních financí nebo nás kontaktujte na bezplatné informační lince: 800 207 207.

**čs**





## K darování privátní lékařské praxe

V předchozích příspěvcích byla poměrně podrobně řešena daňová problematika při prodeji privátní lékařské praxe a to jak z pohledu prodávajícího, tak i z pohledu kupujícího. Nelze však opomenout, že se relativně rychle rozšiřuje i počet transakcí bezplatných převodů lékařských praxí. Jedná se především o bezplatné převody na osoby blízké dle občanského zákoníku, ale vyskytují se ve stále větší míře i bezúplatné převody na ostatní fyzické osoby.

Je nutno zcela otevřeně přiznat, že daňová problematika bezúplatných převodů lékařských praxí není zdaleka tak podrobně rozpracována jako je tomu u úplatných převodů. Následující pojednání je proto především souhrnem daňově právních názorů autora. Ten si je vědom toho, že tento jeho názor nemusí být jediným možným názorem. Odsuzuje tak vědomě čtenáře k tomu, že musí sám posoudit sílu předložené argumentace v každém jednotlivém případě.

Bezúplatný převod lékařské praxe bude z daňového hlediska souviset především se zákonem č.357/1992 Sb., o dani dědické, dani darovací a dani z převodu nemovitostí v platném znění a se zákonem č. 586/1992 Sb., o dani z příjmů v platném znění. Prvořadě bude totiž rozhodnout, zda darování privátní lékařské praxe bude předmětem daně darovací nebo předmětem daně z příjmů fyzických osob. Následně se teprve můžeme zabývat otázkou případného osvobození od daně.

### ■ K problematice daně z příjmů

Dle § 3 odst. 4 písm. a) zákona č. 586/1992 Sb., o dani z příjmů v platném znění předmětem daně z příjmů fyzických osob nejsou příjmy získané darováním nemovitosti nebo movité věci anebo majetkového práva, **s výjimkou darů přijatých v souvislosti s podnikáním anebo s jinou samostatnou výdělečnou činností**; předmětem daně u fyzických osob, provozující zdravotnická zařízení není však příjem získaný nabytím daru v souvislosti s provozováním této činnosti.

Jde tedy především o to, zda darování lékařské praxe je darem přijatým v souvislosti s podnikáním a pokud ano, zda se jedná o darování fyzické osobě provozující zdravotnické zařízení.

Dle názoru autora tohoto článku může i nemusí být darování lékařské praxe darem přijatým v souvislosti s podnikáním. Záleží především

vším na tom zda lze obdarovaného vymezit jako fyzickou osobu již podnikající podle zvláštních předpisů.

Pokud ano, pak se sice jedná o dar přijatý v souvislosti s podnikáním, ale osobou provozující zdravotnické zařízení a dar byl získán v souvislosti s provozováním této činnosti. Pak darování nepodléhá dani z příjmů fyzických osob, ale dani darovací.

Pokud obdarovaný není v okamžiku přijetí daru ještě provozovatelem lékařské praxe (zdravotnického zařízení) a nepodniká tedy dosud podle zvláštních předpisů, pak se nejedná o darování přijaté v souvislosti s podnikáním a darování nemůže být předmětem daně z příjmů fyzických osob, ale musí být předmětem daně darovací.

Je otázkou, nakolik se s tímto názorem ztotožní správce daně. Jak však již bylo řečeno v úvodu, jedná se pouze o daňově právní názor autora. Při řešení konkrétního případu bezúplatného převodu lékařské praxe by bylo nezbytné hledat další argumenty k podpoře tohoto názoru, vyplývající z podmínek za nichž by bylo darování praxe realizováno, a to samozřejmě s přihlédnutím k postavení obdarovaného.

S touto výhradou se dále můžeme zaměřit na **daňové dopady z hlediska daně z příjmů fyzických osob**.

### Z pohledu dárce

- U hmotného majetku, který lze odepisovat (§26 ZDP), budou v roce kdy dojde k darování uplatněny daňové odpisy v poloviční výši.

- Případná zůstatková cena tohoto darovaného hmotného majetku nebude při vyřazení daňově uznatelným výdajem.

- U zásob pořízených v roce darování se sníží daňově uznatelné výdaje o jejich pořizovací cenu.

- U zásob pořízených a uplatněných jako daňově uznatelný výdaj v předchozích zdaňovacích obdobích se o jejich pořizovací cenu zvýší základ daně z příjmů fyzických osob.

### Z pohledu obdarovaného

- Hmotný majetek, který lze odepisovat (§26 ZDP) bude zanesen do knihy majetku ve vstupní ceně stanovené pro účely daně darovací (§29 odst. 1. písm. e) ZDP) a odepisován.

- Zásoby se zaevidují do pomocné účetní knihy zásob v ocenění reprodukční cenou a nejsou výdajem na dosažení, zajištění a udržení zdanitelných příjmů.

- Při prodeji těchto zásob nebudou příjmy

ve výši jejich reprodukční ceny zahrnuty do základu daně (§23 odst.4. písm.d) ZDP).

### ■ K problematice daně darovací

Problematiku daně darovací řeší zákon č. 357/1992 Sb., o dani dědické, dani darovací a dani z převodu nemovitostí v platném znění. Oddíl druhý tohoto zákona vztahující se k dani darovací vymezuje v §6 předmět daně.

Předmětem daně darovací je bezúplatné nabytí majetku na základě právního úkonu, a to jinak než smrtí zůstavitele. Majetkem pro účely daně darovací jsou

- a) nemovitosti a hmotný majetek
- b) jiný majetkový prospěch.

Z uvedeného lze jednoznačně dovodit, že bezúplatný převod lékařské praxe je darováním. Přijmeme-li tento předpoklad, a to i s ohledem argumentaci uvedenou v části týkající se problematiky daně z příjmů fyzických osob, musíme se vypořádat alespoň s následujícími daňovými otázkami:

#### 1. Kdo je poplatníkem daně darovací?

Poplatníkem daně darovací je v tomto případě nabyvatel (§6 odst. 1 zákona).

#### 2. Co je základem daně darovací?

Základem daně darovací je cena majetku, který je předmětem této daně. Cenou je cena zjištěná podle zvláštního předpisu (Zákon č. 151/1997 Sb., o oceňování majetku) ke dni nabytí majetku (§7 odst. 1a2 zákona).

#### 3. Není darování privátní lékařské praxe od darovací daně osvobozeno?

Od daně darovací jsou osvobozena bezúplatná nabytí majetku fyzickými osobami s bydlištěm na území České republiky provozující zdravotnická zařízení určená na financování těchto zařízení (§20 odst.11 zákona). Lze tedy mít za to, že darování privátní lékařské praxe od daně darovací osvobozeno není a nabyvatel (obdarovaný) je povinen podat místně příslušnému správci daně daňové přiznání a zaplatit daň. Nejedná se totiž o nabytí majetku určeného k financování zdravotnického zařízení ale o bezúplatné nabytí tohoto zdravotnického zařízení.

#### 4. Kdy tedy daňové přiznání k dani darovací podat?

Poplatník je povinen podat daňové přiznání k darovací dani do 30 dnů ode dne v němž je uzavřena smlouva o darování majetku. Pro zjednodušení předpokládáme, že součástí darování lékařské praxe není nemovitost. (§21 odst.1 zákona)

**5. Co musí daňové přiznání obsahovat (co musí být jeho součástí)?**

Jako přílohy k daňovému přiznání budou přiloženy následující listiny a dokumenty:

- Ověřený opis darovací smlouvy
- Znalecký posudek o ceně zjištěné
- Rodný list nabyvatele k prokázání vztahu k dárci

Pro účely výpočtu daně darovací jsou osoby zařazeny do tří skupin (§11 zákona)

I. skupina – příbuzní v řadě přímé a manželé

II. skupina – a) příbuzní v řadě pobočné a to sourozenci, synovci, neťeře, strýcové a tety.

– b) manželé dětí (zeťové a snachy), děti manžela,....

III. skupina – ostatní fyzické a právnické osoby

U každé z těchto skupin je jiná sazba daně darovací.

**6. Kdy bude daň darovací splatná?**

Na základě podaného daňového přiznání, ve kterém poplatník uvede údaje rozhodné pro vyměření daně a podle výsledku vyměřovacího řízení správce daně daň vypočte a vyměří platebním výměrem. Daň je pak poplatník povinen zaplatit nejpozději do 30 dnů ode dne, v němž mu byl doručen platební výměr o vyměření daně (§18 odst.1a2 zákona).

**7. Nejsou splněny podmínky pro osvobození vyplývající ze vztahu obdarovaného k dárci?**

Od daně darovací je za dále uvedených podmínek osvobozeno nabytí movitých věcí osobní spotřeby u fyzických osob, jestliže tyto věci po dobu 1 roku před nabytím nebyly součástí obchodního majetku dárce, pokud cena tohoto majetku nepřevyšuje u osob

I. skupiny 1 000 000,- Kč

II. skupiny 60 000,- Kč

III. skupiny 20 000,- Kč

u každého jednotlivého poplatníka. Daň se vybere jen z té části ceny movitých věcí nabytých každým nabyvatelem, která převyšuje uvedenou částku (§19 odst.3, písm. a) zákona).

Bezúplatný převod (darování) lékařské praxe nebude nepochybně splňovat ani jednu výše uvedenou podmínku

a) že se jedná o nabytí souboru movitých věcí osobní spotřeby

b) že tento soubor movitých věcí nebyl po dobu 1 roku před nabytím (darováním) součástí obchodního majetku dárce a osvobození ani z tohoto důvodu nepřichází v úvahu.

**Závěr**

Z odpovědí na shora uvedené otázky lze

**Sazba daně darovací u osob zařazených do I. skupiny (§12 zákona)**

Daň činí při základu daně

přes Kč	do Kč		
-	1 000 000		1,0%
1 000 000	2 000 000	10 000 Kč	a 1,3% ze základu přesahujícího 1 000 000 Kč
2 000 000	5 000 000	23 000 Kč	a 1,5% ze základu přesahujícího 2 000 000 Kč

**Sazba daně darovací u osob zařazených do II. skupiny (§13 zákona)**

Daň činí při základu daně

přes Kč	do Kč		
-	1 000 000		3,0%
1 000 000	2 000 000	30 000 Kč	a 3,5% ze základu přesahujícího 1 000 000 Kč
2 000 000	5 000 000	65 000 Kč	a 4,0% ze základu přesahujícího 2 000 000 Kč

**Sazba daně darovací u osob zařazených do III. skupiny (§14 zákona)**

Daň činí při základu daně

přes Kč	do Kč		
-	1 000 000		7,0%
1 000 000	2 000 000	70 000 Kč	a 9,0% ze základu přesahujícího 1 000 000 Kč
2 000 000	5 000 000	160 000 Kč	a 12,0% ze základu přesahujícího 2 000 000 Kč

dovodit následující závěry:

■ Bezúplatný převod privátní lékařské praxe je darováním.

■ Toto darování není předmětem daně z příjmů fyzických osob.

■ Je však předmětem daně darovací a nevztahují se na něj žádná osvobození.

■ Poplatníkem darovací daně je nabyvatel (obdarovaný).

■ Obdarovaný je povinen podat daňové přiznání včetně správce daně požadovaných příloh.

■ Na základě převzatého platebního výměru je povinen uhradit darovací daň z ceny zjištěné podle zvláštního předpisu.

Pro úplnost uvádím sazby daně darovací u osob zařazených do jednotlivých skupin při základu daně do 5 000 000,- Kč (viz. tabulka).

**Upozornění**

Není třeba příliš složitých propočtů ke zjištění, že při darování privátní lékařské praxe

může být v jednotlivých konkrétních případech celková daňová zátěž podstatně nižší než při jejím prodeji. Je proto předem nutné upozornit na ustanovení §2 odst. 7 zákona č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků v platném znění, dle kterého se při uplatňování daňových zákonů v daňovém řízení bere v úvahu vždy skutečný obsah právního úkonu nebo jiné skutečnosti rozhodné pro stanovení či vybrání daně, pokud je zastřený stavem formálně právním a liší se od něho.

Lze se totiž důvodně domnívat, že především u darování lékařské praxe mezi osobami zařazenými do III. skupiny, by správce daně právě s odkazem na toto zákonné ustanovení zkoumal, zda se nejedná o simulovaný právní úkon a zda toto darování nebylo ve skutečnosti zastřeným prodejem.

Ing. František Elis

Daňový poradce evid. č. 0056



### ■ Nejvyšší čas podívat se na zdravotnictví střízlivými očima

Představa, že zdravotnictví je něco zvláštního, hodného zvláštních přístupů, je jednou z hlavních překážek při řešení krize v této oblasti. Reformní snahy ve světě sílí kvůli opakovaným krizím veřejných zdravotních systémů. Reformátoři však narážejí na mytologii, která nahrazuje seriózní diskusi a je silně živena zájmovými skupinami. Hlavním mýtem, či spíše politickým podvodem, je tvrzení, že z veřejného fondu je možné všem zaplatit potřebné zdravotnické služby včetně těch nejmodernějších. Na to navazuje tvrzení o neschopnosti občana posoudit efekt zdravotních úkonů prováděných přímo na jeho těle! Jsme přesvědčováni, že ministr, úředník či lékař vědí lépe než my, co potřebujeme, a že nám „potřebnou“ nabídku zajistí.

Pacient se v našem systému nedozví, kolik stálo jeho léčení, a je v podstatě povinen přijmout jakýkoli jeho výsledek. Zákazník českého zdravotnictví nemůže předem vyhodnotit, zda jsou vynaložené prostředky za poskytnutou službu adekvátní očekávanému prospěchu! Základním zdrojem krizí v našem zdravotnictví je tedy odtržení přání a rozhodnutí občanů v oblasti zdravotní péče od jejich ekonomických důsledků!

#### Zdravotnictví řízené občany

Když pomíneme neblahé působení ministra Bohumila Fišera a bezradnost jeho nástupkyně, můžeme identifikovat dvě základní příčiny. První je rozpor mezi omezenou výší veřejných zdrojů a prakticky neomezenou poptávkou po zdravotních službách. Tato poptávka je živena rozvojem medicínských technologií, zvyšujícími se nároky občanů a stárnutím populace. Druhou je nedostatečné fungování řady institucí zajišťujících chod veřejného zdravotnictví.

Toto zmatení rolí vzniklo hned při formování dnešního systému na počátku 90. let. Zdravotní pojišťovny namísto efektivního nakupování kvalitní péče pro svoje klienty financují existující zdravotnická zařízení do značné míry bez ohledu na úroveň a kvalitu jejich produkce. Zdravotnická zařízení namísto snahy o efektivní prodej kvalitních služeb a efektivitu svých provozů řeší důsledky administrativních nařízení ministerstva zdravotnictví, krajů a pojišťoven.

Místo zajištění spokojenosti klienta vymýšlí vedení nemocnic jak vyzrát na stanovený model paušální úhrady. Státní instituce se namísto vytváření legislativního rámce a dohlížení na dodržování pravidel pokoušejí o přímé řízení poskytování služeb a pojišťoven. Nechrání pacienta v systému, nedávají mu informace. Stát jako významný vlastník nemocnic kolaboruje s poskytovateli a ke krytí svého špatného hospodaření zneužívá státní pokladnu.

Je zřejmé, že řešením je „zdravotnictví řízené občany“. Důležitou podmínkou je zásadní reforma všech institucí. V dnešní době by mělo být všem jasné, že zdravotnictví je přes svoje zvláštnosti normální sektor ekonomiky.

## Informace z činnosti OSPDL

### ■ Zavedení acelulární pertusové vakcíny do pravidelného očkování dětí

V letošním roce dochází k významné a dlouho očekávané změně očkovacího kalendáře a to k zavedení acelulární vakcíny do pravidelného očkování. Děti tak v 5 letech budou přeočkovány proti záskrtu, tetanu a dávivému kašli vakcínou acelulární. Česká republika se tak zařadí mezi většinu států EU, kde se acelulární vakcína používá. První dávka byla zavedena v 5 letech především z důvodu vyššího rizika reakcí, které stoupá s frekvencí podaných očkovacích látek s buněčnou, celulární složkou proti pertusi. I zavedení této jedné acelulární dávky představuje pro stát značný nárůst finančních prostředků vydávaných na nákup očkovacích látek. Zvláště oceňujeme, že k tomuto rozhodnutí došlo v předstihu před informací, že byla zastavena výroba nám známé Alditepery a nedošlo tak k nečekanému výpadku dodávky očkovacích látek v průběhu roku. Alditeperu tak nahradí Infanrix, který bude postupně k dispozici na spádových pracovištích hygieny a následně i v našich ordinacích. Dovoluji si Vás touto cestou informovat o jednání s Hlavním hygienikem ČR. Z něj vyplynula dohoda, že v případě, že je ještě k dispozici zásoba Alditepery ( ať už v ordinaci nebo na hygieně) je vhodné doočkovat touto zásobou, ale současně by lékař měl mít možnost výběru očkovací látky mezi Alditeperou a Infanrixem. Postupně v krátkém čase pak bude používán výhradně Infanrix. Nárok na novou očkovací látku je z titulu výběru nové očkovací látky státem, nikoliv na základě legislativní úpravy. Vyhláška o očkování neřeší konkrétní typ očkovací látky, proto je možné doočkovat Alditeperou a postupně přejít na Infanrix. V případě anamnesy reakce po předchozích dávkách celulární vakcíny by měl být podán Infanrix.

### ■ Novela vyhlášky o očkování

Vyhláška by měla platit od 1.2.2004 a přinese pro nás především upřesnění věkových kategorií pro jednotlivá očkování. Nemělo by tedy docházet k tomu, že děti mezi 11 a 12 rokem by byly současně očkovány proti hepatitidě B a ve stejném roce kalmetizovány, nově budou v tomto roce pouze kalmetizovány. Nejasno bylo i u očkování proti tetanu, kdy se očkovaly děti ve 14 roce, což někdy bylo ještě před 14 narozeninami.

Toto očkování se provádí dle novely vyhlášky mezi 14 a 15 rokem. Mezi 12 a 13 rokem (rozumí se mezi dokončeným dvanáctým a třináctým rokem) se očkuje proti hepatitidě B, mezi 13 a 14 rokem se přeočkovává polio. Novinkou vyhlášky bude také nová formulace u očkování proti hepatitidě B u kojenců. Nově říká, že očkování se provádí v prvních měsících, nejpozději do 3 let věku.

Celé znění vyhlášky přineseme v dalším čísle časopisu VOX PEDIATRIE.

### ■ Zdravotní a očkovací průkazy

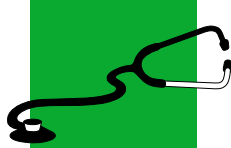
Koncem loňského roku došlo k výpadku dodávky očkovacích průkazů. Na vině bylo pozdní potvrzení finančních prostředků na další vydání očkovacích průkazů. Tato situace by se v příštím roce snad již neměla opakovat. Částečně byl ale výpadek způsoben také neaktuálními údaji o porodnosti a tak některé porodnice dostaly dodávky na základě porodnosti roku 2001 i když došlo k jejímu zvýšení. Aby se problém neopakoval, Státní zdravotní ústav ověřil data porodnosti za rok 2003 a podle těchto údajů nyní průkazy rozesílá. Tak jsme se dozvěděli radostnou zprávu, že v ČR se v loňském roce narodilo 96.500 dětí!!!! Dodávky očkovacích průkazů probíhají tedy v těchto dnech a porodnice dostaly za úkol rozeslat průkazy novorozencům, kterým při propuštění nebyly vydány. Výbor OSPDL diskutuje nyní možnost, jak zajistit prodej očkovacích průkazů. Jedná se o technickou záležitost, kterou se pokusíme řešit případy ztráty nebo i jiné důvody pro pozdější vydání zdravotního a očkovacího průkazu než na porodnici. O výsledku Vás budeme včas informovat. Zatím je možné v případě ztráty ZOP požádat na sekretariátu SPLDD o jeho zaslání na jméno dítěte s tím, že poštovně hradí rodiče.

### ■ Seznam nově přijatých členů OSPDL

Prof. MUDr. M. Velemínský, CSc.  
MUDr. Š. Hanousková  
MUDr. Z. Kutýrová  
MUDr. B. Judová  
MUDr. M. Růžičková  
MUDr. B. Macíčková  
MUDr. E. Vrzalová

S pozdravem všem

**MUDr. Hana Cabrnová**



# Základní informace o dětské onkologii

Prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc., Prim. MUDr. Vratislav Šmelhaus

Klinika dětské onkologie UK 2. LF a FN Motol

Vznik, vývoj a význam osamostatnění oboru dětské onkologie má několik důvodů:

1. Nádorová onemocnění dětí a dospívajících (do 18 let) jsou vzácná až raritní. Nedostatek znalostí a zkušeností je častou příčinou diagnostických chyb, léčebného prodlení a zhoršení léčebných výsledků. Právě proto je nutné jim věnovat na všech stupních pediatrické péče náležitou pozornost. Jejich incidence kolísá celosvětově kolem 1% (také u nás).

