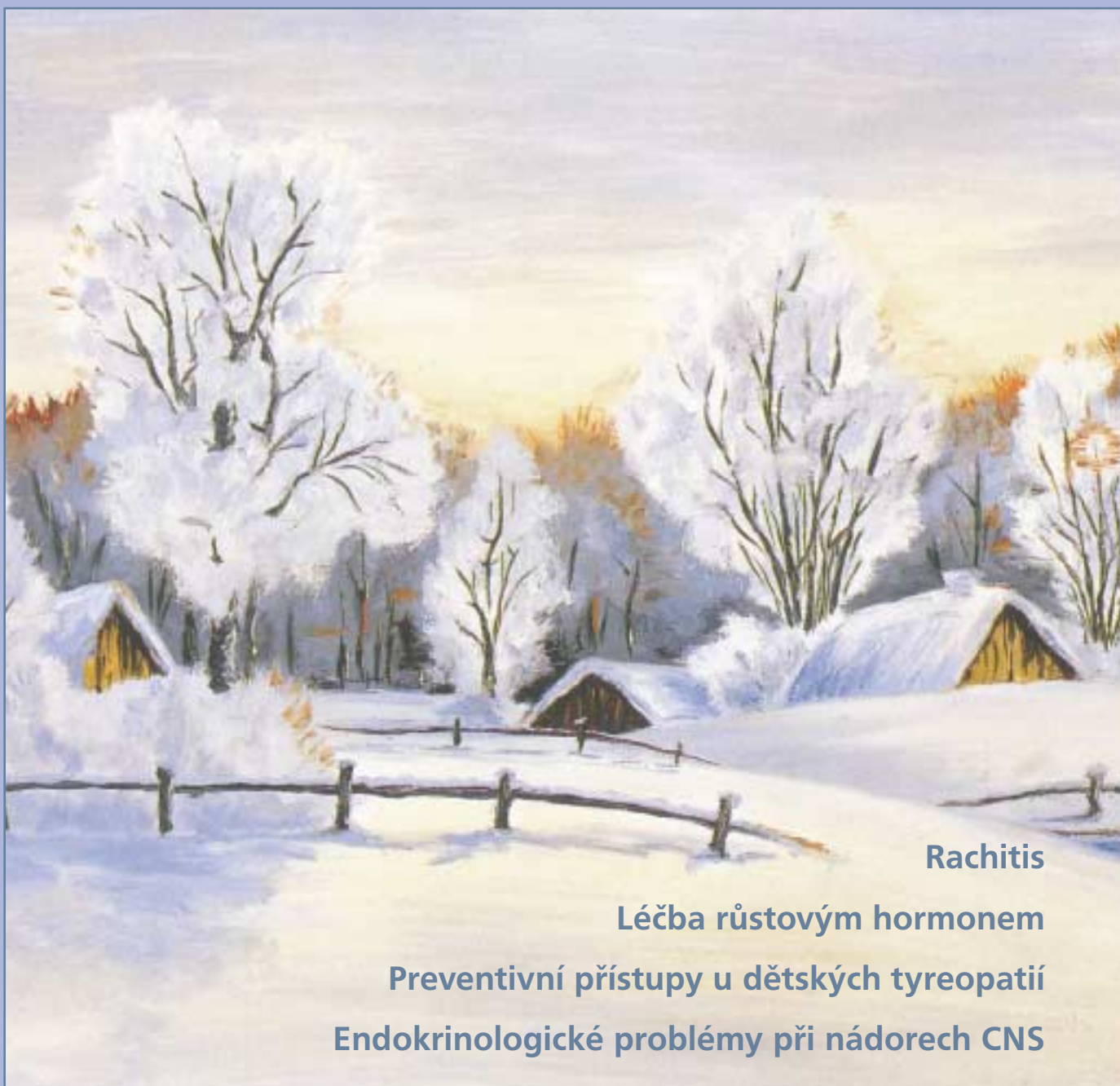


únor 2004 ■ číslo 2 ■ ročník 4

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Rachitis

Léčba růstovým hormonem

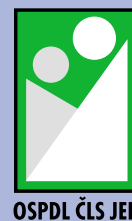
Preventivní přístupy u dětských tyreopatií

Endokrinologické problémy při nádorech CNS



**ČESKÁ
SPORITELNA**

ZENTIVA®



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 Cabrnocovou.

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

Adresa vydavatelství:

MEDIX Branická 141, 147 00 Praha 4

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc leden	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Aktuální vývoj zdravotnictví v ČR - konference	6
Projekt ČZF a ELPIDA	7
Informace k podvojnému účetnictví	8
Změny v předepisování receptů	10
K prodeji privátní lékařské praxe	11
Péče o děti a dorost v Rakousku	15



Informace OSPDL ČLS JEP	18
Prof. MUDr. J. Lebl, CSc. 50 let české dětské endokrinologie	20
Prof. MUDr. O. Hníková, CSc. Preventivní přístupy u dětských tyreopatií	21
Prof. MUDr. J. Lebl, CSc. Léčba růstovým hormonem	23
Doc. MUDr. M. Bayer, CSc. Rachitis - prevence a terapie	27
MUDr. O. Magnová Endokrinologické problémy při nádorech CNS	30
MUDr. J. Klabochová Autoimunitní onemocnění v endokrinologii	32
MUDr. R. Pomahačová Diabetes insipidus centralis	33
MUDr. R. Pomahačová, Prof. MUDr. J. Lebl, CSc. Hypoglykémie v dětském věku	36
MUDr. Věra Adámková, CSc. a kol. Hodnoty krevního tlaku dětí v ČR	38



Aktuality	41
Řádková inzerce	50



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

do nového roku zpravidla vstupují lidé s různými předsevzetími, tak i ne jeden z nás taková předsevzetí přijímal. Bohužel, stále více z nás při jejich vzniku uvažuje o předsevzetích směrem k zachování existence své soukromé praxe, k čemuž bezesporu vede nepříznivý demografický vývoj, v posledních měsících však vše umocnily ještě chystané balíčky „daňové reformy“. Skutečnost však předčila všechna očekávání. Pomyslná kudla do zad je nám, bohužel, vrážena ze všech stran.

Vezměme nejprve úlohu státu. V balíčku daňové reformy marně hledáme zásadní opatření ke zvratu nepříznivého demografického vývoje. Místo toho na nás dopadne nečekaně rozsáhlé zdražení všeho. Že se musíme vyrovnat se zvýšením spotřební daně, s tím se společně s ostatními občany tohoto státu musíme nějak vyrovnat. Co však je již méně pochopitelné, je dopad změny daně z přidané hodnoty (tzv. DPH), která přímo ovlivní ekonomiku našich praxí. Jsme poskytovateli zdravotní péče, provozujeme tedy činnost, která je určena pro někoho jiného, přesto musíme zvýšeně platit daň, která je ve své podstatě určena až konečnému spotřebiteli. Aby toho nebylo málo, „přehlédnutím“ jsme nečekaně uvíznuli v síti povinnosti vést podvojně účetnictví. Na rozdíl od předchozích dopadů v tomto snad bliká jiskřička naděje s možností dodatečné opravy nekompetentnosti (nebo snad záměru?) našeho resortního ministerstva.

A právě resortní ministerstvo nám připravilo další nemilé překvapení. Informace o povinnosti zakládat v dokumentaci písemný souhlas pacienta s předpisem léku, u kterého je doplatek, se nakonec ukázala jako nepravdivá. Kdo však a proč provedl na poslední chvíli změnu, o které nevěděla ani resortní ministryně (i po uvedení předmětné vyhlášky ve Sbírce zákonů tuto skutečnost opakovaně deklarovala do médií), se asi jen těžko dozvíme, i když možná postačí sledovat personální změny na ministerstvu. Jak se však máme vypořádat s dalšími uloženými povinnostmi - informovat pacienta o výši doplatku za lék, když neexistují pevné ceny léků, a jakým způsobem a kde uchovávat kopie receptů (uvažujeme například chronicky nemocné dítě v naší péči 19 let), to nám nikdo nevyšvětlil, a tak nastoupila opět petice...

S úderem pod pás přispěchaly i zdravotní pojišťovny, resp. VZP, ale nejen ta. Není mým cílem zmínit všechny skutečnosti, tak uvedu alespoň jednu, která svou povahou vyčnívá (zpoždění plateb se již stalo pravidelnou součástí našeho života, i když ani s touto skutečností se nehodláme smířit). Před časem byla do bonifikačního systému zavedena kategorie tzv. dobré praxe. Smyslem snad bylo posílení preventivní činnosti v ordinacích praktických lékařů. Jakmile začalo preventivních prohlídek přibývat, objevila se nečekaná regulace, navíc způsobem, který svědčí o hluboké neznalosti systému. Při této regulaci totiž vůbec nejde o důraz na provádění prevencí, ale o snahu „nachytat lékaře na švestkách“, tedy okamžitě ho klepnout přes prsty, pokud nedodrží předepsaný interval. Vůbec nejde o sledování četnosti z dlouhodobějšího pohledu, natož aby se někdo obtěžoval zjistit, proč daný interval nebyl dodržen. Co k tomu dodat?

Jediným významným světlym bodem tak zatím zůstává schválení základního oboru praktického dětského lékařství v novém „lékařském“ zákoně. Horší je to už s osudem „dětských sester“ v zákoně „nelékařském“, ale o tom zase někdy příště.

Doufám, že všechny uvedené negativní skutečnosti probudí většinu z Vás z letargie a společně se pokusíme alespoň něco změnit. Věřte, že jsme připraveni důsledně hájit Vaše zájmy, ale bez Vaší jasné podpory to půjde velmi těžko.

S přáním lepších zítřků

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Psychiatrická diagnóza
u dítěte - citlivá záležitost
Hyperkinetický syndrom u dětí
Poruchy chování
Kouření u dětí
Psychotické stavy v návaznosti
na abuzus marihuany



seznam inzerujících firem

ABBOTT LABORATORIES
BOEHRINGER INGELHEIM
GlaxoSmithKline
HIPP
MEDICOM INTERNATIONAL
NESTLÉ
ORION DIAGNOSTICA
PFIZER
TAKTIKA

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 Cabrnová
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 leden

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Ještě jsme si ani nezvykli na nový letopočet a už jsme za výrazného mediálního zájmu organizovali demonstrativní akci ambulantních lékařů. Byl to historicky první masový projev nespokojenosti privátních zdravotnických zařízení se systémem. I když byl víceméně demonstrativní, naznačil dosud nevyužitě možnosti. Finance, finance a co bude dál, to byla hlavní témata mnohých jednání v měsíci lednu, vše mělo být zakončeno prezentací nové koncepce ministryně zdravotnictví, mělo...

5.1. – tisková konference Koalice ambulantních lékařů spolu s Českou lékárnickou komorou médiím prezentovala důvody chystaného hodinového demonstračního přerušení činnosti v ambulancích. Schůzka zástupců této Koalice s ministryně zdravotnictví nepřinesla odpovědi na otázky, které účastníci jednání ministryni kladli. Bylo naopak zřejmé, že k požadovaným změnám ve financování zdravotnictví nejenže nedojde, ale že v nejbližší době se nedají očekávat ani žádné zásadní kroky, které by vedly k jeho stabilizaci.

6.1. – od 11 do 12 hodin došlo k demonstrativnímu přerušení činnosti, ke kterému se připojily kromě České lékárnické komory i Asociace domácí péče, Unie fyzioterapeutů a segment laboratorní a radiodiagnostické péče. I když se leckde jednalo skutečně o demonstrativní akci, mediální odezva byla velmi dobrá. Z našeho pohledu lze konstatovat, že z našich řad se připojilo k této akci 70–80% našich členů. Děkuji všem, kdo pochopili smysl této akce, ale do budoucna pouze s tímto protestem nejspíš nevystačíme.

13.1. – zasedala Komise MZd pro péči o děti a dorost. Projednáván byl např. návrh prováděcí vyhlášky o nelékařích, dětská sestra je v tomto návrhu úzce specializovanou odbornicí s poměrně dlouhou přípravou, nějak délka přípravy nekoresponduje s odbornými kompetencemi... Byla diskutována i možná novela vyhlášky o preventivních prohlídkách, i tam je co vylepšovat, z mnoha stran se objevují návrhy na změny Zdravotního a očkovacího průkazu, neboť je často chápán jako náhrada zdravotní dokumentace. Velká pozornost byla samozřejmě věnována restrukturalizaci dětských lůžek.

13.1. – jednala Koalice ambulantních zařízení, hlavním bodem bylo zhodnocení protestní akce a příprava společného semináře se Svazem zdravotních pojišťoven na téma ekonomická krize zdravotnictví.

16.1. – na MZd zasedala další odborná komise, tentokrát Komise pro prevenci v zubním lékařství, hlavním mottem bylo hledání cest k naplnění preventivní stomatologické činnosti u dětí. Zazněla zde pochvala našeho propracovaného systému preventivních prohlídek, stomatologové by rádi od nás pomoc k rozjetí obdobného systému ve stomatologii. Musí však zaznít návrhy o vlastní aktivitě ze strany stomatologů, že bychom to udělali za ně asi nepřipadá v úvahu, spolupráci bychom se ale bránit neměli.

16.1. – proběhlo jednání Předsednictva, jako vždy hektické jednání, neboť problémů spíše přibývá, než ubývá, mimo jiné

- bylo přijato doporučení řešit nestabilní platební morálku zdravotních pojišťoven v souladu se Smlouvou a podpořena spolupráce na úrovni Koalice ambulantních lékařů

- byla podpořena myšlenka rozvoje spolupráce všech složek dětské péče na úrovni jednotlivých regionů, ale i centra.

19.1. – Koalice ambulantních lékařů se sešla s některými zástupci analytické komise dohodovacího řízení o cenách, tématem byla diskuse nad možností oddělení ambulantního fondu, nutných podkladech, předpokladech, ale i důsledcích atd.

21.1. – bylo zahájeno dohodovací řízení o cenách na II. pololetí letošního roku, jaká asi budou stanoviska zdravotních pojišťoven, když již nyní deklarují absolutní nedostatek

finančních prostředků? Na tomto jednání byl stanoven pouze harmonogram jednotlivých fází dohodovacího řízení.

23.1. – Na svém pravidelném jednání se sešli členové dozorčí rady projektu iZIP

- ke dni 16.1.2004 bylo již registrováno celkem 173 345 zdravotnických zařízení a klientů, resp. 1 833 zdrav. zařízení, 2 653 zdrav.pracovníků a 168 859 klientů, na všech úrovních se jedná i nadále o exponenciální nárůst, ať již jde o počty zdrav. zařízení, klientů nebo i počtu záznamů

- zazněla zde informace o zahájení ověřovací fáze a možnosti spuštění funkce „emergency přístup“

- i když se mnohým může zdát tato problematika pouze okrajová, elektronizaci se stejně asi nevyhneme a projekt iZIP prokazuje zřetelně svou životaschopnost.

27.– 28.1. – v Hotelu Adria v Praze se uskutečnila společná konference Svazu zdravotních pojišťoven ČR a Koalice ambulantních lékařů zakončená tiskovou konferencí. Této akce se věnujeme více na jiném místě.

29.1. – V prostorách Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky pořádali „Mladí evropští demokraté“ odborný seminář na téma „Zadlužení českého zdravotnictví“ pod záštitou místopředsedy Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví MUDr. Milana Cabrnocha. Nesporně zajímavá diskuse se zajímavými hosty, nicméně další z řady diskusních fór, skutky k nápravě však stále chybí.



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů

ze dne 4.12.2003

Přítomni: Dr. Pekárek – ČSK, Dr. Jelínek – SPL ČR, Dr. Neugebauer – SPLDD ČR, Dr. Tautermann – SSL ČR, Dr. Stará – SSG ČR
Hosté: Mgr. Štěpková – Česká lékárnická komora, Mgr. Sladkovská – ČSK

Program:

1. Informační plakát o omezení provozu činnosti ambulantních zařízení
2. Organizace činnosti Koalice
3. Postavení České lékárnické komory
4. Co na přístě

ad 1. Informační plakát o omezení provozu činnosti ambulantních zařízení

- Předloženy dva návrhy podoby plakátů – ze strany SPLDD ČR a ČSK
- Konsensuálně vybrán návrh ČSK
- Upřesněn text – výsledná podoba bude předložena členům Koalice a České lékárnické komoře 10.12.2003
- Zájemci z řad účastníků tohoto jednání obdrželi zpracovaný návrh v předstihu tak, aby mohla být provedena případná kalkulace nákladů na tisk na jednání dne 10.12.2003

- Mgr. Sladkovská zjistí možné připojení se k akci dalších organizací – důraz na dopravu
- Distribuce proběhne dle výsledku schůzky s ministryní zdravotnictví dne 10.12.2003

ad 2. Organizace činnosti Koalice

- Ze strany SPLDD navrženo, aby předsednictvím v Koalici byla pověřena vždy jedna organizace, která bude prezentovat společné výstupy ústy svého mluvčího

- Konsensuálně pověřena předsednictvím v Koalici na období 1.1.2004 – 30.6.2004 ČSK

ad 3. Postavení České lékárnické komory

- Po diskuzi zůstává Česká lékárnická komora pro příští jednání Koalice v pozici organizace spolupracující s Koalicí, tj. není součástí Koalice

ad 4. Co na přístě

- Krom řešení aktuální situace ve zdravotnictví je nutno se zabývat koncepcí vytvoření standardu veřejné služby, resp. možnými dopady tohoto rozhodnutí na faktické fungování NZZ
- Příští jednání by se mělo uskutečnit v souvislosti s chystanou schůzkou s ministryní zdravotnictví dne 10.12.2003, čas a místo upřesní dr. Pekárek

Zapsal: dr. Neugebauer

„Aktuální vývoj zdravotnictví v ČR“ společná konference Svazu zdravotních pojišťoven ČR a Koalice ambulantních lékařů

Hotel Adria, Praha 1, Václavské nám. 26 dne 27. a 28.1.2004

To, že zdravotnictví zažívá v současnosti těžké chvílky, není asi žádná novinka. To, že se již mnoho let hledá podoba našeho zdravotnictví, která by vyhovovala všem účastníkům systému, je jistě utopií, ale že se nedaří najít model takový, který by jednotlivé účastníky alespoň nepoškozoval, to je doslova tragédie. Přitom námětů a zkušeností ze světa je dost a dost. Mezi zajímavé akce bezesporu patřila i společná konference Svazu zdravotních pojišťoven ČR a Koalice ambulantních lékařů. V následujícím textu se Vám pokusím přiblížit některé myšlenky, které zazněly ze strany fundovaného ekonomy a zástupce zdravotních pojišťoven a přijaté závěry.

1. Postřehy z vystoupení Doc. Ing. Jiřího Schwarze, CSc, děkana Fakulty národohospodářské VŠE:

- Zdravotnictví je 2. největší oblast tzv. veřejného sektoru podle výdajů, s největší fluktuací ministrů (9 od roku 1992) a je emotivním tématem, neboť „se týká každého od kolébky k hrobu“
- V systému je aktivních mnoho zájmových skupin při většinou slabých vládních pozicích
- Systém se nedostal dosud do skutečné krize
- Absence motivací k úsporám při převažujícím chování typu „pacient je nepřijemný hmyz“
- Korupční jednání je normou
- Racionální chování pacientů v iracionálním systému, resp. systém mnoho nabízí a tak toho pacient využívá
- Pacient si neuvědomuje cenu poskytované služby
- Chybí princip pojištění s klíčovou kontrolní rolí zdravotních pojišťoven, vícezdrojové financování a pružná kombinace osobní odpovědnosti za vlastní zdraví s řízenou solidaritou

2. Některé myšlenky z vystoupení Vladimíra Kothery, generálního ředitele ZP M–A

- Mezi zásadní problémy systému řazena výše platby za státem hrazené pojištění, cenová politika u léků a zdravotnických prostředků, zásahy státu nerespektující příjmové a výdajové možnosti systému a nepropojení zdravotního a nemocenského pojištění
- Krizová období vznikají omezením prostoru ZP v oblasti kontraktční volnosti (odkaz na Rámcové smlouvy), prakticky nulovou motivací občana a příliš vysokým podílem zdravotního pojištění na celkovém financování zdravot-

nictví (cca 82% v r. 2003)

- Kritizována byla i podpora MZd zbytným investicím do technologií a budov ZZ
- Do krátkodobých opatření řazeno zmrazení cen zdravotní péče, omezení zavádění nových léčiv. Zmrazení jejich cen, zamezení zásahů státu do smluvní politiky a zavedení dalších regulačních opatření
- Skloňovány byly pojmy decentralizace, komunikace, pluralita, právní prostředí a informace
- Za východisko považováno vytvoření optimálního vztahu mezi rozhodováním a zodpovědností s jasným definováním práv a povinností pro jednotlivé účastníky systému s vazbou na přesně definované smluvní vztahy

3. Závěry ze společné konference „Aktuální situace ve zdravotnictví“ konané v Praze dne 27. a 28. 1. 2004 v Hotelu Adria.

Konference se aktivně zúčastnili: ředitelé všech zdravotních pojišťoven, představitelé všech sdružení Koalice ambulantních lékařů a dále hosté: ministryně Součková, senátor Julínek, hejtman Moravskoslezského kraje Tošnovský, hejtman Plzeňského kraje Zimmermann, ředitelka VZP Musílková a prezident Liberálního institutu a děkan Národohospodářské fakulty VŠE Schwarz.

Hlavní přednášky: Financování zdravotnictví z pohledu

- pojišťovny, občana: Jiří Schwarz
- lékaře: Lubomír Berka
- zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven: Vladimír Kothera

Svaz zdravotních pojišťoven ČR a Koalice ambulantních lékařů společně prohlašují, že jako zástupci odborné veřejnosti složené



Projekt Českého zdravotnického fóra
Nadační fond ELPIDA

Aktualizace studie na zjištění citlivosti a schopnosti občanů akceptovat prvky motivace a spoluúčasti na péči

z představitelů zdravotních pojišťoven, plátců zdravotní péče a Koalice ambulantních lékařů, poskytovatelů zdravotní péče se shodli na naléhavé nutnosti změn ve financování a organizaci zdravotnictví.

Krátkodobé kroky ke stabilizaci:

1. Zpomalit trend nárůstu úhrad zdravotní péče.
2. Zastavit nárůst cen léčiv a zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění.
3. Zamezit zásahům vlády do smluvních vztahů a cenových dohod.
4. Urychlit zavádění systému platby za diagnózu v nemocnicích.

Střednědobá opatření pro systémové změny:

1. Vymezit rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a vytvořit prostor pro zavedení smluvního pojištění.
2. Posílit individuální odpovědnost občanů za čerpání zdravotní péče.
3. Navýšit platby za státem hrazené pojištěnce a nastavit funkční mechanismus jejich valorizace.
4. Posílit konkurenci mezi zdravotnickými zařízeními i mezi zdravotními pojišťovnami prostřednictvím cen.
5. Zavést individuální smluvní vztahy mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou, umožnit nabídku alternativních pojistných plánů.
6. Propojit zdravotní, nemocenské a úrazové pojištění.
7. Změnit výkon činnosti Ministerstva zdravotnictví ČR v těchto oblastech:

- zamezit zásahům do smluvních vztahů a cen
- stanovování normativů v oblasti poskytování zdravotní péče
- provádění efektivní kontroly a dohledu
- příprava nové legislativy.

Považujeme za nutné návrh koncepce předkládaný Ministerstvem zdravotnictví ČR doplnit o nutné motivační mechanismy, funkční vazby a způsoby realizace. Nejdůležitější však je posílení, nikoli oslabení zodpovědnosti pojišťoven za výběr pojistného, prvků smluvní volnosti, konkurence a možnosti výběru pro občany.

V Praze dne 28. 1. 2004

Za Svaz zdravotních pojišťoven:

Ing. Ladislav Friedrich, CSc. prezident

Za Koalici ambulantních lékařů:

MUDr. Jiří Pekárek

Pro Vox připravil:

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

■ Úvod

Trend zvyšování finanční nákladnosti českého zdravotnictví a cyklická krize jeho financování, rostoucí nespokojenost poskytovatelů, rostoucí potřeby, očekávání, ale i obavy občanů, to vše si vynucuje urychlené hledání možných řešení do budoucna. Jednou z cest je větší zainteresovanost občanů na zdravotních službách nebo službách, poskytovaných spolu se zdravotní péčí.

Studie, navržená v rámci aktivit Projektu Českého zdravotnického fóra a podporovaná Nadačním Fondem Elpida, navazuje na před časem proběhlý výzkum mezi občany, který monitoroval ochotu pacientů připlácet si na zdravotní služby a za jakých podmínek.

Cílem studie bylo zjistit motivátory pacientů/občanů v oblasti zdraví a zdravotnictví a zjistit cenovou sensitivitu na poskytované zdravotnické služby a služby doprovodné, a to na úrovni primární péče, ambulantní péče a péče ústavní.

Metodicky byl projekt organizován jako diskuze expertů, zástupců poskytovatelů z různých segmentů zdravotní péče, zástupců plátců a patientských organizací na straně jedné a sociologů a odborníků pro populační průzkumy na straně druhé. Součástí projektu byly profesionálně vedený brainstorming odborníků, skupinové diskuze s laiky ve vybraných lokalitách (kvalitativní výzkum) a konečně hloubková explorace postoje občanů k podílu na úhradě poskytované péče (kvantitativní průzkum).

Kvantitativní výzkum, realizovaný agenturou STEM/MARK, proběhl v říjnu 2003. Bylo osloveno 1189 respondentů ve věku 18 let a výše, rozdělených do pěti kategorií podle věku a frekvence návštěv lékaře. Byla použita standardní metodika výběru vzorku respondentů i k vyhodnocování získaných dat.

Na základě diskuzí v expertním týmu a na základě zjištění z kvantitativního výzkumu, reprezentujícího postoj české veřejnosti, a jeho analýzy, vypracovala projektová skupina ve složení: PharmDr. Vladimír Finsterle, Ing. Jaromír Gajdáček, MUDr. Otto

Herber, MUDr. Vlastislav Kaplan, MUDr. Milan Kudyn, Bc. Blanka Misconiová, MUDr. Bohumil Seifert, PhDr. Kateřina Zamastilová, následující prohlášení:

V České republice dozrál čas pro zahájení příprav na zavedení podílu občanů na úhradě služeb, spojených s poskytováním zdravotní péče. Současná situace je podmíněna jak situací vnitřní (krize financování zdravotnictví, potřeba změny ve využívání veřejných prostředků, změna postojů občanů), tak vnější (změny v okolních státech, připojení k EU).

Klíčové argumenty „pro“ jsou shrnuty v následujících bodech:

1. **Zavedení podílu občanů na úhradě služeb, spojených s poskytováním zdravotní péče je žádoucí po vstupu ČR do EU.** Naprostá většina zemí EU má zavedenou určitou míru spoluúčasti. Pokud nedojde ke srovnání podmínek, především s námi sousedícími státy (Německo, Rakousko, Slovensko), stane se Česká republika „ostrůvkem“, kam občané těchto států začnou jezdit za „levnou“ zdravotní péčí, která půjde na vrub našich zdravotních pojišťoven.

2. **Podle výsledků výzkumu agentury STEM/MARK je polovina občanů ochotna si připlácet na zdravotní péči nebo na službě, spojené s poskytováním zdravotní péče.** Významná část občanů si uvědomuje, že bez podílu na úhradě péče se kvalita zdravotní péče nezvýší. Lze předpokládat, že při dobré komunikaci problému angažovanými politiky se podaří věc vysvětlit a získat většinu občanů.

3. **Pro některé služby, spojené s poskytováním zdravotní péče, existuje mezi občany dobrá míra přijatelnosti podílu na úhradě.** Jedná se např. o návštěvu pacienta lékařem doma, využití sanity, výdej léku na recept v lékárně, využití pohotovosti a o platbu za pobyt v nemocnici.

4. **Dobře nastavený podíl občanů na úhradě sehraje významnou roli výchovnou i motivační, pomocí které bude občan/pacient více vtažen do systému.** Tento předpo-



klad je očekáván jak experty, tak i respondenty výzkumu agentury STEM/MARK.