2. Nádorová onemocnění dětí a dospívajících jsou onemocněními v mnoha směrech odlišná od nádorových onemocnění dospělých. Liší se **příčinami vzniku** (nádory novorozenců, kojenců, batolat, dětí předškolního věku jsou většinou nádory vrozenými z embryonálních tkání), **epidemiologií** (nejvíce je jich v prvním pětiletí života – u dospělých počet nádorů stoupá spolu s věkem), **histogenezi** (nejvíce nádorů dětí je z tkáně krvetvorné /leukemie, lymfomy/, nervové /nádory CNS, neuroblastom/ a mezenchymální /sarkomy kostí a měkkých tkání/, specifickým jsou nádory smíšené, složené většinou ze všech tří zárodečných listů; u dospělých tvoří 85% všech nádorů tkáně epitelové), **tkáňovou či orgánovou lokalizací** (u dospělých nejčastěji plíce, mléčná žláza, tlusté střevo, prostata, děloha, ledvina, vaječník, hrtan, močový měchýř, pankreas – sarkomy a lymfoproliferativní nádory tvoří zhruba „jen“ po 5%; u dětí systémová lymfoproliferativní onemocnění, nádory CNS, neuroblastom, sarkomy kostí a měkkých tkání, germinální nádory gonadální i extragonadální, nádory ledviny, jater, sítnice), **biologií** (rychlejší růst, vyšší podíl růstové frakce, vyšší neovaskularizace, křehkost a jí podmíněná snadná traumatizace, časný vznik metastáz), **klinickou symptomatologií** (na rozdíl od dospělých, u kterých převládají příznaky místní, dominují u dětí celkové příznaky nespecifické). Rozdíly v **diagnostice** jsou analogické rozdílům v celé pediatrii, specifické jsou dány výše uvedenými morfologickými a biologickými rozdíly.

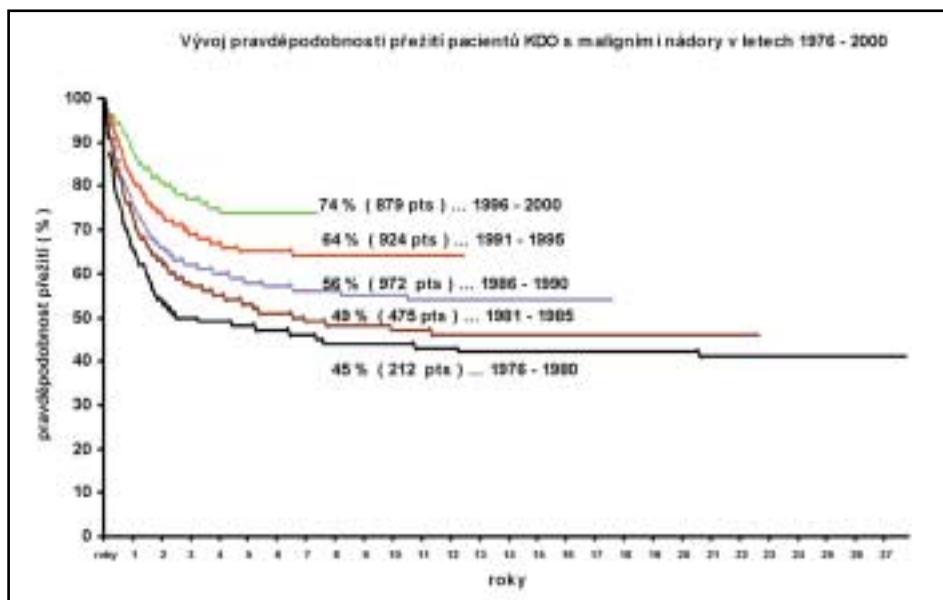
Zásadní jsou rozdíly v **terapii** – jak odlišnou tkáňovou skladbou dětských nádorů,

kteří jsou podstatně citlivější k chemoterapii i radioterapii, tak skutečností, že děti nebudou nemocné dalšími chronickými chorobami a že mají větší regenerační schopnost. Na druhé straně jsou u nich závažnější **akutní léčebné komplikace** (zejména infekční a nutriční) a řádově horší ev. vzniklé pozdní léčebné komplikace (ev. ještě léčitelné) a **pozdní léčebné následky** (řešitelné jen kompenzací nebo substitucí, ev. jsou neléčitelné).

3. Nádorová onemocnění dětí a dospívajících jsou při včas stanovené diagnóze a lege artis na specializovaném pracovišti prováděné léčbě většinou **vyléčitelná**. Zatímco se v roce 1964, kdy jeden z autorů tohoto článku začal vytvářet českou, resp. tehdy československou dětskou onkologii, vyléčilo sotva 5% onkologicky nemocných dětí, je možné

kulární genetiky do rutinní praxe specializovaných pediatricko-onkologických pracovišť, kterých využívají maximálně i patologové. Diagnostika řady nádorů dětí a dospívajících se tak zpřesnila nejenom morfologicky, ale zejména ve smyslu jejich biologických vlastností, podle nichž (a klinického stadia) se modifikuje léčba. Pediatricko-onkologická diagnostika lege artis dnes není možná bez zajištění vyšetření průtokovou cytometrií, fluorescenční in situ hybridizací (FISH), polymerázové řetězové reakce (PCR a jejich modifikací RT-PCR a kvantitativní PCR v reálném čase) a v současnosti i komparativní hybridizací (CGH) a vyšetřování karyotypu nádorových buněk.

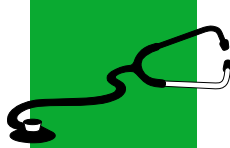
5. Komplexní léčba nádorů dětí a dospívajících se opírá o doporučení mezinárodních klinických studií a je součástí komplexní



jich v současné době vyléčit (bez rozdílu druhu a klinického stadia) 75%.

4. Léčebné úspěchy posledních let jsou v dětské onkologii podmíněny předně velmi zdokonalenou diagnostikou. Neobyčejného pokroku dosáhly metody zobrazovací (UZ, CT, MR), včetně izotopových (MIBG, PET), možnost stanovit některé nádorové markery, mikrobiologická monitorace, zejména však zavedení metod molekulární biologie a mole-

protnádorové péče, která je kategorií o řád vyšší. Zahrnuje totiž veškerá opatření od preventivních až po podporu a péči psychosociální. Ve vlastní léčbě se většinou kombinují léčebné způsoby podle ověřených studií. Všechny doznaly výrazných pokroků. Operace jsou radikálnější a přitom šetrnější (jednak dokonalá kolemoperační péče, jednak nové technologie – náhrady, CUSA, laser), kolemoperační mortalita prakticky vymizela.



Šetrnější jsou metody radioterapie. Díky moderním přístrojům (ozařovačům, plánovacím systémům atd.) je možné přesnější stanovení cílového ozařovacího objemu, tvarování ozařovacího pole a lepší ochrana zdravých tkání (zejména kůže a podloží) před poškozením ozářením. Významného pokroku dosáhla chemoterapie, kombinovaná v posledních několika letech v přísně indikovaných situacích imunoterapií. Její volba vychází z možnosti stanovit molekulárně biologickými metodami klinicky významné prognostické faktory. Nezbytnou složkou léčby u některých nemocných je u některých nemocných megaterapie s (následnou) transplantací hematopoetických progenitorových buněk (rozvoj programu autologní transplantace kostní dřeně, resp. hematopoetických progenitorových buněk), zahrnuje i čištění získaných štěpů od nádorových buněk ex vivo a jejich kontrolu biologickými a imunologickými metodami. Nejen transplantované děti vyžadují často intenzivní péči a proto je neodmyslitelnou součástí pediatriko-onko-

logického pracoviště dobře vybavená a fungující jednotka intenzivní péče.

6. Výsledky léčby, zejména v posledním pětiletém období, jsou dobře vcelku srovnatelné s publikovanými souhrnnými výsledky léčby ve vyspělých zemích. Souhrnné výsledky jsou velmi povzbudivé (viz graf). Mírně pod možným maximem byly u nás v posledním pětiletém období výsledky léčby neuroblastomů, u kterých lze podle stadia a typu dosáhnout 85–100% úspěšnosti. Výsledky léčby Hodgkinovy choroby jsou naprosto srovnatelné se zahraničím. Výsledky léčby neuroblastomu a nádorů ledvin jsou v posledním období zlepšené v porovnání s předchozími obdobími (přes zachovalý poměr klinických stadií) a rovněž velmi dobře korelují s výsledky v odborné literatuře. Stále neuspokojivé zůstávají u nás i ve světě výsledky léčby pokročilejších stadií nádorů měkkých tkání. Zlepšení výsledků léčby Ewingova sarkomu a PNETu v posledním období je třeba zatím hodnotit s velkou opatrností a další randomizované studie jsou zce-

la na místě. Totéž platí i o osteosarkomu. nádorů U nádorů jater jsou výsledky velmi závislé nejen na chemoterapii, ale i na chirurgické léčbě. Díky velmi dobré úrovni obou léčebných modalit dosahujeme v současnosti v porovnání se světem špičkových výsledků. Velmi dobrých výsledků dosahujeme i v léčbě germinálních nádorů a při léčbě retinoblastomu.

7. V dětství pro nádorové onemocnění léčené a vyléčené děti mají být (musí být) doživotně dispenzarizovány (pozdní léčebné následky, sekundární nádory, psychosociální problematika a d.). Dispenzarizovat je má pracoviště dětské onkologie na kterém byly léčeny. Předpokladem toho je personálně, materiálně a prostorově dobře vybavená dokonalá ambulantní složka. Zajišťuje kromě dispenzarizace stále narůstajícího počtu vyléčených dětí první kontakt s čerstvými pacienty, kontroly v průběhu léčby, i stále častěji ambulantně prováděnou chemoterapii.

## Nejdůležitější příznaky nádorových onemocnění dětského věku

MUDr. Zdeňka Černá

Dětská klinika LF a FN Plzeň

Nádorová onemocnění dětí a mladistvých jsou vzácné, ale život ohrožující choroby. Včasná a správná diagnostika rozhoduje o osudu dítěte a úspěšnosti léčby. Nádory dětí a mladistvých tvoří 0,5 – 1 % všech nádorových onemocnění s incidencí 130 – 140/1.000.000 dětí ročně (1:600 dětí), přesto jsou v pořadí příčin úmrtí dětí na 3. místě (po traumatech a vrozených vývojových vadách). Při včasné stanovené diagnóze a adekvátní komplexní protinádorové léčbě je možné v současné době vyléčit kolem 70% všech nádorem nemocných dětí. Každé pochybení pediatra může mít pro onkologicky nemocné dítě neblahé následky, právě proto, že nádorových onemocnění u dětí není mnoho a pediatr má s nimi málo zkušeností.

### ■ Zastoupení

#### Jednotlivých nádorů u dětí

Leukemie	30%
Nádory CNS	18%
Lymfomy	12%
Neuroblastomy	8%
Nádory měkkých tkání	6,5%
Nádory ledvin	6%
Nádory kostí	5%
Retinoblastomy	3%
Ostatní nádory	8%

### ■ Příznaky

#### nádorových onemocnění u dětí

Základní rozdíl v symptomatologii nádorových onemocnění dětí a dospělých spočívá v tom, že zatímco u dospělých převažují příznaky **místní (lokální)**, převažují u dětí příznaky **celkové (nespecifické)**, nezdědka jsou

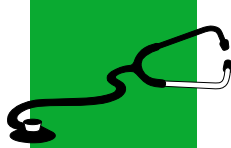
první příznaky vyjádřeny až při generalizaci choroby v pozdních klinických stádiích.

**Únavnost, nevykonnost** – podstatou bývají recidivující infekty, postupující anémie, jde o nejčastější subjektivní stížnost matky přicházející s dítětem k vyšetření.

**Zvýšená teplota** – subfebrilie až febrilie, undulující teploty (spíše lymfomy) bez zjevného akutního onemocnění.

**Bolesti kostního původu** – zejména bolesti dolních končetin (bérce), artralgie často s otokem a poruchou hybnosti kloubu (udáváno až v 60% u akutních leukemií), bolesti páteře, poruchy pohybového stereotypu (kulhání).

**Bolesti břicha** – bolesti z distenze pouzdra jater či sleziny při hepatosplenomegalii, zvětšování se objemu břicha, porucha průchodnosti střevní – meteorismus, obstipace, sub/ ileózní stav.



**Bolesti zad** – bolesti páteře, bolesti v bedrech – útlak močovodů (např. pakety lymfatických uzlin v retroperitoneu) – porucha derivace moče, akutní hydronefróza.

**Bolesti na hrudi** – provázené kašlem, dušností, ztíženým polykáním (dysfagií), výjimečně až obraz syndromu horní duté žíly (uzlinový proces v mediastinu) – otok měkkých tkání krku a obličeje, zvýšená náplň krčních žil, dušnost.

**Bolesti hlavy** – různé intenzity a lokalizace, často migrenozního charakteru, provázené změnou nálady, poruchami spánku, zraku, pozor na ranní bolesti hlavy a zvracení (nádory CNS).

**Úbytek hmotnosti, nechutenství** – bývá běžné zejména u malých dětí, provázené nauseou, ublíkáváním či zvracením.

**Pocení, noční poty** – typické u lymfoproliferativních onemocnění (lymfomy, leukemie).

**Změny barvy kůže** – bledost, ikterus, krvácivé projevy – korespondují se změnami v krevním obraze a nacházíme je při klinickém vyšetření, bledost bývá častou příčinou žádosti rodičů o vyšetření krevního obrazu.

Krvácivé projevy ve formě petechií, hematomů či rozsáhlejších sufuzí (v netypických lokalizacích), recidivující epistaxe, hematurie, vzácněji meléna či enteroragie.

Ikterus se objevuje u pozdně diagnostikovaných forem s infiltrací jater a poruchou sekrece žluči (vždy nepříznivý průběh).

### ■ Specifické příznaky vybraných nádorových onemocnění dětí

**Akutní lymfoblastická leukemie:** recidivující teploty, infekce špatně reagující na léčbu, neprospívání, úbytek hmotnosti, bledost, krvácivé projevy (petechie, hematomy, sufuse, epistaxe), bolesti kostí a artralgie, lymfadenopatie, zvětšení břicha jako následek organomegalie (hepatomegalie, splenomegalie), zvětšení varlat.

**Akutní myeloidní leukemie:** často náhle vzniklá seps bez předcházející symptomatologie, krvácení (petechie, epistaxe, krvácení ze zduřelých dásní), teploty, bolesti v krku, bolesti kostí a kloubů, lymfadenopatie, infiltrace slinných žláz a příušní žlázy – tzv. Mikulicův syndrom, organomegalie (hepato/splenomegalie), DIC, neurologická symptomatologie (CNS leukemie), dechové obtíže (útlak trachey tumorem mediastina).

**Non-Hodgkinské lymfomy NH:** diferentní podle typu a lokalizace. Nejčastěji různé vel-

ké a lokalizované lymfadenopatie, často ve formě paketů zvětšených, nebolestivých tuhých uzlin.

**NH mediastina** – bolesti na hrudi, kašel, dyspnoe, dysfagie, syndrom horní duté žíly

**NH retroperitonea** – bolesti břicha, zvětšení břicha, nausea a zvracení, krvácení do střev, poruchy průchodnosti střev až obraz ileozního stavu či invaginace!!

**Hodgkinova choroba:** undulující teploty, váhový úbytek, únava, noční poty, lymfadenopatie, spleno/hepatomegalie.

**Nádory CNS: syndrom nitrolební hypertenze** – ranní bolesti hlavy, ranní zvracení bez nauzey, letargie, u kojenců zvětšování obvodu hlavy, vyklenutá, pulzující velká fontanela.

**Poruchy psychických a motorických funkcí** – změna školního prospěchu, změny chování, psychotické projevy, halucinace. **Oftalmologické poruchy** – porucha vidění, diplopie, výpad zorného pole. **Neurologické příznaky** – poruchy stability, koordinace pohybu, chůze, poruchy inervace mozkových nervů, poruchy čítí, křeče, obrny.

**Neuroblastom:** diferentní podle lokalizace, věku a zejména klinického stádia – první příznaky často vyvolávají metastázy!! Hmatný nádor, bolesti kostí či kloubů, intermitentní horečky (častěji subfebrilie), hypertenze. **Neurologické příznaky:** motorická slabost, poruchy chůze, snížený svalový tonus, obrny. **Oftalmologické poruchy:** protruze bulbů, ekchymozy víček, periorbitální hematomy, edém víček. **Poruchy střevní pasáže:** průjem, zácpa, syndrom vodnatého průjmu – s achlorhydrií a hypokalémií (cholelra pancreatica).

**Nádory kostí:** bolesti kostí (typicky noční), recidivující teploty, združení měkkých tkání v místě nádoru, porucha funkce končetiny event. patologická fraktura.

**Nefroblastom:** zvětšení objemu břicha, viditelná či hmatná rezistence (šetrná palpace !!! pro možnost karcinomy peritonea), nechutenství, únava, recidivující teploty, bledost, poruchy střevní pasáže!! – průjem, zácpa, retence moči, hematurie, hypertenze.

**Retinoblastom:** strabismus (konvergentní méně často divergentní), bělavý reflex zornice „kočičí oko“, široká zornice bez reakce, zvětšení bulbu, bolest v okolí oka event. porucha vidění.

**Nádory gonád: nádory vaječnicků** – bolesti v podbřišku, hmatná rezistence event. zvětšení objemu břicha, poruchy střevní pasáže, potíže dysurické, nausea, zvracení,

teploty, u endokrinně aktivních nádorů pak endokrinologická symptomatologie (syndrom virilizace, syndrom předčasné puberty). **Nádory varlete** – nebolestivé, tuhé zvětšení varlete, pocit tíhy či tlaku, vzácně bolest, zarudnutí či hematom, u endokrinně aktivních nádorů odpovídající patologická sekrece hormonů (syndrom feminizace, syndrom předčasné puberty).

### Závěr

Vyšetřovací postupy při podezření na nádorové onemocnění jsou prakticky analogické postupům v obecné pediatrii.

S ohledem na biologické vlastnosti dětských nádorů je nutná **maximální rychlost, cílenost a šetrnost** v diagnostice.

Obecně platí, že s každou rezistencí u dítěte je nutno zacházet jako se zhoubným nádorem do té doby, než je nádor vyloučen.

### ■ Základní chyby v diagnostice nádorů dětského věku

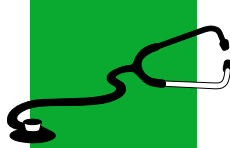
#### ■ Chyby rodičů a/nebo větších dětí

- nedostatečná pozornost a nedbalost věnovaná příznakům onemocnění
- obavy z pravdy
- nevědomost

#### ■ Chyby ošetřujícího lékaře

- špatné zhodnocení anamnestických údajů a příznaků onemocnění
- zanedbání základního klinického a laboratorního vyšetření
- mylná interpretace klinického a laboratorního vyšetření
- mylná dif.dg. úvaha (na nádorové onemocnění se nemyslí)
- odklad příslušného vyšetření
- nedostatečné odborné znalosti

Praktický lékař pro děti a dorost se s onkologicky nemocným či vyléčeným dítětem setkává v různých fázích vývoje nemoci, léčby i v období poléčebném. Jeho povinností je nejen stanovit podezření na nádorové onemocnění (při preventivní prohlídce, při vyšetření, které provádí pro příznaky onemocnění), posoudit správně příznaky, které vyvolává vlastní nádorové onemocnění, zajistit předání dítěte s podezřením na nádorové onemocnění do specializovaného centra, ale diagnostikovat akutní komplikace protinádorové léčby manifestující se v průběhu léčby či mezi jejími jednotlivými cykly, trvale sledovat dítě i po ukončení léčby s ohledem na pozdní komplikace původní protinádorové léčby. ■



# Náhlé příhody v dětské onkologii

MUDr. Tomáš Kepák, Doc. MUDr. Jaroslav Štěřba, PhD., MUDr. Zdeněk Pavelka, MUDr. Věra Kadlecová

Klinika dětské onkologie LF MU v Brně a FN Brno

## Souhrn

**Nádorová onemocnění se v dětském věku vyskytují vzácně (incidence dětských nádorů je 130–140 nových onemocnění/1.000.000 dětí ročně). Děti s nádorovým onemocněním jsou ohroženy řadou akutních stavů způsobených jak vlastním nádorem, tak i jeho léčbou. Některé akutní stavy mohou být vůbec prvním projevem nádorového onemocnění. Jejich včasná diagnostika a správná léčba často rozhoduje o dalším osudu dítěte. V následující tabulce uvádíme přehled nejčastějších náhlých stavů v dětské onkologii.**

tab. č. 1

### Vybrané náhlé příhody v dětské onkologii

Náhlé příhody z mechanického útlaku životně důležitých orgánů	<b>Hrudní</b> – syndrom horní duté žíly, syndrom horního mediastina, pleurální a perikardiální výpotky, hemoptýza <b>Břišní</b> – ezofagitida, krvácení do GIT, typhlitis, hemorragická pankreatitida, perirektální absces, ileus <b>Nefrologické</b> – akutní renální selhání, akutní retence moče, hemorragická cystitida <b>Neurologické</b> – syndrom nitrolební hypertenze, syndrom míšní komprese, porucha vědomí, epileptický paroxysmus, cerebrovaskulární náhlé příhody
Život ohrožující rozlada vnitřního prostředí (metabolické náhlé příhody)	Syndrom nádorového rozpadu, fluidokoagulační rozlada
Infekce	Febrilní neutropenie, oportunní infekce
Bolest	Jakákoliv bolest přesahující práh snesitelnosti

Vzhledem ke své závažnosti si každá z výše uvedených situací zasluhuje samostatné sdělení. Prostor, který byl k dispozici, dovoluje podat jen následující stručný souhrn.

#### ■ Mechanický útlak životně důležitých orgánů

##### Hrudní náhlé příhody

**Syndrom horní duté žíly (SHDŽ)** je souhrn symptomů vyplývajících z komprese nebo obstrukce horní duté žíly. O **syndromu horního mediastina (SHM)** hovoříme tehdy, pokud jsou navíc přítomny symptomy z útlaku trachey. Příčinou je zpravidla vnější komprese horní duté žíly (HDŽ) zvětšenými uzlinami (při maligních lymfomech) nebo nádorovými masami v mediastinu (neuroblastom, germinální nádory aj.). Vzácnější je vnitřní obturace HDŽ nádorovými hmotami (lymfomy, Wilmsův tumor) nebo sekundární trombózou. Dítě se SHM přichází zpravidla s rychle narůstajícím otokem měkkých tkání obličeje, krku a horních partií hrudníku, překrvením spojivek, s inspiračním stridorem, kašlem a dušností (viz obr. 1 a 2). V podkoží krku a hrudníku může být patrna kolateralizace

oběhu. Dalšími symptomy jsou úzkost, bolest na hrudníku, zmatenost až letargie, poruchy visu, pocit hučení v uších, můžeme se setkat i se synkopou. Dítě vyhledává úlevovou polohu, při její změně (např. předklonu) se projevy zvyrazňují. Pokud není neprodleně zahájena léčba, je dítě ohroženo rozvojem respirační insuficience a edémem mozku. Klinickou diagnózu potvrzuje RTG snímek plic a mediastina a CT hrudníku. Léčba na onkologickém pracovišti by měla být při vyjádřeném syndromu zahájena co nejdříve, zpravidla po odběru biologického materiálu ke stanovení diagnózy onemocnění (dle konkrétní situace periferní uzlina, kostní dřev, výpotek, nádorové markery, či vlastní tkáň tumoru). Jednoznačným požadavkem v době manifestace příznaků, i před transportem na onkologické pracoviště, je však minimální invazivita, včetně velmi pečlivého zvažování rizik celkové anestézie v této situaci.

SHM může být provázen tvorbou **pleurálních** (někdy i **perikardiálních**) výpotků, které vyžadují jednorázovou punkci, případně i dočasnou drenáž.

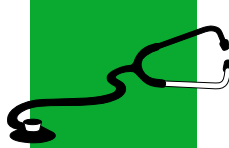
V případě, že je příčinou SHDŽ a SHM he-

matologická malignita (nejčastěji lymfoblastický lymfom) je metodou volby zahájení chemoterapie – podání postupně se zvyšujících dávek kortikoidů, zpravidla v kombinaci s cyklofosamidem. Nezbytná je pečlivá monitorace dítěte a možnost intenzivní péče včetně intubace a umělé plicní ventilace, dialýzy a leukoferézy.

Pokud je příčinou SHDŽ trombóza (nejčastěji v souvislosti se zavedením centrálního žilního katetru), jedná se o subakutní stav. Metodou volby je účinná trombolytická a antikoagulační terapie.

Vzácně vídáme u dětí **hemoptýzu**. Příčinou může být invazivní plicní aspergillóza, vzácně krvácení do plic při fluidokoagulační rozladě a trombocytopenii (např. v indukční léčbě akutní leukemie). Cílem léčby je prevence asfyxie (zpravidla je nutná intubace), lokalizace zdroje krvácení a jeho zástava. Pokud je zdroj krvácení znám, leží dítě na boku na postižené straně, aby se zabránilo zakrvácení do zdravé plíce.

Korigujeme trombocytopenii (transfuzí krvních destiček), anemii (transfuzí erytrocytárních koncentrátů) a koagulopatii (např.



aplikací aktivovaného rekombinantního faktoru VII). Po stabilizaci stavu je nutná bronchoskopická revize a event. lokální terapie, je-li možná.

#### ■ **Břišní náhlé příhody**

U dětí léčených pro maligní onemocnění se mohou vyskytnout stejné náhlé příhody břišní jako u ostatní dětské populace (např. akutní zánět appendixu). Častěji se však setkáváme se stavy podmíněnými agresivní chemoterapií a sekundární imunopresí, tedy hlavně infekcemi – ezofagitidou, krvácením do gastrointestinálního traktu, typhlitiidou, hemorrhagickou pankreatitidou, perirektálními abscesy. Na rozdíl od zdravých dětí mají imunoprimovaní pacienti sklon ke

generalizaci infekce, při těžké neutropenii navíc mohou být symptomy infekce značně mitigovány.

Nádorové masy mohou vést k mechanické obstrukci až obrazu ileu (maligní lymfomy, germinální nádory, neuroblastomy, sarkomy aj.). Na rozvoji krvácení se podílí také trombocytopenie, fluidokoagulační rozlada, ulcerace sliznic, ale i patologická novotvorba cév v nádorové tkáni.

Hlavním příznakem všech břišních náhlých příhod je **bolest**. Základem vyšetřovacího algoritmu je velmi **pečlivé a šetrné** vyšetření klinické, následované UZV a CT vyšetřením.

U neutropenických pacientů je žádoucí minimalizace vyšetření per rectum, pokud je

nezbytně nutné, mělo by být prováděno až v onkologickém centru erudovaným onkologem nebo chirurgem. Důvodem je riziko prostupu střevní flory přes fragilní sliznice recta a možnost rychlého rozvoje život ohrožující sepse.

Léčba břišní bolesti je symptomatická, při generalizovaném postižení sliznic gastrointestinálního traktu (mucositidě) často vyžadující analgoterapii silnými opiáty (intravenózní morfin). Kauzální léčba je odvislá od vyvolávající příčiny: může být konzervativní (např. v případě infekčních stavů) nebo chirurgická (např. u nádorových obstrukcí).

#### ■ **Nefrologické náhlé příhody**

**Akutní renální selhání** může být první

# ATARAX





obr. č. 1 - Pacientka se syndromem horní duté žíly (tumor mediastina) před léčbou



obr. č. 2 - Pacientka se syndromem horní duté žíly (tumor mediastina) po léčbě



manifestací akutní leukémie nebo generalizovaného maligního lymfomu v důsledku spontánního syndromu nádorového rozpadu a urátové nefropatie. Diagnostika je klinická a laboratorní. Symptomatickou léčbou je hemodialýza a normalizace vnitřního prostředí, kauzální pak léčba nádorového onemocnění.

**Akutní retenci moči** může způsobit obstrukce vývodných cest močových pánevními nádory (sarkomy, maligní lymfomy, ovariální nádory), ale i porucha inervace močového měchýře u míšních lézí a nežádoucí účinek některých cytostatik a chemoterapeutik (vinca alkaloidy, opioidní analgetika). Iniciální léčbou akutní retence moče je katetrizace, případně punkční nefrostomie.

Relativně často se setkáváme s **hemorrhagickou cystitidou**, která se projeví dy-

surickými potížemi a makroskopickou hematurií v důsledku poškození sliznice močového měchýře virovou infekcí nebo alkylacími cytostatiky (Cyklofosfamidem a Ifosfamidem). Diagnostika je založena na klinickém vyšetření (včetně anamnézy), vyšetření moče a UZ vyšetření močového měchýře. Léčbou je hydratace, tlumení bolesti, vzácně je nutná cystoskopie a lokální zástava krvácení. Účinnou prevencí hemorrhagické cystitidy je podání mesny (Uromite-xanu) při podávání výše zmíněných cytostatik.

### ■ Neurologické náhlé příhody

Neurologické náhlé příhody jsou relativně časté, protože nádory centrálního nervového systému (CNS) jsou nejčastějšími „pevnými“ nádory dětského věku (asi 25% dětských nádorů).

**Syndrom nitrolební hypertenze** je způsoben překážkou v cirkulaci mozkomíšního moku a jeho hromaděním v uzavřeném prostoru mozkovny.

Bývá pravidelným projevem nádorů především zadní jámy lební. Projeví se úpornými bolestmi hlavy, zvracením bez předchozí nevoľnosti, poruchou zraku, psychickými změnami. Déle trvající bolesti hlavy zvláště ranní a noční by měly vést vždy i ke zvažování nádorové etiologie, byť je diagnostika obtížná. Na onkologické pracoviště se děti bohužel často dostávají s pokročilým onemocněním, nežádoucí již s ohrožením vitálních funkcí. U velmi malých dětí může být projevem nádoru postupně narůstající makrocefalie. Při podezření na patologický proces CNS je nezbytné provést vyšetření očního pozadí (městnání, hemorrhagie), neurologické vyšetření a následně CT nebo MR mozku.

Při rozvinutém syndromu nitrolební hypertenze je na místě pečlivá monitorace vitál-

ních funkcí na jednotce intenzivní péče, antiedematózní terapie manitolem, kortikoidy, stabilizace vnitřního prostředí, zvýšená poloha hlavy. Po přípravě bývá provedena dočasná zevní komorová drenáž. Pokud nedojde k normalizaci cirkulace mozkomíšního moku po definitivní operaci nádoru, následuje zavedení ventrikulo-peritoneálního zkratu (V-P shunt).

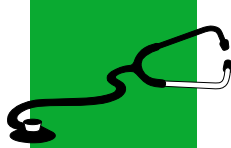
**Syndrom míšní komprese** je způsoben nádorem prorůstajícím do epidurálního prostoru přes foramina intervertebralia zvencí (neuroblastom, sarkomy) (obr. 3) nebo primárním nádorem CNS. Dítě s rychle se rozvíjejícím syndromem přichází pod obrazem transverzální léze míšní s poruchou cití, hybnosti dolních končetin a sfinkterových funkcí. Neprodlená diagnostika a terapie do 24 hodin může zabránit ireverzibilnímu neurologickému poškození. Rozvoj symptomů může být na druhou stranu i pozvolný, neúplný; většinou jsou zprvu vyjádřeny kořenové bolesti, které se propagují do oblasti inervované příslušným periferním nervem (dle postiženého segmentu míchy). Důležitým příznakem, zvláště u malých dětí, může být i změna jejich pohybového stereotypu. Základní zobrazovací metodou je magnetická rezonance (MR).

Léčba plně vyjádřené transverzální míšní léze je chirurgická – dekomprese (laminektomie). Součástí léčby je opět antiedematózní terapie. V některých situacích, především u chemosenzitivních nádorů, je léčbou volby pouze konzervativní terapie a laminektomie není nezbytná, naopak bývá spojena se závažnějšími dlouhodobými následky.

**Poruchy vědomí** kvalitativní i kvantitativní mohou být způsobeny nejen vlastním nádorem, ale i toxicitou terapie (některá cytostatika – např. Ifosfamid, Methotrexat, radioterapie), infekčními komplikacemi (mozkový absces), krvácením do CNS. Léčíme základní příčinu, intubace a umělá plicní ventilace je často nezbytná.

**Epileptický paroxysmus** může být prvním projevem nádorů především v oblasti temporálních laloků. Léčbu kauzální (operace, chemoterapie, radioterapie) doplňuje běžná antiepileptická terapie.

**Cerebrovaskulární náhlé příhody** (krvácení, ischemie) jsou relativně vzácné, o to svými důsledky však závažnější. Profylaktické podání trombocytárních koncentrátů event. profylaktická terapie vybraných trombofilních stavů snižuje riziko často fatálních



komplikací nejrizikovějších pacientů (akutní myeloidní leukémie v indukci, maligní nádory CNS bez dosažené remise).

### ■ Metabolické náhlé příhody

**Syndrom nádorového rozpadu** (také SALT, syndrom akutní lýzy tumoru) je charakterizován metabolickou trias: hyperurikémií, hyperfosfatémií a hyperkalémií. Sekundárně pak hypokalcémií. Pozorujeme jej u maligních onemocnění s nejvyšší proliferací aktivitou (maligní non-hodgkinské lymfomy, zvláště Burkittova typu, akutní lymfoblastická leukémie B řady). SALT je způsoben uvolněním původně intracelulárního obsahu intenzivně proliferujících nádorových buněk, tedy draslíku, nukleových kyselin a fosforu při rychlém rozpadu nádorové tkáně a to jak spontánně, tak v prvních dnech indukční terapie. Klinický obraz je zpočátku nenápadný, dítě je slabé, trpí nechutenstvím, zvrací, pozorujeme změny nálady. Později dochází k precipitaci urátů a kalcium fosfátu v ledvinových kanálcích s následným rozvojem akutního renálního selhání (oligoanurická forma). Hyperkalémie může vést k život ohrožující komorové fibrilaci. Hypokalcémie vede ke křečím. Základem léčby je prevence rozvoje SALT. Zcela zásadním a život zachra-

jsou již i enzymy urát oxidáza a rasburikáza (odbourávající již vytvořenou kyselinu močovou), důležitá je léčba hyperkalémie (iontoměniče, furosemid, hypertonická glukóza s inzulinem). U rozvinutého syndromu je zpravidla nutná přechodná hemodialýza (nebo některá z kontinuálních eliminačních technik) a samozřejmě léčba základního onemocnění. U pacientů s rizikem rozvoje SALT, např. s hyperleukocytosou, velkou abdominální masou je vhodné zahájení hyperhydratace ještě před překladem na specializované pracoviště. Porucha fluidokoagulační rovnováhy s život ohrožujícím krvácením do vnitřních orgánů může být způsobena jak vlastním nádorovým onemocněním (akutní leukémie), tak i jeho léčbou (septický šok při sekundární imunopresi vedoucí k multiorgánovému selhání). I přes intenzivní hematologickou léčbu a léčbu základní příčiny (nádoru, infekce) může jít někdy o irreverzibilní stav.

### ■ Náhlé příhody infekční

Infekce jsou jednou z hlavních příčin morbidit i mortality v současné onkologii. Příčiny snížení obranyschopnosti u onkologicky nemocných jsou komplexní. Jsou způsobeny jednak vlastním nádorovým onemocněním, jednak protinádorovou terapií. Příčina vyšší vnímavosti k infekci u onkologických pacientů zapříčiněná terapií tkví v poškození mechanické ochranné bariéry vlivem nádorového onemocnění i léčebných úkonů, a především v opakovaných útlumech kostní dřeně (velmi závažné leukopenie a neutropenie) po chemoterapii a radioterapii. Děti s nádorovým onemocněním jsou proto mnohem více ohroženy rizikem nekontrolovatelného šíření infekce. Febrilní neutropenie je nejčastější manifestací infekce u onkologicky nemocných. Je

definována jako přítomnost teploty  $> 38,5^{\circ}\text{C}$  nebo  $2 \times > 38^{\circ}\text{C}$  v průběhu dvanácti hodin u pacienta s absolutním počtem neutrofilních granulocytů (ANC)  $< 0,5 \times 10^9/\text{l}$ . Zvláštností neutropenických pacientů je absence „klasických“ projevů zánětu (zarudnutí, bolest, otok, zvýšená lokální teplota). Jediným projevem i velmi závažné infekce tak zůstává zvýšená teplota, v průběhu

velmi krátkého časového období (hodiny) může dojít k alteraci celkového stavu, těžkému septickému šoku až multiorgánovému selhání. Proto je u neutropenického dítěte s teplotou nutná intravenózní antibiotická terapie ideálně do 2 hodin od vzestupu teploty. Infekční onemocnění mohou probíhat u imunoprimovaných dětí odlišně i v době normálního počtu bílých krvinek. Součástí onkologického týmu je proto i specialista z Kliniky dětských infekčních nemocí, který se podílí např. na profylaxi při kontaktu onkologicky nemocného dítěte s dětskými infekčními onemocněními – spálou, planými neštovicemi apod. nebo stanovuje individuální očkovací plán po ukončení imunopresivní terapie.

### ■ Bolest jako náhlá příhoda

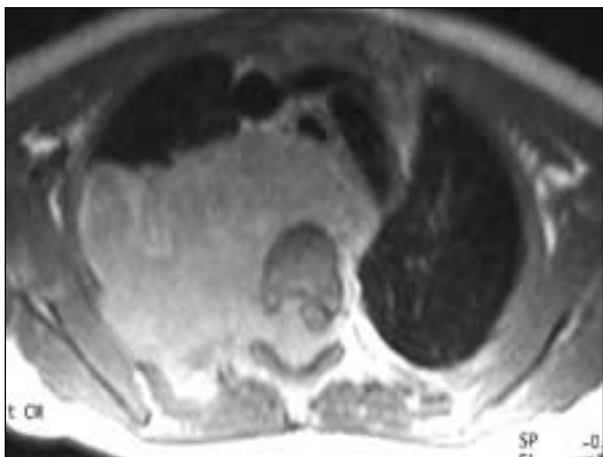
Bolest je součástí nádorového onemocnění, je spojena se základním onemocněním, provází vyšetření i léčbu. Bolest je důležitým signálem, nesmí však nikdy přesáhnout hranici snesitelnosti. Léčba onkologické bolesti se řídí obecným doporučením léčby bolesti dle WHO. Bolest v dětské onkologii včetně bolesti terminální je prakticky vždy kontrolovatelná. Vždy se snažíme minimalizovat úzkost a strach dítěte účastí rodiče nebo jiné blízké osoby při všech vyšetřeních i léčebných zákrocích.

S akutním stavem, který je prvním projevem nádorového onemocnění dětského věku (event. mladého dospělého věku) se může setkat kterýkoli lékař. Někdy je diagnostika jednoduchá, jindy naopak nesmírně složitá. Základním přístupem zůstává pečlivá anamnéza a klinické vyšetření. V případě vzniku podezření na nádorové onemocnění je třeba se řídit zásadou **rychlosti, šetrnosti a cílenosti vyšetření**, tak aby se nemocné dítě co nejdříve dostalo na specializovaná pracoviště dětské onkologie, která jsou schopna řešit také akutní situace a to 24h denně a 365 dní v roce.

#### Literatura:

- 1) Pizzo Poplack *Pediatric Oncology Principles and Practice*, Lippincott 2003
- 2) Koutecký J. a kol.: *Nádorová onemocnění dětí a mladistvých*, Karolinum, 1997
- 3) Koutecký J. a kol.: *Dětská onkologie pro praxi*, Triton, 2002
- 4) Klener P., Vorlíček J. et al.: *Podpůrná péče v onkologii*, Galén, 1998
- 5) Ševčík P. a kol.: *Intenzivní medicína*, Galén, 2000

obr. č. 3 - Útlak míchy neuroblastomem zadního mediastina



ňujícím opatřením je péče o adekvátní diuresu, především v podobě masivní hydratace pacienta v dávce 3 – 6 litrů/m<sup>2</sup>/24h, za podpory diuretik. Součástí léčby a prevence je pečlivá monitorace vnitřního prostředí a vitálních funkcí na jednotce intenzivní péče, výše zmíněná hyperhydratace, podpora diurézy, dále alkalizace moče, allopurinol (blokuje vznik kyseliny močové). K dispozici



# Testikulární nádory u dětí a mladistvých

MUDr Viera Bajčiová, CSc.

Klinika dětské onkologie FN a LF MU Brno

Doc. MUDr. Jaroslav Štěrba Ph.D.

Klinika dětské onkologie FN a LF MU Brno

## Souhrn

Testikulární nádory u dětí do 15 let patří mezi méně časté typy nádorů a tvoří pouze 1–2% z celkového počtu solidních nádorů u dětí. U adolescentů ale incidence stoupá a u pacientů ve věku 15 – 35 let představují spolu s maligními lymfomy nejčastější skupinu zhoubných nádorů. Díky úspěchům dosaženým v průběhu posledních 20 let patří mezi vyléčitelné typy nádorových onemocnění. U lokalizovaných forem dlouhodobé přežití dosahuje více jak 97% pacientů, u pokročilých stadií a rekurentního onemocnění je možné dosáhnout vyléčení u téměř 70% pacientů.

### Epidemiologie

Incidence testikulárních nádorů má vzrůstající trend, především v rozvinutých zemích. Rasový a geografický rozdíl ve výskytu je dobře dokumentován. Incidence se pohybuje v mezích 2–3: 100 000 u bílé populace v USA, Skandinávii, zemích EU s maximem výskytu v Dánsku ( až 6.3:100 000), nízká incidence je u černé populace v USA (0.8:100 000), rovněž u orientálních etnických skupin jsou testikulární nádory zřídka. Meziroční nárůst incidence nádorů varlat ve všech věkových skupinách je 3.4%. Nárůst je nejvýraznější v kategorii mladistvých a mladých dospělých ve věku 15 – 35 let, méně markantní je u dětí pod 15 let věku, kde dosahuje 0.2 – 2.5%. Zvyšující se incidence nádorů varlat u dětí i mladistvých, stejně jako věková asociace (2 vrcholy výskytu – první 2 roky věku a dále 15 – 35 let) podporuje hypotézu o existenci společných rizikových faktorů pravděpodobně působících prenatálně. Platí to zejména pro germinální nádory varlat. Histologické spektrum nádorů varlat u dětí se liší od testikulárních nádorů u dospělých. Nádory varlat, obvyklé u dospělých, (seminom), jsou u dětí pod 15 let raritní, naopak u dětí nejčastější zhoubný nádor ze žloutkového vajíčku (tzv yolk sac tumor – YST) je u dospělých vzácný, teratom – typický nádor varlat dětí pod 1 rok věku se v dospělém věku téměř nevyskytuje.