5. **Zavedením podílu občanů na úhradě služeb, spojených s poskytováním zdravotní péče, dojde k transparentnímu oddělení služeb zdravotních, kde bezplatnost je jako ústavní norma pro občany citlivá a služeb sociálních, kde jsou platby běžné.** Zavedení podílu občanů na úhradě, tak jak je předkládán, nevyžaduje změnu Ústavy.

6. **Podíl občanů na úhradě služeb, spojených s poskytováním zdravotní péče u ambulantních lékařů (praktických lékařů a specialistů) ovlivní pozitivně kvalitu poskytovaných služeb v tomto segmentu péče.** Tento předpoklad je zároveň očekáváním respondentů výzkumu, kteří jsou spíše nespokojeni zejména s délkou čekání na ošetření u praktických lékařů a délkou objednací doby u specialistů. **Podíl na úhradě tím, že směřuje občany více k sebezpečí a sebeléčbě, napomáhá k racionálnímu (správnému, rozumnému) využívání lékařských služeb a posiluje princip solidarity tím, že umožňuje lékařům poskytnout více času pacientům se závažnými problémy.** Posun kvali-

ty se projeví pozitivně i v objektivně hodnotitelných parametrech (počet preventivních, dispenzarizovaných, onkologických prohlídek, testů na okultní krvácení, atd).

7. **Pozitivní postoj respondentů výzkumu k podílu úhrady za služby spojené s poskytováním zdravotní péče v nemocnicích (platba za den strávený v nemocnici) je také spojen s očekáváním zlepšení kvality poskytovaných služeb.** Zatímco kvalita odborné péče je hodnocena pozitivně, s ostatními službami, poskytovanými v nemocnici, je většina respondentů spíše nespokojena. Zdroje pro zlepšení této kvality nelze očekávat od současných úhrad pojišťoven za poskytování zdravotní péče.

8. **V relaci částek, vyslovaných respondenty v průzkumu agentury STEM/MARK, od platby cca 20 Kč za recept v lékárně, až po 100 Kč podílu na úhradě návštěvy lékaře pacienta doma, jsou i pro občany s velkou spotřebou zdravotní péče ve srovnání s jinými výdaji tyto náklady únosné.** Pro sociálně slabší skupiny bude existovat varianta, která ponechává výchovný a motivační efekt, ale zároveň není bariérou

v přístupu k lékaři (např. roční strop úhrad, měsíční omezení na 1 platbu, atd.)

9. **Výběr podílu občanů na úhradě služeb, spojených s poskytováním zdravotní péče jako takový neovlivní dramaticky příjmovou kapitolu zdravotnictví.** Vedlejší efekt na spotřebu zdravotní péče, počet kontaktů, počet vydaných receptů a snížení počtu hospitalizovaných na akutních lůžkách ale může znamenat významnou úsporu, využitelnou ke zvýšení kvality poskytované péče. Tento argument podporují zkušenosti ze Slovenska.

Poznámka:

Expertní skupina se nezabývala cíleně otázkami technického řešení zavedení podílu na úhradě. Celá řada scénářů byla ovšem diskutována a náměty mohou být použity při dalším rozpracování záměru.

Zájemci se mohou seznámit s výsledky celého průzkumu na www.amic.cz/press.

MUDr. Bohumil Seifert

Informace k podvojnému účetnictví

V současné době jsou vedena ze strany Koalice ambulantních lékařů intenzivní jednání s Ministerstvem financí ČR. Ministerstvem zdravotnictví ČR a Parlamentem ČR o nápravě vzniklého problému. MF ČR provádí nyní právní rozbor výše uvedených předpisů. Přechod z jednoduchého na podvojný účetnictví znamená dodanění zásob a pohledávek zdravotnických zařízení, což by znamenalo v této ekonomicky napjaté situaci další odliv peněžních prostředků ze zdravotnických zařízení a samozřejmě i značné zdražení vedení účetnictví ze strany účetních firem. Návrat z podvojného účetnictví je možný až po pěti letech.

Jak pomoci soukromým ordinacím

Kvůli legislativní chybě musejí všechna nestátní zdravotnická zařízení vést od začátku roku podvojný účetnictví. Zákon sice všem nestátním zařízením ukládá povinnost vést podvojný účetnictví, ale právník Jakub Uher jim radí, aby s přechodem z jednoduchého

účetnictví zatím počkala.

Vláda loni navrhla upravit systém účetnictví kvůli očekávanému vstupu do Evropské unie. Zákonodárci na její popud změnili zákon o účetnictví a o daních z příjmů, a v důsledku toho se účetnictví s koncem loňského roku přestalo dělit na jednoduché a podvojný. Zůstalo jen „účetnictví“, jehož náplň odpovídá dřívějšímu účetnictví podvojnému. Subjekty, které dosud vedly jednoduché účetnictví, provádějí od letoška daňovou evidenci. Ovšem s výjimkou nestátních zdravotnických zařízení. Vláda ani zákonodárci si totiž nevšimli, že na zákon o účetnictví odkazuje zákon o nestátních zdravotnických zařízeních. Tato norma ukládá nestátním zařízením vést účetnictví podle zvláštních předpisů, přičemž za onen zvláštní předpis je v poznámce označen právě zákon o účetnictví. Srozumitelněji řečeno, nestátní zařízení musejí vést „účetnictví“, kterému se ještě loni říkalo podvojný účetnictví.

„Naši vládní odborníci a zákonodárci opět vytvořili jednu z dobrých podmínek pro podnikání soukromých lékařů,“ podotýká ironic-

ky daňový poradce Luboš Černý, který je zároveň jednatelem polikliniky v Kralupech nad Vltavou. „Je vidět, že soukromé podnikání v lékařské praxi, které je trnem v oku řady ministerských úředníků, je posláno zase blíž k záhubě.“

Jednoduché účetnictví, jak už název napovídá, je jednodušší než podvojný, zabere méně času a vyjde poplatníka levněji. Lékaři, stomatologové a lékárníci si ho zpravidla dokáží vést sami, kdežto na podvojný účetnictví by si většina z nich musela najít odborníka. Navíc by v prvním roce zaplatili víc na daních. „Budou muset danit čtrnáct plateb. Pojišťovna totiž zaplatila za listopad a prosinec až v letošním roce, jenže lékař po přechodu na podvojný účetnictví musí přiznat i platby, které nedostal,“ vysvětluje L. Černý.

Když se o tom dozvědělo Sdružení praktických lékařů, obrátilo se 13. ledna na poslance ODS Milana Cabrnocha a požádalo ho, aby se pokusil chybu napravit. M. Cabrnoch nazítří odpověděl, že na řešení už se pracuje. Spolu s kolegy z poslaneckého klubu připravil návrh zvláštního (a velmi stručného) zákona,



kteř by příčinu potíží ze zákona o nestátních zařízeních odstranil; konkrétně by se jednalo o vyškrtnutí bodu stanovujícího povinnost vést účetnictví, včetně poznámky odkazující na zákon o účetnictví (povinnost vést účetnictví by samozřejmě zůstala zachována). „Vzhledem k závažnosti chyby a časovému faktoru jsme se rozhodli navrhnout projednávání zákona nejrychlejším možným způsobem. Přesto je jeho projednávání pravděpodobné až na dubnové schůzi sněmovny,“ informoval M. Cabrných sdružení praktiků.

Mezitím se do věci vložilo ministerstvo zdravotnictví. Zákonem o nestátních zařízeních se právě v těchto dnech zabývá senát. Ministerstvo toho chce podle informací ZDN využít a prosadit do novely nápravný pozměňovací návrh. Samo MZ tuto informaci nepotvrdilo; slibovalo sice, že se vyjádří, ale nakonec tak neučinilo.

Obě snahy mohou odstranit příčinu potíží, ale ne celý problém. „Zákon (o účetnictví v novelizovaném znění – pozn. red.) platí od 1. ledna, kdežto ta změna bude platit až dnem vyhlášení. Nikdo tedy neví, jak se k tomu postavit na dobu, než začne platit novela,“ říká daňový poradce L. Černý. Právník sdružení praktiků Jakub Uher radí vyčkávat: „Lékaři by měli počkat. Zatím by rozhodně neměli na podvojně účetnictví přecházet.“ (Zdroj: ZdN 29.1.2004)

Důvodová zpráva předkládaného pozměňovacího návrhu

Obecná část:

Změnami právních předpisů – přijetím č. 437/2003 Sb. (zákon, kterým se mění zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony) a č. 438/2003 Sb. (zákon, kterým se mění

zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony) došlo k zániku pojmu jednoduché účetnictví a pojem podvojně účetnictví byl nahrazen pojmem účetnictví. Toto opatření bylo provedeno s odkazem na vstup do EU.

Nově byl zaveden systém daňové evidence, kdy je předpokládáno, že poplatníci, kteří nejsou účetními jednotkami ve smyslu zákona o účetnictví (tzn. nebudou účtovat v systému podvojně účetnictví) plynule přejdou z účtování v soustavě jednoduchého účetnictví na daňovou evidenci. Jedná se v naprosté většině o podnikatele fyzické osoby, kteří doposud vedli jednoduché účetnictví.

Bohužel vláda, jako navrhovatel obou výše uvedených zákonů, nevezala v patrnosti existenci zákona č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, který v ustanovení §5 odst.2 písm. e) ukládá těmto zdravotnickým zařízením (resp. jejich provozovatelům, nejčastěji fyzickým osobám – soukromým lékařům povinnost vést účetnictví.

Důsledkem tohoto ustanovení zákona č. 160/1992 Sb., ve spojení s výše uvedenými právními předpisy, zejm. ustanovením §1 odst.2 písm.h) zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví (povinnost vést účetnictví mají fyzické osoby, kterým povinnost vedení účetnictví ukládá zvláštní právní předpis) je stav, kdy fyzické osoby provozující nestátní zdravotnické zařízení podle zákona č. 160/1992 Sb., jsou povinny od 1.1.2004 vést účetnictví

(tedy podvojně účetnictví), bez ohledu na dosahovaný obrát apod.

Tento stav výrazně zhoršuje postavení soukromých lékařů, stomatologů a lékárníků oproti jiným podnikatelům fyzickým osobám. Tato povinnost je navíc uložena pouze nestátním zdravotnickým zařízením – tedy jednoznačně znevýhodňuje soukromé provozovatele oproti jiným. Převážná většina těchto osob účtovala doposud v systému jednoduchého účetnictví a nyní by musela přecházet na systém účetnictví podvojně bez možnosti vést pouze účetní evidenci.

Tento návrh zákona neznamená žádné zvýšení na straně státního rozpočtu.

Návrh zákona není v rozporu s ústavním pořádkem České republiky a je v souladu s právem Evropské unie, jakož i s mezinárodními smlouvami, kterými je Česká republika vázána.

Vzhledem k závažnosti a naléhavosti přijetí dané problematiky předkladatelé navrhuji, aby v souladu s § 90 odst. 2 zákona e. 90/1995 Sb., o jednacím řádu Poslanecké sněmovny, ve znění pozdějších předpisů, byl s návrhem zákona vysloven souhlas již v prvním čtení.

Doporučujeme Vám proto zatím vyčkat, o vývoji situace Vás budeme neprodleně informovat. Předpokládáme, že se celou situaci podaří vyřešit a povinnost vést podvojně účetnictví odstranit.

Projekt „OČKO“

MUDr. Pavel Slezák

Ministerstvo zdravotnictví ČR

Od března 2004 zahajuje hygienická služba provoz informačního systému očkování (IS OČKO), který bude sloužit k celostátní (skladové) evidenci vakcín pro pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování (tj. hrazených ze státního rozpočtu). Na základě výsledku jednání na Ministerstvu zdravotnictví, kterého se zúčastnil zástupce SPLDD, budou během února praktičtí lékaři pro děti a dorost požádáni příslušnými pracovníky hygienických stanic o sdělení stavu zásob očkovacích látek pro výše uvedená očkování ve svých ordinacích k 1.3. 2004 s požadavkem na předání této informace v průběhu prvního týdne v březnu – tj. do 5.3. 2004. Při příležitosti administrativní kontroly proočkovanosti, tj. minimálně jednou ročně provedou pracovníci KHS vlastní inventuru skladových zásob očkovacích látek u praktických lékařů pro děti a dorost a podle jejich výsledků následně upraví stav příslušného skladu v IS OČKO.



Změny v předepisování receptů - tvrzení MZ ČR a skutečnost

Koalice ambulantních lékařů je znepokojena situací kolem novely vyhlášky č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla používání. Vzhledem k tomu, že při přípravě této novely nebyl brán ohled na podmínky odborné veřejnosti, v tomto případě ambulantních lékařů, rozhodla se Koalice ambulantních lékařů podpořit kroky vedoucí k odstranění vzniklých problémů, tj. podpoří Peticí za zrušení provedených změn vyhlášky a prostřednictvím tiskové konference bude informovat veřejnost o dopadech navržených změn.

Informační kampaň (tvrzení) MZd:

- Lékařům bude od 1.2.2004 stanovena povinnost informovat pacienty o výši doplatku na léky
- Pacient bude podpisem do dokumentace stvrzovat souhlas s doplatkem na lék
- V případě již vysloveného souhlasu v ordinaci si toto může pacient rozmyslet a při výběru léku v lékárně stvrdí své nové rozhodnutí podpisem na druhou stranu receptu
- Zakládání kopie všech receptů je povinností již v současnosti, neboť recept je „veřejná listina“, navíc kopie umožní objektivní kontrolu kvality léčebné péče a účelnost čerpání prostředků zdravotního pojištění
- Seznam všech léků bez doplatku je pro širokou veřejnost dostupný na webových stránkách MZd
- Proběhlo řádné připomínkové řízení, připomínky byly zapracovány, zásadní byly projednány i osobně (opakovaně v médiích, např. Blesk 2.2.2004, vysílání BBC 30.1.2004)

Důvody protestů (skutečnost)

- Povinnost sdělovat výši doplatku ani souhlas pacienta stvrzený podpisem v dokumentaci není obsahem finální verze vyhlášky, náležitosti zdravotní dokumentace navíc definovány zákonem č.20/1966 Sb., který takové ustanovení neobsahuje
- Technicky nemožné znát výši doplatku pro skutečnost, že dosud nebyly zavedeny pevné ceny léků, proto rozdíl v místě i čase (rozdílné doplatky v různých lékárnách, změny cen a 1/2 roku)
- Vše zúženo pouze na zaškrtnutí symbolu I,C,P, tedy zda lék bez doplatku, s doplatkem nebo plně hrazen pacientem, možnost volby pacienta není vyhláškou uložena ani v ordinaci, ani v lékárně, nesplnění této povinnosti není důvodem k nevydání léku
- Definice veřejné listiny v právních zdrojích námi nenalezena, kopie receptu jako součást zdravotní dokumentace není zakotvena ani v již uvedeném zákoně č.20/1966 Sb., navíc kolize s již reálnou možností vedení zdravotní dokumentace v elektronické podobě, v zemích EU možnost elektronic-

ky realizovaných předpisů léků....., součástí dokumentace však je zápis o předepsaných léčivech vč.dávkování (v čem tedy prospěch kopií receptů, originály jsou navíc archivovány ZP)

- U chronických pacientů archivace kopií receptů technicky prakticky nemožná - ordinace by byly zcela zaplněny kartotékami, není výjimkou předpis cca 100 receptů v jednom dni v ordinaci praktického lékaře, tj. ročně i více než 20.000 receptů
- Seznam plně hrazených léků na webu MZd není spolehlivým vodítkem, uvedeny i léky s „malým“ doplatkem, řada plně hrazených chybí
- Přes naše zásadní připomínky (obsahem předchozího textu) nebyly tyto zapracovány ani nedošlo s námi k osobnímu projednání

Souhrn

- Chybí odpověď na otázku, komu provedená změna fakticky prospěje, pouze navýšení administrativy a byrokracie
- Necitlivý zásah státní byrokracie do vztahu lékař-pacient, ten individualizován tzv. svobodnou volbou
- Možnost negativního dopadu na pacienty - důvody archivace kopií receptů nejspíše povedou k turistice pacientů za předpisem léku v případě tzv. delegovatelné preskripce
- Neřešena problematika zakládání kopií receptů v případě tzv. nepravidelné péče, zástupů, pohotovosti atd. - opět nejspíše instalace nových kartoték...
- Místo řešení základních problémů (chybí základní legislativa o nastavení systému) řešeny dílčí problematiky, které bez vazby na systémová opatření postrádají faktický smysl, jde o velmi problematické opatření z pohledu efektivity na oblast léčkové politiky

Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Léčení v zemích EU nebude úplně zdarma

Léčení českých turistů v členských zemích Evropské unie nebude úplně zdarma ani od května, kdy ČR do EU vstoupí. Tuzemská zdravotní pojišťovna se postará o větší část nákladů na léčbu, nebude ale hradit tzv. spoluúčast pacienta.

Jak potvrdila mluvčí ministerstva zdravotnictví Ilona Slámová, čeští občané by si tak měli sjednat komerční pojištění, které pokryje spoluúčast i další náklady, a ulehčí také od administrativních a jazykových problémů. „V zemích unie je třeba nejen zaplatit spoluúčast, ale součástí pojištění nebývá zpravidla ani repatriace a určitě ne asistenční služby,“ řekl mluvčí pojišťovny Kooperativa Marek Vícha. Problémem může být i to, že někde je vždy nutné za péči v ambulantním ošetření nejdříve zaplatit v hotovosti, dodal. Další komplikací je podle Vícha administrativa, takže při cestě do EU bude v Česku nutné vyzvednout si a vyplnit příslušné formuláře, které je třeba při ošetření předložit. Bez komerčního pojištění a asistenčních služeb může být pro nemocného či zraněného turistu nsnáží také jazyková bariéra, doplnil mluvčí České pojišťovny Václav Bálek. Rozsah poskytované péče je v jednotlivých zemích různý. Většinou ale platí, že lékařské ošetření je poskytováno cizincům z jiných zemí EU za stejných podmínek, jaké platí pro občany vlastní země. Při turistické návštěvě Rakouska si tak podle Bálky musí pacient případnou úhradu za ošetření úrazu ve spojitosti se zimními sporty zaplatit sám. V Německu má český turista nárok na nutnou a neodkladnou zdravotní péči za stejných podmínek jako německý občan, ale pouze u smluvního lékaře nebo lékařského smluvního zařízení německé nemocenské pokladny. Při cestách do zemí Evropské unie je také třeba dodržet některé administrativní postupy. Pokud vyjíždí český občan do zahraničí jako turista, musí si nechat svou zdravotní pojišťovnu potvrdit příslušný formulář. Tím pak v zahraničí prokazuje případný nárok na zdravotní péči buď přímo ve zdravotnickém zařízení nebo registrací u příslušné zdravotní pojišťovny.



K prodeji privátní lékařské praxe - daňový pohled - 1. díl

Prodej privátní lékařské praxe je ve své podstatě prodejem podniku. Jedná se o poměrně aktuální záležitost. Přitom v blízké budoucnosti lze očekávat další rozšíření počtu těchto transakcí. Je proto dobré vědět jaké daňové dopady a povinnosti z prodeje praxe pro jednotlivé účastníky vplynou.

Předpokládáme, že se prodej uskuteční mezi dvěma fyzickými osobami podnikajícími podle zvláštních předpisů a účtujícími v soustavě jednoduchého účetnictví. Přitom může nastat situace kdy prodávající po prodeji praxe jako fyzická osoba dále pokračuje v podnikání nebo s podnikáním jako fyzická osoba končí.

■ Vazba na daň z příjmů

Prodávající po prodeji pokračuje jako fyzická osoba dále v podnikání (např. lékař provozuje dvě samostatné ordinace a prodá pouze jednu z nich)

Daňovou problematiku řeší po příjmové stránce ustanovení §23 odst.16 a po stránce výdajové ustanovení §24 odst. 2, písm. zn) zákona 586/1992 Sb., o daních z příjmů v platném znění.

Příjmy: Znění §23 odst. 16: „**při prodeji podniku nebo jeho části poplatníkem neúčtující v soustavě podvojného účetnictví vstupuje do základu daně příjem z prodeje zvýšený o účetní hodnotu všech postoupených závazků. Jsou-li součástí prodeje podniku nebo jeho částí i zásoby uplatněné jako výdaj, zvýší se základ daně o rozdíl mezi účetní hodnotou zásob a jejich cenou stanovenou při prodeji. Jedná-li se o plátce daně z přidané hodnoty, rozumí se pro účely tohoto ustanovení účetní hodnotou závazků, jedná-li se o zdanitelné plnění podléhající dani z přidané hodnoty se sníženou nebo základní sazbou, hodnota včetně daně z přidané hodnoty. Pro účely tohoto ustanovení se nepoužije ustanovení odstavce 13.**“

Výdaje: Znění §24 odst. 2, písm. zn): „**prodává-li podnik nebo jeho část poplatník účtující v soustavě jednoduchého účetnictví, je výdajem součet zůstatkových cen hmotného a nehmotného majetku, který může být odepisován, účetní hodnoty peněžních prostředků a cenin, účetní hodnoty finančního majetku, vstupní ceny hmotného a nehmotného majetku vyloučeného z odepisování, pořizovací ceny pozemků, účetní**

hodnoty pohledávek, jejichž úhrada by nebyla zdanitelným příjmem, částka nájemného u finančního pronájmu s následnou koupí najatého hmotného majetku zaplaceného nájemcem, která převyšuje poměrnou část nájemného uznaného jako daňový výdaj podle písmene h), přechází-li nájemní smlouva na kupujícího, a účetní hodnoty závazků, jejichž úhrada by byla výdajem, a to do výše příjmů uvedených v §23. Jedná-li se o plátce daně z přidané hodnoty, rozumí se pro účely tohoto ustanovení účetní hodnotou závazků hodnota bez daně z přidané hodnoty, byl-li uplatněn odpočet daně z přidané hodnoty na vstupu, u pohledávek, jejichž úhrada by byla zdanitelným příjmem, je výdajem daň z přidané hodnoty, byla-li splněna daňová povinnost na výstupu. Pro účely tohoto ustanovení se nepoužijí ostatní ustanovení tohoto odstavce, které omezují uplatnění výdajů (nákladů) výší souvisejících příjmů u jednotlivých prodávaných majetků,“

Tento poměrně složitý text lze pro případy prodeje privátních lékařských praxí aplikovat dle jednotlivých položek a to následovně:

Příjem (§23 odst. 16)

Do základu daně vstupuje:

- + příjem z prodeje (skutečný příjem ve zdaňovacím období)
- + účetní hodnota všech postoupených závazků
- + rozdíl mezi účetní hodnotou zásob uplatněných jako výdaj a jejich cenou stanovenou při prodeji

Výdaj (§24 odst. 2, písm. zn)

Daňově uznatelným výdajem je:

- součet zůstatkových cen hmotného a nehmotného majetku, který může být odepisován
- účetní hodnoty peněžních prostředků a cenin
- účetní hodnoty finančního majetku
- vstupní ceny hmotného a nehmotného majetku vyloučeného z odepisování
- pořizovací ceny pozemků
- účetní hodnota pohledávek, jejichž úhrada by nebyla zdanitelným příjmem
- rozdíl nájemného u finančního leasingu zaplaceného nájemcem a nájemným uznaným jako daňový výdaj, přešla-li nájemní smlouva na kupujícího
- účetní hodnoty závazků, jejichž úhrada by byla daňovým výdajem

Jednotlivé shora uvedené položky je možné dále následovně podrobněji charakterizovat.

■ příjem z prodeje

Do zdanitelných příjmů se promítne příjem z prodeje praxe tak, jak je zaúčtován v peněžním deníku. V tomto případě tedy pouze skutečný příjem dosažený ve sledovaném zdaňovacím období.

■ účetní hodnota postoupených závazků

- Lze vycházet z předpokladu, že pokud by součástí prodeje lékařské praxe žádné závazky nebyly, byla by kupní cena o nominální hodnotu těchto závazků vyšší.

- Výše postupovaných (prodávaných) závazků se zjišťuje z knihy pohledávek a závazků.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví.

- Jedná se o všechny převáděné závazky, tj. jak daňově účinné tak daňově neúčinné, jak za jednotlivými dodavateli tak za zaměstnanci...

Při prodeji lékařských praxí k převodu závazků z prodávajícího na kupujícího zpravidla nedochází, nebo se jedná o jejich zcela zanedbatelný rozsah (nelze to však vyloučit). Prodávající organizuje svoji činnost tak, aby v okamžiku prodeje byl stav závazků pokud možno nulový.

■ Rozdíl mezi účetní hodnotou zásob a jejich cenou stanovenou při prodeji

- S uplatněním tohoto ustanovení nastává v praxi poměrně závažný problém, neboť obchodní zákoník nestanoví povinnost sjednat kupní ceny dle jednotlivých složek majetku.

- Zákon se tímto ustanovením snaží zamezit prodeji zásob pod cenou a pokud k němu přeci jenom dojde pokrýt daňově uznatelné výdaje příjmem ve stejné výši. Např. prodávající v minulosti uplatnil ve výdajích 100 ale prodává za 30. Rozdíl 70 dodánuje dle tohoto ustanovení v okamžiku prodeje.

- Účetní hodnota zásob se převezme z karet zásob.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví.

■ Součet zůstatkových cen hmotného a nehmotného majetku, který může být odepisován



- Lze vycházet z předpokladu, že kupní cena je o cenu tohoto majetku vyšší a proto se do výdajů uplatní zůstatková cena stejně jako by tomu bylo při běžném prodeji tohoto majetku.

- Vyřazení tohoto majetku bude poznamenáno na inventární kartě či v inventární knize.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví. Při prodeji lékařských praxí nebývají tyto částky většinou z daňového hlediska podstatné. Prodávající plánuje prodej praxe ve značném časovém předstihu. Proto jsou zpravidla předchozí investice buď daňově odepsány do 100% (sterilizátor, zubářské křeslo,...) nebo jsou z předmětu prodeje po dohodě prodávajícího s kupujícími vyloučeny (osobní automobil, notebook,...).

■ Účetní hodnoty peněžních prostředků a cenin

- Teoretickým zdůvodněním těchto zůstatků jako daňově uznatelných výdajů je skutečnost, že pokud jsou součástí prodeje praxe i běžný účet a pokladna, pak jsou jejich zůstatky promítnuty v kupní ceně.

- Stav převáděných peněžních prostředků se zjistí z peněžního deníku, stav cenin z knihy cenin.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví.

V praxi to většinou funguje tak, že prodávající si nechá před prodejem praxi ocenit. Tržní ocenění praxe je vzato jako základ pro jednání o prodejní (kupní) ceně. Ta je stanovena dohodou smluvních stran a je zpravidla nižší než cena podle znaleckého posudku. Dohodnutá kupní cena již kalkuluje mj. i s tím, že zůstatky u pokladny a na běžném účtu budou nulové. Tento daňový výdaj není tedy u naprosté většiny převáděných (prodáváných) praxí uplatňován, nelze ho však vyloučit.

■ Účetní hodnoty finančního majetku

- Lze opětovně předpokládat, že kupní cena je o hodnotu tohoto majetku vyšší a proto se uplatní jako daňově uznatelný výdaj jeho pořizovací cena.

- Stav převáděného finančního majetku se zjistí z karet tohoto majetku.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví. V praxi jsou případy, kdy provozovatel privátní lékařské praxe má

do podnikání zařazen i finanční majetek např. akcie různých obchodních společností je spíše výjimečný, nelze ho však předem vyloučit.

■ Vstupní ceny hmotného a nehmotného majetku vyloučeného z odepisování

- Kupní cena je o hodnotu tohoto majetku vyšší, proto se uplatní jako daňově uznatelný výdaj jeho vstupní cena

- Stav převáděného hmotného a nehmotného majetku vyloučeného z odepisování se převezme z karet tohoto majetku

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví.

Hmotným majetkem vyloučeným z odepisování jsou např. movité kulturní památky a jejich soubory, umělecká díla, která nejsou součástí staveb a budov, předměty muzejní a galerijní hodnoty apod. Čtenář si jistě sám udělá představu v kolika případech se toto ustanovení při prodeji privátních lékařských praxí uplatní.

■ Pořizovací ceny pozemků

- Kupní cena je o hodnotu tohoto majetku vyšší, proto se uplatní jako daňově uznatelný výdaj jeho vstupní cena.

- Cena převáděných pozemků se převezme v částkách zaúčtovaných na kartách tohoto majetku.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví. Nelze obecně předpokládat, že součástí prodeje lékařské praxe by byl i převod pozemku.

■ Účetní hodnota pohledávek jejichž úhrada by nebyla zdanitelným příjmem

- Kupní cena je o hodnotu tohoto majetku vyšší, proto se uplatní jako daňově uznatelný výdaj jeho vstupní cena.

- Hodnota těchto pohledávek se převezme v hodnotě, která je zaúčtována v knize pohledávek a závazků.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví. V praxi se může jednat především o pohledávky z titulu úvěrů a půjček, tedy v případě prodeje lékařské praxe o situaci spíše výjimečnou.

■ Rozdíl nájemného u finančního leasingu zaplaceného nájemcem a nájemným uznaným jako daňový výdaj, přešla-li nájemní smlouva na kupujícího

- V případě prodeje lékařské praxe chápa-

ného jako prodej podniku dochází automaticky k úplatné cesi leasingové smlouvy.

- Tato cesi leasingové smlouvy bude poznamenána na inventární kartě časového rozlišení.

- Ustanovení zákona vychází z toho, že je jedná v případě tohoto rozdílu, který je prakticky představován poměrnou částí dosud daňově neuplatněné první leasingové splátky (akontace) o pohledávku za kupujícími, která je promítnuta v kupní ceně. Proto tento rozdíl umožňuje prodávajícímu uplatnit do daňově uznatelných výdajů.

- Údaje o výši částky se zjistí z peněžního deníku.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví.

Ani tyto případy se však při prodeji praxí příliš nevyskytují. Prodávající zpravidla v předstihu před prodejem koriguje výdaje na leasing a praxi prodává až v okamžiku, kdy již nemá žádné závazky z leasingových smluv.

■ Účetní hodnota závazků jejichž úhrada by byla daňovým výdajem

- Ustanovení zákona vychází z toho, že hodnota všech postoupených závazků zvyšuje zdanitelný příjem, proto umožňuje do daňově uznatelných výdajů zahrnout ty závazky (jejich účetní hodnotu), jejichž úhrada by za normálních okolností byla daňově uznatelným výdajem.

- Údaje o účetní hodnotě těchto závazků se zjistí z knihy pohledávek a závazků.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví.

Z dosud uvedeného vyplývá, že při prodeji privátní lékařské praxe prodávající uplatní pouze minimum položek snižujících základ daně. Daňový dopad však bude možno rozložit i do více zdaňovacích období, pokud bude úhrada za prodej realizována ve splátkách přesahujících jedno zdaňovací období.

Prodávající po prodeji nepokračuje jako fyzická osoba dále v podnikání

Pokud prodávající po prodeji praxe v podnikání dále jako fyzická osoba nepokračuje je nutno vzít v úvahu další ustanovení zákona o daních z příjmů. Na tento případ se vztahuje ustanovení § 23 odst. 8, písm. b), bod 2 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů v platném znění. „**rozdíl mezi příjmy a výdaji z něhož se vychází pro zjištění základu daně**



za zdaňovací období předcházející dni ukončení podnikatelské nebo jiné samostatně výdělečné činnosti se upraví pokud účtují v soustavě jednoduchého účetnictví o výši pohledávek a závazků, s výjimkou přijatých záloh, o cenu nespotřebovaných zásob a o zůstatky vytvořených rezerv; přitom nájemné u finančního pronájmu s následnou koupí najaté věci se do základu daně zahrne pouze v poměrné výši připadající ze sjednané doby na příslušné zdaňovací období do ukončení podnikatelské činnosti nebo jiné samostatně výdělečné činnosti. Do základu daně se zahrne při dalším prodeji nespotřebovaných zásob již zahrnutých do základu daně pouze rozdíl, o který převyšuje cena, za kterou byly nespotřebované zásoby prodány, cenu nespotřebovaných zásob zahrnutých do základu daně“

Tento opět poměrně složitý text si pro lepší orientaci uvedeme rovněž položkově:

- + pohledávky
- závazky
- + cena nespotřebovaných zásob
- + zůstatky vytvořených rezerv
- + poměrná část leasingových splátek
- + rozdíl prodejní a kupní ceny nespotřebovaných zásob

Jednotlivé shora uvedené položky je možno dále následovně podrobněji charakterizovat a to i s nutným přihlédnutím k již dříve uvedenému

■ **Pohledávky**

- Obecně se bude jednat jednak o na kupujícího nepřeváděné pohledávky z běžné činnosti převáděné privátní lékařské praxe (např. dosud neuhrazené pohledávky za zdravotními pojišťovnami), jednak o pohledávku z titulu prodeje této praxe.

- Lze mít za to, že tyto pohledávky budou prodávajícímu v budoucnosti (v okamžiku kdy již nebude podnikat) uhrazeny.

- Hodnota těchto pohledávek se převezme v hodnotě, která je zaúčtována v knize pohledávek a závazků.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví.

Právě při prodeji lékařské praxe lze předpokládat, že pohledávka z jejího prodeje může velmi významně ovlivnit daňový základ a tedy i celkovou daňovou povinnost prodávajícího. Je proto z důvodu racionalizace daňové povinnosti nesmírně důležité vhodně zvolení okamžiku prodeje. Názorně je situace demonstrována na ilustrativním příkladě.

■ **Závazky**

- Na rozdíl od pohledávek, které daňový základ zvyšují, **nepostoupené závazky**, jejichž úhrada by za normálních okolností byla daňově uznatelným výdajem, základ daně snižují.

Má se za to, že tyto závazky prodávající v budoucnu, v okamžiku kdy již nebude podnikat uhradí ale nemohl by je daňově uplatnit (nebude podnikatelským subjektem).

- Hodnota těchto závazků se převezme v hodnotě, která je zaúčtována v knize pohledávek a závazků.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví. Při prodeji lékařské praxe by se mohlo jednat např. o dosud nevyplacenou mzdu zdravotní sestře, neodvedené sociální a zdravotní pojištění atd.

■ **Cena nespotřebovaných zásob**

- Jedná se o zásoby které nebyly spotřebovány do okamžiku ukončení podnikatelské činnosti ale v daňových výdajích již byly v minulosti uplatněny.

- Účetní hodnota těchto zásob se převezme z karet zásob.

- Úprava základu daně proběhne pouze v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob za příslušné zdaňovací období a nepromítne se do účetnictví.

Chápeme-li prodej lékařské praxe jako prodej podniku, pak by veškeré nespotřebované zásoby měly být součástí převodu praxe a zůstatek zjištěný z karet zásob by měl být v konečném úhrnu nulový.

■ **Zůstatky vytvořených rezerv**

- Jedná se o zrušení zákonné rezervy především na opravy hmotného majetku, která byla v minulosti tvořena (vytvořena) a nebyla čerpána (vyčerpána).

V situacích souvisejících s prodejem lékařských praxí ať již prodávající v podnikání pokračuje či nikoliv nebývá předchozí tvorba daňově uznatelných rezerv častá, nelze jí však vyloučit.

■ **Poměrná část leasingových splátek**

- Jedná se o případy, kdy není dosud ukončena platnost leasingových smluv a při prodeji praxe nájemní (leasingová) smlouva nepřechází na kupujícího.

■ **Rozdíl prodejní a kupní ceny nespotřebovaných zásob**

- Při prodeji lékařské praxe by se tento případ neměl vyskytnout. Muselo by se jednat o situaci kdy odstoupícím lékařem nespotřebované zásoby by nebyly součástí prodeje praxe a byly by prodány samostatně třetí osobě.

V případě ukončení podnikatelské činnosti po prodeji praxe se daňový základ zvyšuje především o dosud neuhrazené pohledávky. Přitom rozhodující svojí výší může být právě pohledávka související s tímto prodejem praxe. Z uvedeného vyplývá, že daňový dopad nelze rozložit do více zdaňovacích období, lze jej však celkově snížit vhodně zvoleným okamžikem prodeje praxe.

Další dopady na daň z příjmů z pohledu prodávajícího

■ Termín pro podání daňového přiznání k dani z příjmů fyzických osob není ovlivněn okamžikem prodeje praxe. Ve svém důsledku to znamená, že dojde-li k prodeji praxe kdykoliv v průběhu např. roku 2003, je termín pro podání přiznání a úhradu daně 31.3.2004, případně 30.6.2004 pokud prodávající využije k podání daňového přiznání služeb daňového poradce. Tedy stejný je okamžik pro podání daňového přiznání, ať již s následným ukončením podnikatelské činnosti či nikoliv, bude-li praxe prodána k 31.1. 2003 nebo k 31.12.2003.

■ V souvislosti s prodejem praxe se bude vždy jednat o podání řádného daňového přiznání přičemž výsledek prodeje vstupuje do základu daně tak jak bylo popsáno v předchozím textu.

■ Prodávající musí sledovat u jednotlivého hmotného majetku, který je předmětem prodeje dodržení podmínek pro uplatnění reinvestičního odpočtu ve smyslu ustanovení § 34 odst. 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů v platném znění. Prodejem majetku došlo k vyřazení tohoto hmotného majetku. A pokud k prodeji došlo do 36 měsíců následujících po skončení zdaňovacího období, za které byly odpočet nebo jeho část uplatněny, má prodávající povinnost zvýšit základ daně o uplatnění odpočet nebo jeho část ve zdaňovacím období, kdy nárok zanikl.

Daňové dopady vztahující se k ostatním daním z pohledu prodávajícího

■ **Daň z přidané hodnoty (DPH)**

- Protože provozovatelé privátních lékařských praxí nejsou plátcí DPH (zdravotnické služby a zboží jsou podle § 32 zákona č. 588/1992 Sb., o dani z přidané hodnoty v platném znění od DPH osvobozeny), není nutno se případnými daňovými dopady v souvislosti s prodejem podniku (lékařské praxe) zabývat.

■ **Daň dědická, darovací a daň z převodu nemovitostí**



– Při prodeji lékařské praxe nebo její části nemohou nastat povinnosti na dani dědické protože nejde o dědění, ani na dani darovací protože nejde o darování. Prodej není bezúplatným nabytím majetku.

– Dochází-li na základě smlouvy o prodeji lékařské praxe k převodu vlastnického práva k nemovitostem podléhá tento převod dani z převodu nemovitostí ve smyslu ustanovení §9 odst.1, písm. a) zákona č.357/1992 Sb., o dani dědické, dani darovací a dani z převodu nemovitostí v platném znění.

– Poplatníkem této daně je převodce (prodávající), nabyvatel je ručitelem.

– Daň činí 5% ze základu daně

– Základem daně je cena zjištěná podle zvláštního předpisu (znalecký posudek) platná v den nabytí nemovitosti, případně cena sjednaná pokud je vyšší než cena zjištěná.

■ Daň silniční

– Poplatníkem daně silniční je fyzická nebo právnická osoba zapsaná v „technickém průkazu (TP) vozidla“ jako provozovatel.

– Dojde-li v průběhu zdaňovacího období ke změně v osobě poplatníka, zaniká daňová povinnost původnímu poplatníkovi uplynutím kalendářního měsíce, který předchází před kalendářním měsícem vzniku daňové povinnosti novému poplatníkovi.

– Zánik a vznik daňové povinnosti v případě prodeje není vázán na změnu vlastnictví ale výhradně na změnu zápisu provozovatele vozidla v TP.

– Prodávajícímu vzniká povinnost oznámit místně příslušnému správci daně zánik daňové povinnosti do 15 dnů ode dne jejího zániku.

■ Daň z nemovitostí

– Poplatníkem daně z nemovitostí je vlastník pozemku a stavby k 1.1. zdaňovacího období (kalendářního roku).

– Ke změně vlastnictví v průběhu zdaňovacího období se nepřihlíží. Dojde-li tedy ke změně vlastnického práva k nemovitosti v průběhu zdaňovacího období (kalendářního roku) stává se nabyvatel (kupující) poplatníkem až od 1.1. následujícího kalendářního roku.

– V případě daně z nemovitostí je rozhodující den nabytí vlastnictví k nemovitosti.

Ilustrační příklad prodeje fiktivní lékařské praxe ve vazbě na daňové dopady k dani z příjmů fyzických osob v závislosti na okamžiku prodeje v případě, že prodávající po prodeji praxe končí s podnikáním jako fyzická osoba.

a) Prodej lékařské praxe k 31.12.2003 (údaje jsou v tis. Kč)

1. Příjmy z provozu ordinace	1 000
2. Výdaje na jejich dosažení, zajištění a udržení	600
3. Rozdíl mezi příjmy a výdaji (běžný zisk z provozu ordinace)	400
4. Příjem z prodeje praxe (při podpisu kupní smlouvy)	400
5. Pohledávka z prodeje praxe (celková kupní cena je 1 000)	600
6. Další pohledávky, které je nutno v okamžiku ukončení činnosti připočítat k daňovému základu (50 neuhrazené a nevymahatelné pohledávky z minulých let, 200 za zdravotními pojišťovnami za měsíce listopad a prosinec 2003)	250
7. Závazky (neuhrazené energie a telekomunikační poplatky za prosinec 2003) – sníží základ daně, tedy minus	50
8. Daňový základ	1 600
9. daň z příjmů fyzických osob	460
10. Celkový čistý příjem po zdanění za předpokladu, že do termínu pro podání daňového přiznání byly uhrazeny všechny pohledávky a závazky (600 + 250 – 50)	1 140

Daňové přiznání je nutno podat a daň zaplatit do 31. 4. 2004, případně do 30. 6. 2004, pokud bude na základě plné moci zpracovávat daňové přiznání daňový poradce.

b) Prodej lékařské praxe k 31.1. 2004 (údaje jsou v tis. Kč)

Rok 2003

1. Příjmy z provozu ordinace	1 000
2. Výdaje na jejich dosažení, zajištění a udržení	600
3. Rozdíl příjmů a výdajů (daňový základ)	400
4. Daň z příjmů fyzických osob	76
5. Čistý příjem po zdanění	324

Termíny pro podání daňového přiznání a úhradu daňové povinnosti jsou shodné jako u písmene a).

Rok 2004

1. Příjem z provozu ordinace tedy za leden 2004 (1 000 : 12)	83
2. Příjem z prodeje ordinace (úhrady se uskuteční následovně:	

(500 k 31.1., 250 k 30.6.

a 250 k 30.11.2004)	1 000
3. Příjem od pojišťoven jako doplatek za rok 2003–08–30	200
4. Výdaje související s s příjmy roku 2004 (600 : 12)	50
5. Uhrazené závazky týkající se roku 2003–08–30	50
6. Rozdíl mezi příjmy a výdaji	1 183
7. Započtené neuhrazené a nevymahatelné pohledávky z min. let	50
8. Daňový základ	1 233
9. Daň z příjmů fyzických osob	343
10. Čistý příjem po zdanění	891

Daňové přiznání je nutno podat a daň zaplatit do 31.4.2005, případně do 30.6.2005, pokud bude na základě plné moci zpracovávat daňové přiznání daňový poradce.

Z uvedeného ilustrativního příkladu je zřejmé, že posunutím prodeje lékařské praxe o jeden kalendářní měsíc docílíme daňové úspory ve výši 41 000 Kč a to i přesto, že se daňový základ zvýšil o 33 000 Kč z důvodu výkonu podnikatelské činnosti v měsíci lednu 2004.

Za ještě významnější, či alespoň za stejně významné lze mít to, že termín pro podání daňového přiznání a zaplacení daně jsme posunuli o celý kalendářní rok a především, že daň z příjmů platíme z příjmů, které jsme již skutečně obdrželi (vyjma 50 000 Kč pohledávek, které jsou nevymahatelné a dodáme je vždy když budeme s podnikáním končit).

Závěrem si dovoluji shrnout to podstatné z předchozích řádků do následujících bodů:

1. Přesto, že v žádném konkrétním případě prodeje lékařské praxe se nevyskytnou všechny účetní a daňové případy v tomto článku uvedené, je nepochybné, že prodej praxe není z daňového pohledu jednoduchou záležitostí.

2. Nelze však ani vyloučit ale spíše předpokládat, že se vyskytnou i další v tomto článku neuvedené a neřešené problémové situace s ohledem na specifika každé jednotlivé prodávané (převáděné) praxe.

3. Každý potenciální prodávající by měl v dostatečném časovém předstihu před vlastním prodejem zvážit, zda je schopen řešit veškerou problematiku samostatně, či zda zadá řešení odbornému specialistovi.

Ing. František Elis

Daňový poradce ev č. 0056



Péče o děti a dorost v Rakousku

Prim. MUDr. Štěpán Rucki, CSc.

Dětské oddělení, Nemocnice Třinec

V lednu 2004 jsem měl možnost zúčastnit se čtyřtýdenního studijního pobytu na Univerzitní dětské klinice ve Štýrském Hradci v Rakousku. Stáž byla organizována Americko-rakouskou nadací (American Austrian Foundation – AAF), což je nestátní nezisková organizace, jejímž posláním je vytváření kontaktů, vztahů a výměna myšlenek mezi Američany, Rakušany a představiteli východní Evropy v oblasti medicíny, přírodních věd a umění. Podmínkou pro stáž je zařazení a absolvování Mezinárodního lékařského semináře v Salcburku, který je organizován rovněž AAF, a dobrá znalost angličtiny. Velkou výhodou pro pobyt v této německy mluvící zemi je však dobrá znalost němčiny. Kromě získání mnoha cenných zkušeností v oblasti klinické pediatrie během tohoto pobytu jsem měl také možnost podrobněji se seznámit se systémem zdravotní péče o děti v Rakousku. Jako zdroj informací mi sloužily jak diskuze s různými lékaři, tak některé publikace a webové stránky.

■ Ambulantní péče

Ambulantní péče o dětskou populaci je odlišná především v tom, že se na ní podílí také všeobecní praktičtí lékaři (**Hausarzt – domácí lékař**). Je to dáno především nižším počtem pediatriů ve srovnání s počty našimi. Nižší dostupnost pediatra je především na venkově, kde primární péči včetně preventivních opatření a očkování zajišťuje domácí lékař. Pediatra konzultuje pouze ve složitějších případech. Ve městě, kde je dostupnost pediatriů lepší, poskytuje primární péči u dětí přímo pediatr.

Základním dokumentem a pomůckou k provádění preventivních prohlídek je tzv. **pas matky a dítěte** (Mutter-Kind-Pass). Na rozdíl od našeho Zdravotního a očkovacího průkazu obsahuje také část pro matku, tedy období průkazky pro těhotné, kde jsou zaznamenány výsledky preventivních prohlídek v těhotenství. Mutter-Kind-Pass na rozdíl od našeho průkazu je skutečným úředním dokumentem, protože provedení preventivních prohlídek do 14. měsíce věku dítěte s řádným zápisem do pasu je podmínkou k vyplacení rodičovského příspěvku v plné výši od

21. měsíce věku dítěte. V případě, že preventivní prohlídky nebyly řádně provedeny a zápisy v pasu nejsou kompletní, je výše rodičovského příspěvku redukována na polovinu. Doporučené preventivní prohlídky jsou plně hrazeny pojišťovnami.

Pro první rok života dítěte je stanoveno šest preventivních vyšetření včetně prvního vyšetření v porodnici a prohlídky v prvním týdnu života. V 1. a v 6.–8. týdnu života je dále doporučeno sonografické vyšetření kyčelních kloubů a ve 4.–7. týdnu života je stanoveno vyšetření ortopedem. Při preventivní prohlídce v 7.–9. týdnu je současně indikováno preventivní vyšetření odborným lékařem pro ORL a při preventivní prohlídce v roce života vyšetření odborným očním lékařem. Další doporučené preventivní prohlídky podle Mutter-Kind-Pass se mají konat zhruba ve 2. (opět ve spojení s vyšetřením odborným očním lékařem), 3., 4. a 5. roce života dítěte. Základní (všeobecné) očkovací schéma [1] zahrnuje stejná onemocnění jak u nás (tetanus, pertuse, záškrť, poliomyelitida, hepatitida B, Hemofilus infl. typ B, spalničky, příušnice, zarděnky). Navíc bylo do tohoto souboru nedávno zařazeno očkování konjugovanou vakcínou proti pneumokokům. Naopak očkování proti tuberkulóze do všeobecného očkovacího schématu nepatří. Poliomyelitida se očkuje v parenterální formě. Mezi tzv. zvláštní očkovací doporučení patří očkování proti tuberkulóze, klíšťové encefalitidě, chřipce, hepatitidě A, meningokokům a planým neštovicím.

Základní očkování jsou hrazena z veřejných finančních prostředků kromě očkování proti pneumokokům, které si musí hradit rodiče dítěte sami.

■ Pediatři v Rakousku

Podle údajů z roku 2000 bylo v Rakousku celkem 920 pediatriů, kteří pracovali buď v nemocnicích nebo v soukromé praxi. Z toho praktických pediatriů, kteří měli smlouvu se všemi pojišťovnami a pracovali v primární péči, bylo 280. Na jednoho pediatra v primární péči tak připadalo 6730 dětí a dospívajících ve věku 0–19 let [2].

V jednotlivých spolkových zemích existují

však, stejně jako v počtech pediatrických lůžek, velké regionální rozdíly. Největší dostupnost pediatra byla ve Vídni, kde připadalo na jednoho dětského lékaře cca 3600 dětí a dospívajících; naopak v Horních Rakousech byl tento vztah v poměru zhruba jeden dětský lékař na 10 tisíc dětské populace. Existují oblasti, kde vzdálenost k nejbližšímu pediatrovi je až 50 km.

Odborná příprava k dosažení specializace v pediatrii trvá 6 let. Na zařazení do specializace se však čeká někdy až několik let a tak lékaři ucházející se o specializaci často tráví tento čas na jiných odděleních popřípadě v laboratoři. Specializace je zakončena zkouškou ve formě testu (tzv. multiple choice). Přezkoušení bylo zavedeno teprve nedávno a je organizováno lékařskou komorou.

■ Nemocniční péče

Lůžková péče je realizována na dětských klinikách a dětských odděleních některých okresních nemocnic. Lůžkových zařízení pro dětskou populaci je však v Rakousku podstatně méně než u nás [3]. V současné době je to 44 dětských klinik a oddělení pro populaci cca 8 milionů obyvatel, což je v průměru 1 oddělení/klinika na asi 180 tisíc populace. V jednotlivých spolkových zemích však existují poměrně značné rozdíly v těchto relacích. Zatímco v Tyrolsku a Vorarlbergu připadá jedno dětské oddělení zhruba na 100 tisíc obyvatel, v Dolních Rakousech je to jedno oddělení na 220 tisíc obyvatel. Z tohoto průměru značně vybočuje Štýrsko, kde pro populaci zhruba 1,2 milionů obyvatel je k dispozici pouze jedna dětská klinika a jedno dětské oddělení. Podle sdělení pracovníků Univerzitní dětské kliniky je tento počet údajně dostačující. Neměl jsem však možnost zjistit, jaké názory na dostupnost pediatrických služeb ve Štýrsku mají rodiče nemocných dětí. Univerzitní dětská klinika ve Štýrském Hradci, kde jsem po dobu své stáže pobýval [4], působí jako krajské dětské oddělení pro jižní část Štýrska. Lůžková část kliniky zahrnuje v současné době 162 lůžek a je rozdělena do pěti klinických oddělení – oddělení všeobecné pediatrie, oddělení dětské hematologie, oddělení dětské



kardiologie, oddělení pulmonologie a alergologie, oddělení neonatologie a novorozenecké intenzivní péče a oddělení pediatrické intenzivní péče spolu s centrem pro popáleniny. Zajímavé bylo, že toto poměrně velké a komplexní pracoviště s velkým počtem pracovníků (cca 80 dětských lékařů, z toho 29 univerzitních profesorů) mělo pouze jediného přednostu, který byl volen na určité období.

V poslední době bylo vyčleněno 12 lůžek pro děti s **psychosomatickými problémy** jako poruchy příjmu potravy, poruchy chování, ADHD, lehčí deprese apod. Oblast psychosomatických dětských onemocnění se stále více prosazuje jako zvláštní subspecializace dětského lékařství. U nás jsou tyto pacienti často hospitalizováni na psychiatrických odděleních či klinikách, což v mnoha případech vede k nežádoucí stigmatizaci citlivých mladých jedinců.

Pokud jde o vlastní léčebné a diagnostické postupy, nepozoroval jsem zásadnější rozdíly oproti běžným zvyklostem u nás. Laboratorní vyšetření byla indikována poněkud velkorysým způsobem. V oblasti zobrazovacích metod jsem postřehl výraznou preferenci MR před CT, což bylo dáno její lepší dostupností přímo v budově a zřejmě také většími zkušenostmi v interpretaci nálezů.

■ Péče o novorozence

Běžná péče o novorozence je realizována při porodnických klinikách a odděleních okresních nemocnic. Existuje přitom značný počet okresních nemocnic, které mají porodnické oddělení bez dětského oddělení. Pediatrická péče o novorozence je zde zajišťována konziliárním způsobem pediatrie pracujícími v soukromé praxi. Ve větších porodnicích mají tyto děti lékaři trvalou příslušnost na telefonu, v menších porodnicích zajišťuje akutní stavy mimo pracovní dobu anesteziolog, který pak v případě přetrvávajících problémů kontaktuje příslušnou regionální novorozeneckou JIP. Novorozenecká intenzivní péče je v Rakousku stejně jako u nás centralizována. Ve spádové oblasti novorozenecké JIP ve Štýrském Hradci se ročně narodilo asi 7000 novorozenců, z toho necelé 3000 přímo v Grazu, zbytek ve 4 menších porodnicích okresních nemocnic.

Standardní **novorozenecký screeningový program** v Rakousku zahrnoval v posledních letech šest nemocí: fenylketonurie, galaktosemie, hypotyreóza, deficit biotinidázy, adrenogenitální syndrom, cystická fibróza [5]. Díky zavedení nové vyšetřovací metody,

tzv. tandemové hmotnostní spektrometrie došlo od roku 2002 k výraznému rozšíření vyšetřovacího programu o další skupiny metabolických onemocnění jako poruchy oxidace mastných kyselin, poruchy metabolismu aminokyselin a poruchy v oblasti organických kyselin. V současné době novorozenecký screening zahrnuje celkem 23 onemocnění. Odběr krve vzhledem k nové metodice vyšetřování se provádí nyní 3. den, tj. po 48 hodinách od narození.

Preventivní podávání **vitamínu K** v novorozeneckém věku je v Rakousku realizováno aplikací 2 mg vitamínu K 1. a 5. den a dále pak v 6. týdnu života. Lék je aplikován perorálně v podobě speciálních micel rozpustných ve vodě (Mischmizellen, Konakion-MM®). V případech, kdy je novorozeneček nemocný, je vitamín podáván intravenózně, nikdy ne intramuskulárně.

■ Některé problémy pediatrie v Rakousku

Rakouské zdravotnictví patří jistě k těm nejvyspělejším na světě, přesto však nelze pohlížet na něj jako na ideální. Stejně tak pediatrie v Rakousku se potýká s celou řadou nevyřešených problémů.

Obdobně jako v mnoha jiných evropských zemích i v Rakousku dochází k **poklesu porodnosti**. Zatímco v roce 1962 se zde narodilo přes 136 tisíc dětí, v roce 2000 to bylo již jen 78,6 tisíce a v roce 2002 něco málo přes 75 tisíc [2]. Důsledkem je uzavírání dětských oddělení a porodnic v posledním desetiletí.

Dalším problémem je **finanční podhodnocení** pediatrie [2]. Pediatrii vydělávají i přes celkem velké počty ošetřených pacientů méně než odborní lékaři jiných specializací. Honoráře od pojišťoven za preventivní prohlídky nebyly v posledních několika letech navýšeny, jak by odpovídalo míře inflace. Dostupnost pediatra v některých místech je velmi problematická. O dětské pacienty pečují domácí lékaři, kteří absolvovali většinou pouze čtyřměsíční praxi na pediatrii

v rámci povinné popromoční cirkulace. Rozšíření pediatrických praxí však tč. není možné z důvodu ekonomických úsporných opatření, prováděných zdravotními pojišťovnami. Někteří zdejší odborníci poukazují na skutečnost, že finanční prostředky nejsou šetřeny na správném místě. Když totiž 16 % dětské populace spotřebuje pouze 8,2 % z celého rozpočtu na zdravotnictví, pak další redukce prostředků se jeví jako absurdní či dokonce nebezpečná pro děti. Nicméně poměrně malá obec pediatrii bývá často přelobována zájmy mnohem početnější populace domácích lékařů a specialistů pro dospělé pacienty.