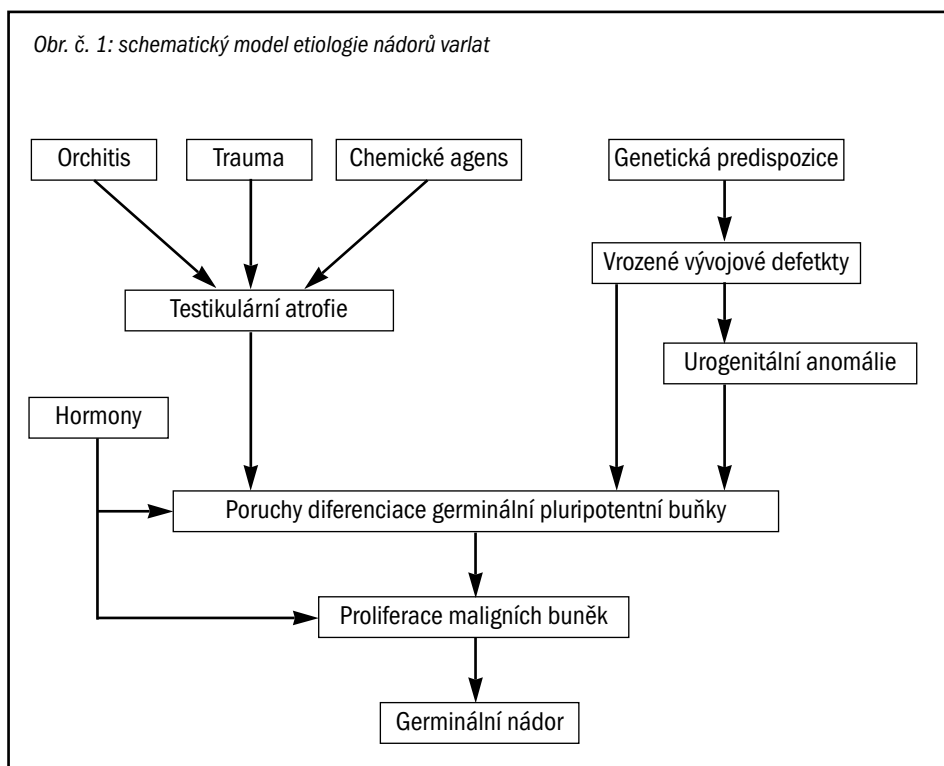
### Etiologie a patogeneza

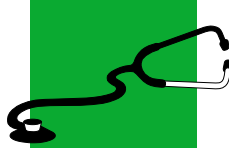
Existuje množství hypotéz snažících se o objasnění příčin výskytu a stoupající incidence nádorů varlat. Vzhledem k časnému

výskytu má expozice faktorům vnějšího prostředí jenom omezený význam.

Je známo několik faktorů, predisponujících ke vzniku testikulárních nádorů. Neznámějším z nich je nesestouplé varle (kryptorchismus). První popsal tuto souvislost Le Conte v roce 1851. Incidence retence varlete je v populaci všeobecně 0.23 – 0.28%. Jedinec s retinovaným varletem má až 35 krát vyšší riziko vzniku nádoru v retinovaném varleti než zdravý jedinec. Roli hraje rovněž poloha retinovaného varlete – riziko rozvoje

nádoru u testis retinovaného v inguinálním kanálu je 1:80 a vzroste na 1:20 u varlete uloženého v abdominální dutině. Není ale jasné, jakou roli hraje věk v čase operační korekce polohy varlete v prevenci vzniku nádoru. Hypotézu postavenou na působení vyšší teploty na retinované varle jako etiologický faktor vzniku nádoru zatím nepotvrdily epidemiologické studie. Rovněž tato hypotéza nevysvětluje až 25% riziko rozvoje nádoru u kontralaterálního varlete, které bylo normálně sestouplé v průběhu embryonálního





vývoje. Přesto se všeobecně doporučuje korekce polohy retinovaného varlete do dvou až tří let věku.

Celé spektrum vrozených vývojových abnormalit může být asociováno s rozvojem nádoru varlat. K nejznámějším patří vývojové anomálie urogenitálního systému (ektopická ledvina, duplikace odvodních močových cest, hypospadiie...), rovněž hormonální poruchy a poruchy sexuální diferenciaci (syndrom testikulární feminizace, syndrom testikulární dysgenese) se mohou podílet na zvýšeném riziku vzniku nádoru varlat.

Z faktorů vnějšího prostředí se diskutuje o etiologické souvislosti s chronickou traumou (dlouhodobá jízda na koni, jízda na kole, nošení těsných kalhot), specifickou virovou infekcí (hlavně orchitis po překonání příušnic). Přesto nebyla potvrzena žádná příčinná souvislost mezi žádnou dětskou infekcí a rozvojem nádoru varlete.

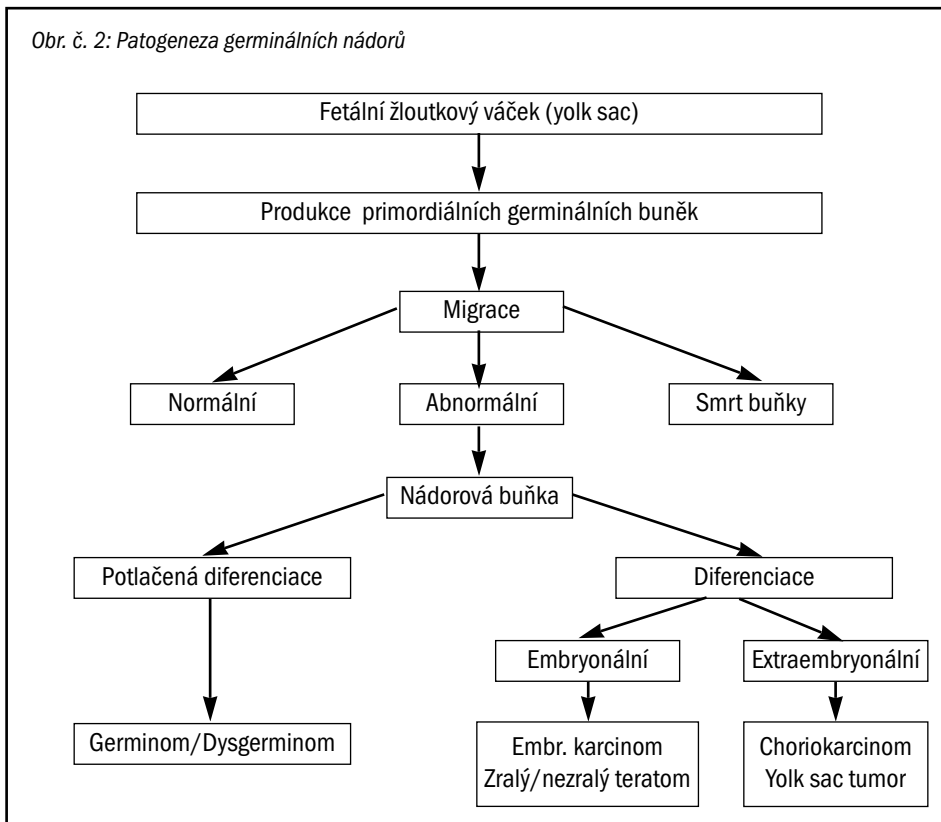
Schematický model faktorů podílejících se na možném vzniku nádorů varlat je na obr. č. 1.

Tento model však má stále jen malý praktický dopad na možnosti především primární prevence vzniku nádorů varlat. Proto se pozornost stále více zaměřuje na biologické charakteristiky a studie jednotlivých typů nádorů varlat s cílem zjistit a identifikovat primární změny vedoucí k dispozici, vzniku a rozvoji testikulárních nádorů.

Cytogenetická konstituce infantilních germinálních testikulárních nádorů je odlišná od konstituce stejných nádorů v dospělém věku. Germinální nádory (germ cell tumors - GCT) dospělého věku jsou aneuploidní - triploidní, až 80% obsahuje isochromosom 12 i(12p). U i(12p) negativních nádorů je zjištěna přestavba v oblasti krátkého ramínka chromosomu 12. Rovněž je u dospělého typu GCT patrný nadbytek genetického materiálu („gain“) na chromosomu 21 a X chromosomu, a ztráta („loss“) části chromosomu 13. Testikulární nádory pubertálních a postpubertálních chlapců mají stejnou cytogenetickou charakteristiku jako nádory dospělého věku.

Naproti tomu GCT u dětí pod 5 let věku (tzv. infantilní GCT) jsou diplo a tetraploidní, charakteristické cytogenetické nálezy jsou delece 1p, 4q a 6q, gain 1q, 20q a gain na chromosomu 3. Ztráta 1p je asociována s horší prognosou a agresivnějším biologickým chováním nádoru, podobně jako je to známo i u jiných nádorů dětského věku (např.

Obr. č. 2: Patogeneza germinálních nádorů



př. neuroblastom, Wilmsův nádor či melanom).

Rozdílné cytogenetické nálezy v souvislosti s věkem dávají možnost předpokládat i rozdílnou patogenezu těchto nádorů. Germinální nádory mají svůj původ v primordiálních germinálních buňkách, avšak infantilní GCT vznikají na odlišném stupni maturace primordiálních germinálních buněk než dospělé typy GCT. Patogeneza GCT adultního typu a GCT postpubertálních chlapců může být ovlivněna také fyziologickými změnami probíhajícími v průběhu puberty.

Tuto hypotézu podporuje i fakt, že karcinom in situ, častý u dospělých GCT, chybí u prepubertálních nádorů.

Patogeneza vzniku germinálních nádorů je znázorněna na obr. č. 2.

### ■ Klasifikace testikulárních nádorů

Naprostou většinu nádorů varlat u dětí tvoří nádory germinálního původu - téměř 93%. Až 82% nádorů typu GCT jsou nádory zhoubné, maligní, z nichž 70% tvoří nádor ze žlutkového váčku - yolk sac tumor (YST).

Nádory vyrůstající ze specifické stromy gonád tvoří 4 - 6% nádorů varlat. Zvyšní 1 - 3% jsou tvořeny nádory měkkých tkání (pre-

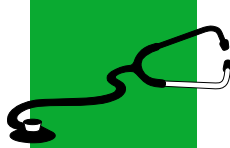
devším rhabdomyosarkom) a metastatickými nádory (infiltrace leukemií, lymfomem, metastázy solidních nádorů) (tab. č. 1).

### ■ Klinické příznaky, diferenciální diagnostika

Testikulární nádory se většinou projevují jako jednostranná pomalu narůstající NEBOLESTIVÁ masa, palpačně tuhá, hladká, solidní, není možno palpačně rozeznat hranici varlete. Většinou vyplňuje celé hemiskrotum. Jenom 10 - 15% pacientů udává bolest, která může být způsobena zakrvácením do nádoru nebo torzií nádoru. Velikost nádoru v čase diagnózy je různá, u malých dětí je nádor většinou rozpoznán dříve, většinou matkou, naopak u mladistvých pubertálních a postpubertálních pacientů může mít častokrát až obrovské rozměry a hmotnost, obr. č. 3.

Příznaky jsou pak způsobeny mechanicky - pocit tíhy v skrotu, bolesti zad. Celkové příznaky (teploty, hubnutí, bledost, únava) jsou příznakem pozdním a u dětí i příznakem vzácným. Asi u 5% pacientů je přítomna gynekomastie jako projev hormonální aktivity zvl. u nádorů ze Sertoliho - Leydigových buněk. Někdy může být kašel projevem metastatického rozsevu do plic.

Nádory varlat se mohou šířit cestou krevní



tab. č. 1

Klasifikace testikulárních nádorů	
<b>Germinální nádory:</b> Seminom	
Non-seminomatosní nádory:	Yolk sac tumor (endodermal sinus tumor) Embryonální karcinom Teratom Choriokarcinom Smíšený germinální nádor (mixed GCT)
<b>Nádory ze specifické stromy gonád (sex-cord stromal tumors):</b>	Nádor z Leydigových buněk Nádor ze Sertoliho buněk Nádor z buněk granulomy
<b>Smíšené germ - cell a stromální nádory:</b>	Gonadoblastom
<b>Rhabdomyosarkom</b>	
<b>Metastatické nádory</b>	
<b>Lymforetikulární nádory</b>	
<b>Vzácné nádory a „tumor like“ útvary:</b>	Karcinoid Adenokarcinom rete testis Epidermoidní cysta Malakoplakia

do plic, jater, kostí, mozku, kostní dřevě a cestou lymfatickou do lymfatických uzlin retroperitoneálních. Inguinální lymfatické uzliny mohou být postiženy při infiltraci stěny skrota nebo při neadekvátním diagnostickém nebo léčebném chirurgickém zákroku. Při nálezů patologické masy v skrotu je v diagnostice důležité odpovědět na otázky: – typický věk (do 2–5 let, pubertální či postpubertální věk), – přesná lokalizace patologické skrotální masy (varle, adnexa a obaly varlete, nadvarle, stěna skrota atd), – bolestivost (ano, ne) – rychlost objevení se masy a rychlost progresu nálezů, – přítomnost nebo nepřítomnost jiných průvodních

příznaků (např. při torzi chybí kremasterový reflex).

### ■ Diagnostika nádorů varlat

Diagnóza nádoru varlete se opírá především o klinické vyšetření pacienta a zjištění rozsahu onemocnění za použití ultrasonografie testis, CT vyšetření plic a břicha, scintigrafie kostí. Aspirace a trepanobiopsie kostní dřevě se neprovádí rutinně, význam má však u vyšších klinických stadií onemocnění nebo při podezření z infiltrace kostní dřevě maligním procesem (anemie, trombocytopenie).

V diagnostice nádorů varlat má svoje nezástupitelné místo sledování sérových hladin nádorových markerů, hlavně hladiny alfa – fetoproteinu (AFP), beta podjednotky choriového gonadotropinu (beta HCG) a taky sérové hladiny LDH. AFP je normálně produkován v průběhu embryonálního vývoje plodu v primitivním endodermu, fetálních játrech a střevě od šestého týdne gestace. Po narození postupně klesá v průběhu prvního roku života do minimál-

ních hodnot. Zvýšené hladiny AFP korelují s přítomností buněk nádoru ze žloutkového váčku (YST), jako i smíšených germinálních nádorů s komponentou buněk derivovaných z oblasti endodermálního sinu. AFP je marker velice sensitivní, a hlavně ve vysokém procentu specifický, na základě jeho detekce dělíme GCT na sekretorické (produkující markery) a non – sekretorické. Používá se nejen v diagnostice nádorů varlat, ale taky na sledování účinnosti aplikované léčby. Jeho přetrvávající zvýšené hladiny svědčí o přítomnosti aktivní nemoci nebo při opakovaném vzestupu po předchozích negativních hodnotách svědčí o progresi či rekurenci onemocnění. Beta HCG je produkován fyziologicky v čase gravidity syntitiotrofoblastem. Jeho zvýšené hladiny jsou typické pro choriokarcinom, který je ale v dětském věku vzácný. Sérová hladina LDH je zvýšena u testikulárních nádorů, ovšem nejde o marker specifický pro jistý histologický typ a v dětské onkologii má jenom podružný význam.

Při jakémkoli podezření na nádor varlete je nutná histologická verifikace a přesné určení typu nádoru. Kromě klasického histologického, histochemického a imunochemického vyšetření v současnosti přistupuje i vyšetření cytogenetické, event. molekulárně genetické. Význam a důležitost těchto nálezů u nádorů varlat byla zmíněna výše. Charakteristické nálezy mohou být navíc použity na sledování tzv zbytkové (minimální) reziduální nemoci, která je jinými metodami nedetekovatelná.

### Cílem diagnostického úsilí u nádorů varlat dětí a adolescentů je tedy zjištění a určení:

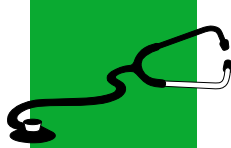
- přesného histologického typu nádoru
- přítomnost nebo absence metastáz regionálních či vzdálených
- tzv. staging
- zařazení (stratifikace) do rizikové skupiny a tím umožnění cílené, tzv targeted léčby
- hodnoty a dynamika nádorových markerů

### ■ Zásady standardní léčby nádorů varlat

Terapeutický přístup k nádorům varlat ovlivňují prognostické faktory, které pak umožňují zařazení pacientů do tří základních rizikových skupin. Stratifikace pacientů do rizikových skupin má zásadní význam pro cílenou tzv „targeted anebo risk adapted“ léčbu, ale také pro správnou a časnou detekci a výběr pacientů vhodných pro nestandardní léčbu.

Obr. č. 3: nádor pravého varlete u 17 – letého chlapce





tab. č. 2

**Diferenciální diagnostika skrotální patologické masy**

<b>Bolestivá masa:</b>	Torze varlete u staršího chlapce Torze apendixu varlete nebo epididymis Orchitida Epididymitida Henoch – Schonleinova purpura Kawasakiho nemoc Trauma (kontuze, hematoma nebo ruptura varlete, hematocele) Inkarcerace nebo strangulace indirektní inguinální hernie Akutní krvácení do nádoru varlete
<b>Nebolestivá masa:</b>	Indirektní inguinální hernie Hydrocele Varicocele Spermatocela Testikulární nádor Testikulární torze v prenatálním období Akutní idiopatický skrotální otok Cystická dysplazie varlete

tab. č. 3

**Charakteristika rizikových skupin dle americké COG (Children's Oncology Group)**

Nízké riziko (low risk)	Klinické stadium I Kompletní resekce nádoru Normalizace AFP do 5 dnů po operaci
Střední riziko (intermediate risk)	Klinické stadium II – IV Věk méně než 15 let Pokles hladin AFP dle nomogramu
Vysoké riziko (high risk)	Klinické stadium IV Věk nad 15 let

**A) Zásady chirurgické léčby nádorů varlat**

Zásadou je semikastrace – orchiektomie vysokou inguinální cestou s vysokou ligací spermatického provazce. Operace nebo i biopsie skrotální cestou je kontraindikována pro možnost rozsevu onemocnění do inguinálních lymfatických uzlin. U nádorů nízkého rizika je resekce metodou volby a další onkologická léčba není nutná, pacient je pouze přísně sledován v pravidelných intervalech – tzv metoda „wait and watch“ s monitorem hladin nádorových markerů. Disekce retroperitoneálních lymfatických uzlin se v moderní léčbě nádorů varlat dětí a mladistvých už nepoužívá pro její závažné a trvalé pozdní následky (ejakulační dysfunkce), při postižení retroperitoneálních lymfatických uzlin se peroperačně resekují vzorky ze tří etází uzlin (tzv .sampling), při potvrzení onemocnění je pacient léčen intenzivní chemoterapií.

**B) Zásady radioterapie v léčbě nádorů varlat**

Radioterapie je na ústupu z léčebných schémat nádorů varlat, a to z několika důvodů: nádory varlat a převážně nádory germinálního původu jsou rádiorezistentní, málo citlivé na ozařování. Dlouhodobé následky radioterapie na rostoucí a vyvíjející se tkáň dětského organismu jsou dobře známé. Tyto argumenty odsouvají radioterapii v léčbě nádorů varlat do pozice paliativní léčby, tj léčby při progredujícím a rezistentním onemocnění (například k paliativní léčbě bolestí u kostních metastáz).

**C) Zásady a role standardní chemoterapie**

V průběhu posledních desetiletí znamenalo zavedení chemoterapie do léčby nádorů varlat a germinálních nádorů dramatický zvrat v přežívání postižených jedinců. V letech padesátých pro ně neexistovala praktic-

ky žádná efektivní léčba, zavedením chemoterapie v letech šedesátých a postupně v sedmdesátých se až ku dnešku podaří zachránit přes 90% nemocných. V léčbě germinálních nádorů jsou používána různá schémata a kombinace dle jednotlivých národních skupin, všechny jsou však už od doby Einhorna, který v roce 1977 zavedl dnes už klasickou schému „PVB“, založeny na kombinaci cisplatinu s dalšími cytostatickými agens.

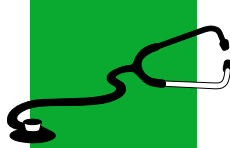
**D) Léčba progresse a rekurentního onemocnění**

Malá část nemocných dětí a mladistvých neodpovídá na aplikovanou léčbu, nebo odpovídá jenom částečně. Tito nemocní jsou kandidáti na nestandardní léčbu a léčbu v rámci klinických studií. V současnosti jsou kromě chemoterapie druhé linie s použitím nových preparátů s dokumentovanou aktivitou diskutovány i možnosti použití vysokodávkované chemoterapie s následným převodem periferních kmenových buněk, nebo použití imunoterapie či radioizotopem značené monoklonální protilátky anti AFP u sekrečních germinálních nádorů.

**Závěr**

V minulých desetiletích se pozornost onkologů zaměřovala především na zlepšování výsledků léčby a tím přežívání pacientů. Dnes, když se mortalita dramaticky změnila a přežívá 99 – 100% pacientů nízkého rizika a víc jak 85% pacientů středního rizika, se pozornost obrací k otázce zlepšování kvality života přežívajících dětí, k minimalizaci pozdních následků léčby. Jsou snahy o redukci aplikované chemoterapie s cílem snížení pozdních následků, avšak bez kompromitace léčebného efektu, u pubertálních a postpubertálních pacientů zachování fertility formou kryoprezervace spermatu. Neméně důležitou zůstává i otázka možné prevence vzniku a včasné detekce nádorů varlat. V tomto směru je nesmírně důležité samovyšetřování varlat a edukační programy pro rizikovou skupinu mladistvých. Neméně důležité jsou preventivní prohlídky pubertálních a postpubertálních chlapců s kompletní tělesnou prohlídkou. Jenom komplexním přístupem k prevenci, diagnostice a léčbě můžeme očekávat další zlepšení kvality péče o tyto mladé nemocné.

Literatura u autora.