■ Shrnutí

V péči o dítě a dorost existují v Rakousku ve srovnání s naším systémem některé podstatné rozdíly. Zásadním rozdílem je, že velká část primární péče o děti a dorost spočívá v rukou domácích lékařů. Dostupnost dětského lékaře je v Rakousku podstatně nižší než u nás, s čímž také souvisí významně nižší počet pediatrii v této alpské zemi. Také lůžková pediatrická péče je ve srovnání s ČR koncentrována do menšího počtu dětských oddělení. Existují některé rozdíly v preventivních opatřeních v dětském věku jako novorozenecký screening, očkování, podávání vitamínu K a v organizaci a provádění samotných preventivních prohlídek. Přes relativně značnou vyspělost rakouského systému zdravotní péče o děti a dorost se také zde pediatrie potýká s některými nevyřešenými problémy.

■ Informační zdroje

1. <http://www.impf.at>
2. Waldhauser, F. et al.: *Weggelegt – Kinder ohne Medizin*. Czernin Verlag, Wien, 2003.
3. <http://www.babynet.at/hurra/docus/kiklis.htm>
4. <http://www.kfunigraz.ac.at/kinderklinik>
5. <http://www.metabolic-screening.at>

Oprava:

V termínovém kanceláři SPLDD a OSPDL na rok 2004 byla omylem zaměněna témata vzdělávacích seminářů Středočeský reg. + Praha na březnový a říjnový termín.

V **březnu 2004** - bude vzdělávací seminář na téma **Ortopedie**

V **říjnu 2004** - bude vzdělávací seminář na téma **Pneumoftizeologie**

Za nedopatření se redakce omlouvá.



**Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost České republiky**

jihomoravský region

Vás srdečně zve na

Jihomoravskou regionální konferenci SPLDD ČR,

která se koná dne

20. března 2004 od 8.00 hodin

v menze Masarykovy univerzity
na Vinařské ulici v Brně

Taktika

Program:

- 8.00 - 9.00: - registrace účastníků, prezentace
farmaceutických a jiných firem formou stánků
- 9.00 - 9.15: - zahájení konference
- 9.15 - 10.15: - odborná přednáška
MUDr. Dany Masnikosové
„Bolesti hlavy v adolescentním věku“
- 10.30 - 11.30: - verbální prezentace
farmaceutických firem
- 11.30 - 12.00: - zpráva o činnosti
a hospodaření JMR SPLDD ČR,
schválení rozpočtu
- 12.00 - 13.00: - přestávka na oběd
- 13.00 - 15.00: - vystoupení hostů
- diskuse k přednesenému
tématu
- usnesení
- 16.00: - závěr

Za přípravný výbor konference
MUDr. Ilona Hülleová

Generální partneři:

Nestlé, Orion Diagnostica, Zentiva, Aventis Pasteur



Informace z činnosti OSPDL

Novela vyhlášky č.439/2000 Sb. o očkování od 1.2.2004

Po dlouhém připomínkování, opakovaných změnách a úpravách vstupuje v platnost novela této vyhlášky s účinností od 1.2.2004. Bylo velmi důležité, aby novela vyhlášky byla platná od počátku roku, neboť mimo jiné i upřesňuje termíny některých očkovaní a takováto změna v průběhu kalendářního roku může pak způsobit nejasnosti, kterých ročníků se dané očkování týká. Smyslem úpravy věkových kategorií bylo právě upřesnění výkladu a sjednocení terminologie.

Co tedy novela vyhlášky přináší:

- Upřesňuje očkování při úrazech, poraněních a nehojících se ranách, jakož i před některými léčebnými výkony, zejména operacemi na konečniku a tlustém střevě, s cílem prevence vzniku ranných infekcí.

- Upřesňuje přeočkování proti TBC, které se provede od dovršení jedenáctého do dovršení dvanáctého roku věku dítěte po předchozím provedení tuberkulinového testu u dětí tuberkulin negativních.

- Upřesňuje přeočkování proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli od dovršení pátého do dovršení šestého roku věku dítěte. Další přeočkování proti tetanu se provede od dovršení čtrnáctého do dovršení patnáctého roku věku dítěte a pak u osob, které byly očkovány podle tohoto schématu vždy po každých 10 až 15 letech.

- Přeočkování proti přenosné dětské obrně se provede v kalendářním roce následujícím po roce, v němž bylo provedeno základní očkování, a to opět ve dvou etapách v březnu a květnu, a dále pak u dětí od dovršení třináctého do dovršení čtrnáctého roku věku ve druhé etapě v květnu.

- U pravidelného očkování proti virové hepatitidě B se první dávka podá dětem v prvních měsících života podle typu očkovací látky, třetí dávka se podá nejpozději do konce tří let věku dítěte. Jde-li o novorozence HBsAg pozitivních matek, očkování se provede ještě před podáním očkovací látky proti tuberkulóze, a to nejpozději do 24 hodin po narození. V případě dětí, které nebyly takto očkovány, se provede očkování v době od dovršení dvanáctého do dovršení třináctého roku věku dítěte.

- Vyhláška dále upravuje okruh osob, u kterých se provede očkování proti virové hepatitidě B (osoby zařazené do dialyzačních programů, nově přijaté do ústavů sociální péče, případy sexuálních kontaktů s osobami s onemocněním virovou hepatidou B nebo nosičstvím HBsAg, osoby na vyjmenovaných pracovištích včetně osob manipulujících se zdravotnickým odpadem).

- U zaměstnanců základních složek integrovaného záchranného systému přijatých do pracovního poměru ode dne nabytí účinnosti této vyhlášky se provede zvláštní očkování proti virové hepatitidě A a virové hepatitidě B.

- Upravuje se okruh osob očkováných proti chřipce a nákazám vyvolaným Streptokokem pneumonie.

- Očkování při poranění injekční jehlou proti virové hepatitidě A a virové hepatitidě B se provede po ověření stavu imunity, neprokáže-li protilátky proti virové hepatitidě A nebo hladina protilátek antiHBs bude nižší než 10IU/litr. Očkování proti hepatitidě B se neprovede, pokud byla fyzická osoba očkována v souladu s touto vyhláškou již dříve.

- Vyhláška upřesňuje náležitosti spojené s posuzováním kontraindikace očkování. Důkladem musí být písemné vyjádření nebo záznam očkovacího lékaře o zjištění stanoviska odborného lékaře s uvedením jeho jména, příjmení a data sdělení stanoviska do zdravotnické dokumentace. Za odborného lékaře se považuje odborník v oboru neurologie, nebo v oborech imunologie, alergologie, neonatologie a infekce.

- Zpřesňují se trvalé kontraindikace podání jakékoliv očkovací látky proti dávivému kašli.

- Upravují se náležitosti záznamu o očkování o údaje týkající se očkování provedeného na žádost fyzické osoby jinou očkovací látkou, než zajistil příslušný orgán ochrany veřejného zdraví a to ve stejném rozsahu jako u jiných provedených očkovaní (druh očkovací látky, číslo šarže, podpis a razítko očkovacího lékaře).

Zákon o způsobilosti k výkonu lékařského povolání

Počátkem letošního roku došlo k historické události. Parlament ČR v obou sněmovnách schválil a pan prezident podepsal zákon o způsobilosti k výkonu lékařských povolání.

Parlament ČR v obou sněmovnách schválil a pan prezident podepsal zákon o způsobilosti k výkonu lékařských povolání.

Ve schválené podobě zákona jsou dva samostatné obory pro primární péči reflektující situaci v ČR – praktický lékař pro děti a dorost a praktický lékař pro dospělé. Navíc se ale v zákoně objevil obor rodinné lékařství, který je v ČR nový a jeho další uplatnění je zatím otázkou. Další oborů věnovaných problematice péče o dítě je v zákonu velké množství (například dětská revmatologie, dětská kardiologie, dětská pneumologie, dětská gastroenterologie, dětská neurologie). Podrobný výčet lze najít v textu schváleného zákona, který zveřejníme poté, co bude publikován ve Sbírce zákonů.

Vzhledem k tomu, že tato podoba zákona je již konečná, byla započata intenzivní jednání odborných společností i na půdě IPVZ o náplni specializační přípravy pro tyto obory. Panuje velmi pracovní a konstruktivní atmosféra a na rozdíl od některých specializací máme za náš obor již poměrně jasné stanovisko.

Semináře o očkování pro PLDD

Na letošní rok připravujeme celkem 7 regionálních seminářů věnovaných problematice očkování. Tyto semináře jsou určeny praktickým dětským lékařům, sestry v případě zájmu jsou opět vítány. Na přípravě se podílí pracovní skupina pro očkování při OSPDL, která spolupracuje s dalšími odborníky.

Termíny akcí jsou následující:

27.3.2004	Pardubice
3.4.2004	Karlovy Vary
17.4.2004	České Budějovice
24.4.2004	Zlín
22.5.2004	Liberec
29.5.2004	Olomouc
5.6.2004	Praha

Pozvánky obdrží všichni členové OSPDL ČLS JEP.

S pozdravem všem

MUDr. Hana Cabrnchová

Prevence pro děti ohrožené alergií

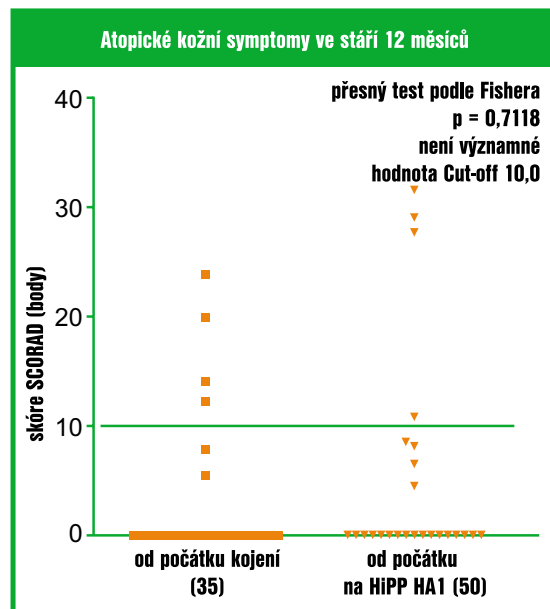
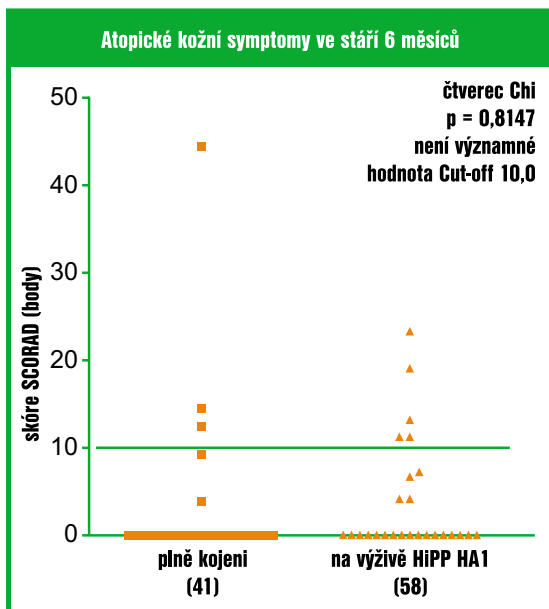
■ Hypoalergenní mléka HiPP

Počet dětí, které jsou ohroženy alergií, stále stoupá. S prevencí takto ohrožených dětí se doporučuje začít co nejdříve. V případě, že matka nekojí, se doporučuje podávat kojenci hypoalergenní mléko.

Studie dokázaly, že hypoalergenní mléko výrazně snižuje riziko výskytu alergických reakcí a atopického ekzému. Ve studii ⁽¹⁾, která porovnává výskyt atopie a alergenity, bylo 58 kojenců narozených v řádném termínu se zvýšeným rizikem

alergie, kteří nemohli být kojeni. Tito dostali silně hydrolyzovanou počáteční kojeneckou výživu HiPP HA1. Kojenci byli živeni nejméně 3 měsíce výhradně výživou HiPP HA1. Jako srovnávací skupina sloužilo 41 kojenných dětí se zvýšeným rizikem alergie.

Klinické zkoušky: posouzení stupně závažnosti atopického kožního symptomu podle bodového systému SCORAD ⁽²⁾ bylo provedeno po 6 a 12 měsících. SCORAD vyšší než 10 znamená podle obecné shody přítomnost klinicky relevantních kožních symptomů



Stupeň závažnosti atopických kožních symptomů u kojenců živěných HiPP HA1 v porovnání s kojennými dětmi ve stáří 6 a 12 měsíců

(atopická dermatitis).

Výsledky: U kojenců se zvýšeným rizikem alergie se atopické ekzémy při podávání HiPP HA1 nevyskytovaly po 6 a 12 měsících častěji než u kojenných dětí.

S ohledem na atopické exémy má HiPP HA1 stejný preventivní protialergický účinek jako mateřské mléko.

Alergenita mezi HiPP HA1 a mateřským mlékem je srovnatelná, měřeno podle stimulační reakce antičástic IgE specifických pro kravské mléko. ■

Literatura:

- 1) I. Nentwich, Antigenové vlastnosti a preventivní protialergické účinky silně hydrolyzované kojenecké výživy HiPP HA1, uvedeno při příležitosti vědecko-praktické pediatrie konference Ruska v Moskvě, 24. - 25. září 2002.
- 2) Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology* 186 (1), 23-31, 1993

Pro děti náchylné k alergiím je nejlepší výživou mateřské mléko. Doporučujeme proto, aby maminky v prvních měsících života dítěte výhradně kojily. Pokud však nemohou kojit, nebo kojí-li pouze částečně, firma HiPP Czech nabízí výrobky určené přímo pro děti ohrožené alergií. Tyto produkty jsou označeny přímo na etiketě zeleným „A“. Na etiketách jednotlivých výrobků lze snadno rovněž zjistit, jaké produkty jsou pro daný věk vhodné.

Pokud maminka začne přikrmovat již od ukončeného 4. měsíce, doporučujeme postupovat podle podrobného plánu výživy firmy HiPP.

Dětská strava se skládá z několika lehce stravitelných ingrediencí. Nové složky ve stravě doporučujeme podávat postupně s týdenním odstupem. Pokud dojde k alergické reakci, snadno tak poznáte, která složka jí způsobila.



krok č. 1
Mrkev jako příkrm.



krok č. 2
Pokud dítě karotku snáší, přidejte brambory.



krok č. 3
Pokud dítě snáší karotku a brambory, můžete podat kompletní menu s masem.





Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu afilované ke Katedře antropologie a genetiky člověka PŘF UK v Praze & Odborná společnost ortopedicko-protetická ČLS J.E. Purkyně & Společnost pro výzkum a využití pojivových tkání ve spolupráci s NZZ Ortopedica s.r.o. & Českou podiatrickou společností

Vás srdečně zvou na symposium



9. Kubátův podologický den: diagnostické a léčebné aspekty onemocnění a vad nohou - dolních končetin

Akce je pořádána v rámci dekády kostí a kloubů 2000 - 2010 a zařazena mezi akce hodnocené ČLK

Zahájení v 9.00 hod

Předsedající: I. Mařík, M. Tvrdek

S. Popelka	Operační léčba deformit nohy a hlezna u pacientů s revmatoidní artritidou
M. Tvrdek.	Možnosti rekonstrukce defektů měkkých tkání nohy
I. Mařík, P. Černý, J. Suzan, P. Černý	Vady dolních končetin, jejich léčení a ortotické ošetření
M. Kuklík, D. Kuklíková, I. Mařík	Výroba ortopedicko-protetických pomůcek pro ošetření deformit nohou
M. Honzíková, M. Krejčí	Genetické poradenství u končetinových vad
	Deformity nohou u dětí s dětskou mozkovou obrnou
	Systémová enzymoterapie
	Rázové vlny v ortopedii

Polední přestávka 12.00 - 13.00 hod.

Předsedající: J. Hrabák, J. Straus, P. Hlaváček

P. Hlaváček	Možnosti podologického a podiatrického vzdělávání v EU a v ČR
J. Meluzín, I. Vařeka, J. Čulík, M. Havrda	Anatomie a biomechanika nohy
	Funkční vztahy kloubů dolních končetin
	Tibiofemorální úhel
	PC podobarometrie - moderní vyšetřovací metoda v podiatrii
J. Straus, K. Jelen	Identifikace osoby podle znaků podogramu
	Otisk nohy: Tvar a napětí ve 3D

Příspěvky v délce 15 min.

Symposium se koná v sobotu
17. 4. 2004 v Lékařském domě v Praze 2
Sokolská 31 od 9.00 do 16.00 hod

Kontaktní adresa: Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu
Olšanská 7, 130 00 Praha 3, Tel./fax: 222 582 214, E-mail:
ambul_centrum@volny.cz

50 let české dětské endokrinologie

Prof. MUDr. Jan Lebl, CSc.



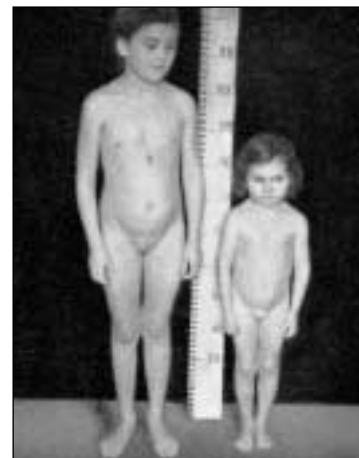
Obr. č. 1
Prof. MUDr. Jiřina Čížková-Písařovicová, DrSc.

Právě před 50 lety, v roce 1954, vyšla kniha „Klinická endokrinologie dětského věku“. Její autorkou byla profesorka MUDr. Jiřina Čížková-Písařovicová, DrSc. (1908-1994). Tato její monografie je právem považována za základní kámen nového oboru v našich zemích - dětské endokrinologie.

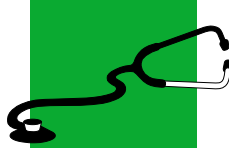
Dle pamětníků byla paní profesorka Čížková-Písařovicová (obr. č. 1) vpravdě mimořádnou osobností. Byla vůbec první ženou, která získala profesuru na Univerzitě Karlově (1955). Byla dlouholetou přednostkou Kliniky dětí a dorostu na Královských Vinohradech (v letech 1952-1973) a podílela se také na vzniku oboru dorostového lékařství. To byl ve své době významný čin, který pomohl vydělit adolescenty z dospělé medicíny a vytvořil předpoklady pro to, abychom dnes pediatričtý věk ohraničovali až 19. narozeninami mladého člověka. Několik generací pediátrů vysoce oceňovalo i její „Diferenciální diagnostiku nemocí dětského věku“ (1966), která zůstává dosud v českém písemnictví ojedinělá. Paní profesorka byla známou a vážnou osobností nejen u nás, ale i v zahraničí, o čemž svědčí i její členství v britské Royal Society of Medicine a jmenování expertkou pro péči o mládež při WHO.

V „Klinické endokrinologii dětského věku“ paní profesorka obdivuhodně moderním způsobem pojednala dětská endokrinní onemocnění. Jen některá bylo možné tehdy spolehlivě diagnostikovat a ještě méně jich bylo možné dobře léčit (obr. č. 2). Odkaz paní profesorky Čížkové-Písařovicové dnes programově rozvíjíme.

Připomenutím jejího odkazu a bilancí pokroku uplynulých 50 let v dětské endokrinologii je i druhá česká monografie v tomto oboru, na které se podílelo více než 20 spoluautorů z řady míst České republiky. Vychází v těchto dnech v edici Trendy v pediatrii pod názvem „Dětská endokrinologie“.



Obr. č. 2
„Pacientka s hypofyzárním nanismem 10 r. st. ve srovnání se stejnou starou dívkou“. Z knihy prof. Čížkové-Písařovicové „Klinická endokrinologie dětského věku“, 1954.



Preventivní přístupy u dětských tyreopatií

Prof. MUDr. Olga Hníková, CSc.

Klinika dětí a dorostu FNKV a 3. LF UK, Praha

Nemoci štítné žlázy u dětí, tak jako u dospělých, jsou stále nejčastějším onemocněním endokrinního systému. Náležitá a soustavná pozornost začala být dětské štítné žláze věnována až v druhé polovině XX. století v rámci rozvoje pediatrické endokrinologie. Preventivní přístupy se v medicínských oborech stále více dostávají do popředí a zejména u mladé populace mají často zásadní význam a vliv na průběh některých chorobných jednotek, které nebývají časně rozpoznány a léčeny a pak negativně působí na vývoj somatický nebo i mentální. V této souvislosti je nepochybná a významná úloha praktických dětských lékařů, pracujících na nejdůležitějším úseku první linie, kdy mohou zásadně ovlivnit včasnost diagnózy a tím i následně účinné léčby. Preventivní přístupy v pediatrické tyreologii se týkají zejména 4 kategorií u dětských a dorostových nemocí štítné žlázy.

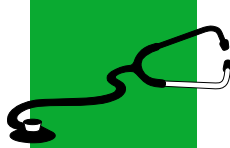
1. Primární sporadická kongenitální hypotyreóza bývala nejobávanější tyreopatií dětského věku v souvislosti s nevyhnutelností pozdní diagnózy a tím i terapie, s následky poškození somatického a nevratného mentálního až do doby, kdy začal být k dispozici plošný laboratorní screening novorozenců (polovina 80 let XX. století). Programy plošného **novorozeneckého screeningu kongenitální hypotyreózy (SKH)** byly zaváděny postupně, nejdříve v ekonomicky vyspělých západních státech, ale do dnešní doby není ještě k dispozici pro všechny novorozence naší planety. V bývalém Československu byl plošný novorozenecký SKH zaveden od roku 1985. Po celou dobu je zajišťován laboratořemi ve FNKV v Praze pro Čechy a ve FN Černopolsk v Brně pro Moravu. Screeningovou metodou pro první dekádu bylo stanovení tyroxinu (T4) v suché krevní kapce na filtračním papírku. O roku 1996 byla screeningová metoda vyměněna za lépe vyhovující vyšetření pro primární hypotyreózu, a sice stanovení tyreoidu stimulujícího hormonu (TSH) v suché krevní kapce.

Novorozenci s vysoce suspektními výsledky ve SKH (TSH nad 40 mIU/L) jsou jako tzv. „horké recally“ ihned po opakování vyšetření z původní odběrové kartičky screeningovou laboratoř povolány k hospitalizaci na vyjmenovaná pracoviště dle Věstníku MZ ČR (č. 7, 2003, str.17) za účelem rychlého potvrzení diagnózy, vyšetření a zavedení substituční hormonální léčby L-Thyroxinem. Při hodnotách TSH mezi 15 - 40 mIU/L, po kontrole

z původní suché krevní kapky ve screeningové laboratoři, zajišťuje na její pokyn další vyšetření ošetřující lékař dítěte, tj. např. PLDD odběrem venózní krve a zasláním do spádové laboratoře dle bydliště dítěte ke stanovení TSH a FT4. Výsledky ihned hlásí screeningové laboratoři, která v případě pozitivního výsledku zařídí další postup. Děti s pozitivním výsledkem KH jsou pak vyšetřeny a neprodleně léčeny na vyjmenovaných pracovištích, kde jsou i trvale sledovány a léčeny pediatrickými endokrinology v těsné spolupráci s PLDD. Požadovaná doba začátku léčby je co nejdříve po narození, ale nejdéle do 14 dnů, aby dlouhodobé výsledky byly optimální. Podle posledních pokynů MZ ČR od září 2002 se SKH provádí odběrem krve mezi **72-96 hod. po narození** metodou stanovení **TSH** v suché krevní kapce na filtračním papírku. Jako novinka byl od září 2002 zaveden **sekundární SKH** u dětí ohrožených vadnými výsledky, tj. u dětí s porodní hmotností pod 1500g a déle závažně nemocných novorozenců, léčených na JIP a pod., či po aplikaci většího množství jódu např. na kůži matky či plodu při porodu. Novinkou v následné péči ověřených kongenitálních hypotyreóz je během novorozeneckého období nebo nejdéle do 3 měs. po porodu zajišťování elektronického **screeningu vrozených vad sluchu**, které jsou u KH mnohanásobně častější (1 : 20 KH). Metodou volby tohoto screeningu je vyšetřování transienčních otoakustických emisí na doporučení dítě sledujícího pediatrického endokrinologa. **Výskyt KH je v ČR 1 : 3420** živě rozených novorozenců, dívek je 2 x více

než chlapců. **Výsledky SKH** při dlouhodobém posuzování splnily očekávání. Včas a správně léčené děti se už neliší od svých vrstevníků. Je však třeba počítat s tím, že u nejtěžších postižení (atyreóza nebo kompletní dysghormonogeneze) se může určitý stupeň plodové hypotyroxinémie projevit symptomy minimální mozkové dysfunkce během postnatálního života při normálním IQ. U těchto dětí bývá po narození přítomna retardace fetální kostní zralosti i malé perikardiální výpotky, které při substituční hormonální léčbě rychle ustupují. Je třeba časně rehabilitační péče zejména svalových poruch a často logopedie při poruchách vývoje řeči. Situace se pak postupně upravuje.

2. Jódový deficit (ID) je spojen s vývojem prosté **strumy**, až strumy s poruchou funkce štítné žlázy. U dětské populace pak může negativně ovlivnit **somatický** vývoj a růst a u nejmladších věkových kategorií (do 3 let věku) i růst a vývoj **mozku**. Dle WHO byl ID považován za nejčastější preventabilní poruchu mentálního vývoje dětí na naší planetě. Dosažení úplné eliminace ID na celé naší planetě v nejkratší době bylo zařazeno mezi prioritní akce WHO druhé poloviny 90 let XX. století. Nejrizikovější populační skupinou pro následky ID jsou **lidské plody** během těhotenství a kojenci. Naše území patří do oblasti historického ID s výskytem i nejtěžších forem postižení (endemický kretenismus) ještě začátkem XX. století. T.č. jsme na konci druhé etapy řešení ID v Evropě i u nás, po realizaci řady preventivních opatření. Nejvýznam-



tab. č. 1

Modifikace doporučení WHO, UNICEF, ICCIDD z r. 2001		
Věk	Doporučený příjem jódu µg I/den	Doporučený výdej jódu µg I/L moče
těhotné kojící — matky	200	150
novorozenci	90	180 - 220
děti 6 - 36 měsíců	90	100 - 200
děti 6 - 12 roků	120	100 - 200
adolescenti	150	100 - 200
dospělí	150	100 - 200

nější z nich je zvýšení a zkvalitnění jodace jedlé sole. Obsah jodičnanu draselného v 1 kg sole je u nás t.č. požadován v množství 27±7g I/ kg sole. Jódem jsou adekvátně obohacena i všechna náhradní mléka pro kojenice, kteří nemohou být kojeni. Významně se u nás zvýšila konzumace mořských produktů a využívání jodované sole v potravinářském průmyslu. ID řeší úspěšně i odborníci ve veterinární oblasti. Od začátku XXI. století je v ČR dosažen **jodový dostatek** a epidemiologická šetření vykazují medián jodurů nad 100 µg/L u **dospělých a školních dětí**. Ne zcela uspokojivá situace ale přetrvávala při sledování výsledků zvýšeného **neonatalního TSH** ze SKH (monitorování jodové dodávky u novorozenců). Zvýšení TSH (mezi 5–20 mIU/L) by nemělo být přítomno u více než 3% novorozenecké populace, aby jodové zásobení bylo hodnoceno jako dostatečné. Zvýšené dodávce **jodu těhotným a kojícím maminkám** je proto třeba i nadále a soustavně věnovat pozornost (tab. č. 1). K dispozici jsou potravinové doplňky speciálně pro tyto účely připravené, které si matky mohou koupit, či jodové tablety na lékařský předpis po anamnestických údajích, plně hrazené pojišťovnami. Monitoring jodového zásobení na různých stupních, včetně hodnocení novorozeneckého TSH, je nutný k zachování tč. úspěšně řešené situace i do budoucna.

3. Preventivní vyhledávání dětských **autoimunitních tyreopatií** se týká zejména strumy s **lymfocytární tyreoiditidou (LT)**, kde, probíhá-li po delší dobu nepoznána, má při snížení výkonnosti štítné žlázy za následek poruchu prospívání, jmenovitě poruchu růstového tempa a tukového metabolismu se zvýšením cholesterolu v séru. U mladších je-

dinců pak i poruchu mentálního vývoje. Je třeba mít na paměti, že v **začátku onemocnění** je zvětšená štítná žláza palpacně neodlišitelná od strumy jodopenické. Antityreoidální protilátky i sonografický obraz štítné žlázy se mění až po určité době, jak jsme si ověřili při dlouhodobém sledování strum u dětí s **pozitivní R.A.**, a tedy možnou genetickou predispozicí. Nejčastěji onemocní LT děti **peripubertální** – 8 x častěji **dívky**, ale setkáváme se s ní i u dětí mladších, zejména z rodin, kde je anamnéza autoimunitních tyreopatií udávána. Mimořádně brzy se rozvíjí u dětí s **Downovým** syndromem, kde postihuje stejně často obě pohlaví už v předškolním věku a může se negativně podílet na jejich zhoršeném prospívání tělesném i mentálním. Bylo by proto vhodné u těchto dětí pokračovat každoročním screeningem stavu štítné žlázy od narození, (vyšetření TSH, event. antityreoidálních protilátek). Dále je třeba připomenout častý výskyt LT ve sdružení s jinými endokrinopatiemi jako součást **polyglandulárních endokrinopatií**. V této souvislosti je příkladem preventivní vyhledávání LT každoročně prováděné u dětské cukrovky, kde je současný výskyt ve 25–30 % diabetiků. Dále je třeba připomenout, že **strumy u dětí s pozitivní RA autoimunitních tyreopatií** by neměly být léčeny Jodidem ale Thyroxinem, protože zvýšení jodové dodávky je jednou ze známých příčin facilitujících manifestaci LT, podobně jako chlor a infekce.

Juvenilní Graves – Basedowova choroba

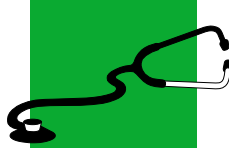
je u dětí onemocněním vzácným, které neprobíhá nepoznané po delší dobu, protože jsou v popředí výrazné klinické příznaky hypermetabolizmu, často struma a někdy i mírnější oftalmopatie. Léčbu a sledování juve-

nilní tyreotoxikózy, tak jako léčbu LT má zajišťovat pediatrický endokrinolog ve spolupráci s praktickým dětským lékařem. Většinou jde o záležitost dlouhodobou, někdy i doživotní. Dorostový věk, se kterým se tato onemocnění většinou pojí, je zatížen horší spoluprací postižených dětí a rodičovský dohled i v této věkové kategorii je proto často nezbytný.

4. V případech **uzlových štítnic** dětí a mládeže je vždy třeba vyloučit možnost **karcinomu štítné žlázy**. Prokáže se až ve **30–40 % dětských nodozních štítnic**, zatímco u dospělých jen ve 4%. Pozornost je třeba věnovat i zvětšení regionálních **uzlin** pro štítnou žlázu, které mohou být jedinou klinickou známkou, upozorňující na přítomnost mikrokarcinomu štítné žlázy. Po ultrazvukovém vyšetření je vhodné suspektní uzlinu vyjmout a histologicky vyšetřit. Karcinomy štítné žlázy patří nejčastěji mezi tumory z **folikulárních buněk**, bývají diferencované, s dobrou prognózou, jsou-li včas odstraněny. Jinak metastazují nejdříve do regionálních uzlin krčních, méně často do plic, event. do kostí. Z **nefolikulárních** tumorů dětské štítné žlázy je nejčastější **meduloblastom** – nádor z parafolikulárních C buněk, kontrolujících kalciofosfátový metabolismus. U dětí je většinou součástí postižení familiárního. V současné době je na vybraných pracovištích k dispozici preventivní opatření – DNA vyšetření – po prvním roce života dítěte z postižené rodiny na mutaci RET proto-onkogenu, která bývá v této souvislosti přítomná ve více než 95% pozitivních případů. Co nejranější **tyreoidektomie** pak zabrání vývinu onemocnění. Problematiku nádorů štítné žlázy řeší endokrinolog ve spolupráci s chirurgií a nukleární medicinou. **Isotopické** léčení i sledování českých pacientů s karcinomy štítné žlázy dětí i dospělých je centralizováno na Klinice nukleární medicíny v Motole, kam se pacienti ihned po chirurgické ablaci štítné žlázy předávají.

Závěrem lze konstatovat, že díky preventivním přístupům, které jsou ponejvíce v rukou PLDD, lze i v dětské tyreologii zásadně pozitivně měnit projevy některých onemocnění štítné žlázy a tím i osudy postižených dětí. ■

Literatura u autora



Léčba růstovým hormonem - stav v roce 2004

Prof. MUDr. Jan Lebl, CSc.

Klinika dětí a dorostu FNKV a 3. LF UK, Praha

V současné době se v České republice léčí ve 13 centrech celkem 680 dětí a dospívajících každodenními injekcemi růstového hormonu (stav k 1.10.2003).

Důvodem jejich dlouhodobé náročné léčby je:

- deficit růstového hormonu (448 dětí)
- Turnerův syndrom (170 dívek)
- růstové selhání při chronické renální insuficienci (14 dětí)
- syndrom Pradera-Williho (25 dětí)
- postnatální růstové selhání navazující na intrauterinní růstovou retardaci (23 dětí).

■ Kousek historie

První čištěný extrakt z lidských hypofýz s účinkem růstového hormonu se podařilo připravit v roce 1956. O rok později byl poprvé použit v léčbě dítěte s malým vzrůstem (Beck). V roce 1958 publikoval Raben klasické sdělení v odborném časopisu, ve kterém referoval o zvýšení rychlosti růstu u chlapce s „hypofyzárním nanismem“ během 10 měsíců injekční léčby růstovým hormonem.

Teprve v roce 1963 byly zavedeny metody radioimunoanalýzy a poprvé v historii bylo možné stanovit hladinu růstového hormonu v krvi. V té době se také zjistilo, že růstový hormon se do krve uvolňuje pulzativně a že z jednoho krevního odběru není možné posoudit spolehlivě jeho sekreci. Byl objeven princip stimulačních testů sekrece růstového hormonu, které dosud slouží jako nejspolehlivější diagnostický prostředek pro rozpoznání deficitu růstového hormonu.

Brzy se zjistilo, že u člověka lze léčebně použít jen autentický lidský růstový hormon. Růstový hormon všech ostatních živočišných druhů je pro dítě antigenní, vyvolává rychle tvorbu inhibičních protilátek a jeho podávání je zcela neúčinné. Proto byl celosvětově zaveden sběr kadaverózních hypofýz ze sekčního materiálu. Rutinní léčba extrakčním růsto-

vým hormonem se v 70. letech 20. století rozšířila ve všech vyspělých zemích. U nás byl průkopníkem této terapie doc. MUDr. Alois Kopecký, CSc.

Na podzim roku 1984 a na jaře 1985 zemřeli ve Velké Británii a v USA čtyři mladí dospělí, dřívější příjemci extrakčního růstového hormonu, na Creutzfeldt-Jakobovu nemoc. Nebylo ještě nic známo o prionech, toto onemocnění bylo považováno za „pomalou virózu“, o vztahu těchto úmrtí a předcházející léčby kadaverózním růstovým hormonem však nebylo pochyb. Proto bylo v dubnu 1985 používání extrakčního růstového hormonu celosvětově zastaveno. Panovaly obavy z explozivní epidemie Creutzfeldt-Jakobovy nemoci, neboť léčených dětí byly tisíce. Tyto obavy se naštěstí nevyplnily. Na Creutzfeldt-Jakobovu nemoc zemřelo v následujících letech ne více než 30 někdejších příjemců růstového hormonu. Nebyly jistě kontaminovány všechny šarže růstového hormonu, některé extrakční metody možná zajišťovaly odstranění prionu, a vedle toho u prionových onemocnění sehrává zásadní úlohu vnímavost příjemce vůči prionové infekci. Většina lidí je zřejmě vůči prionové infekci odolná.

Na podzim roku 1985 byl již k dispozici první rekombinantní růstový hormon. Přípravek zcela bezpečný, kterým bylo v uplynulých bezmála 20 letech léčeno na celém světě mnoho desítek tisíc pacientů. A navíc přípravek, dostupný v potenciálně neomezených množstvích, který umožnil zahájit výzkum použití růstového hormonu v nových indikačních oblastech.

■ Deficit růstového hormonu

Děti s těžkým vrozeným deficitem růstového hormonu dorůstaly bez léčby do výšky 109–137 cm. Přesvědčuje nás o tom např. dospělá výška tzv. „malých lidí z ostrova Krk“ z oblasti známého rekreačního střediska

tab. č. 1

Některé příčiny získaného deficitu růstového hormonu u dětí

Perinatální příčiny

- porod koncem pánevním (funkční přerušování stopky hypofýzy)
- klešťový porod
- perinatální asfyxie
- perinatální krvácení

Postnatální příčiny

Nádorová onemocnění

hypotalamo-hypofyzární oblasti

- kraniofaryngeom
- germinom
- gliom optiku / chiasmatu
- histiocytóza z Langerhansových buněk (histiocytóza X)

Radioterapie

- intrakraniální tumory vzdálené od střední čáry
- extrakraniální solidní tumory
- lymfomy
- celotělové ozáření před transplantací kostní dřeně
- leukémie

Autoimunitní onemocnění

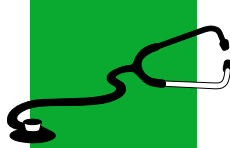
Infekce CNS

Funkční (přechodné) poruchy

hypotalamo-hypofyzárních regulací

- hypothyreóza
- mentální anorexie
- psychosociální nanismus

Baška v Chorvatsku, kde se vyskytoval endemický nanismus. Dnes víme, že „malí lidé z ostrova Krk“ jsou postiženi kombinovaným vrozeným deficitem růstového hormonu, TSH a gonadotropinů v důsledku defektu PROP1 genu. Tento defekt znemožňuje normální utváření jednotlivých linií hypofyzárních buněk. V uzavřené populaci rybářského městečka se



v minulosti genový defekt snadno přenášel prostřednictvím nepostižených heterozygotů.

V dnešní době mohou děti s nedostatkem růstového hormonu dosáhnout zcela normální dospělé tělesné výšky, pokud jsou včas rozpoznány, diagnostikovány a léčeny.

Zatímco počet dětí s vrozenou formou deficitu růstového hormonu zůstává neměnný, přibývá dětí se získanou poruchou, zejména díky lepšímu přežívání pacientů s nádorovým onemocněním. Přehled některých příčin získaného deficitu růstového hormonu shrnuje tabulka č. 1. Nedostatek růstového hormonu postihuje nejen děti, ale i dospělé. Dospělí pacienti s jeho těžkým deficitem trpí úbytkem svalové hmoty a nadbytkem tukové tkáně (porucha tělesného složení), sníženou kostní mineralizací a zvýšeným rizikem osteoporózy, mají dyslipoproteinémii, zvýšené metabolické a kardiovaskulární riziko a horší očekávanou celkovou délku života. Proto se od druhé poloviny 90. let v České republice léčí růstovým hormonem i někteří dospělí pacienti.

■ Turnerův syndrom

Turnerův syndrom postihuje jednu z 2000–2500 dívek a žen. Každým rokem se tedy v České republice narodí přibližně 20 malých děvčátek s Turnerovým syndromem. Malý vzrůst postihuje každou dívku s Turnerovým syndromem a vede ke ztrátě cca 22 cm dospělé výšky. Neléčená děvčata s Turnerovým syndromem dorůstají do průměrné výšky 145 cm, s rozmezím od 134 do 156 cm. Pro většinu z nich představuje nízká tělesná výška jeden z jejich nejzávažnějších celoživotních

tab. č. 2

„Nové“ mladé ženy s Turnerovým syndromem

- Téměř normální dospělá tělesná výška
- Téměř přirozený průběh dospívání
- Perspektiva in vitro fertilizace
- Žádné předsudky o mentálním defektu
- Systematický screening vrozených anomálií a autoimunitních onemocnění a jejich léčba
- Edukace, citlivý psychologický přístup
- Perspektiva plnohodnotného dospělého života

handicapů. Tyto dívky si vyrábějí svůj vlastní růstový hormon, ale jejich dlouhé kosti na něj nedokáží dostatečně reagovat. Příčinou je chybění jednoho SHOX genu v pseudoautozomální oblasti X chromozomu, přesný mechanismus jeho působení ale dosud neznáme.

Studie z 80. let 20. století prokázaly, že dlouhodobá léčba každodenními injekcemi růstového hormonu dokáže růst dívek s Turnerovým syndromem zlepšit. V současné době dosahují tyto pacientky dospělé výšky v průměru 158–159 cm. Jejich tělesná výška sice nedosahuje hodnot zdravé dívčí populace, avšak je již společensky dobře přijatelná. Současné se daří poměrně dobře řešit i jejich další zdravotní problémy spojené s Turnerovým syndromem (tabulka č. 2).

V současné době vstupuje do dospělého života nová generace mladých žen s Turnerovým syndromem, která má předpoklady prožít stejně bohatý a šťastný život, jako jejich nepostižené vrstevnice.

■ Růstové selhání u dětí s chronickou renální insuficiencí

Většina dětí s chronickým selháním funkce ledvin špatně roste. V minulosti byl tento stav nazýván „renální nanismus“. Dnes víme, že porucha růstu má u těchto dětí řadu příčin (tab. 3). Každodenní injekce růstového hormonu dokážou zlepšit růstovou rychlost u dětí ve fázi konzervativního léčení, ve fázi dialýzy i v dalším životě po transplantaci ledviny. Zatím není k dispozici dostatek údajů o vlivu na dospělou tělesnou výšku, avšak je pravděpodobné, že i ta je po léčbě růstovým hormonem významně zlepšena.

■ Syndrom Pradera-Williho

Děti se syndromem Pradera-Williho jsou jako kojenci hypotoničtí, neprospívají, obtížně se krmí. V pozdním batolecím věku se naopak projeví hyperfagie až jídelní obsese. Pokud rodiče nevěnují zvládnutí jídelní obsese extrémní péči, rozvíjí se rychle excesivní obezita.

Tyto děti mají některé nápadné rysy v obličeji, zejména tzv. mandlovité oči a převislý horní ret. Mají nápadný hypogonadismus – u chlapců bývá téměř pravidlem testikulární retence a mikropenis. Jsou mírně až středně mentálně retardované.

Dospělá výška bývá snížena o 25–30 cm. Genetické vyšetření často prokáže odchylky

na 15. chromozomu v oblasti 15q11–13: delecii, maternální disomii či translokaci.

Příčinou růstové poruchy i hyperfagie je zřejmě porucha utváření hypotalamických center. V hypotalamu je centrum sytosti, ale také hlavní regulátor sekrece růstového hormonu. Děti se syndromem Pradera-Williho mají zřejmě funkční poruchu výdeje růstového hormonu, i když jejich odpověď ve stimulačních testech růstového hormonu může být vcelku normální. Mají poruchu tělesného složení typickou pro děti s deficitem růstového hormonu a s tím spojené vysoké metabolické riziko. Léčba růstovým hormonem dokáže u těchto dětí normalizovat růst, ale také upravuje tělesné složení. Pokud rodiče pomohou zvládnout jídelní obsesi dítěte, bývají tyto děti při léčbě růstovým hormonem čilejší, pohyblivější a lépe se integrují do skupiny svých vrstevníků.

tab. č. 3

Příčiny růstové retardace u chronické renální insuficience

- Endogenní příčina (onemocnění ledvin jako součást syndromu s růstovou retardací)
- Proteinový a energetický deficit
- Porucha vodního a elektrolytového metabolismu
- Acidóza
- Renální osteodystrofie (porucha kalcio-fosfátového metabolismu)
- Renální anémie
- Porucha hormonálních systémů – „rezistence vůči růstovému hormonu“

■ Postnatální růstové selhání navazující na intrauterinní růstovou retardaci

5–10 % dětí prodělává růstovou retardaci in utero a rodí se malé na svůj gestační věk – s tělesnou délkou a/nebo tělesnou hmotností nižší než 2 směrodatné odchylky vzhledem ke gestačnímu věku (tabulka č. 4). Toto nitroděložní růstové opoždění může mít u jednotlivých dětí rozdílné příčiny. Většina těchto dětí již od prvních měsíců po narození svůj růstový handicap vyrovnává a postupně se vrací do obvyklého pásma tělesné výšky

Pfizer



tab. č. 4

Hranice –2 směrodatné odchylky porodní délky a porodní hmotnosti ve vztahu ke gestačnímu věku

Gestační věk (týdnů)	Chlapci	Dívky
42,5	<2930 g, <48,9 cm	<2820 g, <47,9 cm
41,5	<2890 g, <48,3 cm	<2800 g, <47,7 cm
40,5	<2800 g, <47,8 cm	<2720 g, <47,2 cm
39,5	<2650 g, <47,1 cm	<2580 g, <46,5 cm
38,5	<2470 g, <46,4 cm	<2400 g, <45,7 cm
37,5	<2270 g, <45,6 cm	<2200 g, <45,2 cm
36,5	<2050 g, <45,0 cm	<1990 g, <44,5 cm
35,5	<1840 g, <44,1 cm	<1790 g, <43,6 cm
34,5	<1630 g, <43,2 cm	<1600 g, <42,8 cm
33,5	<1430 g, <42,2 cm	<1410 g, <41,8 cm
32,5	<1240 g, <41,2 cm	<1240 g, <40,7 cm
31,5	<1070 g, <40,1 cm	<1070 g, <39,5 cm
30,5	<900 g, <39,0 cm	<900 g, <38,2 cm
29,5	<750 g, <37,8 cm	<740 g, <36,6 cm

Pokud dítě odpovídá alespoň jednomu z obou parametrů a nedošlo u něj k postnatálnímu růstovému výšvihu (catch-up růstu), lze u něj očekávat příznivý vliv léčby růstovým hormonem od cca 3 let věku (upraveno dle Lawrence C et al., Acta Paediatr Scand, Suppl 350: 55-69, 1989)

tab. č. 5

Hranice –2,5 SDS tělesné výšky ve středním dětském věku při jednotných preventivních prohlídkách

Věk	chlapci	dívky
3 roky	≤ 87 cm	≤ 86 cm
5 let	≤ 99 cm	≤ 98 cm
7 let	≤ 111 cm	≤ 110 cm

Při této výšce lze očekávat příznivý efekt léčby růstovým hormonem u dětí, které prodělaly intrauterinní růstovou retardaci dle kritérií v tab. 4 (upraveno dle Bláha P. et al., Čes-slov Pediatr, 48: 621-630, 1993; pro praktické potřeby zaokrouhleno na celé centimetry)

(růstový výšvih, „catch-up“ růst). Malá část z nich však vlastními silami svoji růstovou retardaci vyrovnat nedokáže. Je známo, že když dítě nedosáhne obvyklého pásma tělesné

výšky do 2 let věku, zůstane malé po celé dětství a bude mít i významně sníženou dospělou tělesnou výšku. Tento stav má řadu nepříznivých somatických i psychosociálních důsledků.

Nedávno bylo jednoznačně prokázáno, že právě těmto dětem s postnatálním růstovým selháním, navazujícím na intrauterinní růstovou retardaci, může pomoci léčba růstovým hormonem. Začínáme s ní po 3. narozeninách u těch dětí, jejichž porodní váha nebo porodní délka odpovídají údajům v tabulce 4 a jejichž tělesná výška při jednotné preventivní prohlídce ve 3 letech (případně v 5 letech, 7 letech nebo i později) zůstává v pásmu těžké růstové retardace (tabulka 5). Tato pátá a nejnovější indikační oblast pro léčbu růstovým hormonem byla v České republice přijata v roce 2003.

Literatura u autora

Pozvánka
na

**I. společnou
Severomoravskou regionální
konferenci SPLDD ČR
a odborný seminář
OSPLD ČLS JEP**

13. 3. - 14. 3. 2004,
Hotel Bezruč, Malenovice

Program:

13. 3. 2004

9,00 - 10,00:

prezence a ubytování

10,00 - 12,30:

odborný seminář na téma:

**Ortopedie se zaměřením na školní
a adolescentní věk**

12,30 - 13,30:

oběd

13,30 - 17,00:

**Severomoravská regionální konference
SPLDD ČR**

- zahájení
- volba mandátové a návrhové komise
- zpráva regionálního předsedy
- zpráva pokladníka + návrh rozpočtu na rok 2004
- zpráva revizní komise
- diskuse
- vystoupení hostů a členů Výboru SPLDD ČR
- usnesení a závěr

14. 3. 2004

9,00 - 12,00:

odborný seminář na téma:

**Rehabilitace se zaměřením na školní
a adolescentní věk**

12,00 - 12,30:

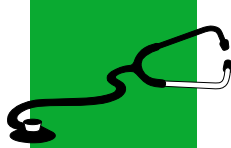
prezentace firem

12,30 - 13,00:

závěr semináře s udělením certifikátu
a oběd

Odborný program garantuje Doc. MUDr. Ivo Mařík, CSc.
Akce je hodnocena 8 kredity.
Upozorňuji na možnost posunu odborného semináře
dle požadavků přednášejících.

MUDr. Marcela Charvátová
Regionální zástupce OS SPLDD ČLS JEP
MUDr. Helena Kuběňová
Regionální předseda SPLDD ČR



Rachitis - prevence a terapie

Doc. MUDr. Milan Bayer, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. LF UK Praha

Souhrn:

V dřívějších dobách nebyl pro lékaře nález křivice u dětí nijak výjimečný. Koncem devatenáctého století bylo možné v průmyslových oblastech rozvinutých zemí pozorovat známky rachitidy až u 80% dětí ve věku pod dva roky (1). Jednalo se v drtivé většině případů o získanou deficitní křivici. To je i v současnosti nejčastější forma rachitidy, s níž se lze u nás setkat. Nyní se vyskytuje pouze sporadicky, zejména u starších kojenců a batolat. Takřka vždy je její příčinou kombinace nedostatečného přívodu kalcia při hraniční saturaci organismu vitaminem D. Na onemocnění se případně může podílet i nedostatek stopových prvků, zejména mědi a zinku, které jsou významnými kofaktory enzymů zapojených do syntézy kolagenu (2). Diagnostika a léčba nekomplikované deficitní křivice by měla zcela spadat do pole působnosti praktického lékaře pro děti a dorost.

■ Nedostatek vitaminu D

Pokud mateřský organismus není během těhotenství vitaminem D řádně saturován, nemá novorozenec jeho přiměřené zásoby pro první měsíce života. S významným deficitem vitaminu D z této příčiny se dnes můžeme setkat například v zemích Středního Východu, kde islámské ženy chodí zahaleny (3). Také u starších dětí hrál v dobách před zavedením prevence suplementací vi-



obr. č. 1 - rozšíření v oblasti metafýzy distálního konce radiusu a ulny, patrné při fyzikálním vyšetření u 3,5-letého chlapce s floridní deficitní křivicí.

taminem D důležitou úlohu nedostatek slunečního svitu. Za rizikovou skupinu jsou v literatuře v poslední době považovány zejména děti s tmavou pletí, které jsou plně kojeny a nedostávají suplementaci vitaminem D (4). U nich je možno nalézt také subklinickou deficitní rachitidu – laboratorní a radiografické známky křivice bez klinického korelátu (5).

Dostupnost vitaminu D pro organismus bývá omezena i při vyloučení masa, vajec, mléka a živočišných tuků ze stravy (striktní vegetariánská výživa). Zvýšený příjem fytoátů a fosforu totiž snižuje absorpci kalcia, což stimuluje sekreci parathormonu. Ten aktivuje tvorbu kalcitriolu a zá-

soby 25-hydroxyvitaminu D se vyčerpávají. Jeho relativní a posléze absolutní nedostatek v organismu je pak příčinou rozvoje rachitidy.

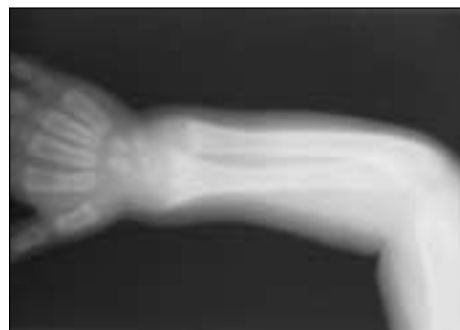
■ Nedostatek kalcia

Samotné chybění kalcia ve stravě též může i při dostatečném množství vitaminu D vést k rozvoji deficitní rachitidy (6,7). Nemusí přitom dojít k významnějšímu poklesu plazmatické koncentrace fosforu, který zůstává relativně normální. Nelze podceňovat ani možnost poruchy absorpce vápníku při poruše funkce střevní sliznice u malabsorpčního syndromu. Význam nedostatku kalcia v diferenciálně diagnostických úvahách stoupá spolu s poklesem výskytu izolovaného deficitu vitaminu D.

■ Patogeneza deficitní křivice

Nedostatek vápníku vede ke sklonu k hypokalcémii, stimulující vzestup hladiny parathormonu. Zvyšuje se osteoblastická aktivita a stoupá alkalická fosfatáza. Kalcémie se mobilizací vápníku ze skeletu normalizuje. Vlivem sekrece parathormonu současně stoupá tvorba kalcitriolu. Za spoluúčasti parathormonu a kalcitriolu posléze dochází k degradaci kosti. Objevují se klinické příznaky i rtg obraz rachitidy. Postupně se vyčerpávají zásoby 25-hydroxyvitaminu D, výsledkem je následný deficit kalcitriolu. Další mobilizace vápníku z kostí je pak nedostatečná navzdory hyperparatyreóze, protože kalcitriol je k parathormonem zprostředkované resorpci kosti nezbytný (8). Nakonec má dítě těžkou křivici, provázenou hypokalcémií a hypofosfatémií.

Souhrnně lze říci, že hlavními průvodními jevy deficitní křivice u dětí jsou: sekundární hyperparatyreóza, zvýšený kostní obrat a deplece vitaminu D (zejména 25-hydroxyvitaminu D).



obr. č. 2 - rtg snímek horní končetiny téhož dítěte - rozvláknění rozšířených metafýz dlouhých kostí, rachitické pohárky.

■ Klinické projevy

Skeletální: lebka – u malého kojence je možno nalézt změknutí záhlaví (*craniotabes*), v těžších případech jsou popisovány i deformity lebky s frontálním a parietálním vyklenutím (*caput natiforme*). U batolat bývá pozdější uzávěr velké fontanely; prořezání zubů je opožděno a dentice mívá poškozenou sklovinu. Hrudník – někdy je patrné zduření kostochondrálních junkcí (rachitický růženec). Hrudní koš se často oplošťuje s prominujícím sternem (*pectus carinatum*), talem bránice dochází ke vpáčení dolních žeber a vzniká tzv. Harrisonova rýha. Páteř může být deformována kyfoskoliózou, což přispívá k patologické kolébové chůzi. Končetiny – rozšíření metafýz spolu se změnami chrupavek růstových plotének vede postupně k zakřivení a deformaci dlouhých kostí (viz obrázek 1). V batolecím věku mohou být dominujícím příznakem bolesti zejména dolních končetin bez známek jakéhokoliv traumatu (9).

Na rtg snímcích kostí (konvenčně se zhotovuje je snímek levého zápěstí) je nepravidelná osifi-



kace metafyz ulny a radia, prořídla trámčina, v oblasti zón provizorního zvápenatění vznikají typické „rachitické pohárky“ (viz obrázek č. 2).

Celkové příznaky: děti s deficitní rachitidou bývají dráždivé, špatně spí a více se potí. Některé trpí častými infekty dolních dýchacích cest (10), lze nalézt také hypotonii s opožděním motorického vývoje. U menšího kojence je možná i izolovaná manifestace hypokalcémie s tetanií či křečemi, apnoickými pauzami a stridorem. V ojedinělých případech došlo v průběhu neléčené deficitní křivice v důsledku hypokalcémie až k reversibilnímu kongestivnímu selhání srdce (11,12). Při významném deficitu vitamínu D u matky lze klinickou manifestaci deficitní křivice pozorovat u dítěte i záhy po narození (13).