# Bolest a možnosti její léčby

MUDr. Jan Lejčko

Centrum pro léčbu bolesti ARK, FN v Plzni

## Souhrn

**Akutní bolest (AB) je normální biologická odpověď organismu umožňující zachovat tělesnou integritu proti potenciálně škodlivým vlivům z vnitřního a zevního prostředí. Bolest má výraznou subjektivní komponentu a afektivní náboj a tento komplexní prožitek může být modifikován řadou psychogenní faktorů. Objektívni a subjektivní složka bolestivého zážitku je obsažena v obecně přijaté definici bolesti IASP (International association for the study of pain) a WHO: „Bolest je nepříjemný senzoričká a emoční prožitek spojený s akutním nebo hrozícím poškozením tkání či je popisován výrazy takového poškození“.**

AB je způsobena identifikovatelnými podněty, nepřesahuje dobu 3 měsíců a končí s uzdravením a vyhojením nemoci či poranění. Je účelná, má vysokou biologickou hodnotu a tudíž pozitivní význam. Je spojena s aktivací sympatiku a je součástí koncepce stresu (strach-boj-útek). V psychické sféře dominuje anxieta. Dobře reaguje na léčbu a lze zpravidla vystačit s jedinou léčebnou modalitou. Intenzivní AB, není-li léčena, může mít za následek závažné konsekvence (viz. neléčená koronární bolest, algická forma akutního herpes zoster). Nezávládnutá AB ve zdravotnickém zařízení v podstatě znamená, že nebyly využity dostupné efektivní prostředky.

Někdy však bolest ztrácí svůj pozitivní význam imperativního obranného reflexu, přesahuje zvyklý časový rámec základního akutního onemocnění či poranění a může být přítomna i po zhojení patologického procesu. O chronickou bolest (CHB) jde tehdy je-li její trvání delší než 3 až 6 měsíců. Nemocní s CHB mají sklon k depresi a mívají suicidální tendence, trpí nechutenstvím, mívají sklon k obstipaci, typická bývá chronická spánková deprivace, sociální izolace s existenční nejistotou a nezřídka lze zaznamenat projevy bolestivého chování. Pro CHB je charakteristická její nesnadná léčitelnost a má-li být terapie efektivní je nutné zapojení více léčebných metod simultánně. Klinický obraz skutečně rozvinuté formy chronické bolesti je tak specifický, že v těchto případech ji označujeme za nemoc „sui generis“ a jako takovou je třeba ji léčit.

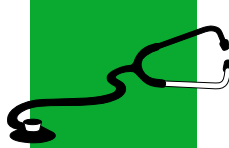
Prevalence CHB je značně vysoká a přesných údajů není mnoho. Z dostupných zdrojů (Evropská unie, Deklarace o chronické bolesti jako zásadním zdravotnickém problému) vyplývá, že jde o velmi častý stav. **Odhaduje se, že 8 – 30% populace trpí denně CHB. Asi 5% ze všech bolestivých stavů představuje bolest nádorového původu, zbytek je chronická nenádorová bolest (CHNNB).**

Nádorová bolest (NB) může být jak akutní, tak chronická a často vzniká v souvislosti s léčbou základního onemocnění. **Nejčastější příčinou CHNNB jsou bolesti dolních zad a z oblastí krční páteře, kloubní bolesti (osteoartróza, revmatismus), neuropatické syndromy, bolesti hlavy, fibromyalgické bolesti a myofasciální bolesti.** CHB je zdrojem význačného psychického a fyzického utrpení a ve vyspělých zemích je dnes považována za velmi závažný zdravotnický problém.

### ■ Fyziologie a patofyziologie bolesti

Bolest má své vlastní fyziologické mechanismy. Receptory bolesti, nocisenzory, jsou volná nervová zakončení v kůži, vazivu (superficiální bolest), ve svalech, kloubech, kostech a útrokách (hluboká bolest). Rozeznáváme mechanoreceptory, termoreceptory a polymodální receptory (reagují na mechanickou, termickou i chemickou stimulaci). Při stimulaci nocisenzorů se uvolňují chemické substance jež se obecně uplatňují při zánětu (prostaglandiny, histamin, bradykinin, substance P, kininy atd). Nocisenzory mohou měnit svůj práh ve vztahu k podráždění, mohou být řadou faktorů (poranění, zánět) senzitivizovány a to má úzký vztah k nocicepci. Rozeznáváme tzv. tiché nocisenzory, které se stávají aktivními až při silné stimulaci nebo po tzv. senzitivizaci. Mechanismus senzitivizace je stereotypní děj, který je vývojově naprogramován a představuje tzv. fylogenetickou paměť bolesti. Mechanismus nocicepce a recepce bolesti je oddělený od ostatního senzoričkého systému (viz. jedinci s vrozeným deficitem schopnosti percepce bolesti). Vedení bolestivého vzruchu je zprostředkováno myelinizovanými vlákny C a slabě myelinizovanými vlákny A-delta, která přicházejí do zadních rohů míšních. Na této úrovni jsou četné mezisegmentální spoje (transmisní buňky) a uplatňují se zde složité regulační mecha-

nizmy podílející se na modulaci přenosu bolesti. Známa vrátková teorie (Wall, Melzack) vychází z předpokladu, že rychlá, silně myelinizovaná vlákna A-alfa (hluboké cití) mohou přes transmisní buňky modulovat aktivitu pomalejších vláken (vlákna C a A-delta), uzavírat tak „vrátka“ a tím modulovat přenos bolestivé informace. Míšní vedení bolesti je zprostředkováno drahami spinotalamickými a spinoretikulotalamickými. Nejdůležitější nociceptivní oblastí CNS je talamus. Vlákna A-delta vedou rychlou a ostrou bolest do ventrobazálního talamu, vlákna C vedou pomalou, tupou bolest do intralaminárních jader. Aktivita mozkové kůry je nezbytnou podmínkou zpracování bolestivých impulsů. Limbický systém hraje velkou roli v emotivním zpracování bolesti. Na přenos bolestivé informace mají značný vliv endogenní neuronální mechanismy a zejména descendenti inhibiční systémy. Oblastmi inhibiční aktivity jsou: periakveduktální šed' mezencefala a jádra raphe v retikulární formaci. Stimulace těchto oblastí vede k analgezií podobné po podání opioidů. Endogenní opiogenní systém se účastní významně na kontrole bolesti (receptory a ligandy-endorfiny, enkefaliny, endomorfíny). Bolest však není pouhá nocicepce – tzn. síť drátů (neuronů) pasivně vedoucích elektrický impuls (nervový vzruch). Nervový systém je dnes považován za dynamickou strukturu a je prokázáno, že již krátce po zahájení bolestivé stimulace dochází k identifikovatelným strukturálním změnám (na úrovni genové transkripce a proteosyntézy) v příslušném míšním segmentu. Tato vlastnost nervového systému je označována jako neuroplasticita. Tyto teoretické předpoklady jsou podkladem pro koncept pre-emptivní analgezie, založený na principu předcházení bolesti – antalgický postup předchází bolestivé aferentaci. Důležité je si uvědomit, že bolestí trpí i děti. Představa, že novorozenec necítí bolest je již překonána. Již v průběhu intrauterinního ži-



vota jsou nervové struktury schopny přenosu bolestivé aferentace. Iluzí je předpoklad, že dítě zapomene na bolest, je-li výkon proveden rychle. Bolestivý prožitek je velmi silně spjat s pamětí (rozhoduje především intenzita bolesti) a podílí se na dalším formování psychologického profilu jedince a jeho postoji k nemoci a stresu vůbec. Tišení akutní procedurální bolesti u dětí je kategoričtým imperativem.

### ■ Dělení bolesti

#### Základní rozdělení:

- Akutní bolest
- Chronická bolest

#### Dle biologického původu:

- Nádorová bolest
- Nenádorová bolest

#### Dle typu:

- Nociceptivní bolest – vzniká mechanickou, chemickou či termickou stimulací intaktních nociceptorů. Je výrazem normální funkce nervového systému.
- Neuropatická bolest – je způsobena dysfunkcí samotného nervového systému (trauma, ischemie, infekce, invaze tumoru, metabolické vlivy). Bolest zde není dána aktivací nociceptorů.
- Smíšená bolest – nociceptivní i neuropatická komponenta (např. failed back surgery syndrom).
- Neorganická (psychogenní, idiopatická) bolest.

### ■ Patogeneze bolesti

AB je nejčastěji způsobena traumatem, zánětem, distenzí dutých orgánů při kolikách a NPB. Modelovým příkladem AB je pooperační bolest. NB je způsobena přímo růstem nádoru (nociceptivní a neuropatická složka bolesti), důsledky léčby a diagnostiky a vyplývá také z celkového oslabení pacienta. CHNNB má rovněž organickou příčinu (nociceptivní a neuropatická bolest) a v některých případech (např. osteoartróza, spondyloartróza) může být chronická bolest dána permanentní stimulací nociceptorů v oblastech progresivního tkáňového poškození. Často však nelze ani pomocí moderních komplementárních metod (CT, MR, scintigrafie, elektrofyziologické techniky, biochemické markery atd) nalézt organický korelát jež by vysvětloval tíži chronické bolesti, která přetrvává po vyléčení a vyhojení akutního onemocnění (např. postherpetická neuralgie, poúrazové stavy, fantomové bolesti). Podkladem mechanismu perzistence chronické bolesti jsou změny v periferním a centrálním nervovém systému ve smyslu neuroplasticity (senzitivace periferních a centrálních neuronů, probuzení „spících nociceptorů“, patologická aktivita poško-

zených neuronů, reorganizace cytoarchitektoniky v míše a mozku).

### ■ Hodnocení bolesti

Bolest je dne považována za další vitální hodnotu (vedle TK, pulsu, teploty, a dechové frekvence), která by měla být rutinně sledována a zaznamenávána v klinickém protokolu. V současné době jednoduchým a dostupným prostředkem je hodnocení intenzity bolesti dle tzv. vizuálně-analgové škály (VAS). To je stupnice od 0 do 100 korespondující na druhé straně s diagramem. **0 znamená stav bez bolesti, 100 je nejsilnější bolest jakou si dokáže pacient představit.** Dle průběhu na VAS lze dobře soudit jak je léčba efektivní. Alternativou jsou verbální škály, většinou o pěti pojmech nebo u malých dětí lze užít serií grimas vyjadřujících stupeň pohody či nepohody. Měření mají význam tehdy jsou-li prováděna opakovaně. Pro podrobnější hodnocení bolesti slouží různé dotazníky zohledňující senzickou, afektivní a evaluativní komponentu bolestivého prožitku, ale i spotřeba analgetik má důležitou výpovědní hodnotu. Zejména u CHB je důležité i grafické znázorňování.

### ■ Léčba bolesti

Léčba AB je relativně jednoduchá a jejím základem je racionální užití farmakoterapie. V některých případech jsou na místě anesteziologické techniky. Detailním postupem se zabývají příslušné základní lékařské obory (chirurgie, interna, pediatrie atd). Postupy léčby nádorové bolesti jsou definovány v publikaci „Cancer pain relief“ z roku 1986 a v jejích reedicích. Základním algoritmem je postup dle třístupňového žebříčku analgetik (viz níže). CHNNB představuje velký zdravotnický problém. Svým rozsahem jde v podstatě až o epidemii či pandemii CHNNB. Myoskeletální systém je z okruhu diagnóz CHNNB zastoupen daleko nejčastěji (bolesti dolních a horních zad, osteoartróza, myofasciální bolesti atd). Je zde úzká souvislost se současným životním stylem. Řadu syndromů CHNNB lze zařadit do skupiny civilizačních onemocnění. Současný způsob života směřuje k redukci přirozených denních pohybových aktivit a místo toho se uplatňují nevýhodné a nefyziologické pohybové stereotypy apod. Vztahy jsou však mnohem složitější. Např. chronické bolesti dolních zad (low-back-pain) jsou dnes do značné míry považovány za psychosociální onemocnění. Z hlediska léčebné strategie je dnes v oblasti léčby CHNNB doporučován multidisciplinární přístup kdy je možno uplatnit pohled více odborníků (algeziolog, rehabilitační lékař, psycholog, neurolog), použít současně více léčeb-

ných modalit. Předpokladem je organizace a koordinace léčebného postupu. Jednotlivý léčebný postup, např. pouhá farmakoterapie, nebývá zpravidla u CHB úspěšný. Důležité je přistupovat k léčbě individuálně a stanovit realistický a dosažitelný cíl léčby. Nelze očekávat rychlé vyléčení jako je tomu u stavů s akutní bolestí, ale v mnoha případech se jedná o dlouhodobý a časově neohraňovaný postup. Zásadním faktorem je dosažení změny pohledu pacienta na svojí bolest a osvojení si individuální strategie zvládnání chronické bolesti. Pacient může změnit svůj postoj i tehdy když nabude přesvědčení, že někdo má o jeho stav zájem, věří mu a chce jej léčit.

### ■ Cíle léčby bolesti

#### Akutní bolest

- Komfortní analgezie za současné kauzální léčby
- Chronická bolest
- Úleva od bolesti
- Zvýšení funkce a zlepšení kvality života
- Nádorová bolest
- Zajištění spánku
- Úleva od bolesti v klidu
- Úleva od bolesti při denních aktivitách

Pojem funkce zahrnuje jak fyzickou výkonnost a duševní zdraví, ale i úroveň rodinných a sociálních vztahů. Jestliže určitý typ léčby bolesti vede sice ke zvýšení bezprostředního komfortu, ale např. v důsledku deprese kognitivních funkcí a nadměrné sedace ke snížení výkonnosti, potom jde o nevhodný postup. Na druhé straně jsou nemocní kde intenzivní CHB je způsobena tak pokročilým organickým nálezem, že nelze očekávat zlepšení fyzické výkonnosti ani při velmi efektivní analgezii. Zlepšení funkce se projevuje ve zlepšení psychického stavu a sociální komunikace (zájem o okolí, zlepšení komunikace, odeznění deprese atd.). Konečným cílem léčby CHNNB je zlepšení kvality života.

### ■ Léčebné možnosti

#### **A. Nefarmakologické postupy**

- Postupy z oblasti léčebné rehabilitace (manipulativní léčba, měkké techniky, masáže atd.).
- Fyzikální techniky (ultrazvuk, laser, elektrolyčba – zejména TENS, aplikace tepla, chladu).
- Psychologická léčba (relaxační techniky, hypnóza, biofeedback, kognitivně-behaviorální léčba).

#### **B. Farmakologické postupy**

Směrnice SZO pro léčbu nádorové bolesti – **třístupňový analgetický žebříček** – je použitelná i pro AB a CHNNB. Výběr analgetika určuje především intenzita bolesti. U NB a CHNNB se postupuje dle principu **zdola nahoru** („step up“). Lékem



**Analgetický žebříček SZO**

I. stupeň – mírná bolest	II. stupeň – středně silná bolest		III. stupeň – silná bolest
	Slabé opioidy		Silné opioidy
Neopioidní analgetikum	+ neopioidní analgetikum		+ neopioidní analgetikum
+/- adjuvantní analgetika (koanalgetika) a pomocná léčiva			

první volby by měla být neopioidní analgetika (paracetamol, nesteroidní antirevmatika (NSA) včetně preferenčních a selektivních COX-2 inhibitorů) a teprve při selhávání efektu léčby by měly následovat slabé opioidy v kombinaci s neopioidními analgetiky a dále silné opioidy. U AB se postupuje dle principu **shora dolů** („step down“) – např. u pooperační bolesti jsou první tři dny na místě silné opioidy a na doléčení mohou postačit neopioidní analgetika. Dle situace jsou na místě i parenterální formy analgetik.

Významnou roli ve farmakoterapii CHNNB sehraávají i adjuvantní analgetika (látky jež jsou primárně indikovány pro jinou diagnózu, ale mají i svůj specifický analgetický efekt) z nichž klíčové postavení mají některá antikonvulziva a antidepressiva. Přednost v léčbě CHB mají nein vazivní lékové formy p.o. a transdermální s postupným uvolňováním. Nevhodné jsou parenterální formy (opakované inj. Dolsinu).

1. Na prvním stupni jsou látky ze skupiny analgetik-anipyretik a z nich je t.č. doporučován především **paracetamol** do dávky 30 – 40 mg/kg pro die. Bývá efektivní u osteoartrózy, myoskeletálních bolestí, bolestí hlavy a výhodou jsou nižší vedlejší účinky na žaludeční sliznici a destičkové a renální funkce. Analgetická účinnost je srovnatelná s NSA. Dále sem patří NSA včetně k. acetylosalicylové, pro pediatrickou praxi však nevhodná. NSA jsou zatížena vedlejšími účinky: iritace žaludku, nefrotoxicita, hepatotoxicita, vliv na trombocytární funkce a hematopoezu. Nejnižší výskyt vedlejších efektů z klasických NSA má **ibuprofen** a lze jej použít v dávce 20 – 35 mg/kg pro die. Variantou je **diclofenac** v dávce do 1,5 mg/kg pro die. Výhodnější profil vedlejších efektů mají preferenční inhibitory COX-2 (Aulin, Movalis) a zejména selektivní inhibitory COX-2 (**celekoxib** – Celebrex, rofekoxib – Vioxx). Analgeticky neúčinnějším NSA je **indometacin** v dávce do 1,5 mg/kg pro die, ale má nejvíce vedlejších účinků z této skupiny. Jeho podávání by mělo být jen krátkodobé, řádově dny. Obecně by při dávkování NSA měla být respektována denní křivka potíží pacien-

ta. U všech analgetik z této skupiny se uplatňuje tzv. stropový efekt, tzn. od určité meze již dalším zvyšováním dávky nedojde ke zvýšení analgetického účinku, ale jen nežádoucích účinků.

2. Druhý stupeň analgetik (slabé opioidy) je zastoupen především **kodeinem** a jeho deriváty. Kodein v dávce 0,8 mg/kg, zejména v kombinaci s analgetikem z prvního stupně (**paracetamol**) je účinné analgetikum (Korylan, Talvosilen). Profil vedlejších účinků je identický se všemi opioidy (obstipace, sedace, nauzea atd). Pro chronickou léčbu se hodí semisyntetické preparáty – **dihydrokodein** (DHC Cont). Další možností pro chronické podávání je tramadol v jednotlivé dávce 1 – 2 mg/kg. Pro děti je nevhodnější léková forma v kapkách a dávkování po 6 – 8 hod. Látky ze skupiny agonistů-antagonistů (**pentazocin** – Fortral, **butorfanol** – Beforal, **nalbufin** – Nubain) se mohou uplatnit v léčbě AB, ale nejsou vhodné pro chronickou léčbu. (stropový efekt, riziko vzniku psychické závislosti).

3. Silné opioidy jsou látky pro intenzivní bolest. Nezáleží na biologickém původu bolesti či věku pacienta. O jejich podání rozhoduje intenzita bolesti. I děti dobře snášejí morfin nebo jiné opioidy. Dítě, které má silné bolesti, po podání opioidu neupadne do útlumu, ale naopak ožije, stane se komunikativnějším a začne si hrát. Dnes je jisté, že určitá skupina pacientů s CHNNB může mít prospěch i s dlouhodobého podávání opioidů. Léčba musí být pravidelně monitorovaná. Opioidy by neměly však nahradit komplexní postup. Je nutno sledovat jaký vliv mají na fyzickou a psychickou výkonnost. Cílem léčby opioidy je dosáhnout náležité analgezie při ještě minimálním výskytu vedlejších efektů. Je nutno počítat s některými vedlejšími účinky opioidů: obstipace, nauzea, sedace, pruritus, deprese kognitivních funkcí). Opioidy mají proti jiným analgetikům i výhody: nejsou hepato a nefrotoxicke, nenarušují krvetvorbu a hemokoagulaci. Riziko psychické závislosti je u pacientů, kteří užívají opioidy pro bolest minimální. Náhlé vysazení léčby však může vést k rozvoji abstinčního syndromu, který sig-

nalizuje přítomnost fyzické závislosti (ta však je úplně něco jiného než psychická, léková závislost). Tomu se předchází postupným snižováním dávky. Neexistuje maximální dávka silného opioidu. Správná je taková dávka, která přináší analgezi. Dechový útlum nehrozí, titrujeme-li opioid proti bolesti. U silných opioidů se neuplatňuje stropový efekt. K podávání opioidů se má přistoupit až tehdy jsou-li vyčerpány všechny standardní léčebné postupy. Pro léčbu opioidy přichází u nás v úvahu morfin SR (MST Cont, Vendal, Skenan), oxycodon (Oxycontin) a fentanyl v transdermálním systému (Durogesic). **Obvyklá analgeticky účinná dávka morfinu v s.c. injekci je 0,1 mg/kg – tj. 2 mg pro dítě o hmotnosti 20 kg.** P.o. účinná dávka je však trojnásobná.

Zajímavý pohled na účinnost analgetik (platí pro akutní bolest) z praktického hlediska přináší tzv. „**Liga analgetik**“ což je žebříček účinnosti analgetik dle parametru NNT (the number needed to treat). NNT udává počet pacientů, který musí být léčen určitým analgetikem, aby alespoň u jednoho nemocného došlo k 50% poklesu intenzity bolesti. **Na prvním místě je ibuprofen 800mg s NNT 1,6, na druhém místě je kombinace paracetamol 1g + kodein 60mg s NNT 1,9 a následuje diclofenak 5 mg s NNT 2,3.** Kombinace paracetamol s kodeinem v uvedené dávce se vyrovná účinným NSA, ale nemá vedlejší GIT efekty. (Liga analgetik je sestavována oxfordskou „Pain unit“ na základě medicíny založené na důkazech a jde o dávky pro dospělého pacienta).