■ Laboratorní vyšetření

Jednorázově zjištěné hodnoty kalcémie, fosfatémie či hladiny kalcitriolu mají jen malou diagnostickou hodnotu, protože v závislosti na stadiu onemocnění mohou být normální, kalcitriol může dokonce stoupat. Konstantním patologickým nálezem je vysoká plazmatická hladina parathormonu. Vždy je také současně zvýšena aktivita alkalické fosfatázy, která se stupněm sekundární hyperparatyreózy koreluje (14). V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost je při podezření na deficitní křivici účelné provést následující vyšetření:

1. odběr krve ke stanovení plasmatické hladiny kalcia, fosforu, magnézia, močoviny, kreatininu, celkové aktivity alkalické fosfatázy a hodnoty jaterních testů včetně gama-glutamyltransferázy. Normální hladina gama-glutamyltransferázy prakticky vylučuje přítomnost cholestázy a případné zvýšení aktivity alkalické fosfatázy je pak způsobeno převážně kostním izoenzymem. Ekonomicky nákladné vyšetření izoenzymů alkalické fosfatázy není tedy třeba běžně provádět.

2. vyšetření moči – moč a sediment, odpady kalcia a fosforu do moči za 24 hodin

3. rtg levého zápěstí

Hodnota aktivity alkalické fosfatázy je spolu s nálezem na rtg snímku nejpřínosnějším diagnostickým ukazatelem, při normálním průběhu onemocnění se hladiny metabolitů vitamínu D ani parathormonu nevyšetřují. Ani jiná vyšetření nejsou nutná. Pokud má však dítě jakékoli klinické nebo laboratorní známky malabsorpce, je třeba tuto příčinu vždy vyloučit.

■ Léčba deficitní křivice

Vitamin D

V terapii je doporučováno intramuskulární podání vitamínu D ve formě cholekalciferolu.

V současné době je u nás k dispozici jediný přípravek tohoto typu – Vigantol 50000 (1 ml = 1,25mg = 50 000 IU cholekalciferolu.) Obvyklá dávka představuje 1 ampuli i.m. Intramuskulárně podaný vitamin D se ukládá do tukové a svalové tkáně a jeho konverze na kalcitriol pokračuje během několika týdnů. Dávku lze podle potřeby 2–3x opakovat (vždy v intervalu 3–4 týdnů).

Kalcium

Během léčby je nezbytné zajistit dostatečný přívod kalcia. K farmakologické suplementaci se hodí kalcium ve formě citrátu nebo karbonátu, vždy ve více denních dávkách a s jídlem. Při terapii rachitidy je možné běžně doporučené dávky (viz prevence) i mírně překročit. Úprava kalcémie a fosfatémie je při správné terapii poměrně rychlá, k alespoň částečnému poklesu aktivity alkalické fosfatázy by mělo dojít asi do týdne. Někdy se však objeví až po opakované aplikaci vitamínu D. Kontrola plazmatické koncentrace kalcia, fosforu a aktivity alkalické fosfatázy by měla být během léčby prováděna přibližně každé 2–3 týdny do úpravy stavu. Kontrolní rtg snímek zápěstí je však vhodné provést nejdříve v odstupu 6–8 týdnů, kdy již lze bezpečně prokázat změny ve smyslu hojení.

Prevence deficitní křivice

K preventivnímu podávání vitamínu D je nejvhodnější kapková forma cholekalciferolu k perorálnímu použití. Během těhotenství je plod zásobován 25-hydroxyvitaminem D transplacentárně, saturace mateřského organismu v graviditě je tedy pro prvé měsíce života dítěte rozhodujícím faktorem. Nastávajícím matkám by bylo vhodné podávat přibližně 400 IU vitamínu D denně po celé těhotenství nebo 1000 IU denně během třetího trimestru (15). Mateřské mléko obsahuje vitamínu D málo a nemůže tak potřebu dítěte pokrýt. Protože nelze odhadnout, s jakými zásobami vitamínu D se dítě narodilo, je nejbezpečnější doporučit perorální suplementaci vitamínem D všem dětem bez rozdílu od věku 14 dnů. V naší zeměpisné šířce podáváme přibližně 600–800 IU vitamínu D denně, uměle živě děti lze během prvních tří měsíců života také suplementovat stejnou dávkou bez ohledu na fortifikaci mléka, které dostávají (16). Později se suplementace upravuje podle množství vitamínu D v konkrétním dietním přípravku tak, aby denní příjem dosáhl výše uvedené dávky. Vitamin D by mělo dítě dostávat po celý kojenecký věk. Batolata a starší děti včetně dospívajících je pak vhodné suplementovat stejnou dávkou v zimních měsících. Nedílnou součástí prevence je řádný přívod kalcia, zabezpečený zejména mlékem

a mléčnými výrobky v jídelníčku. Děti do věku 6 měsíců potřebují denně asi 400mg vápníku, v druhém půlroce života 600mg, předškolní děti 800mg, v mladším školním věku 800–1200mg. Organismus rostoucího adolescenta vyžaduje 1200–1500 mg kalcia denně.

Při řádné prevenci by deficitní křivice neměla být významnějším zdravotním problémem. Pokud však průběh nemoci a/nebo laboratorní nálezy vedou k podezření na jiný typ rachitidy (známky malabsorpce, poruchy tubulárních funkcí, přetrvávající hypofosfatémie, léčba bez efektu, recidivující křivice apod.), mělo by být dítě předáno do péče odborníka. Přesné stanovení diagnózy, které u vzácnějších forem rachitidy vyžaduje nákladné laboratorní postupy a neřídka detailní vyšetření při hospitalisaci, možnosti terénu již přesahuje.

Literatura

1. Welch, TR., Bergstrom WH., Tsang, RC. Vitamin D-deficient rickets: The reemergence of a once-conquered disease. *J Pediatr* 2000; 137: 143–145
2. Takada, M., Shimada, M., Hosono, S. et al.: Trace elements and mineral requirements for very low birth weight infants in rickets of prematurity. *Early Hum Develop* 1992; 29: 333–338
3. El-Sonbaty, MR., Abdul-Ghaffar, NU. Vitamin D deficiency in veiled Kuwaiti women. *Eur J Clin Nutr* 1996; 50: 315–318
4. Kreiter, SR., Schwartz, RP., Kirkman HN. Jr., et al. Nutritional rickets in African American breast-fed infants. *J Pediatr* 2000; 37: 153–157
5. Spence, JT, Serwint, JR.. Secondary prevention of vitamin D-deficiency rickets. *Pediatrics* 2004; 113: 70–72
6. Taylor, A., Mandell, G., Norman, M.E.: Calcium deficiency rickets in a North American child. *Clin Pediatr* 1994; 33, 1994: 494–497
7. Oginni, LM., Sharp, CA., Badru, OS., et al. Radiological and biochemical resolution of nutritional rickets with calcium. *Arch Dis Child* 2003; 88(9): 812–817
8. Shah, BR., Finberg, L. Single-day therapy for nutritional vitamin D-deficiency rickets: A preferred method. *J Pediatr* 1994; 125: 487–490
9. Gaffney, P. Vitamin D deficiency in a toddler reluctant to use her arm. *Eur J Emerg Med* 2001; 2(8): 159–160
10. Bouskraoui, M., Haddoun, R., Sefrioui, A., Abid, A. Lung involvement in rickets. Report of 50 cases. *Ann Pediatr* 1997; 44: 500–503
11. Couderc, S., Paupe, A., Lenclen, R., et al: Congestive heart failure as the first manifestation of hypocalcemia in an infant. *Ann Pediatr* 1995; 42: 312–316
12. Gulati S., Bajpai A., Juneja R., et al. Hypocalcemic heart failure masquerading as dilated cardiomyopathy. *Indian J Pediatr* 2001; 3(68): 287–290
13. Anatoliotaki M., Tsimiligiaki A., Tsekoura T., et al. Congenital rickets due to maternal vitamin D deficiency in a sunny island of Greece. *Acta Paediatr* 2003; 3(92): 389–391
14. Kruse, K. Actual aspects of vitamin D deficiency rickets. *Monatshchr Kinderhkd* 2000; 148: 588–595
15. Beaufrere, B., Bresson, JL., Briend, A., et al.: Vitamin D supplementation in pregnancy: A necessity. *Arch Pediatr* 1995; 2: 373–376
16. Vervel, C., Zeghoud, F., Boutignon, H., et al. Fortified milk and oral dairy supplements of vitamin D. Comparison of the effects of two doses (500 and 1,000 IU/d) on calcium metabolism and vitamin D status during the first trimester of life. *Arch Pediatr* 1997; 4: 126–132

Dětské klimatické pobyty, obecně prospěšná společnost, ve spolupráci s CK Sport,
Výborem dobré vůle - Nadace Olgy Havlové a Magistrátem města Plzně pořádají

6. ročník léčebných klimatických pobytů

pro rodiče s dětmi trpícími onemocněním dýchacích cest, astmatem a ekzémy

Termíny

Chorvatsko, POREČ - hotel Galeb/Albatros:
8mi denní pobyty, možno prodloužit na 16 dní
3.7. - 10.7. 2004, 10.7. - 17.7. 2004
17.7. - 24.7. 2004, 24.7. - 31.7. 2004
31.7. - 7.8. 2004

Slovenská republika, chata Opalisko:
14ti denní turnusy
6.8. - 18.8. 2004
18.8. - 30.8. 2004

Slovenská republika, chata Limba (dříve Adam):
14ti denní pobyt
18.8. - 30.8. 2004

Odjezd autobusy vždy den předem (na noc), návrat den po skončení pobytu.

Cena zahrnuje: **Chorvatsko** - dopravu, ubytování, polopenzi, pojištění proti úpadku CK.
Slovensko - dopravu, ubytování, plnou penzi, pojištění proti úpadku CK, vstupy na **termální koupaliště**,
vstupy do jeskyní, rehabilitaci pro děti i rodiče, výlety

Nástup do autobusu v následujících městech:

Pobyty Chorvatsko: Karlovy Vary, Plzeň, České Budějovice

Pobyty Slovensko: K. Vary, Plzeň, Praha, Brno, Olomouc, Valašské Meziříčí

Cesta autobusem do SR trvá asi 10 hodin, do Chorvatska asi 15 hodin. V autobuse i na pobytech v Chorvatsku i na Slovensku je stále přítomen náš lékař se zkušenostmi v nadačních pobytech respiračně nemocných dětí.

Chorvatsko, POREČ - hotel Galeb/Albatros:



Hotel Albatros

- hotely ve svahu, v komplexu Zelená Laguna, poloha: Vrsar 12km, Rovinj 32km
- hotel v turistickém komplexu
- oblázková, částečně betonová pláž asi 300m od hotelu
- polopenze - snídaně a večere švédské stoly
- sportovních zařízení při hotelu
- pizzerie, kavárny, cukrárny, gril terasy
- každý večer možné pohybové aktivity pro děti - košíková, kopaná, pohybové hry pro menší děti
- na začátku a na konci pobytu je prováděno funkční vyšetření dechových schopností

Slovenská republika, chata Opalisko a chata Adam:



Chata Opalisko, Závažná Poruba, SR

- stravování - plná penze
- stravování - plná penze
- obě střediska jsou v Nizkých Tatrách, poblíž Liptovského Mikuláše
- chata Adam leží 5 minut cesty od známého termálního koupaliště v Liptovském Jáně
- pobyt se skládá z **pěších výletů, opakovaných pobytů na termálním koupališti s bazény pro plavce a neplavce, zátěže v Demanovských jeskyních a sportovních aktivit v okolí chat a rehabilitace pod vedením odborníka**
- **po celou dobu pobytu je na místě lékař společnosti, rehabilitační pracovník a vedoucí pobytu**
- lékař se účastní celého pobytu včetně výstupů
- na začátku a na konci pobytu je prováděno funkční vyšetření dechových schopností
- věková hranice dětí 4-18 let

Pro účast dítěte na pobytu je nutná velmi stručná lékařská zpráva s uvedením jména, adresy, rodného čísla, zdravotní pojišťovny. Zprávu vystaví praktický, dětský nebo odborný lékař.

Stejně jako v minulých letech budeme pro plzeňské děti žádat dotaci od Magistrátu města Plzně. Mimoto má každý možnost žádat o individuální dotaci na zdravotním nebo sociálním odboru příslušného úřadu.
Výbor dobré vůle - Nadace Olgy Havlové značnou měrou dotuje pobyty ve Slovenské republice (doprava včetně fakultativních výletů, pobyty v jeskyních a na termálních koupalištích a další)

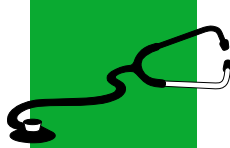
Cestovní kancelář Sport, Moskevská 2, 360 01 Karlovy Vary, tel./fax: **353 585 225, 603 718 191**

Cestovní kancelář Sport, Kotkova 15, 301 24 Plzeň, tel.: **377 220 808**

Dětské klimatické pobyty, o.p.s., Mulačova nem. Plzeň, Dvořákova 17, tel.: **377677191**, <http://fox.esnet.cz/ops/>

Kontaktní telefony na lékaře a zástupce společnosti: MUDr. Liška, Mulačova nemocnice, Plzeň, tel.: 377677191, MUDr. Pousková, nemocnice Sv. Jiří, Plzeň, tel.: 377263965, MUDr. Pečenková, poliklinika Slovany, tel.: 378014251, MUDr. Marek, dětské odd. Louny, tel.: 415620111, MUDr. Skala, dětské odd. Klatovy, tel.: 376311553, MUDr. Burket, dětské odd. Vrchlabí, tel.: 499502111, MUDr. Růžičková, K. Vary, tel.: 353223041, MUDr. Liška, K. Vary, tel.: 353233922

Ceny zájezdů zahrnují pojištění dle zákona 159/1999 Sb. o povinném pojištění cestovních kanceláří.



Endokrinologické problémy při nádorech CNS

MUDr. Olga Magnová

I. dětská interní klinika a Klinika dětské onkologie, Fakultní nemocnice Brno

Souhrn:

Endokrinní komplikace nádorových onemocnění mozku jsou dány poruchami vznikajícími z důvodu růstu nádoru nebo následkem prodělané komplexní onkologické terapie. Vzhledem k závislosti adekvátního tělesného a sexuálního vývoje dítěte na fyziologické sekreci hormonů, následky patologických stavů mohou být celoživotní.

Endokrinní poruchy jsou:

1. časně – vznikají růstem nádoru mozku nebo jeho operací

2. pozdní – vznikají následkem aplikované protinádorové léčby. Zlepšování životní prognózy onkologických pacientů je doprovázeno vyšším výskytem pozdních komplikací po onkologické léčbě.

■ 1. Časně poruchy

Dle lokalizace a původu nádorové tkáně vzniká nedostatek nebo nadbytek hormonů se všemi symptomy typickými pro vzniklou hormonální poruchu, tyto stavy jsou charakteristické pro nádory hypotalamo–hypofyzární oblasti. Nádory lokalizované ve střední čáře mozku jsou nejčastěji hormonálně němé a histologicky benigní – adenom, kraniopharyngeom, histiocytosa, nádory maligní bývají nádory germinálního původu, gliomy a lymfomy. Nádory se mohou klinicky projevit některým z těchto mechanismů:

■ **tlakem nádoru na okolní struktury** – bolestmi hlavy, poruchou vizu, příznaky intrakraniální hypertenze

■ **důsledky hormonální nadprodukce**

■ **důsledky hormonální nedostatečnosti**, která vznikne destrukcí hormonálně aktivní tkáně hypotalamu a/nebo hypofýzy růstem tumoru. Příznaky z nedostatečnosti **hypotalamo–hypofyzární osy** jsou typické – porucha růstu, centrální hypothyreóza, centrální hypokortisolismus, poruchy pubertálního vývoje (chybějící nebo nepostupující puberta). Tumor zasahující do hypotalamických paraventriculárních jader může vést k deficitu vasopresinu a tím vyvolat **diabetes insipidus**.

Některé hypothalamické nádory (**hamartomy**), hormonálně němé, mohou svou lokalizací vyvolat centrální **isosexuální předčasnou pubertu**.

1.1. Hormonální nadprodukce

Prolaktinom je nejčastější hormonálně aktivní nádor s produkcí prolaktinu. Klinicky se proje-

vují opožděním nebo zástavou puberty, primární či sekundární amenoreou, případně galaktorheou.

Mírná **hyperprolaktinémie** vznikne i následkem přerušením stopky hypofýzy jiné etiologie.

Adenomy s produkcí jiných hypofyzárních hormonů jsou v dětském věku raritní.

Hamartom je kongenitální malformací vzniklou během embryonálního vývoje neuronální tkáně. Klinicky se projevuje nejčastěji centrální předčasnou pubertou, neboť může narušovat centra přirozeně blokující pubertu, i když sám je hormonálně inaktivní.

1.2. Hormonální nedostačnost

Nejčastěji se objevuje tumor embryonálního původu – **kraniopharyngeom**. Hormonálně je němý. Klinické příznaky jsou vyvolány růstem tumoru a hormonálním deficitem vzniklým lokální destrukcí tkáně hypofýzy. Velmi typická je porucha růstu, protože růst nádoru je pomalý a porucha růstu trvá často i několik let před diagnosou onemocnění.

Histiocytosa klinicky nejčastěji způsobuje **diabetes insipidus**, který může předcházet nálezu na zobrazovacím vyšetření často i několik měsíců.

Maligní germinální tumory a lymfomy jsou typické svým **rychlým růstem**, takže klinické příznaky závislé na vzniklém hormonální deficitu nemusí být v době diagnózy ještě rozvinuté. Znamky hormonální nedostatečnosti jsou často jen laboratorní a klinické obtíže jsou dány rozvojem syndromu nitrolební hypertenze.

1.3. Terapie

Endokrinologická léčba je nezbytně spojena s léčbou onkologickou (operace, chemoterapie, radioterapie).

Hormonální substituci podáváme ve všech případech deficitů hypofyzárních hormonů, a to včetně léčby růstovým hormonem. Životně nezbytná je substituční léčba hormony štítné žlázy, hydrokortisonem a anti-diuretickým hormonem, analogy gonadoliberinů můžeme brzdit rozvoj

předčasně puberty. Substituční léčba pohlavními hormony a léčba růstovým hormonem se indikuje až po zvládnutí onkologické terapie. Nebylo prokázáno zvýšení rizika relapsu nádoru při substituci růstovým hormonem, pokud je léčení základního onkologického onemocnění úspěšně dokončeno.

Léčbou volby u **prolaktinomů** je podávání dopaminergních agonistů. Dlouhodobá, často mnohaletá léčba vede k potlačení tvorby prolaktinu i k redukci objemu tumorózní masy.

■ 2. Pozdní poruchy

Pozdní endokrinní komplikace ovlivňují vzniklou hormonální poruchou především růst a pubertální vývoj dítěte a jsou kombinovány navíc ještě s následky protinádorové léčby, především radioterapie a chemoterapie. Tyto postižení se mohou objevit po léčbě všech maligních nádorů, nejen nádorů mozku.

2.1. Porucha růstu

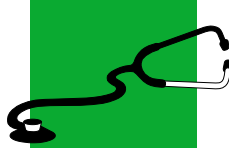
Porucha růstu spojená s malou postavou v dospělosti se u dětí po úspěšné onkologické léčbě vyskytuje často, nejedná se vždy o těžkou poruchu růstu, často jen o sníženou tělesnou výšku vzhledem k očekávané výšce v rodině.

2.1.1. Chemoterapie a radioterapie

Mechanismus poruchy růstu indukované chemoterapií není zcela jasný; předpokládá se přímý účinek na kosti a poškození tvorby a především účinku růstového hormonu. Omezený růst páteře po radioterapii vede k relativně dlouhým končetinám a krátkému trupu. Definitivní výška může být zmenšena o 5–7 cm, u dětí léčených v batolecím věku i více.

2.1.2. Porucha sekrece hormonů hypothalamo–hypofyzární oblasti

Tato oblast může být poškozena již růstem nebo operací nádoru hypothalamo–hypofyzární oblasti (viz výše) nebo může být ozářena při komplexní léčbě tumoru CNS všech lokalizací, nádoru orbity, krku, obličejce, nasopharyngu nebo při preventivním ozáření CNS při léčbě akutní



leukémie resp. při celotělovém ozáření před transplantací kostní dřeně. Čím vyšší je radiační dávka a delší interval od radioterapie, tím je větší riziko vzniku hormonální dysfunkce. Má za následek nejčastěji deficit **růstového hormonu a předčasnou pubertu** v závislosti na dávce radioterapie. Svou roli v poruše růstu může sehrávat také **hypothyreosa** a **hypokortisolismus**. V pozdějším životě může na předčasnou pubertu navázat deficit gonadotropinů a zástava pohlavního vyžívání a činnosti gonád spolu s růstovou retardací vlivem opožděné puberty. U některých pacientů můžeme pozorovat rozvoj obezity.

2.2. Poruchy štítné žlázy

Hypothyreóza je nejčastější komplikací po radioterapii v oblasti krku, hlavy a krční páteře. Frekvence výskytu postižení stoupá s lety po podané dávce radiace, často se objevuje až po 10 až 20 letech. Nejčastěji se jedná o atrofii štítné žlázy, může být však i porucha centrální – snížená sekrece regulačních hormonů (TSH). Vzácnější je hyperthyreóza při autoimunitní thyreoiditidě s projevy hypo- nebo hyperfunkce štítné žlázy.

2.3. Poruchy puberty

Poruchy puberty a následně reprodukčních

funkcí se stejně jako ostatní objevují jako následek destrukce hypofýzy tumorem nebo prodělané operace, radioterapie a chemoterapie. Porucha může být centrálního původu – **snížení** nebo **zvýšení sekrece regulačních hormonů** (LH, FSH) nebo se jedná o **selhání ovariální či testikulární tkáně** (estradiol, testosteron). V dětském věku se projevují jako opoždění nebo zástava pubertálního vývoje nebo předčasná puberta.

Zárodečné buňky jsou vůči chemoterapii i radioterapii ještě vnímavější a poruchy plodnosti po prodělané radio- a chemoterapii jsou velmi časté a obvykle jsou nezvratné.

3. Diagnostika endokrinní poruchy

Každé dítě s nádorem mozku nebo po ukončené onkologické léčbě má být v pravidelných intervalech vyšetřeno dětským endokrinologem. Vyšetřovací schéma je závislé na typu onkologické léčby.

Základem sledování je především **klinické vyšetření** růstu a pohlavního vývoje spojené s **hormonálním vyšetřením**, ke kterému patří

stanovení hladin TSH, fT4, prolaktinu, IGF-I, kortizolu a dle věku a očekávané puberty i hladin FSH, LH a estradiolu/testosteronu. Kostní zrní vyšetřujeme obvykle 1x ročně, pokud není důvod k častějšímu vyšetření. Speciální vyšetření jsou indikována na základě výsledků klinického a laboratorního vyšetření individuálně.

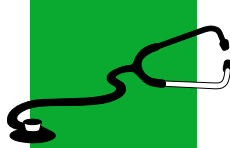
4. Terapie

V zájmu dobrého klinického stavu, průběhu léčby i dalšího života dítěte je nutno terapeuticky reagovat na vzniklé hormonální poruchy. Terapeutické postupy nejsou odlišné od patologických (viz 1.3.). Do dospělého věku přecházejí pacienti s problémy poruch reprodukčních funkcí, nicméně v rukou dětských endokrinologů se objevují možnosti preventivních opatření i v této oblasti.

Literatura:

1. Stratakis A.C., Chrousos P.G. *Endocrine Tumors*. In Pizo P.P., Poplack D.G. (Eds), *Principle and Practice of Pediatric Oncology*, Philadelphia, Lippincot – Raven Publ., 1997, p. 947 – 977
2. Jabbar A.M. *Endocrine Tumors in Children*. In *Pediatric Endocrinology*, Fima Lifshitz, (Eds), New York, Marcel Dekker Inc., 1997, p. 829 – 843
3. Udelsman Robert *Endocrine Tumors, Current Opinion in Oncology*, 2003, Vol. 15: 65 – 89

Silomat



Autoimunitní onemocnění v endokrinologii

MUDr. Jarmila Klabočová

Nemocnice U Sv. Jiří, Plzeň

Souhrn:

Do této skupiny chorob patří v dětském věku především diabetes mellitus I. typu, lymfocytární tyreoiditis a celiakie. Autoimunitní hypoparatyreóza, adrenalitis (Addisonova choroba) nebo postižení hypofýzy a gonád jsou vzácnější. Příčinou jsou antigenně specifické protilátky a sensibilizované lymfocyty, které infiltrují postižené žlázy, destruuji jejich buňky (výjimečně je stimulují) a mechanismem autoimunitního zánetu snižují jejich sekreční kapacitu. Příkladem může být insulitis, která vede k destrukci beta buněk pankreatu a následně manifestaci DM I. typu.

Vlivy uplatňující se na vzniku těchto chorob jsou:

Genetické – jedná se o polygenní typ dědičnosti, nejvíce informací máme o HLA genotypu. Víme, že některé genotypy jsou rizikové pro více autoimunitních endokrinopatií jako např. HLA-DRB1*0301.

Vlivy zevního prostředí – zde je nutno uvést infekce zvl. virové. Významné jsou především enteroviry, coxsackie, virus rubeoly v etiologii DM 1. typu. Diskutabilní je *Helicobacter pylori* u autoimunní tyreoiditis pro vysokou incidenci obou chorob v populaci. **Nutriční vlivy** – jde především o bílkovinu kravského mléka, která při časném podávání umělé výživy kojencům, se může podílet na manifestaci DM v útlém věku. K vlivům zevního prostředí patří i **stres**, který může být spouštěcím mechanismem Gravesovy tyreotoxikózy. Všeobecně je známa toxicita **ozářením**, kdy na Ukrajině po havárii v Černobylu významně stoupl výskyt zvl. tyreopatií.

Autoimunitní polyglandulární syndrom je stav, kdy je postiženo u jednoho pacienta současně více žláz s vnitřní sekrecí. V popředí je výskyt Addisonovy choroby v kombinaci s hypoparatyreózou, mukokutánní kandidózou, tyreopatií nebo diabetem. V současnosti jsou popsány 4 typy APS.

Autoimunitní endokrinopatie bývají provázeny autoimunitními chorobami dalších orgánů např. klouby (RA), žaludek (achlorhydrie), erytrocyty (perniciozní anemie), kůže (vitiligo) nebo střeva (celiakie). Méně často jsou postižena játra, duhovka a srdce. Dětský lékař se při své každodenní práci setkává s dětským diabetem, který může a často bývá provázen autoimunitní tyreoiditidou. Struma, únava nebo zástava růstu může pediatra upozornit na hypotyreózu, kterou se

často tyreoiditis projevívá. Naopak neklid, tachykardie nebo úbytek na hmotnosti může být vyvolán hyperfunkční fází tohoto onemocnění. Vedle stanovení TSH je pak vhodné vyšetřit protilátky proti mikrozomálnímu antigenu (TPO-ab), protilátky proti tyreoglobulinu (Tg-ab), nebo dětského diabetika odeslat k jeho endokrinologovi. Další významnou chorobou, která může doprovázet diabetes je celiakie. Ta se nejčastěji manifestuje GIT příznaky, neprospíváním, poruchou růstu či opožděním puberty. Někdy se celiakie projevívá anemií, nebo rodiče upozorní lékaře na změny chování jejich dítěte.

Pro diabetologa jsou významným signálem časté hypoglykemie při snížené potřebě inzulínu. Pro průkaz je důležitá přítomnost EMA protilátek (endomysialní IgA), protilátky proti tkáňové transglutamináze nebo AGA (protilátky proti lepku). Pro dg. je ale nezbytné provést jejunální biopsii, kdy je nutný průkaz vilózní atrofie. Takový pacient pak musí dodržovat bezlepkovou diabetickou dietu.

I když je postižení jiných žláz s vnitřní sekrecí je v dětském věku méně časté, je třeba na ně myslet zvláště v rodinách, ve kterých se již některé vyskytlo. Uvádíme kazuistiku z naší endokrinologické ordinace.