**C. Invazivní postupy**

- Anesteziologické techniky – jednorázové či kontinuální blokády nervových struktur pomocí katetru, blokády vegetativního nervového systému, implantace portu apod.
- Neuroablativní techniky – provádí neurochirurg – např. longitudinální myelotomie, DREZ
- Neuromodulační techniky – stimulace nervových struktur (zadní rohy míšni, talamus, kortikální stimulace) nebo implantace dávkovacích systémů (intratékálně, do komorového systému (morfin, bupivakain, baclofen, clonidin). Zásadní přínos je, že neuromodulační techniky jsou nedestruktivní a nevedou k deafferentaci. Jsou však drahé.

Bolest a její léčba je velmi závažný problém současné medicíny, který se týká všech věkových skupin. Přitom tlášení bolesti je etickou prioritou lékařské činnosti. Problematika bolesti se ocitla neprávem jakoby ve stínu pro veřejnost atraktivní a „heroické medicíny“ a rozhodně zasluhuje více pozornosti. ■

## V. Teyschlův pediatrický den

Téma:

# AKTUÁLNÍ NEMOCI 21. STOLETÍ – INFEKCE

Datum a místo konání:

sobota 6.3.2004, Aula Kolejí MU, Vinařská 5, Brno

Pořádají:

I.dětská interní klinika LF a FN Brno, Klinika dětských infekčních nemocí LF a FN Brno,  
Česká pediatrická společnost ČLS JEP

Předběžný program:

### 9.00: Zahájení

### 9:15: Odborný program

Závažné rizikové infekce 21. století (V. Chmelík, Č. Budějovice)

AIDS – hrozba stále aktuální (Sv. Snopková, AIDS – centrum, Brno)

Změny ve spektru infekčních nemocí (D. Bartošová, Brno)

### 11:20 Přestávka – káva

Cestovní medicína a prevence (A. Přivorová, ZÚ Brn)

TBC stále aktuální (A. Holčíková, Brn)

SARS (T. Habanec, Brno)

Protiepidemická opatření při výskytu závažných infekčních onemocnění (V. Jurčová, R. Vaverková, KHS JMK Brno)

Riziko infekce u onkologických pacientů (J. Štěrba, Brno)

### 13:30: Přestávka – káva

Uzlinový syndrom (L. Klapáčová, Brno)

Felinóza (Z. Jirenská, Brno)

Boreliózy (L. Krbková, Brno)

Hepatitidy (I. Čapovová, Brno)

Sepse (J. Michálek, Brno)

### 15:30 Závěr

Souběžně bude na stejné téma probíhat sekce SZP.

**Na konferenci je možné k tématu přihlásit posterové sdělení.**

**Konferenční poplatek:** lékaři do 25.2.2004 poplatek 200 Kč (složenkou nebo převodem na účet: 85636621/0100, KB Brno-město, var. symbol 1124000104), později neb při registraci 250 Kč, SZP poplatek převodem 100 Kč, při registraci 150 Kč. Při platbě převodem je nutné uvést variabilní symbol.

**Přihlášky a dotazy, prosím, zasílejte na adresu:** Sekretariát I. dětské int. kliniky, FN Brno, Černopolní 9, 625 00 Brno, tel: 532 234 237, fax: 532 234 238, e-mail: vlangr@med.muni.cz, ichromko@fnbrno.cz

Akce je registrována ČLK a hodnocena v rámci vzdělávání 1 Certifikátem.

### Přihláška k účasti „V. Teyschlův pediatrický den“ Brno, sobota 6. 3. 2004

Příjmení, jméno, titul: .....

Adresa pro korespondenci: .....

tel.: ..... fax: ..... e-mail: .....

# Přehled doškolovacích kurzů pro lékaře, které pořádá 1. LF UK v Praze v letním semestru 2004

Zájemci se mohou přihlašovat písemně, telefonicky, faxem nebo e-mailem: Děkanát 1. LF UK, odd.doškolování lékařů, Kateřinská 32, 121 08 Praha 2, telefon a fax: 224964314, mobil: 732146799, eva.svobodova@lf1.cuni.cz. Na přihlášku prosím uveďte název doškolovacího kurzu, Váš titul, jméno a příjmení, kontaktní adresu vč. PSČ, telefon, rok narození a lékařský obor. Přihlášení účastníci obdrží cca měsíc před konáním kurzu pozvánku se složenkou na úhradu účasti.

Cena kurzu je 400,- Kč. Pokud nebude poplatek uhrazen složenkou, může být zaplacen v hotovosti na místě ve výši 450,- Kč. Účastník kurzu, který nebude přihlášen předem, uhradí na místě v hotovosti 500,- Kč.

Kurzy se konají v Praze, vždy v sobotu a trvají 8 přednáškových hodin.

Podrobné informace a program kurzů si vyžádejte na výše uvedeném kontaktu nebo je naleznete na: <http://www.lf1.cuni.cz/> (děkanát – oddělení doškolování).

**Absolventi kurzu obdrží certifikát podle Stavovského předpisu č. 16 ČLK o celoživotním vzdělávání lékařů.**

<b>Všeobecný kurz z pediatrie</b>		
<b>Koordinátor: MUDr. Marcela Černá, Termín: 7. 2. 2004, Místo konání: Purkyňův ústav, Praha 2, Albertov 4</b>		
<b>Téma</b>	<b>Přednášející</b>	<b>Trvání</b>
Horečka	MUDr.P.Srnský	45 min.
Histiocytozy	MUDr.J.Malis	45 min.
Sekundární malignity	MUDr.J.Malis	45 min.
Osteopenie u dětí	MUDr.B.Kalvachová	90 min.
Banky mateřského mléka v ČR	MUDr.A.Mydlilová	45 min.
Týrané, zanedbávané a zneužívané děti	MUDr..Schneiberk	90 min.

<b>Urgentní medicína pro praktické lékaře</b>		
<b>Koordinátor: as. MUDr. Jan Machač, Termín: 13. 3. 2004, Místo konání: Děkanát 1. LF UK, Na Bojišti 3, 121 08 Praha 2 (zas. místnost)</b>		
<b>Téma</b>	<b>Přednášející</b>	<b>Trvání</b>
Bezvědomí - diferenciální diagnostika a postupy	as.MUDr.M.Svítek	45 min.
Resuscitace v přednemocniční péči	as.MUDr.J.Machač	45 min.
Postup při vyšetření a zajištění raněného na místě úrazu	as.MUDr.P.Kříž	45 min.
Úrazy hlavy a páteře	as.MUDr.J.Machač	45 min.
Úrazy hrudníku a břicha	as.MUDr.P.Kříž	45 min.
První pomoc při popáleninách	as.MUDr.J.Machač	45 min.
První pomoc intoxikovaným - intoxikace dospělých	as.MUDr.V.Vávra	45 min.
První pomoc intoxikovaným - intoxikace dětí	as.MUDr.M.Svítek	45 min.

<b>Nefrologie pro praktické lékaře</b>		
<b>Koordinátor: doc. MUDr. Sylvie Sulková, DrSc., Termín: 20. 3. 2004, Místo konání: I. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2, U Nemocnice 2</b>		
<b>Téma</b>	<b>Přednášející</b>	<b>Trvání</b>
Záněty vývodných cest močových	prof.MUDr.V.Monhart,CSc.	45 min.
Hematurie	MUDr.Vladimír Polakovič	45 min.
Proteinurie	prof.MUDr.V.Tesař,DrSc.	45 min.
Diabetická nefropatie	prof.MUDr.V.Tesař,DrSc.	45 min.
Polycystické ledviny	doc.MUDr.M.Merta	45 min.
Péče o dialyzované pacienty v ordinaci PL	doc.MUDr.S.Sulková,DrSc.	45 min.
Posudkové aspekty v nefrologii	MUDr.D.Válková	45 min.
Hypertenze a ledviny	doc.MUDr.S.Sulková,DrSc.	45 min.

## Pediatrický kurz

**Koordinátor: MUDr. Marcela Černá, Termín: 20. 3. 2004, Místo konání: Purkyňův ústav, Praha 2, Albertov 4**

Téma	Přednášející	Trvání
Akutní stavy v ORL z pohledu otorhinolaryngologa	as. MUDr. Hana Fišerová	45 min.
Akutní stavy v ORL z pohledu pediatra	MUDr. Olga Černá	45 min.
Léčba krevními deriváty v dětském věku	MUDr. Olga Černá	45 min.
Hypotrofický novorozenec	MUDr. Miloš Černý	45 min.
Chlamydiové infekce u dětí	MUDr. Pavla Pokorná	45 min.
Léky a kojení	MUDr. Magdalena Paulová	45 min.
Jak lépe porozumět sobě a svým pacientům (supervize)	PhDr. Blanka Čepická	90 min.

## Psychiatrická problematika v ordinaci praktického lékaře

**Koordinátor: MUDr. Hana Papežová, CSc., Termín: 3. 4. 2004, Místo konání: Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2, Ke Karlovu 11**

Téma	Přednášející	Trvání
Jak postupovat u nemocného s depresí	as.MUDr.M.Anders	45 min.
Psychotický stav v ordinaci PL	as.MUDr.P.Fridrich	45 min.
Poruchy příjmu potravy v ordinaci PL	as.MUDr.H.Papežová,CSc.	45 min.
Rodiče a děti v rozvodových situacích	as.MUDr.D.Janotová	45 min.
Somatoformní poruchy, diagnostika a léčba	MUDr.M.Sekot	45 min.
Závislost na alkoholu v ordinaci PL	as.MUDr.L.Procházka	45 min.
Stres a duševní hygiena u lékařePrevence syndromu vyhoření	as.MUDr.P.Doubek	45 min.
Organická porucha a demence u praktického lékaře	as.MUDr.R.Jirák	45 min.

## Dermatovenerologie pro praktické lékaře

**Koordinátor: as. MUDr. Ivana Kuklová, CSc., Termín: 24. 4. 2004,**

**Místo konání: Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2, U Nemocnice 2**

Téma	Přednášející	Trvání
Nemoci pojiva	doc.MUDr.J.Štork,CSc.	45 min.
Je syfilis stále aktuální?	doc.MUDr.R.Pánková,CSc.	45 min.
Maligní melanom	MUDr.V.Miňovská	45 min.
Dif. dg. kožních nádorů	MUDr.V.Miňovská	45 min.
Kožní mykózy, dif. dg., terapie	as.MUDr.I.Kuklová,CSc.	45 min.
Dermatózy dětského věku	MUDr.S.Polášková	45 min.
Novinky v terapii ulcus cruris	MUDr.M.Kojanová	45 min.
Využití laserů v dermatologii	MUDr.K.Kykalová	45 min.

## Intenzivní péče v gastroenterologii

**Koordinátor: doc. MUDr. Aleš Žák, DrSc., Termín: 15. 5. 2004, Místo konání: IV. interní klinika, U nemocnice 2, Praha 2**

Téma	Přednášející	Trvání
Intenzivní péče v gastroenterologii - význam mezioborové spolupráce	Doc.MUDr.A.Žák,DrSc.	10 min.
Krvácení do GIT při portální hypertenzi	As.MUDr.K.Hrubant,doc.MUDr.A.Žák,DrSc.	45 min.
Nevariceální krvácení do GIT	MUDr.H.Lubanda,MUDr.M.Bortlík	45 min.
Indikace chir.léčby u krvácení do GIT	Doc.MUDr.J.Šváb,CSc.	45 min.
Akutní jaterní selhání	MUDr.F.Novák	45 min.
Komplikace idiopatických střevních zánětů v intenzivní péči	Doc.MUDr.M.Lukáš,CSc.MUDr.F.Novák	45 min.
Komplexní metabolická a nutriční péče u onemocnění GIT	MUDr.J.Večeř	45 min.
Těžká akutní pankreatitis	Doc.MUDr.A.Žák,DrSc.	45 min.
Indikace chir.léčby u septických komplikací onemocnění GIT	Doc.MUDr.J.Šváb,CSc.	45 min.

## Urologická problematika v ordinaci praktického lékaře

Koordinátor: prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., Termín: 22. 5. 2004, Místo konání: Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2, Ke Karlovu 6

Téma	Přednášející	Trvání
Karcinom prostaty	prof. MUDr. J. Dvořáček, DrSc.	45 min.
Inkontinence moči	doc. MUDr. T. Hanuš, CSc.	45 min.
Nádory ledvin	prim. MUDr. I. Pavlík	45 min.
Striktury močové trubice	doc. MUDr. R. Kočvara, CSc.	45 min.
Nádory močového měchýře	doc. MUDr. M. Babjuk, CSc.	45 min.
Benigní hyperplázie prostaty	as. MUDr. L. Šafařík, CSc.	45 min.
Sexuální dysfunkce	as. MUDr. L. Zámečník	45 min.
Urolitiáza	as. MUDr. K. Novák	45 min.

# Kurzy katedry pediatrie IPVZ na Klinice dětí a dorostu 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

## 1. pololetí 2004

### 220007

#### Aktuality v pediatrii pro praktické lékaře pro děti a dorost – cyklus 5 seminářů

(středy odpoledne od 17 do 18 hodin, posluchárna Kliniky dětí a dorostu, Vinohradská 159, Praha 10)  
počet účastníků: 35, přihlášky: katedra pediatrie IPVZ, paní Círusová

### 18.2.2004

#### Stomatolog a dětský věk

(doc. dr. E. Gojišová, Stomatologická klinika UK-3.LF a FNKV)

### 17.3.2004

#### Strabismus u dětí

(MUDr. J. Krásný, Oftalmologická klinika UK-3.LF a FNKV)

### 21.4.2004

#### Vývoj řeči u dítěte – vliv interakce rodič-dítě

(dr. Z. Hánová)

### 19.5.2004

#### Dítě s obličejovým rozštěpem z pohledu pediatra

(dr. J. Dvořáková, Klinika plastické chirurgie UK-3.LF a FNKV)

#### Dítě s obličejovým rozštěpem z pohledu plastického chirurga

(dr. J. Kuderová, Klinika plastické chirurgie UK-3.LF a FNKV)

### 16.6.2004

#### Kriticky popálené dítě z pohledu pediatra

(dr. J. Kripner, Klinika popáleninové medicíny UK-3.LF a FNKV)

#### Kriticky popálené dítě z pohledu chirurga

(dr. R. Zajíček, Klinika popáleninové medicíny UK-3.LF a FNKV)

### 220008

#### Aktuality v dětské endokrinologii

Sobota 3.4.2004 od 9 do 16 hodin, posluchárna Kliniky dětí a dorostu, Vinohradská 159, Praha 10.

Počet účastníků: 35

#### Změna termínu oproti původnímu rozpisu!

přihlášky: katedra pediatrie IPVZ, paní Círusová  
9.00–9.45 - Co přinášejí nové růstové grafy pro primární pediatrickou péči? (prof. Lebl)

10.00–10.45 - Turnerův syndrom v ordinaci PLDD (prof. Lebl)

11.00–11.45 - Diabetes mellitus u novorozenců a malých kojenců (dr. Průhová)

12.00–12.45 - Diabetes mellitus na prahu dospělosti (dr. Průhová)

14.00–14.45 - Dědičnost dětské obezity: Nové poznatky o řízení jídelního chování (dr. Hainarová)

15.00–15.45 - Praktické vedení léčby obézního dítěte (dr. Finková)

### 220009

#### Gastroenterologie v pediatrické praxi

Sobota 20.3.2004 od 9 do 16 hodin, posluchárna Kliniky dětí a dorostu, Vinohradská 159, Praha 10.

Počet účastníků: 35, přihlášky: katedra pediatrie IPVZ, paní Círusová

9.00–9.45 - Novinky v léčbě chronických hepatid u dětí (dr. Volf)

10.00–10.45 - Celiakie u dětí s diabetem mellitus 1. typu a u dívek s Turnerovým syndromem (dr. Volf)

11.00–11.45 - Onemocnění pankreatu u dětí – pravidla a mýty při interpretaci hodnot amyláz v pediatrické praxi (dr. Marx)

12.00–12.45 - Diferenciální diagnostika zácpy u dětí; algoritmy diagnostických a terapeutických postupů (dr. Marx)

14.00–14.45 - Chronická zánětlivá onemocnění střevní v ultrazukovém obraze (dr. Zikmund)

15.00–15.45 - Diagnostika zánětlivých střevních onemocnění pomocí radionuklidových metod (dr. Chroustová, odd. nukleární medicíny FNKV)

#### Odborná stáž - Dětská endokrinologie

– 1 týden, leden–červen

Klinika dětí a dorostu, Vinohradská 159, Praha 10  
Vedoucí stáže: Prof. Lebl

Práce v ambulanci diabetologie, tyreologie, růstových poruch a ve všeobecné endokrinologické ambulanci.

Sonografie v dětské endokrinologii.

Zátěžové testy v dětské endokrinologii.

Laboratoř novorozeneckého screeningu.

2 účastníci ve vypsání týdně

Přihlášky: katedra pediatrie IPVZ, paní Círusová, domluvení termínu: sekretariát Kliniky dětí a dorostu UK-3LF a FNKV, tel. 267 162 561

#### Odborná stáž - Sonografie v dětské endokrinologii

– 1 týden, 5.–9.4.2004

Klinika dětí a dorostu, Vinohradská 159, Praha 10  
Vedoucí stáže: dr. Zikmund

Počet účastníků: 2, přihlášky: katedra pediatrie IPVZ, paní Círusová



## Aktuality

### ■ Stabilizace je daleko

#### Poplatkům pacientů se zřejmě nevyhneme

Máme tu dvě koalice – politickou a zdravotnickou. Ta první se nemůže shodnout, ta druhá má jasno. Zdravotnická koalice totiž sdružuje organizace, jejímiž členy jsou ambulantní lékaři, stomatologové a farmaceuti, tedy soukromníci, kteří nemají čas na nějaké dlouhé dišputace. Musejí přežít rozkolísaný systém financování zdravotní péče, platby po lhůtě splatnosti a požadavky věřitelů. Šestého ledna budou protestovat – na hodinu zavřou své ordinace a lékárny. Takový postup je netěšší. Soukromí zdravotníci potřebují pracovat a vydělávat. Stávkují v krajní nouzi a zhluboka si oddechnou, když nebudou muset pokračovat. Má jejich počin smysl?

To závisí na té první, politické koalici, která je ovšem nyní bezradná. Existují vážné obavy, že není schopna pomoci, i kdyby nakrásně chtěla. Problémem není ani tak nejednota mezi jednotlivými stranami, zásadním úskalím jsou názorové rozpory uvnitř sociální demokracie. Možná, že mají straníci od rudé růže jenom nedostatek času, aby si v klidu všechno probrali. Musejí se ale nějak vymanit z kleští, které je svírají: z jedné strany jsou vázání svými sliby, s nimiž vyhráli volby, na druhé straně je tlačí realita. Nejvíce je to patrné na poplatcích pacientů. Nemusíme být členy koaliční komise pro stabilizaci zdravotnictví a snadno si domyslíme, že tento bod zřejmě hájí ministryně zdravotnictví, ale je naprosto nepřijatelný pro předsedkyni sněmovního výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Miladu Emmerovou, obě jsou přítom z jedné strany. „Neshodli jsme se,“ komentoval jednání komise na toto téma jejich spolu-straníka a horký kandidát na ministerské křeslo poslanec Jozef Kubinyi (aniž by sám někde jasně deklaroval svůj postoj). Také je obecně známo, že premiér Vladimír Špidla až dosud trval na rigidním výkladu ústavy, odmítal tedy jakýkoliv podíl pacientů na úhradě zdravotní péče nebo i služeb s touto péčí souvisejících. Všechno však může být nakonec jinak. Názor strany může „prodělat logický vývoj“, příklady „ze zahraničí“ mohou ukázat, že „ze poplatky zavést za sociálně únosných podmínek“ a nakonec „občané nám jasně vzkázali, co si přejí“, tedy například že raději něco zaplatí, pokud budou mít zaručenu vstřícnou a kvalitní zdravotní péči. Hypotetické politické floskule se tak mohou stát realitou. Ostatně slovenská náka za se už šíří. Postih-la i našeho největšího souseda Německo. Od prvního ledna tam zaplatí při první návštěvě lékařské ordinace deset eur. Zaplatí také za každý předpis léků či zdravotnických pomůcek od 5 do 10 eur. Začínáme být ostrovem nadmíru štedrého systému hrazení zdravotní péče.

Podle průzkumu agentury STEM/MARK a Českého zdravotnického fóra se však zdá, že téměř polovina Čechů by byla ochotna sáhnout do svých peněženek – snad by i zaplatili za recept, pobyt v nemocnici, dopravu sanitkou. Výsledky však nepřeceňujeme, jsou předběžné a naznačují jak diferenciaci mezi respondenty (mladší jsou k platbám ochotnější), tak rozlišování služeb. Zapojení občanů do hry zvané zdravotnictví neřeší jeho financování,

pouze se předpokládá jeho regulační potenciál. Proto je jenom jedním z téměř tří desítek návrhů, nad nimiž na sklonku roku dumala zmíněná koaliční komise. Některé z nich už procházejí parlamentem, jiné mají velkou šanci na realizaci, ale velká část z nich je značně syrových. Citujme z podkladových materiálů komise, které mají ZDN k dispozici: „Odhadů efektů navržených opatření jsou velmi hrubé a nedostatečně kvalifikovaně provedené, je nutno tyto závěry brát jen jako ilustrativní pozadí pro politické rozhodování o jednotlivých konkrétních opatřeních.“ Čili žádný důvod k předčasnému optimismu, tedy žádný důvod nepřikročit 6. ledna k protestům. Stabilizace je daleko.

### ■ Mnoho námětů, málo závěrů

V koaliční komisi pro zdravotnictví padlo hodně návrhů, je však ve hvězdách, co se opravdu zrealizuje.

Koaliční komise pro zdravotnictví se koncem prosince shodla pouze na stoprocentním přerozdělení pojistného, stop stavu ohledně uzavírání nových smluv pojišťoven s poskytovateli zdravotní péče a nutnosti revize starých smluv se zaměřením na to, zda zdravotnická zařízení odpovídají požadavkům na personální a přístrojové vybavení. Není tedy divu, že mnozí považují jednání komise za krach. „Pracovní skupina je velmi neproduktivní a že ne koalici do velkého průšvihů,“ uvedl k tomu například předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiří Schlanger. A šéf konkurenčního Lékařského odborového klubu-Svazu českých lékařů Milan Kubek mu sekunduje: „Paní ministryně šíří povinný optimismus, kterým se prostě snaží zakrýt to, že komise vlastně skončila fiaskem.“

Zatím však nejsou všechny náměty, o kterých se v komisi jednalo, zcela pod stolem. Do poloviny ledna se jimi totiž má zabývat tzv. koaliční devítka, tedy nejvyšší zástupci stran vládní koalice. ZDN se podařilo získat podklady pro jednání komise, z nichž mnohé se zřejmě budou znovu projednávat. Další je možné realizovat bez toho, aby se jim politici ještě věnovali, materiál se totiž nezabývá pouze návrhy, ale vypočítává i opatření, které se už nyní připravují či uskutečňují bez ohledu na probíhající jednání, a to zvláště na straně příjmů pojišťoven (například zmíněná snaha zavést stoprocentní přerozdělení nebo už přijaté zvýšení plateb pojistného u podnikatelů).

Co se týká dalších diskutovaných opatření, v materiálech se například hovoří o zvýšení finanční spoluúčasti občanů se „sociální indikací“ na zdravotním lůžku až na 150 korun a s příspěvkem od obcí (je ovšem „vysoká pravděpodobnost požadavku těchto obcí na pokrytí ze státního rozpočtu“). Podle MZ by tak systém ročně uspořil čtyři miliardy korun, ministerstvo financí (MF) to ovšem považuje za silně přehnané a odhaduje úsporu maximálně na čtvrtinu zmíněné částky. V komisi se také diskutovalo o zavedení poplatku v léčebnách dlouhodobě nemocných ve výši 80 korun, což by ale těmto zařízením ročně přineslo pouhých 200 miliónů korun. Dalším návrhem byl dvacetikorunový poplatek za



recept, který by byl kompenzován „sociálně ohroženým skupinám“. V komisi také padl návrh, aby se prostředky v zajišťovacím fondu pojišťoven ve výši 440 miliard korun, který MZ navrhuje zrušit, použily pro fond na zvláště nákladnou péči, do něhož by nadále přispívaly všechny pojišťovny. Půl miliardy korun by podle odhadu MF mohly získat zdravotní pojišťovny (a to zejména VZP) důsledným uplatňováním regulací sjednaných ve smlouvách se zdravotnickými zařízeními a také přijetím takových dalších regulací, které by co nejvíc odstraňovaly rozdíly mezi platbami a vyúčtováním skutečně poskytnuté péče, „včetně vytvoření právních podmínek pro opuštění zálohového placení“.

MZ v materiálech pro komisi také uvádí, že v případě nedohody poskytovatelů péče a pojišťoven by pro druhé pololetí letošního roku připravilo „ve veřejném zájmu“ takovou vyhlášku, která by zužovala prostor mezi „disponibilními zdroji a tokem fakturovaných nároků smluvních poskytovatelů“. V takovém případě by systém prý mohl ušetřit téměř 7,5 miliardy korun. MZ dále tvrdí, že restrikcí úhrad za léčiva a za prostředky zdravotnické techniky by se mohlo dosáhnout roční úspory 4,4 miliardy korun. MF je i v tomto bodě skeptické a počítá maximálně s 500 milióny. Přitom jen u vyhlášky o úhradách léčiv, která začne platit 1. února, počítá VZP naopak se zvýšením nákladů o jednu miliardu korun. Zdá se, že největší část zmíněných úspor by podle MZ bylo možné získat zavedením kategorizace zdravotnických prostředků. O tom se však hovoří už několik let a i v materiálech pro komisi je uvedeno, že jde o „časově i obsahově náročný úkol“. MF si naopak slibuje úsporu 300 miliard korun od důsledného uplatnění tzv. KORKO. Problémy s používáním tohoto regulačního mechanismu jsou podle materiálu v tom, že VZP ještě nezpracovala jednotnou metodiku pro všechny pojišťovny a ty ho dosud plně nevyužívají. MZ přitom navrhuje, aby se zákon zpřesnil tak, že se KORKO netýká poskytovatelů placených paušálem, tedy lůžkových zařízení. Další 1,5 miliardy by VZP mohla podle ministerstva financí získat tím, že by veškeré pohledávky po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením, které vznikly uplatněním regulací, získala už letos a ne v příštím roce, jak plánovala ve svém zdravotně pojistném plánu.

V závěru materiálu pro komisi se píše, že všechna opatření by mohla podstatně snížit závazky VZP po lhůtě splatnosti (nadále by se ovšem potýkala s časovým zpožděním ve vyúčtování úhrad), na druhou stranu by se zvýšil deficit cash flow bilance systému, což by se dotklo zejména zaměstnaneckých pojišťoven. Tak by se jejich peněžní zůstatky z minulých let žádoucím způsobem rozpustily v úhradách, zaměstnanecké pojišťovny by se ovšem mohly dostat do obdobných problémů jako VZP. I proto prý nejsou důležitá jen opatření s přímými finančními efekty, ale hlavně taková, která zracionalizují systém (například zavedení DRG, rekonstrukce seznamu výkonů). O nich se však jednotlivé body materiálu zmiňují ve velmi stručné podobě.

### **Ministryni se nedaří vyléčit zdravotnictví Nemocnicím hrozí krach, záchrana je v nedohlednu**

Začarovaný bludný kruh. Těmito slovy popsala ministryně Marie

Součková schůzku s experty, kteří mají najít lék na vleklou krizi českého zdravotnictví.

Ještě nikdy nemluvila ministryně zdravotnictví Marie Součková na veřejnosti tak unaveně a rezignovaně jako v úterý večer. Co způsobilo tuto proměnu většinou bojovně naladěné ženy? Nejspíš zjištění, že sáhodlouhá jednání koaliční komise pro zdravotnictví nikam nevedou.

Tuto „skupinu expertů“ svolal v říjnu premiér Vladimír Špidla, aby ve spolupráci s ministerstvem našla způsob, jak zachránit krachující systém financování nemocnic. Na první fázi záchrany zdravotnictví, tedy na finančních injekcích ze státního rozpočtu do nemocnic a Všeobecné zdravotní pojišťovny, se koalice shodla bez větších problémů. Na dalších, mnohem důležitějších krocích, které mají zabránit budoucím propadům ve financování zdravotní péče, se už shodnout nedokáže. „Já nemohu hovořit o shodě, jestliže se v komisi nedohodly ani věci, které by byly průchozí. Výsledky skutečně nejsou povzbudivé,“ prohlásila nečekaně přímo Součková. „Pohybujeme se v začarovaném bludném kruhu.“ Další aktéři jednání si ale myslí, že v bludném kruhu se pohybuje především sama paní ministryně. Nebyla prý schopná předložit ani seriózní analýzu dopadů jednotlivých navrhovaných kroků či zdokladovat odhadovanou výši deficitu. Jeden ze členů komise si myslí, že Součková nevede diskusi smysluplným, konstruktivním směrem. „Jsou to většinou jen obecné debaty, které vyhovují některým účastníkům, co se sem přišli jen vypovídat. Řízení jednání je chaotické, takže nejsme schopni dotáhnout do konce ani ty věci, na kterých by jinak byla shoda,“ řekl účastník jednání, který chce zůstat v anonymitě. Komise měla do konce ledna najít způsob, jak zabránit očekávanému 16miliardovému schodku ve zdravotním pojištění. Zatím jediným konkrétním krokem je návrh, podle kterého by se zvýšily povinné odvody živnostníkům. Novelu zákona, která by do rozpočtu zdravotních pojišťoven přinesla asi miliardu navíc, ale včera odmítl podepsat prezident Václav Klaus. Komise se pak shodla už jen na kosmetických změnách ve fungování zdravotních pojišťoven. Stále tedy zbývá zhruba 15miliardové manko. „Daná opatření nestačí pokrýt avizovaný deficit,“ připouští i ministryně Součková. Navrhovala proto například, že by si pacienti připláceli za recepty, dopravu či stravování v nemocnicích podobně, jako je tomu po nedávné reformě na Slovensku. Platit by se podle Součkové mohlo také za pobyt na sociálně-zdravotnických lůžkách (např. v domovech důchodců, jejichž nedostatek tato lůžka vlastně supluje). S těmito návrhy ale ministryně v komisi tvrdě narazila. „Stabilizace systému bude vyžadovat hodně politické odvahy. Komise se může pohybovat jen v mezích, které jsou dány reformou veřejných financí. Politické rozhodnutí musí dát koaliční K9 (neoficiální orgán složený ze tří vysokých představitelů každé ze tří koaličních stran). Mé možnosti jsou velmi omezené,“ postěžovala si Součková. Podle další členky pracovní komise, senátorky Zuzany Roithové, je ale dalším velkým problémem fakt, že Součková nedokáže pro své návrhy najít podporu ani v řadách ČSSD. „Měla by především přesvědčit své spolustraníky o nutnosti kroků, které navrhuje. A ne uhnout před první výhradou,“ myslí si Roithová.

**Jak Marie Součková bojuje s deficitem**



Podle odhadů vznikne příští rok ve zdravotnictví schodek 16 miliard korun. Co s tím chce ministryně Marie Součková dělat?

#### **Návrhy, na nichž už se Koalice dohodla**

- osoby samostatně výdělečně činné mají platit vyšší pojistné
- stát by měl platit o něco více za nezaměstnané, důchodce, studenty a děti
- zásahy do chodu zdravotních pojišťoven (snížení provozních nákladů, stoprocentní přerozdělování vybraných peněz)
- nemocnice a VZP dostanou na své dluhy peníze ze státního rozpočtu

#### **Návrhy, které Koaliční komise odmítla**

- poplatky za recepty
- poplatky za některé služby v nemocnicích (doprava, ubytování...)
- úhrady za pobyt na sociálně-zdravotnických lůžkách, která vlastně nahrazují chybějící domovy důchodců
- pojišťovny by měly lékařům a nemocnicím platit podle nového systému DRG, tedy za diagnózu, a ne za úkon jako dosud

#### **Dvacet za recept, tisíce za dluhy**

Slovo je zbraň, někdy i štít. Stačí věci pojmenovat trochu jinak, zakulaceněji, a už nepobouří. Když v koaliční komisi pro záchranu zdravotnictví zaznělo „dvacet korun za recept“, veřejnost uslyšela „zvýšení spoluúčasti“ a ozvěna odpověděla „necitlivé, nepromyšlené“. Když se vláda ve stejném čase usnesla věnovat šest a půl miliardy na zdravotnické dluhy, veřejnost rozuměla „záchrana nemocnic“ a ozvěna zareagovala smířlivě „nutné, potřebné“. Běží snad v obou případech o zcela jiné peníze? Ty první vytahujeme ze své kapsy osobně. Do jisté míry je můžeme ovlivnit. Ty druhé nám bez ptaní, bez dovození vytáhl z kapsy stát – na dluhy, které by nevznikly, nebýt jeho neschopnosti. A ještě si z nich odečte značný obolus na zaplacení příslušných úředníků, kancelářů, v nichž sídlí, sponek, počítačů i lejster, které používají. Dvacetikoruna zvyšuje spoluúčast pacientů na placení jejich zdraví. Šest a půl miliardy zvyšuje spoluúčast občanů s neschopností politiků. Sociální demokracie, strana s citlivostí v erbu, dala slovo spoluúčast na index. Zapřísahala se, že ji nezvýší, že zdravotnictví zůstane (takřka) bezplatné jako dosud, jak jsme si už zvykli. Opravdu nezvýšila? Zemanova vláda doplatila čtyři sta milionů vybraným nemocnicím, pak vhodila pětimiliardový dluh pojišťoven do konsolidační agentury a teď Vladimír Špidla a spol. zalepí více než šesti miliardami ztráty obou. Podtrženo, za pětiletku, co tu vládnou politici vášnivě odmítají spoluúčast, byl každý z nás spoluúčasten na zdravotní péči nejméně tisícovkou! Neříkejme jí

však probůh spoluúčast, nýbrž kulantně a diplomaticky úhrada ztrát. Volba slov, jak už víme, je nanejvýš v politice důležitá. Protože ztráty, potažmo dluhy musí chtít nechtít uhradit každá zodpovědná vláda, kdežto spoluúčast zavádí jen ta sociálně necitlivá. Ergo – Zemanův a Špidlův kabinet byly a jsou vlády zodpovědné i sociálně citlivé zároveň. Příští rok se mají zdravotní dluhy kvůli letité neexistenci reformy vyšplhat až k ohromným šestnácti miliardám korun, tedy k šestnácti stům na hlavu. I ty, jako vždy, zaplatíme, stát nám opět – bez dovození a bez ptaní – sáhne do kapsy. Ani pak ale nemluvme před vládou o spoluúčasti. Mluvme spolu s ní o záchraně nemocnic, o konsolidaci zdravotního systému, o zabránění krizím nebo třeba o nezbytném pokrytí spotřebované zdravotní péče. Správné slovo, jak konstatoval už prorok Mohamed, je někdy víc než kouzlo.

#### **Každý druhý chce u lékaře platit. Co na to vláda?**

Kdyby ministryně zdravotnictví Marie Součková chtěla přesvědčit lidi, že by si měli za zdravotní péči připlácet v hotovosti, uspěla by u nich spíše než ve vlastní straně v čele s premiérem Špidlou. Tam narazila. Překvapivě velké procento lidí – téměř polovina – je ochotna částečně platit. Vyplývá to z průzkumu agentury STEM/MARK a Českého zdravotnického fóra. To včera zveřejnilo dílčí výsledky. Za návštěvu ordinace, pobyt v nemocnici či dopravu sanitkou by lidé zaplatili 50 korun. A za recept pět. Pro poplatky by bylo – podle druhu služby – 13 až 59 procent dotázaných, převážně mladších. Žádají však na oplátku větší péči lékařů. Právě o poplatcích pacientů jednala včera večer naposledy koaliční zdravotnická komise, která měla navrhnout, jak vyřešit finanční krizi ve zdravotnictví. „Na poplatcích jsme se neshodli,“ řekl člen komise a poslanec za ČSSD Jozef Kubinyi. Komise proto předložila několik návrhů, kolik by lidé měli platit.

## **Klacid**





Například za recept nebo za pobyt v léčebně dlouhodobě nemocných. O případných konkrétních částkách teď bude muset rozhodnout vláda. Zatím jediným konkrétním počinem vlády bylo přiklepnutí více než šesti miliard korun zadluženému resortu. Peněz v něm přitom není málo, mnohde se ale penězi velmi plýtvá.

### ■ Lékaři brojí proti podepisování receptů pacienty

Nová vyhláška ministryně zdravotnictví má od února zavést lékařům povinnost vyžadovat po pacientech výslovný souhlas s případným doplatkem za lék. Lékařům se to nelíbí.

Je to další ministerská hloupost, shodují se praktičtí lékaři v názoru na jednu ze změn v nové vyhlášce ministryně zdravotnictví Marie Součkové o předepisování léčiv. Součková po lékařích chce, aby při předepsání receptu na přípravek, který není plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, předem vymohli na pacientovi souhlas s tím, že si na něj doplatí. Tvrdí, že tím bude pacient více zatažen do rozhodování o své léčbě. „Je to úplně nesmyslné opatření, které podle mne bude mít jen jediný efekt: prodlouží dobu, kterou další lidé stráví v čekárně, o čas, který bude třeba k tomu, abych pacientovi vysvětlil, co a proč má vlastně podepisovat. Z pěti minut to bude třeba dvacet,“ prohlásil například předseda Sdružení praktických lékařů ČR Václav Šmatlák. Vyptávat se budou především staří lidé a lékaře čeká mnohdy komplikované vysvětlování. Nebudou totiž schopni lidem ani říci, kolik si za konkrétní lék ve své lékárně skutečně doplatí. Konkrétní výše doplatku totiž není nikde stanovena a může se lišit i lékárnou od lékárně. Pacient tedy musí předem souhlasit, aniž by věděl s čím.

### Právník: Nařízení nemá oporu v zákoně

„Dokonce se může stát, že za přípravek, který není uveden v seznamu plně hrazených, pacient v lékárně nic dopláčet nebude, protože dotyčná provozovna má s jeho dodavatelem nadstandardní smluvní vztah,“ podotkl Šmatlák. „Paní ministryně s tímto nařízením mírně řečeno ustřelila.“ Podobné odmítavé argumenty předkládají i lékaři v diskusi na internetových stránkách sdružení. V příspěvcích padají přídomky typu „paskvil“ či „blábol“. Autoři příspěvků z řad praktických lékařů z celé republiky se shodují, že opatření ministryně nemá bez souběžného stanovení pevné výše doplatků v lékárnách žádný efekt. A že mít přehled o tom, co pacienta nejvíc zajímá – kolik se kde za který lék dnes skutečně dopláci je zcela nemožné. Právník sdružení Jakub Uher se navíc domnívá, že nařízení nemá ani oporu v příslušném zákoně. „Vyhláška má upravovat náležitosti receptu. Zamotat do toho povinný souhlas pacienta s doplatkem pod záminkou další náležitosti jde podle mne nad rámec zmocnění ministerstva,“ usoudil. Vyhláška navíc podle něj neřeší, co se stane, pokud pacient přinese recept na lék s doplatkem bez souhlasu, případně svůj souhlas tváří v tvář konkrétní finanční částce popře. Podle Uhera je už dnes běžné, že lékař pacienta o nutnosti připlatit si na předepsaný lék obecně informuje. „Souhlas s doplatkem dává pacient fakticky v lékárně tím, že ho zaplatí. Když nebude souhlasit, nemusí si lék vybrat a může požádat lékaře o jiný,“ připomněl Uher.

### ■ Trefa přímo na komoru

Zrušit, či nezrušit? Dilema se týká povinného členství v profesních komorách, především těch lékařských.

Odpověď rozděluje nejen vládní koalici, která se včera opět rozvadila.

Dnes si bez členství ve stavovských komorách například lékaři či zubaři ve svém povolání neškrtnou. Lékař – byť by měl Nobelovu cenu a diplomy z prestižních univerzit, nepředepíše pacientovi ani aspirin, pokud v komoře není nebo ho z ní vyloučili. Tak ohromnou moc má. Stala se pánem nad osudy svých nedobrovolných členů.

Bez debaty je, že samosprávné profesní komory v nějaké podobě existovat mají. Dokážou pečovat o řádný výkon povolání například lékařů lépe než státní úředníci. A stát toho má na hrbu už beztak dost. Jenže právě lékařská komora pod vedením dr. Ratha se z hlídače etiky a profesní úrovně stala hostující odborářskou organizací bojující za vyšší platy zdravotníků. Prezident Rath také rád přeskakuje příkop mezi profesními a politickými zájmy. Je logické, že taková komora s takovým šéfem je pro mnohé lékaře nestravitelná. Jenže v ní musí být, když chtějí dělat svou práci. A když příliš kritizují, mohou na ně vytáhnout klacek disciplinárky.

Příznivci povinného členství volají: Bez něj by upadla péče o pacienty!

Odpůrci odpovídají: Nesmysl, ať je komora prestižním sdružením, jako jsou vědecké společnosti! Pacient vidí, že komora nekomora lékaři jsou vynikající, dobří i mizerní. Lékaři vidí, že v Evropě jsou země, které povinné členství mají i nemají. Povinné příspěvky na známky do členské legitimace „komorníků“ tedy kvalitu péče určitě nedělají. Dělají jiné: monopolní organizace je vždy silnou lobbistickou skupinou. S dobrovolným členstvím by svůj „politický“ vliv mohla ztratit.

Rozum svobodného člověka třetího tisíciletí se však ptá: Je normální, aby profesionál, který chce dělat své povolání, musel být členem nějaké organizace? I kdyby měla ušlechtilé zásady?

### ■ Vzrušující komory

#### Zákon o členství spadl pod stůl

Povinné, případně nepovinné členství v profesních komorách včera premiér Špidla označil za „neobyčejně vzrušující téma“ k debatě. Parlament totiž nejprve propustil do třetího čtení návrh komunistického poslance Maštálky, který upravoval vládní předlohu zákona tak, aby členství v komorách povinné nebylo. To se nelíbilo vládě, narychlo se ve sněmovně sešla a celý návrh zákona stáhla z pořadu jednání. Takže jsme opět na začátku. Jak vzrušující. Nejvíce emocí vzbuzuje komora, v jejímž čele stojí David Rath. Její zmanipulovaný sjezd vyvolal nesouhlas části lékařů i politiků se stávajícím uspořádáním. V tom, že návrhy poslance Maštálky byly účelové, má Rath pravdu, mýlí se však v hodnocení situace. Důvěra v organizaci, v jejímž čele stojí lékař, který – když se mu to hodí lže, je u kriticky myslících lidí minimální. Případný spor s organizací pana Ratha by bylo lepší v zájmu každého stěžovatele vést soudní cestou. Když v ní lže



prezident, bůhvív, jak to vypadá v nižších patrech. Od lékařské komory se distancují i lékárníci a stomatologové, ti navrhnou, aby každá komora měla vlastní zákon. Lékaři odboráři také nemají nic proti nepovinnému členství v komorách pro lékaře zaměstnance. V komoře by pak museli být jen lékaři s vlastní praxí.