■ Kazuistika č.1

Chlapec narozený v roce 1985 byl do 9-ti měsíců zdravý. Jeho matka je po operaci Gravesovy tyreotoxikózy. Při převádění z kojení na umělou výživu měl chlapec obstipaci, stanovena dg. m. Hirschsprung. Provedena kolostomie, ve 2 letech pak definitivní řešení VVV a zanoření kolostomie. Od 11-ti let opět potíže s vyprazdňováním, občasná noční inkontinence stolice. Pro krvácení z anu byl hospitalizován, diagnostikována idiopatická

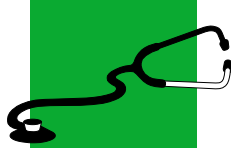
proktokolitis. Současně zachycena hyperglykemie, glykosurie, dg. diabetes mellitus 1. typu s vysokými GAD protilátkami. V průběhu terapie diabetu se objevuje hypotyreóza při prokázané tyreoiditis s vysokou hladinou TPO-ab a pozitivním sonografickým nálezem. Dále byla choroba kompenzována, pouze zvýraznění vitiliga na DK. Provedeným imunologickým vyšetřením zjištěno snížení buněčné imunity, protilátky proti tyreoglobulinu neg., proti testes, Langerhansovým ostrůvkům také neg., endomysium EMA neg.

V 17-ti letech náhle febrilní stav s kašlem a progredující dušností až do obrazu respirační insuficience s nutností UPV, nález kryptogenní fibrotizující alveolitis. Při terapii spontánní PNO vlevo. Definitivní dg. intersticiální plicní fibróza, verifikována plicní biopsií. Jako vedlejší nález zjištěna mikrocytární hematurie a suspektně zdvojený dutý systém obou ledvin. Léčen inzulínem a kortikoidy.

Jeho nevlastní sestra, narozená 1991 z druhého manželství otce, byla léčena od 10 let pro autoimunitní tyreoiditis. Její matka je léčena pro tyreoiditis a v graviditě byla sledována pro gestační diabetes. Otec obou našich pacientů je zdravý. Dívka měla při kontrolách v endokrinologické ordinaci glykosurii, zjištěna hyperglykemie. Stanovena dg. DM I. typu s vysokými GAD protilátkami. Při léčbě inzulínem jen velmi krátká iniciální remise onemocnění. V dalším průběhu trvale špatná dlouhodobá kompenzace diabetu. Podezření na celiakii pro vysoké protilátky endomysialní a proti tkáňové transglutamináze. Provedená jejunální biopsie prokázala subtotální vilózní atrofii.

Při zavedení celiakální diety jen mírné zlepšení kompenzace diabetu.

Pro špatnou spolupráci rodiny zatím nebylo provedeno genetické vyšetření obou rodin.



■ Kazuistika č. 2

Dívka narozená v roce 1991 onemocněla diabetem ve 4 letech. Její matka je léčena od mládí pro revmatoidní artritidu, iridocyklitidu a sekundární glaukom. Poslední 2 roky sledována a léčena pro hypotyreózu při lymfocytární tyreoiditidě. U naší pacientky byly při dg. diabetu stanoveny vysoké GAD protilátky. Iniciální remise trvala téměř 1 rok. Trvale dobrá dlouhodobá kompenzace diabetu. V 6 letech průkaz autoimunitní tyreoiditis s vysokými TPO-ab, Tg-ab. Od 10 let dochází ke

zhoršení kompenzace cukrovky, matkou stále zvyšovány dávky inzulínu. Hypoglykemie neprokázány I přes špatnou dlouhodobou kompenzaci je růst plynulý, v posledním roce pravidelné hmotnostní přírůstky, rozvoj sekundárních pohlavních znaků. Pro špatnou kompenzaci při vysokých dávkách inzulínu byla přijata k hospitalizaci. Během krátké hospitalizace výrazně snížena dávka inzulínu, glykemický profil se zlepšil. Nabrány endomysální protilátky, které jsou negativní, ale překvapením je vysoký titr protilátek pro-

ti tkáňové transglutamináze. Plánujeme jejunální biopsii.

Z výše uvedeného vyplývá závažnost problematiky autoimunitních endokrinopatií. Dětský lékař, který sleduje dítě trvale a zná dobře jeho rodinu, může při prvních příznacích onemocnění odeslat pacienta k endokrinologovi. Včasná diagnóza je pro další osud dítěte významná. ■

Literatura u autora

Diabetes insipidus centralis

MUDr. Renata Pomahačová

Dětská klinika FN a LF UK Plzeň

■ Úvod

Fyziologické rozmezí osmolality plazmy (extracelulární tekutiny – ECT), které se pohybuje v rozmezí 285 – 295 mOsm/kg, je udržováno rovnováhou mezi příjmem a výdejem tekutin (vody). Tato rovnováha je zajišťována 3 základními mechanismy:

- Antidiuretický hormon (ADH)
- Pocit žízně (osmoreceptory v hypotalamu)
- Ledviny (místo působení ADH)

Antidiuretický hormon (arginin – vazopresin) je syntetizován v magnocelulárních sekrečních neuronech, které jsou oboustranně uloženy v předním hypotalamu (n. supraopticus a n. paraventricularis). Svazky axonů těchto neuronů tvoří supraopticko – hypofyzární dráhu se zakončením v perivaskulárních prostorech neurohypofýzy. Do krevního oběhu je arginin – vazopresin uvolňován neurohypofýzou. **Gen pro ADH (AVP gen) je lokalizován na krátkém raménku 20. chromozomu. ADH má účinek především antidiuretický** (prostřednictvím V2 receptorů v buňkách sběrných kanálků ledvin působí zpětnou reabsorpci vody, udržuje tak fyziologický objem vody v ECT). **Syntéza a uvolňování ADH je regulováno osmolalitou a objemem ECT.** Zvýšení osmolality ECT a snížení objemu ECT vede ke zvýšení sekrece ADH.

■ Definice

Diabetes insipidus centralis seu neurohumoralis (Central diabetes insipidus – CDI) je charakterizován sníženou nebo chy-

bějící sekrecí ADH, která má za následek polyurii a polydipsii se sníženou pacientovou schopností koncentrovat moč. Snížená nebo chybějící sekrece ADH může být důsledkem defektu na jednom nebo více místech zahrnujících: hypotalamické osmoreceptory, n. supraopticus a n. paraventricularis, supraopticko – hypofyzární dráhu.

■ Klinické příznaky

Hlavním klinickým příznakem CDI je **polyurie a polydipsie**. Za polyurii považujeme dlouhodobé zvýšení diurézy nad 150% fyziologických hodnot, tzn. nad 4 ml/kg/hod u kojenců a nad 3 ml/kg/hod u batolat a starších dětí. Polyurie se může pohybovat v rozmezí 4 – 20 litrů/den. V důsledku trvalého pocitu žízně je typický, především u starších dětí, vysoký příjem tekutin nejen během dne, ale i v nočních hodinách. Tento anamnestický údaj je velmi důležitý v diferenciální diagnóze psychogenní (habituální, návyková) polydipsie, kde vysoký příjem tekutin bývá přítomný hlavně během dne. Dalším příznakem může být **enuresis nocturna**, nokturie, stagnace hmotnosti spolu s růstovou poruchou nebo hmotnostní úbytek. V novorozeneckém a kojeneckém věku je v popředí klinického obrazu **neprospívání a opakované stavy různého stupně hyperosmolální dehydratace**. V důsledku dehydratace při polyurii se u těchto dětí objevují teploty „**nejasné etiologie**“ především v ranních hodinách po noční dehydrataci.

Důležitá je včasná diagnóza diabetu insipidu pro vysoké riziko poškození centrálního nervového systému v důsledku opakovaných těžkých hyperosmolálních dehydratací.

Žádný ze zde uvedených symptomů proto v klinické praxi nelze podceňovat a dítě je nutno vždy komplexně vyšetřit.

■ Laboratorní vyšetření

Pro diagnózu diabetu insipidu (DI) jednoznačně svědčí hyperosmolalita séra (> 295 mOsm/kg) spolu s hypernatremií a hypoosmolalita moče (< 295 mOsm/kg). V tomto případě test s ADH pak odliší centrální a renální diabetes insipidus (u centrálního diabetu insipidu dochází k vzestupu osmolality moče nad 750 mOsm/kg u starších dětí, nad 600 mOsm/kg u batolat, nad 500 mOsm/kg u kojenců, u renálního diabetu insipidu osmolalita moče zůstává pod 295 mOsm/kg). Normální osmolalita séra a hypoosmolalita moče diagnózu DI ale nevylučují. S touto situací se setkáváme při zachovaném centru žízně, kdy dítě přijímá tekutiny dle potřeby a tím si zachovává normální parametry vnitřního prostředí. Test s odnětím tekutin pak odliší psychogenní polydipsii a diabetes insipidus. U DI po odnětí tekutin trvá polyurie, osmolalita moče zůstává nízká, ve vnitřním prostředí dochází k rozvoji hyperosmolality séra spolu s hypernatremií, celkový stav pacienta může být alterován. **Test s odnětím tekutin proto provádíme jen ve sporných případech a s monitorací stavu**



pacienta za hospitalizace. U psychogenní polydipsie se po odnětí tekutin obnovuje sekrece ADH což má za následek pokles diurézy, postupný vzestup osmolality moče nad 750 mOsm/kg, osmolalita séra zůstává normální. Při potvrzení DI se pak opět provádí test s ADH k odlišení centrálního a renálního diabetu insipidu.

■ Etiologie

Diagnóza centrálního diabetu insipidu u dětského pacienta je vždy závažná a vyžaduje jako **první krok vyloučení nádorové etiologie**. Provádíme proto vždy MRI mozku se zaměřením na hypotalamo – hypofyzární oblast. **Jak ukazují klinické zkušenosti, negativní nález při prvním grafickém vyšetření nádorovou etiologii CDI nevyklučuje! Tzv. „idiopatický“ CDI tedy nelze podceňovat. Grafické vyšetření mozku doporučujeme první rok po diagnóze opakovat v časovém intervalu 3, 6 a 12 měsíců, pak po dobu 5 let jedenkrát ročně (pomalu rostoucí hypotalamické tumory).** Řídíme se samozřejmě klinickým stavem pacienta, dle potřeby grafické vyšetření mozku provádíme dříve. **Pokud je potvrzena nádorová etiologie CDI, je nutné vždy před operačním zákrokem vyloučit hypopituitarismus.** Potvrzené další hormonální hypofyzární deficity je pak nutno substituovat

Vždy je nezbytné adekvátní zajištění pacienta Hydrocortisonem i.v. k operačnímu výkonu! Ze závažných ale závažných příčin CDI je nutno uvést **histiocytózu z Langerhansových buněk**. Toto závažné onemocnění se také může skrývat za tzv. „idiopatickým“ CDI. V 50% je CDI prvním příznakem nemoci, v 50% se vyvíjí do 4 – 5 let po prvních příznacích histiocytózy. Na MR mozku se infiltrace Langerhansovými buňkami mohou projevit jako hypodenzní ložiska v oblasti hypofýzy, hypotalamu, bývá rozšířené infundibulum. Průkaz infiltrace těmito buňkami by byl možný pouze autopsií. Není jasné, proč Langerhansovy buňky mají tak silnou afinitu k hypotalamu a ke stopce hypofýzy. Z uvedené vyplývá, že žádný MR nález nesmíme podceňovat. V takto nejasných případech je proto nutno pátrat po ev. postižení dalších orgánů při tomto onemocnění.

Uvedli jsme dvě závažné a život ohrožující příčiny CDI při pozdní diagnóze. Přehled ostatních příčin CDI je shrnut v tabulce č. 1. Podle procentuálního zastoupení jednotlivých forem CDI je na prvním místě idiopa-

tab. č. 3

Etiologie centrálního diabetu insipidu (upraveno dle Charles G. D. Brook „Clinical Paediatric Endocrinology“)

traumatická

- pooperační stavy (operace CNS v hypotalamo – hypofyzární oblasti)
- kraniocerebrální poranění

vaskulární

- anomálie (aneurysma, AV malformace)
- krvácení do CNS

infekční

- meningitis, encephalitis

infiltrativní

- histiocytóza z Langerhansových buněk, leukemie, sarkoidóza, TBC

nádorová

- germinom, kraniofaryngom, gliom optiku
- anomálie CNS
- septo – optická dysplázie, Laurence – Moon – Biedl syndrom, empty sella sy

hereditární

- autozomálně dominantní dědičnost (mutace v AVP genu na 20. chromozómu, dle tíže postižení projevy nastupují většinou po 1. roce života, mohou i za několik let po narození)
- autozomálně recesivní dědičnost
- Wolframův syndrom (DIDMOAD – diabetes insipidus, diabetes mellitus, hluchota, atrofie optických nervů), autozomálně recesivní dědičnost
- septo – optická dysplázie

idiopatická (etiologie nejasná)

- možný autoimunitní proces (v literatuře udávána tato etiologie až u 1/3 „idiopatického CDI“)
- pomýšlet na nádorovou etiologii (kontroly MRI mozku)
- pomýšlet na histiocytózu (kontroly MRI mozku a scintigrafie skeletu)

autoimunitní

- destrukce magnocelulárních sekrečních neuronů autoimunitním procesem (pozitivní autoprotilátky, možná koincidence s dalšími autoimunitními chorobami)

tický CDI (30%), dále nádorová etiologie CDI (25%), pooperační stavy (20%), traumatická etiologie CDI (16%).

■ Léčba

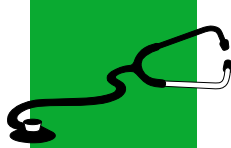
Základem je substituční terapie syntetickým analogem antidiuretického hormonu desmopresinem s cílem snížit diurézu obnovením zpětné reabsorpce vody v ledvinách. **Syntetický analog antidiuretického hormonu (DDAVP, desmopresin)** má prodloužený antidiuretický účinek na 8 – 10 hodin.

K dispozici je **několik forem tohoto preparátu** – kapková forma (preparát Adiuretin gtt nas., 1 kapka obsahuje 5 ug účinné látky desmopresinu), tabletová forma (preparát

Minirin po 0,1 mg a po 0,2 mg desmopresinu acetate), dále je k dispozici sprejová a injekční forma desmopresinu.

Obtížnost léčby spočívá ve vytitrování celkové denní dávky, v dávkovacím schématu v závislosti na stádiu choroby a na změnách denního režimu pacienta a dále ve způsobu aplikace syntetického ADH.

Pro úspěšnou léčbu CDI v domácím prostředí je důležité podrobné vysvětlení podstaty choroby a léčebné strategie rodičům dítěte ošetřujícím lékařem. Většina závažných komplikací léčby CDI v domácím prostředí (intoxikace vodou, hyperosmolální dehydratace) je způsobena porušením základních zásad vedení terapie CDI. Nejčas-



těji se jedná o špatnou techniku aplikace syntetického ADH, někdy o vynechání dávek nebo naopak o předávkování syntetického ADH nebo o nepřiměřený příjem tekutin při terapii. Důležitá je proto opakovaná edukace rodiny o strategii léčby a o možných komplikacích v průběhu léčby.

Pro **riziko retence tekutin s rozvojem edému mozku v souvislosti s léčbou** (předávkování syntetického ADH nebo nadměrný příjem tekutin s následnou nerovnováhou v jejich příjmu a výdeji) je důležité **sledovat a udržovat vyrovnanou bilanci tekutin**. Zvláště u malých dětí je nutno pravidelně kontrolovat hmotnost, přítomnost otoků, nepodceňovat možné klinické příznaky rozvoje edému mozku (bolesti hlavy, zvracení, alterace vědomí). V takovém případě je důležité nepodávat Adiuretin a tekutiny, dokud nenastane polyurie. Ošetřujícími lékaři jsou pravidelně kontrolovány parametry vnitřního prostředí.

Při **hyperosmolární dehydrataci jako komplikaci léčby CDI** (nedostatečná dávka syntetického ADH v důsledku špatné techniky aplikace kapkové formy nebo vynechání syntetického ADH, nedostatečný příjem tekutin) je nutno zachovat strategii pozvolného poklesu osmolality séra z důvodu možného rozvoje edému mozku při jejím rychlém poklesu (osmolalita séra nesmí klesat rychleji než o 2 mOsm/l/hod., což odpovídá rychlosti poklesu sérové hladiny sodíku asi o 1 mmol/l/hod.).

Preparát **Adiuretin gtt nas.** je většinou aplikován 2x denně intranazálně. Někteří pacienti potřebují pouze 1 dávku, jiní 3 dávky denně, což souvisí se stupněm deficitu ADH. Potřebnou dávku je proto třeba vytitrovat. Substituční dávky zejména u malých dětí jsou nízké, podáváme ředěné kapky (1/2, 1/4...kapky). Je vhodné začít s nižší dávkou a tu pak ev. zvyšovat. U kojence začínáme např. s dávkou 1 ug 2x denně, u větších dětí s dávkou 2,5 ug 2x denně. Právě pro riziko intoxikace vodou při předávkování Adiuretinu je vhodnější volit nižší dávky Adiuretinu a dle pocitu žízně (pokud pacient má zachované centrum žízně) si pacient tekutiny dopijí dle potřeby. V naší péči jsme např. měli od časného kojeneckého věku pacientku se septo-optickou dysplázií, u které jsme v tomto věku vytitrovali dávku Adiuretinu (gtt nas.) na 3x denně 1/7 kapky a příjmem čaje dle chuti mezi jídly jsme udržovali fyziologické parametry vnitřního prostředí při vyrovnané bilanci tekutin. Při vyšších dávkách Adiuretinu

měla pacientka sklon k retenci tekutin.

Pro **adekvátní vstřebání Adiuretinu (Adiuretin gtt nas.) nosní sliznicí je důležitá správná aplikace léku**. Před aplikací musí mít pacient vyčištěný nos (především při rýmě, kdy je nutno většinou také zvýšit dávku Adiuretinu), látku aplikujeme na nosní přepážku co nejdále tak, aby nestekla do nosohltanu, po aplikaci asi po dobu jedné minuty pak masírujeme nosní sliznici k zajištění jeho vstřebání. Z důvodu zajištění adekvátního vstřebávání Adiuretinu a tím možného správného vytitrování dávky je důležité, aby od počátku Adiuretin kapala pokud možno jedna osoba, nejlépe matka.

Další možnou podávanou substituční formou desmopresinu je jeho **tabletová forma (preparát Minirin 0,1 mg nebo 0,2 mg)**, která udržuje antidiuretický účinek po dobu 8 – 12 hodin. U dětí je doporučována počáteční dávka 0,1 mg 3x denně. Dávkování se pak upravuje podle reakce pacienta. Opět i zde doporučujeme začít spíše s nižší dávkou (např 1/2 tbl po 0,1 mg 2 – 3x denně), ev. pak dle bilance tekutin dávkování upravit.

U pacientů se sekundární formou CDI se někdy po odstranění základní příčiny obnovuje sekrece ADH s možným snížením terapeutické dávky syntetického ADH nebo i s jeho úplným vysazením.

Z uvedeného přehledu vyplývá, že léčba CDI představuje komplikovaný problém a vyžaduje vždy těsnou spolupráci ošetřovatelského týmu s rodinou pacienta.

■ Doporučení pro praxi

Žádný anamnestický údaj o vysokém příjmu a výdeji tekutin nelze podceňovat. Tato anamnestická data je nutno nejprve objektivizovat a při jejich potvrzení pak pacienta podrobně vyšetřit z hlediska diferenciální diagnózy polyurie a polydipsie. K základnímu vyšetření patří vyšetření **glykemie, glykosurie, ketonurie** (diabetes mellitus), vyšetření **kalemie** (chronická hypokalemie vede ke ztrátě koncentrační schopnosti ledvin), **kalcemie** (chronická hyperkalcemie např. při hyperparatyreóze vede ke ztrátě koncentrační schopnosti ledvin), vyšetření **hladiny urey, kreatininu** v plasmě a **sonografie uro-poetického traktu** (vyloučení renálního onemocnění), vyšetření **osmolality séra a moče** s ev. následným vyšetřením z hlediska diagnózy diabetu insipidu.

Literatura u autora

■ Konopí pomáhá lidem s roztroušenou sklerózou, tvrdí první velká studie

Léky, jejichž hlavní složkou je marihuana, pacientům s roztroušenou sklerózou údajně pomohly od bolesti. Některé pacienty při užívání léků také méně trápila nespavost a svalové napětí.

Léky, jejichž hlavní složkou je marihuana, zřejmě dokážou výrazně zmírnit některé z příznaků roztroušené sklerózy. K tomuto závěru dospěli britští vědci ve své studii, kterou minulý týden zveřejnili v odborném časopise The Lancet. Jde přitom o první rozsáhlejší vědeckou studii zabývající se léčebnými účinky marihuany. Ke zjištění odborníci dospěli na základě výzkumu, jehož se účastnilo 630 lidí trpících roztroušenou sklerózou. Dobrovolníky vědci rozdělili do tří skupin. První skupina následujících patnácti týdnů dostávala tablety obsahující cannabiový olej (hustou kapalinu, která se získává z konopí). Další část pacientů po danou dobu užívala léky se syntetickým tetrahydrocannabinolem (THC – účinnou látkou marihuany). Třetí skupině odborníci podávali placebo. Mezi příznaky roztroušené sklerózy patří závratě, třes, brnění, křeče, obrny nebo až úplné ochrnutí končetin. Sedmapadesát procent dobrovolníků z první skupiny se během výzkumu odborníkům svěřilo, že jim léky pomáhají od bolesti, totéž se vědci dozvěděli od 50 procent pacientů z druhé a 37 procent lidí ze třetí skupiny. Lidé z prvních dvou skupin také častěji než ti ze skupiny třetí hovořili o zmírnění nespavosti a zlepšení pohybových schopností. Jednašedesát procent lidí ze skupiny užívající cannabiový olej údajně lék uvolnil svalové napětí. Totéž tvrdilo 60 procent lidí z druhé a 46 procent lidí ze třetí skupiny. Slibné výsledky se však nepotvrdily při objektivních testech. Ty však nemusí být podle lékařů zcela vyhovující. „Podle mého názoru by se měla stát studie dostatečným impulsem pro farmaceutické firmy. Věříme, že marihuana skutečně může některým lidem trpícím roztroušenou sklerózou pomoci,“ uvedl John Zajicek z univerzity v britském Plymouthu. „Koneckonců lékaři by měli hlavně naslouchat tomu, co říkají jejich pacienti. Jenom tak se člověk může stát dobrým lékařem,“ dodal. V současné době probíhají další výzkumy, které by měly vědecky ověřit, zda marihuana pomáhá při léčbě Alzheimerovy nemoci a dalších chorob.



Hypoglykemie v dětském věku

MUDr. Renata Pomahačová

Dětská klinika FN a LF UK Plzeň

Prof. MUDr. Jan Lebl, CSc.

Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV, Praha

Glukóza je rozhodujícím substrátem pro energetický metabolismus a je zdrojem pro ukládání energie ve formě glykogenu, tuků a bílkovin. Glukóza má zásadní význam v energetickém metabolismu mozku, proto je pro jeho normální funkci udržení normoglykemie nezbytné. Na rozdíl od jiných tkání, vstup glukózy do mozku není závislý na inzulínu. Koncentrace glukózy v krvi u zdravých jedinců je udržována nalačno v rozmezí od 3,5 do 5,6 mmol/l. Glykemie mezi 2,9 – 3,4 mmol/l jsou v pásmu mírně snížených hodnot a většinou nesignalizují významnější poruchu. Naproti tomu glykemie nižší než 2,9 mmol/l bývají provázeny různou symptomatologií a je jim třeba věnovat pozornost. Klinické příznaky hypoglykemie vznikají jako důsledek aktivace autonomního nerstva a jako důsledek neuroglykopenie. Pokles glykemie aktivuje nejprve vegetativní nervový systém (neklid, třes, pocení, palpitace, tachykardie, úzkost). Při poklesu glykemie pod 2,8 mmol/l dochází ke snížení dodávky glukózy do nervových buněk, které tak ztrácejí rychle dostupný energetický substrát. Objevují se neuroglykopenické příznaky (neschopnost soustředění, únava, bolesti hlavy, porucha zraku, diplopie, porucha řeči, různý stupeň poruchy vědomí – somnolence, sopor až kóma, křeče). Při opakované hypoglykemii může vegetativní symptomatologie chybět a neuroglykopenické příznaky se rozvíjí přímo. K zachování dostatečného přísunu glukózy do mozkových buněk je v organismu vytvořen komplexní regulační systém s cílem udržet normoglykemii. V **regulaci glykemie hrají hlavní roli β-buňky pankreatu**. Glukózovým senzorem je enzym glukokináza, která dle výše glykemie spouští nebo inhibuje kaskádu intracelulárních dějů, vedoucích k uvolnění inzulínu do krevního oběhu. Významnou funkci v regulaci glykemie dále mají **kontraregulační hormony** (glukagon, katecholaminy, kortizol, růstový hormon), které chrání organismus před hypoglykemií produkcí glukózy prostřednictvím glykogenolýzy, glukoneogeneze a snížením periferního využití glukózy. Při hrozící hypoglykemii klesá sekrece inzulínu, stoupá sekrece kortizolu, růstového hormonu, katecholaminů a glukagonu. Během dlouhodobého hladovění

zajišťuje 80–90% energetických potřeb člověka tuk, který je prostřednictvím ketogenezy v játrech s tvorbou ketoláték zdrojem velkého množství energie potřebné pro činnost mozku. K hypoglykemiím v dětském věku dochází především v době lačnění.

Příčiny hypoglykemie lze rozdělit

do dvou základních skupin:

- **primárně selhává regulace glykemie vlivem hormonální poruchy** (organismus má dostatek metabolizovaných zdrojů glukózy, ale nadbytkem inzulínu nebo nedostatkem kontraregulačních hormonů je znemožněn přísun glukózy do krve a tím její transport do mozku)
- **primárně selhává energetický metabolismus vlivem metabolické poruchy** po vyčerpání metabolizovatelných zdrojů glykogenolýzy a glukoneogeneze

Recidivující a těžké hypoglykemie u kojenců a malých dětí, u nichž dochází k vývoji CNS, mohou způsobit trvalé a ireverzibilní poškození centrálního nervového systému, jsou tedy pro dítě velmi nebezpečné. Dlouhodobými následky hypoglykemií jsou mentální retardace a sekundární epilepsie, dále trvalé neurologické postižení a postižení intelektu. Těžká hypoglykemie v kterémkoliv věku může bezprostředně ohrozit život dítěte.

■ Základní příčiny hypoglykemie u dětí

1) Hormonální

Nadbytek inzulínu

- PHHI (perzistující hyperinzulinemická hypoglykemie kojenců)
- Inzulinom pankreatu (nezidiom, adenom ostrůvkových buněk)
- Novorozenci diabetických matek
- Fetální erytroblastóza
- Syndrom Bechwith – Wiedermann

Nedostatek glukokortikoidů

- Addisonova choroba (izolovaná nebo jako sou-

část autoimunitního polyglandulárního syndromu APS-1, APS-2)

- Vrozená adrenální hyperplazie (CAH)
- Vrozená adrenální hypoplazie (AHC)
- X-vázaná adrenoleukodystrofie (X-ALD)
- Zellwegerův syndrom
- Familiární deficience glukokortikoidů (defekt receptoru pro ACTH)
- Syndrom tří A (Tripple A syndrom – achalázie, alacrimie, adrenální insuficience)

Nedostatek nebo

neúčinnost růstového hormonu

- Izolovaný deficit růstového hormonu (např. delece genu pro růstový hormon)
- Kombinovaný pituitární deficit (např. defekt transkripčních faktorů Prop-1, Pit-1)
- Defekt receptoru pro růstový hormon (Laronův syndrom)

2) Metabolické

Glykogenózy

(GSD – glycogen storage diseases)

- Porucha syntézy glykogenu (GSD 0)
- Porucha glykogenolýzy (GSD I, III, VI, IX)

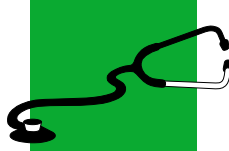
Porucha β-oxidace mastných kyselin

- nejčastěji porucha MCAD (enzym acyl-CoA dehydrogenáza mastných kyselin se středně dlouhým řetězcem) nebo porucha LCHAD (enzym 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenáza mastných kyselin s dlouhým řetězcem)

Řada dalších metabolických poruch, např.