Politický a odborný konsenzus ohledně oslabení zmanipulované komory pana Ratha byl tedy víceméně nalezen. Ještě by to chtělo trochu důslednosti při ošetření statutu komor ostatních. Nebo budou poslanci zasahovat až v okamžiku, kdy se v jiné profesní komoře ujme vlády nějaká klika?

Pokud by politici měli při obecných úpravách povinného členství v profesních komorách před očima příklad té lékařské, museli by nutně dojít ke změně stávajícího stavu. Ono se s jednou komorou snáze vyjednává než se třemi, ale zase když ji ovládnou například křesťující odboráři, je její smysl opravdu sporný. Nebylo by tedy od věci připustit vznik alespoň konkurenčních komor, když už je představa úplné deregulace pro politiky nepřijatelná?

### **Vláda řešila náhlou krizi kvůli komorám lékařů**

Spor zažehkala až narychlo svolaná mimořádná schůze vlády. Šéf lékařské komory David Rath včera málem přišel o absolutní nadvládu nad všemi lékaři: poslanci zcela překvapivě chtějí zrušit povinné členství v jeho komoře.

Ještě ráno to vypadalo, že poslední zasedání sněmovny před Vánocemi bude klidné a poslanci si rozdají dárky. Nakonec ve vládní koalici vypukl ostrý spor, v němž sociální demokraté obvinili lidovce z porušení koaliční dohody. Lidovci se totiž nečekaně přidali na stranu opozice, která se pokusila do vládního návrhu zákona o zdravotnických komorách zavést nepovinné členství.

### **Zákon proti Rathovi?**

Téma ožilo po nedávném sjezdu lékařské komory, kde její prezident David Rath čelil silné kritice za nesrovnalosti v účetnictví a ve svých lékařských licencích. Většina lékařů mu však na sjezdu dala důvěru. Rathovi kritici, z nichž mnohým teď hrozí postihy, zesílili své volání: Nechceme být za této situace povinně v komoře. Ve sněmovně navrhl zrušení povinného členství komunistický poslanec Jiří Maštálka, sám lékař. Návrh nakonec prošel i přes silný odpor ČSSD. S opozicí totiž hlasovali i lidovci. Po nečekaném prosazení této změny mělo přijít na řadu definitivní hlasování o zákonu jako celku. O něm poslanci hlasují vždy až po schválení jednotlivých změn – jako byla ta Maštálkova. Jedinou cestou, jak zabránit zrušení povinného členství, bylo smetení celého zákona ze stolu. Sociální demokraté proto rychle požádali o půlhodinovou přestávku. A během ní si s lidovci vzájemně vyčítali, kdo se kdy spojil s komunisty. Z místnosti, kde probíhalo „smírčí“ jednání, vyběhali rozložením sociální demokraté. „Takhle to nejde dělat,“ kroutil hlavou Josef Hojdar. Jednání s napětím sledoval přímo ve sněmovně prezident lékařské komory David Rath. „O sebe obavu nemám, mám obavu spíše o občany, protože se nebudou moci dovolat toho, aby komora řešila jejich stížnosti,“ konstatoval. Jeho oponenti však namítají, že komora dobře nepracuje a nemá prestiž. „Kdyby se musela o členství lékařů ucházet, motivovalo by ji to,“ míní Jana Uhrová ze Sdružení praktických lékařů, jedna z iniciátorek petice za nepovinné členství. Podepsalo ji už pět tisíc lékařů.

### **Nepovinně jen pro někoho**

Krizi v koalici včera odvrátilo až narychlo svolané mimořádné zasedání vlády přímo ve sněmovně. „Je to vzrušující téma, názory jdou napříč koalici,“ mírnil rozepře premiér Vladimír Špidla. Vláda nakonec „vyřešila“ problém tak, že zákon stáhla. Šéfové koalice se o něm možná budou bavit už zítra v Kolodějích. „Chceme aspoň částečné zrušení povinného členství,“ řekl šéf lidovců Miroslav Kalousek. V komorách by museli být jen soukromí lékaři či vedoucí pracovníci v nemocnicích. To má naději na úspěch – pro je i ministryně zdravotnictví Marie Součková.

### **Čím stabilizovat komoru**

Uvnitř České lékařské komory (ČLK) dlouhodobě přetrvává nedobrá atmosféra. Přibývá signálů, že některé skutky jejího vedení či přímo prezidenta negativně zasahují její členy. V době, kdy právě lékařská komora by měla být při přípravě českého zdravotnictví na vstup do Evropské unie zdravou vůdčí silou (například by bylo vhodné spolupracovat se státem při monitoringu čekacích dob u finančně náročných výkonů), propadá se tato organizace do stále hlubší nejistoty. Dokumentují to různé příspěvky (nejen) v tomto čísle ZDN.

V čem hledat nápravu? Zapomeňme na rušení povinného členství. Žádný právně vyspělý stát se neobejde bez zákonem definovaného podílu lékařů na správě otázek rozhodujících o bezpečnosti, kvalitě a etice zdravotní péče. Pokud by zanikla komora, zákonodárci by nakonec stejně vytvořili její náhradu v podobě státní rady pro dohled nad lékařským povoláním. Do ní by lékaři také volili své zástupce, a ti by měli oprávnění brát jim licence při pochybení atd. Jiné řešení v podobě státní kontroly bez účasti lékařů by neodpovídalo zvyklostem demokratických států. Za hranicemi naší země ostatně existují mnohem důkladnější předpisy pro dobrovolně zakládané organizace, takže například Britská lékařská společnost rozhodně nevyvíjí činnost v právním vakuu. Nelze tedy kalkulovat, že při dobrovolném členství „bychom nemuseli činit nic či mohli dělat vše“.

Za podstatnou lze považovat spíše otázku, co by měla obsahovat novela komorového zákona, aby vedla ke skutečně funkční lékařské samosprávě, kterou známe z vyspělých států, ať už pod názvem lékařská komora či lékařská společnost. V žádné západní zemi nepředstavuje právní úprava činnosti lékařské samosprávy jen dva listy papíru – vždy jde o desítky až stovky stránek paragrafů. K těm klíčovým patří ty, podle nichž do sporů mezi lékaři a instancí dohlížející na plnění jejich povinností vstupují nestranné osoby. Lékař dotčený nějakým činem nebo nečinností vedení komory tak nemusí utrácet peníze na občansko-soudní při, neboť jeho stížnost je přezkoumána už na úrovni jeho organizace speciálně vyškoleným soudcem za komorové či státní peníze. Pokud by i u nás fungovali komory a najatý administrativní či odborný personál podléhali pravidlům, jaká se na Západě týká – jí státních a veřejných úředníků, znatelně by to v ČLK zprůhlednilo způsob přijímání usnesení, vyřizování korespondence, ale i oblast obchodních úkonů.

Po přečtení záplavy článků v ZDN na téma vztahy uvnitř lékařské komory i vůči jejímu okolí člověka napadne také užitečnost refe-



rend mezi řadovými členy, od nichž se odvíjejí vymezené druhy rozhodnutí vedení lékařských organizací například ve Švýcarsku či ve Velké Británii. Ovšem šance na zúšlechťení komorového zákona závisí na (ne)pozornosti českých politiků.

### Někde lékařské pohotovosti ruší, jinde ne

Desítky lidí vyhledaly v uplynulých svátečních dnech pomoc lékařů na službách první pomoci. Vmnoha městech a obcích však hrozí, že napřesrok budou muset s cestou do ordinace vyčkat až do prvního pracovního dne. Pohotovosti chtějí některé kraje dále redukovat.

Na Karlovarsku budou zachovány pohotovosti pouze ve všech bývalých okresních městech, tedy v Karlových Varech, Sokolově a Chebu. V Ostrově zůstává dětská pohotovost.

„Pokud by nebyla ČSSD ve vedení kraje s ODS, zůstala by od Nového roku zachována asi jen jedna pohotovost v Sokolově, která by zajišťovala z hlediska spádovosti požadavky ministerstva zdravotnictví,“ podotkl již dříve náměstek karlovarského hejtmána Petr Horký (ČSSD). Podle představitelů venkova je rozhodnutí o zachování pohotovostí v okresních městech a jejich likvidace na venkově nesprávné.

Se snížením počtu pohotovostí na polovinu se v tomto roce museli smířit obyvatelé Plzně. „Vlétě byly zrušené stanice první pomoci ve čtvrtích Doubravka a Lochotín,“ připomněl radní Plzeňského kraje Jaroslav Kadlec (US-DEU). „Důvody pro tento krok byly dva: nedostatek peněz i lékařů,“ dodal. Další redukce podle něj západočeské metropoli v příštím roce nehrozí.

Také v Moravskoslezském kraji letos zavřeli polovinu pohotovostí. Z dvaadvaceti jich zůstalo jedenáct, které jsou otevřeny pouze do 22. hodiny.

„Vedou nás k tomu hlavně ekonomické problémy. Lékaři, kteří zde zajišťují služby, se totiž obrátili na kraj s takovými požadavky, že je nejsme schopni uspokojit,“ zdůvodnil v polovině roku rušení náměstek moravskoslezského hejtmána pro zdravotnictví Jiří Carbol (KDU-ČSL). Jestli přistoupí v příštím roce k zavírání dalších pohotovostí, v současné době neví. „Zatím to nemáme v úmyslu,“ podotkl Carbol.

Středisek a ordinací pohotovostní lékařské služby ubývá i v Pardubickém kraji. Letos poprvé nebude o Vánocích sloužit pohotovost například v Chrudimi, pacientům se dostane neodkladné péče jen v nemocnici.

Rušení dalších pohotovostních služeb nelze v příštím roce vyloučit, vše závisí na finančních požadavcích sloužících lékařů. „Na pohotovosti vyčlenil Pardubický kraj letos více než 20 miliónů korun, na další zvyšování této částky už peníze nemáme. Je to maximum, které můžeme z krajského rozpočtu uvolnit,“ ujišťuje krajský radní Josef Janeček (ODS), zodpovědný za zdravotnictví. Z uvedené částky lze sotva pokrýt potřebu pohotovostních služeb ve větších městech a jejich povinnosti přebírá v menších místech rychlá záchranná služba.

### V Praze nastejno

V metropoli zůstane počet míst, kde nemocní lidé hledají první pomoc, pro příští rok stejný jako teď. Radní Haně Halové (ČSSD) se nepodařilo prosadit redukcí lékařské služby první pomoci

(LSPP), díky které by magistrát ušetřil až 30 miliónů korun. Ročně jej stojí 80 miliónů korun.

Materiál, který předložila k debatě, se opíral o vyjádření odborníků a čísla ze statistik. Vyplývá z nich předimenzovanost LSPP. „Ordinací je hodně, bývají málo vytižené – v noci tam nechodí ani jeden pacient za hodinu – péče není dost kvalitní,“ vypočetla některé důvody svého návrhu Halová. Podle ní by bylo jednodušší zřídit příjmy LSPP přímo u nemocnic, kde by doktoři měli mj. zázemí laboratoří.

„Ale starostové si přáli, aby systém zůstal zachován,“ krčí rameny radní. Jim ovšem vadí, že město dává na provoz velmi málo peněz. „Letos nás pohotovost stála 5,5 miliónu korun. Pro příští rok bychom od města měli dostat 1 milión korun,“ konstatovala např. starostka Prahy 11 Marta Šorfová (ODS).

Stejný režim pohotovostí jako letos má být zachován v severních Čechách i v Jihočeském kraji. „Peníze na pohotovost jednoduše najít musíme,“ řekl Právu náměstek jihočeského hejtmána Vladimír Pavelka (KDU-ČSL).

„Jako záchranná služba nemůžeme vykonávat ve stejném rozsahu péči pohotovostní, z tohoto důvodu tady musí být i v příštím roce,“ uvedl lékař českobudějovické záchranné služby a krajský zastupitel za SNK Lumír Mraček. Poznamenal, že původně se měly pohotovosti rušit už v roce 2003. „Vzastupitelstvu jsme se zasadili o to, aby se tak nestalo,“ dodal Mraček.

„Zrušení pohotovostí opravdu nehrozí. Dokonce jsem teď měl jednání s ředitelem záchranné služby, a pokud nám náš plán nic nezhatí, budeme mít v příštím roce ten nejlepší systém fungování první pomoci a to je ten náš dárek na příští rok k Vánocům,“ reagoval na dotaz Právu vedoucí odboru zdravotnictví Krajského úřadu v Liberci Jiří Benedikt.

Lékařská služba první pomoci funguje v Olomouckém kraji v současné už zredukované podobě pouze v pěti bývalých okresních městech a jen dětskou pohotovost mají lidé k dispozici i v Hranicích a ve Šternberku.

### Tomograf může kojencům trvale poškodit mozek

Lékaři by měli zvažovat, zda použít k vyšetření mozku u velmi malých dětí počítačovou tomografii, protože existuje riziko, že tato zobrazovací technika mozek kojenců nenávratně poškodí. Vyplývá to ze švédské studie, o níž informuje v nejnovějším vydání list *British Medical Journal*. Švédští vědci zkoumali stav 3000 dospělých mužů, kteří byli ve věku do 18 měsíců vystaveni z terapeutických důvodů záření. Většina z nich v pozdější době trpěla poruchami učení. Počítačová tomografie využívá ionizující záření a ve srovnání s konvenčními rentgenovými snímky skýtá detailnější obraz vnitřních orgánů. Vyžívá se pro diagnostiku celé škály problémů, od rakoviny po podezření na mozková zranění. V minulých letech tuto techniku lékaři začali používat i při vyšetřování kojenců. Lékaři ze stockholmského ústavu Karolinska proto doporučují znovu přehodnotit otázku využití počítačové tomografie v diagnostice dětského mozku. Upozorňují, že je tato technologie stále častěji využívána u malých dětí i po zanedbatelných úrazech hlavy.



### ■ **Způsobuje rakovinu střev virus? Možná ano**

Rakovina střev a konečníku zabije ročně kolem pěti tisíc Čechů. Lékaři přitom stále nemají úplně jasno v tom, co všechno nemoc způsobuje. Nově z jejího spuštění viní i cytomegalovirus. S tímto tvrzením přišli vědci z Alabamské univerzity v USA, zprávu o jejich objevu zveřejnil server [www.mediclub.cz](http://www.mediclub.cz). Dosud se vznik kolorektálního karcinomu přičítal zejména dědičnosti, nevhodnému složení stravy a vlivům vnějšího prostředí. Lékař Charles Cobbs a jeho spolupracovníci zjistili, že ve vzorcích od nemocných lidí se často vyskytuje právě zmiňovaný virus. „Naše poznatky ohledně podílu cytomegaloviru na rozvoji kolorektálního karcinomu vyžadují podrobnější studie, aby bylo možno určit, do jaké míry přesně se tento virus na vzniku onemocnění podílí,“ upozorňuje šéf týmu Cobbs. Lidský cytomegalovirus se mezi lidmi běžně vyskytuje a většině lidí nijak neškodí. Může však ohrožovat jedince se slabší imunitou a laboratorní studie již před časem ukázaly, že zvyšuje riziko vzniku zhoubného nádoru.

### ■ **Za sklerózu může rozklad obalu buněk**

Rozkládání ochranného obalu nervových buněk ve středním věku může být podle vědců příčinou některých případů Alzheimerovy choroby. Vědci mají za to, že ztráta obalu jednotlivých neuronů, který tvoří látka myelin, rovněž může způsobit roztrou-

šenou sklerózu. Tuto teorii rozpracoval profesor George Bartzokis z Kalifornské univerzity v Los Angeles a ve svém nejnovějším čísle o ní informuje odborný časopis *Neurobiology of Aging*. Ztráta ochranného myelinu patří k typickým projevům stárnutí, tvrdí americký vědec. Nevylučuje však, že proces rozkladu myelinu dokážou vědci v budoucnosti zpomalit. Bartzokis přirovnává mozek k vysokorychlostnímu internetovému připojení. „Kvalita internetového spojení je klíčem k jeho rychlosti, přesnosti a přenosové kapacitě,“ citoval profesora zpravodajský server BBC News. Vědec tvrdí, že analýzy mozkové tkáně a snímky této tkáně ukazují, že mozková spojení se rozvíjejí do středního věku a posléze začínají ochabovat. Je přesvědčen, že rozklad myelinu je spouštěčem dominového efektu, který vede k destrukci mozku. „Doba, kdy jsme na vrcholu svých intelektuálních schopností, je vskutku krátká,“ podotýká. „Výzvou pro vědu a medicínu je zjistit, jak lze prodloužit období, během něhož je mozek uspořádán tak, jako je tomu právě v období tohoto vrcholu. Cílem musí být, aby lidský mozek fungoval stejně dlouho jako naše tělo,“ prohlašuje Bartzokis. Myelin je tuk, který obsahuje cholesterol. Urychluje spojení mezi sousedními nervovými buňkami. V době dospělosti je produkován ve stále větším a větším množství. Zvyšování hladiny cholesterolu však zároveň podněcuje v těle produkci toxického proteinu, který napadá mozek. Napadá tam jako první právě myelin. Ztěžuje a přerušuje tak předávání signálů v mozku a vede k vytváření proteinových chuchvalců, které jsou příznakem Alzheimerovy



choroby. Profesor Bartzokis dospěl k závěru, že jako první je rozkladem myelinu – a tedy stárnutím – postižen právě komplex spojení, která se v mozku dlouhodobě vytvářejí a konkrétnímu člověku umožňují myslet na nejvyšší úrovni, jíž může jeho mozek dosáhnout.

### Psychologové: Sexuální život má vliv na vyrovnávání se se stresem

Brzká ztráta panenství vede k tomu, že v dospělém věku zažívají ženy méně stresu.

Během experimentu, v němž byl stres u dobrovolníků záměrně navozován, vyplňovali účastníci výzkumnou anketu, v níž byla mimo jiné otázka, v kolika letech začali se svým pohlavním životem. Všem byla měřena hladina kortizolu, který je nazýván hormonem stresu. Účastníci experimentu byli vystaveni poměrně velké psychické zátěži. Mimo jiné museli přednést pětiminutovou řeč před jim neznámým auditoriem a nahlas řešit aritmetické úlohy. V reakci na stres jejich organismus vylučoval kortizol, jehož množství vědci zjišťovali ze slin účastníků před začátkem experimentu a po něm. Vědci zjistili, že hladina hormonu kortizolu byla téměř o 60 procent nižší u žen, které přišly o panenství do svých 18 let. Podobný efekt se projevil i u mužů, ale nikoliv v takové míře. Závěry výzkumu zveřejnili vědci v časopise Psychoneuroendocrinology. Podle jejich mínění může být brzký začátek sexuálního života příznakem genetického předpokladu k mnohem lehčímu snášení nepříjemností. Není prý podle nich vyloučeno, že ženy, které začaly s pohlavním životem v mladém věku, v něm intenzivněji pokračují, což příznivě ovlivňuje způsobilost organismu vyrovnat se se stresem.

### Skořice pomáhá diabetikům snižovat hladinu glukózy

Skořice může významně zlepšit metabolismus nejen tuků, ale dokonce i glukózy u pacientů s diabetem 2. typu. Jak uvádí internetový server Medicína.cz, skořice kromě toho významně snižuje oxidační stres a vylepšuje průtok krve kapilárami. V prospektivní, randomizované studii bylo 60 pacientů rozděleno do skupin konzumujících 1,3 nebo 6 gramů skořice. U všech pacientů byly zaznamenány nižší hladiny glykémie, triglyceridů, LDL cholesterolu a cholesterolu celkového. K udržení těchto nižších hladin glukózy a lipidů v krvi není navíc nutné užívat skořici každodenně, neboť tento efekt přetrval i po následném dvacetidenním skořicovém „půstu“.

Skořice se získává z kůry skořicovníku pěstovaného na Cejlonu a v dalších tropických oblastech. Je prostředkem s poměrně širokým dezinfekčním a antibiotickým spektrem. Tradiční čínské lékařské školy si jí velmi váží, neboť se uvádí, že vyrovnává harmonii elementů jin a jang. Vodné extrakty skořice zvyšují vychytávání glukózy cílovými buňkami a urychlují stupeň tvorby glykogenu, stejně jako tzv. fosforylaci inzulínových receptorů.

## I N Z E R C E

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

### Pediatr hledá zástup

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

### Pediatr hledá místo asistenta

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

### Hledám místo asistenta

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

### Zdravotní sestra hledá práci

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

### Přijmeme pediatra pro dětskou pohotovost

Přijmeme pediatra pro dětské pohotovostní služby v Praze 6.  
Tel: 723 008 598.

### Nabízím zástup PLDD

Nabízím zástup praktických lékařů pro děti a dorost v ambulancích v Praze a Praze - východ.  
Licenci a auto mám. Tel.: 281 927 444, 602 642 880.

### Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta nebo zástup v ordinaci PLDD v Praze.  
V případě zájmu prosím volejte na číslo 777651177.

### Převezmu praxi

Jsem pediatr s licenci, nyní připravující se k atestaci z alergologie a klinické imunologie. Převezmu soukromou praxi praktického lékaře pro děti a dorost nebo přijmu místo v ambulanci alergologa s výhledem složení atestační zkoušky. Po celé ČR, preferuji Vysočinu a Jihomoravský kraj.  
e-mail: jmn@quick.cz, mobil: 605/56 23 54