- galaktosémie
- intolerance fruktózy
- nemoc javorového sirupu
- senzitivita na leucin

Perzistující hyperinzulinemická hypoglykemie kojenců (PHHI) je vzácná, geneticky podmíněná porucha regulace inzulínové sekrece. Dle postiženého genu, dle věku při nástupu prvních klinických příznaků a dle odpovědi na konzervativní léčbu (Diazoxid) se rozlišují 4 formy PHHI. Těžké formy PHHI vedou k závažným život ohrožujícím



hypoglykemiím již v prvních týdnech života a těžce poškozuji vyvíjející se mozek. Stav je nutné rychle řešit, ve většině případů je nutno provést téměř totální pankreatektomii.

Inzulinom pankreatu vylučujeme u každého dítěte s hypoglykemií ve věku hlavně nad 5 let. K hypoglykemiím dochází typicky nalačno, pro diagnózu organického hyperinzulinismu je důležitý odběr inzulínu právě při hypoglykemii, kdy pak hodnotíme poměr inzulínu/glykemie. U inzulinomu bývá obtížná diagnostika jeho lokalizace (endoskopická monografie, octeotidový scan). Léčba je chirurgická. Inzulinom může být součástí mnohočetné endokrinní neoplázie.

Deficit glukokortikoidů se projeví u dítěte těžkou hypoglykemií hlavně v zátěžových situacích nebo při delším lačnění. U dětí s projevy autoimunitního polyglandulárního syndromu typu 1 je vznik Addisonovy choroby velmi pravděpodobný, proto je nutno tyto pacienty sledovat z hlediska adrenální funkce v častých intervalech.

Těžký deficit růstového hormonu je často spojen s hypoglykemiemi hlavně při nemoci v souvislosti se sníženým perorálním příjmem stravy nebo ráno po nočním lačnění. Tyto hypoglykemie většinou nejsou klinicky dramatické, ale mohou vést k různě těžkému postižení intelektu.

Porucha β -oxidace mastných kyselin -nejčastěji se jedná o poruchu enzymu MCAD, který je nezbytný pro mitochondriální β -oxidaci mastných kyselin se středně dlouhým řetězcem. Jeho deficit znemožňuje využívat mastné kyseliny jako zdroj energie a jako prostředek glukoneogenezy. To se pak klinicky projeví po vyčerpání zásob jaterního glykogenu po delším lačnění při nemoci nebo velké fyzické zátěži. V prvních dvou letech života ne-

jsou příznaky deficitu MCAD časté, protože děti většinou dlouhodobě nehladovějí. K fatální hypoglykemii může ale dojít u kojeneho novorozence s touto metabolickou poruchou před rozvinutím vydatné laktace. Pro diagnózu poruchy β -oxidace mastných kyselin je rozhodující odběr vzorků krve a moči v době metabolické poruchy.

■ Doporučení vyplývající z našich zkušeností

1) Endogenní hypoglykemie je u dětí poměrně vzácný, ale velmi závažný příznak. Vzhledem k jejímu vysokému riziku by měla být dětskými lékaři u postiženého dítěte včas rozpoznána.

2) Donošení, neriziková novorozenci s normální porodní hmotností, u nichž se objeví hypoglykemie pod 2,2 mmol/l, by měli být vyšetřeni z hlediska etiologie hypoglykemie a dále sledováni na kvalifikovaném pracovišti.

3) Opakované hypoglykemie u kojence rychle a ireverzibilně poškozuji centrální nervový systém a vyžadují proto urgentní řešení (viz PHHI)

3) U dítěte s příznaky epilepsie by měla být vždy vyloučena hypoglykemie jako příčina akutního stavu.

4) V době hypoglykemie

je důležitý odběr krve a moči ke stanovení diagnózy její etiologie (hormonální a metabolické vyšetření). Následné vyšetřování je pak velmi obtížné a ohrožuje dítě znovu rozvojem závažné život ohrožující hypoglykemie. Úkolem lékaře prvního kontaktu je, aby tento biologický materiál zajistil a poslal ho s pacientem na klinické pracoviště k dalšímu vyšetření.

4) Děti s anamnézou hypoglykemií jakékoliv etiologie musí být zajištěni infuzí glukózy při každém interkurentním infektu se současným sníženým příjmem stravy a/nebo se zvracením.

Otázka hypoglykemií v dětském věku spolu s kazuistikami takto postižených dětí je podrobně popsána v knize „Trendy v pediatrii“ – „Dětská endokrinologie“, která v současné době vychází.

Literatura u autorů

Medicom

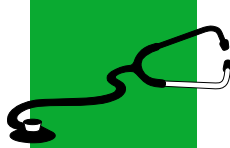
Česká společnost dorostového lékařství ČLS JEP

zve praktické lékaře pro děti a dorost
na seminář

Zneužívání anabolických steroidů u mládeže

V Lékařském domě v Praze 2, Sokolovská 31
dne 23. 4. 2004, od 14 - 17 hodin.

Tématem bude zneužívání anabolik
v posilovnách, kulturistice, při sportu.



Hodnoty krevního tlaku dětí (0 - 18 let) v České republice

MUDr. Věra Adámková, CSc.

Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Jihočeská Universita České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta 2. LF University Karlovy, Praha

Prof. MUDr. M. Velemínský, DrSc., Doc. MUDr. J. Janda,

MUDr. J. Skibová, MUDr. T. Seman, MUDr. J. Nová

Jihočeská Universita České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta 2. LF University Karlovy, Praha

Úvod:

Problematika hodnocení krevního tlaku dětí je velmi aktuální. Poslední měření části vybrané dětské populace probíhalo v 80. letech 20. století (Pistulková et al.) a není již možné se podle něj řídit. Měření krevního tlaku dětí je dnes součástí rutinního pediatrického vyšetření, včetně preventivních prohlídek dětí od 3 let věku. Prevalence hypertenze dětského věku se obecně udává cca 1%. Avšak jen malá část dětí s hypertenzí vyžaduje farmakologickou léčbu (Falkner a Sadowski, 1995). V letech 2000 – 2002 probíhal rozsáhlý projekt mapování hodnot krevního tlaku českých dětí, který patří k největším projektům prováděným v terénu.

Klíčová slova:

childhood, arterial hypertension, blood pressure

Souhrn

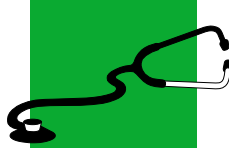
V letech 2000–2002 bylo provedeno změření krevního tlaku 23 276 dětem v šesti oblastech (Praha, jihočeská, severočeská, západočeská, jihomoravská a východočeská oblast) České republiky. Byly měřeny děti ve věku 1–18 let věku. Výsledky byly statisticky zhodnoceny a porovnány hodnoty krevního tlaku podle věku a pohlaví v jednotlivých měřených oblastech. Hodnoty krevního tlaku nad 90. percentil získaných hodnot byly považovány za rizikové. Byly porovnány jednotlivé oblasti a zjistili jsme, že zastoupení rizikových percentil hodnot krevního tlaku u dětí není v naší republice rovnoměrné.

Hodnocený soubor a použité metodiky

Vyšetřili jsme celkem 23 276 dětí ve věku 1–17 let (10 564 chlapců a 12 712 dívek) ze 6 oblastí ČR. Pro lepší geografickou orientaci jsme jako oblasti šetření zvolili bývalé kraje (Praha, Jihočeský, Západočeský, Východočeský, Severočeský, a Jihomoravský kraj). Děti, které přesáhly 18 let věku v době provádění šetření, již nebyly hodnoceny.

tab. č. 1

Procentuální zastoupení hodnot systolického krevního tlaku nad 90. percentilem u chlapců v jednotlivých oblastech							
věk	Praha	JČ	SČ	VČ	JM	ZČ	n
1	0	0	15,5	6,2	0	0	433
2	0,6	0	19,7	9,0	13,5	2,3	693
3	0	12,4	18,5	8,1	4,3	0	536
4	1,4	7,4	21,6	7,1	1,6	0	821
5	2,5	5,9	3,0	0	0	6,4	955
6	14,8	5,6	11,5	0	5,0	20,4	
7	9,3	2,0	12,2	0	7,7	8,7	419
8	0,9	0	0,9	0	6,4	4,2	371
9	1,4	0	1,1	0	1,8	1,8	442
10	5,6	5,3	8,1	0	4,6	8,7	486
11	6,5	5,9	5,3	0,	4,5	5,6	627
12	8,6	0	6,7	0	7,6	17,4	448
13	8,6	0	7,6	0	6,0	8,5	609
14	18,5	12,5	8,7	5,8	5,5	8,4	730
15	7,5	5,9	6,14	4,4	9,0	14,0	712
16	43,5	4,	9,5	0,8	5,3	17,5	755
17	17,9	26,9	12,5	0	4,0	4,7	614



tab. č. 1

Procentuální zastoupení hodnot systolického krevního tlaku nad 90. percentilem u dívek v jednotlivých oblastech

Věk	Praha	JČ	SČ	VČ	JM	ZČ	N
1							
2	2,6	0	27,91	10,0	6,1	0	488
3	0	3,0	29,3	4,8	6,6	0	529
4	2,7	2,1	33,7	10,5	4,6	0	443
5	2,6	0	5,8	16,7	0	9,8	352
6	0	0	7,0	4,3	0	4,9	326
7	1,4	0	3,0	3,2	5,0	11,9	544
8	0,8	0	1,8	0	0	0	668
9	10,0	2,3	14,6	0	0	20,0	806
10	5,5	4,1	4,2	1,6	0	10,6	903
11	6,4	8,8	13,2	10,0	7,1	11,7	1000
12	7,6	9,9	13,0	7,3	8,3	17,7	876
13	3,1	6,4	1,8	2,5	0	10,3	917
14	14,0	7,8	23,9	6,3	3,3	3,4	1040
15	8,7	3,7	10,3	7,1	11,4	11,1	1026
16	7,3	2,7	18,0	0	8,1	3,5	921
17	12,1	5,0	12,7	0	6,1	5,9	1013

Metodika

U dětí se krevní tlak hodnotí podle norem. V současné době se nejvíce užívají americké normy vzešlé ze studie Second Task Force, kde jsou hodnoty tlaku uvedeny v percentilových grafech a tabulkách. Hypertenze je definována jako průměrný systolický nebo diastolický tlak, který je rovný nebo vyšší než 95. percentil pro pohlaví, věk a výšku dítěte a je naměřený alespoň při třech různých příležitostech.

Krevní tlak jsme měřili rtuťovým sphygmanometrem, jehož stupnic byla dělena po 2 mm. Použití manžety bylo závislé na obvodu paže měřené osoby.

Krevní tlak byl měřen ve školních zařízeních, vždy v dopoledních hodinách, ve zvláštních místnostech. Děti byly měřeny individuálně. Krevní tlak byl měřen vsedě, na pravé horní končetině, po cca 5–8 minutovém uklidnění měřené osoby. Byla provedena tři měření ve třech minutových intervalech. Systolický tlak se hodnotí u dětí stejně jako u dospělých. Diastolický tlak je u dětí všech věkových kategorií hodnocen také V. Korotkovovým fenoménem, tedy okamžikem vymizení posledních pravidelných zvuků.

Pro další hodnocení jsme použili výpočet

percentilů systolického a diastolického krevního tlaku.

Hodnoty přesahující 90. percentil jsme pokládali za rizikové, tj. vyžadující sledování jedince, hodnoty nad 95. percentil jsme pokládali již za hypertenzi. Za klinicky významný rozdíl mezi dvěma měřeními tlaku jsme považovali 4 mm Hg u systolického TK a 2 mm Hg u diastolického TK. Pro statistické hodnocení

jsme užíli druhé měření krevního tlaku. Účast ve studii byla naprosto dobrovolná a u nezletilých dětí se souhlasem rodičů. Pro statistické zhodnocení bylo použito metodiky BMDP software.

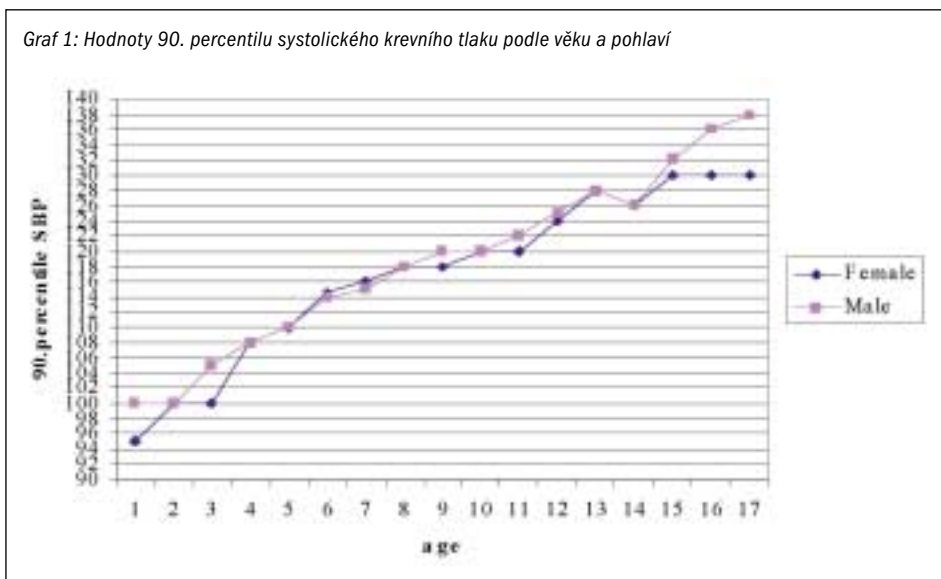
Výsledky

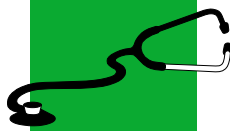
Nejvíce rizikových chlapců, jejichž hodnota systolického krevního tlaku byla nad 90. percentilem měřených hodnot, jsme našli ve věku 1,2,3,4 a 7 roků v severočeské oblasti. V západočeské oblasti bylo nejvíce rizikových chlapců ve věku 5,6,10,12 a 15 let. V jihomoravské oblasti bylo nejvíce rizikových chlapců ve věku 8 let a v jihočeské oblasti ve věku 17 roků. V Praze jsme našli nejvíce rizikových hochů ve věku 11,13,14 a 16 roků. Ve východočeské oblasti jsme našli chlapce, kteří by měli systolický krevní tlak nad 90. percentilem měřených hodnot (viz tabulka 1).

U dívek v Praze, v jihočeské a ve východočeské oblasti jsme ani v jedné věkové skupině nenašli hodnoty systolického krevního tlaku nad 90. percentilem měřených hodnot. Nejčastěji jsme rizikové hodnoty krevního tlaku nacházeli v severočeské oblasti (u dívek ve věku 2,3,4,6,8,11,14,16, a 17 let věku. Na jižní Moravě jsme našli rizikové hodnoty pouze u 15 letých dívek. Druhé nejčetnější zastoupení rizikových dívek jsme zjistili v západočeské oblasti (u dívek ve věku 7,9,10,12 a 13 let). Podrobněji tabulka 2.

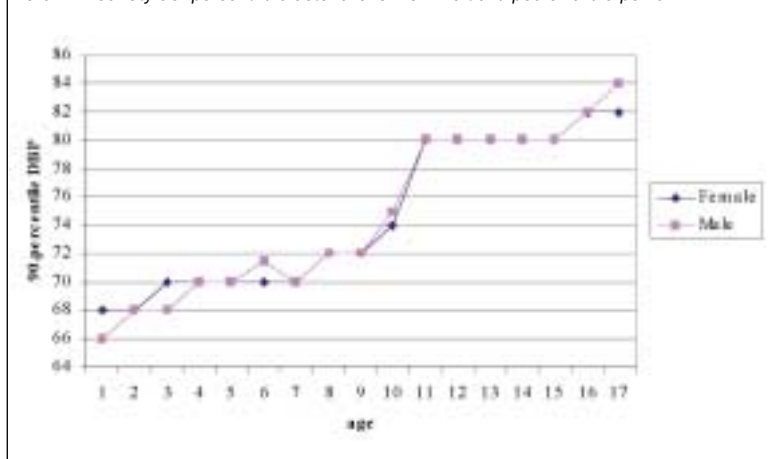
Průměrné hodnoty systolického a diastolického krevního tlaku, které byly vyšší než 90. percentil měřených hodnot, jsou zobrazeny v grafech 1 a 2.

Graf 1: Hodnoty 90. percentilu systolického krevního tlaku podle věku a pohlaví

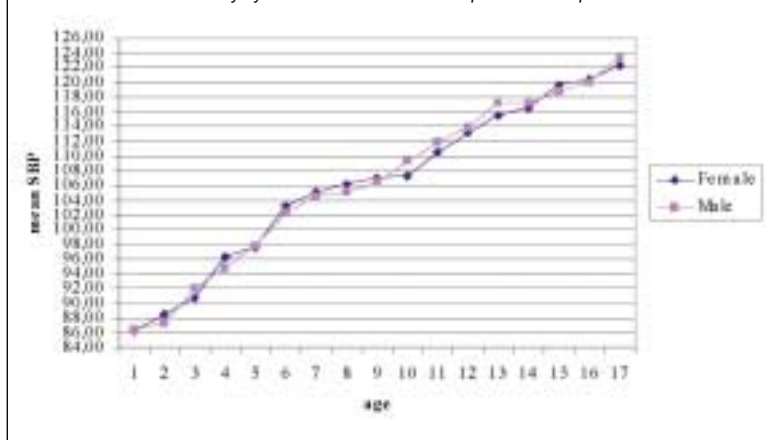




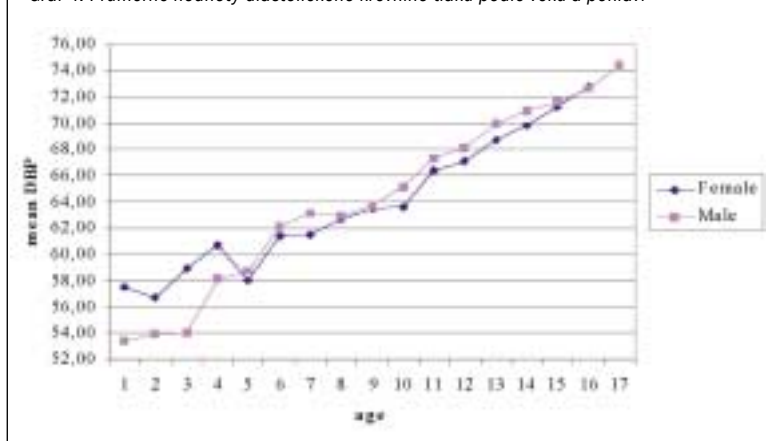
Graf 2: Hodnoty 90. percentilu diastolického krevního tlaku podle věku a pohlaví



Graf 3 : Průměrné hodnoty systolického krevního tlaku podle věku a pohlaví



Graf 4: Průměrné hodnoty diastolického krevního tlaku podle věku a pohlaví



Průměrné hodnoty systolického i diastolického krevního tlaku podle pohlaví a podle věku jsou podrobně uvedeny v grafu 3, resp. 4.

Závěr

V souladu s literárními údaji je hodnocení hypertenze dětí od 95. percentilu naměřených hodnot podle věku a pohlaví (4). Při hodnocení výskytu hodnot krevního tlaku nad 90. percentil měřených hodnot vidíme, že hodnoty 90. percentilu se u dívek prakticky nemění od 14. roku věku, zatímco u chlapců se hodnoty 90. percentilu plynule zvyšují (s výjimkou 15. roku věku) ve všech věkových kategoriích. Hodnoty 90. percentilu diastolického krevního tlaku vykazují plató u obou pohlaví mezi 11–15 rokem věku, poté roste rychleji hodnota 90. percentilu u chlapců. Průměrné hodnoty systolického krevního tlaku plynule rostou u obou pohlaví. Od 11. roku věku jsou vyšší u chlapců, podobně se chová i průměrná hodnota diastolického krevního tlaku. Vyšší hodnoty průměrného krevního tlaku u chlapců než u dívek jsou známy z řady literárních údajů (3,5,7). V práci Sunga byla hypertenze zjištěna u 6,57% chlapců a u 4,76% dívek ve věku 6–12 roků (sledovali již selektovanou dětskou populaci). Vysvětlení nerovnoměrného zastoupení rizikových skupin dětí (nad 90. percentil) v jednotlivých sledovaných oblastech není jednoduché. Je jisté, že na důležitou úlohu pro další vývoj arteriální hypertenze dětí má fyzická aktivita i výživové zvyklosti (6). Tento projekt se však nezabýval hodnocením dietních zvyklostí ani sledováním fyzické aktivity vyšetřovaných osob v jednotlivých oblastech, a tak se nemůžeme vyjádřit k příjmu jednotlivých složek potravy, což jsou faktory, které by mohly podat bližší vysvětlení zjištěných rozdílů. Na sledování těchto zvyklostí naší dětské populace bychom chtěli navázat v dalších studiích.

Literatura:

1. Report of the Second Task Force on Blood Pressure Kontrol in Children. *Pediatrics*, 1987, 79, 1–25
2. Update on the 1987 Task Force Report on High Blood Pressure Kontrol in Children and Adolescent. A working Group Report from National Blood Pressure Education Program. *Pediatrics*, 1996, 98, 649–652.
3. Adámková V: Esenciální arteriální hypertenze mladých osob: *Lege artis*, 2001, 9, s.27–30
4. Falkner B., Sadowski R.H.: Hypertension in Children and Adolescents. *Am.J.Hypertension* 1995, 8 (12), 106S–110S
5. Adámková V., Kolský A., Kolská M. „Měříme dobře krevní tlak? *Practicus*, 2003, 6,(2) 5–7
6. Cook N.R., Gillmann M.W., Rosner B.A., Tailor J.O. Hennekens Ch.H.: Prediction of Young Adult blood pressure from Childhood blood pressure–Height, Weight. *J.Clin.Epidem.* 1997, 50, (5) ,571–579
7. Sung F.C., Lee Y.T., Lin C.C., Lin R.S., Su Y.C., Su T.C.: 82 hypertension aminy primary schoul children with glucosuria and/or proteinuria. *Annals of Epidemiology.* 2002, 12, (7), 520

VI. český pediatrický kongres s mezinárodní účastí, Ostrava, 8. - 11. září 2004

Odborná témata:

Intenzivní a resuscitační péče v pediatrii, primární péče, neonatologie, dětská chirurgie a urologie, choroby zažívacího traktu u dětí, poruchy výživy, dětská onkologie, hematookologie a neonekologická hematologie, dětská neurologie, vyšetřovací metody v pediatrii, infekologie, varia, sesterská sekce.

Informace o kongresu, včetně přihlášek k účasti, ubytování etc. jsou na: www.cpk2004.cz



Aktuality

■ **Infekční onemocnění mohou prodloužit život, tvrdí vědci**

Rýma, bolesti kloubů a zvýšená teplota – to jsou příznaky přicházející nemoci, které většina lidí dobře zná a které nevěstí nic dobrého. Podle britských vědců však mohou být virová onemocnění spojená s horečkou pro naše zdraví paradoxně velmi prospěšná. Stimulují totiž obranné mechanismy těla spojené s vylučováním určitých chemických sloučenin, které mohou prodloužit život buněk. Zprávu uveřejnila BBC.

Stejně blahodárný může být prý i menší fyzický stres. Podle vědců totiž mírná dávka stresu dokáže zapnout klíčové geny, které stimuluje obranné buněčné mechanismy. Odborníci však dodávají, že naopak dlouhodobý stres má úplně opačný efekt. Genetici z americké univerzity v Illinois studovali reakce na škrkavce, která má podobné biochemické prostředí jako lidské bytosti. Pomocí zvýšené teploty těmto tvorům přivodili šok, který vyvolal podobnou odezvu organismu jako stres u lidí. Jejich tělo zareagovalo tak, že začalo produkovat mimo jiné i chemické stabilizátory, které umí „opravit“ poškozené proteiny v buňkách. Chemická reakce, kterou stres vyvolal, dokáže tedy oddálit nebo úplně zamezit ničení buněk, a tedy i jejich stárnutí. Stres podle vědců způsobuje kromě infekcí a zvýšených teplot i vliv toxických látek a těžkých kovů. „Trvalý stres a dlouhodobé nemoci samozřejmě nejsou pro tělo prospěšné. Jejich občasné propuknutí a mírná zátěž však organismu mohou pomoci,“ uvedl pro BBC vedoucí výzkumu a univerzitní profesor Richard Morimoto.

■ **Vědci našli gen, který může za srdeční choroby**

Američtí vědci objevili první gen spojený přímo se srdečními záchvaty. Lékaři z clevelandské kliniky ho našli u jisté rodiny z lowy, kterou po celé generace pronásledují koronární choroby. Celou studii zveřejňuje dnes prestižní vědecký časopis Science. Gen – označovaný jako MEF2A hraje úlohu při ochraně stěn tepen. Chrání je, zjednodušeně řečeno, před ucpáním, a tím před stoupáním tlaku a rozvojem srdečních chorob. Kdo má gen poškozený, je na tom hůře. „Je to první gen spojený se srdečními záchvaty. Každý, kdo má tuto genovou mutaci, je předurčen k tomu, aby měl srdeční onemocnění. Pokud ji v rodině nemáte, zdá se, že se u vás nemoc nevyvine,“ vysvětlil vedoucí týmu Eric Topol. Vědci zjistili, že členům postižené rodiny v genu chyběly některé klíčové části DNA. To zřejmě způsobuje zužování tepen a jejich ucpání. Podle vědců z Clevelandu bude ještě zapotřebí určit, zda gen skutečně přímo souvisí se srdečními chorobami i mimo rodinu, kde se dědí jeho mutace. Gen vytvá-

ří bílkovinu, která reguluje některé další geny – u nich se bude podle Topola analyzovat, jestli mají nějaký vztah k srdečním onemocněním. „Viděli jsme i u jiných genetických studií, že když se dostanete k prvnímu genu, začne se odkrývat celý příběh,“ prohlásil Topol. Srdeční nemoci patří ve vyspělých zemích k největším zabijákům, v Česku mají na svědomí každé druhé úmrtí.

■ **Čipy mají hlídat pacienty i lékaře**

Průkazy pojištění by měly do roku 2008 nahradit elektronické identifikátory

Miliardu korun, ale spíš ještě více, bude stát zavedení čipových karet pro klienty zdravotních pojišťoven. Podle názoru ministerstva zdravotnictví by si na ně měli připlatit i pacienti.

Do čtyř let by měl mít každý občan v kapse miniaturní zdravotnickou dokumentaci. Ministryně zdravotnictví Marie Součková totiž jako součást koncepce reformy zdravotnictví navrhuje zavedení čipových karet jako náhradu dnešních kartiček pojištění. Tzv. elektronický identifikátor by měl evidovat řadu cenných údajů o držiteli. Kromě běžných osobních údajů například i diagnózy prodělaných závažných chorob, údaje o zdravotním stavu či seznam užívaných léků. Součková si ale představuje, že na čipové kartě povedou lékaři i databázi návštěv ordinací. Tím by bylo možné například zkontrolovat, zda pacient skutečně prodělal předepsané vyšetření, a naopak, zda jich neabsolvoval zbytečně mnoho. Zamezení nadužívání, neoprávněného poskytnutí a vykázaní zdravotní péče je hned prvním bodem v seznamu výhod, jimiž Součková v dokumentu zavedení identifikátorů obhajuje. „Nadužívání poskytnuté péče by se mělo zabránit záznamem o poskytnutém vyšetření. Umožní lékařům zjistit, zda pacient obdobné vyšetření již v nedávné minulosti neabsolvoval,“ řekla Ilona Slámová z tiskového odboru ministerstva.

Čtečky karet v každé sanitce?

Využívat karet ke kontrole pacienta i lékaře by ale vyžadovalo vybavit všechny ordinace a lůžková zařízení v zemi zařízeními na čtení a zapisování dat. „Čtečkami by musela být vybavena i všechna vozidla záchranné služby. Aby mělo zavedení karet skutečně svůj smysl v běžné i urgentní medicíně, musí být kompatibilní celý systém,“ podotkl mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiří Suttner. VZP považuje zavedení elektronických identifikátorů za velký pokrok a na jejich zavedení už pracuje. Koncem loňského roku dokončila analytickou fázi projektu. Během ní odborníci mimo jiné zjišťovali, co všechno by musely karty umět, kdo by měl mít přístup k datům a jaké legislativní a organizační kroky by bylo třeba podniknout.



Kdo to zaplatí?

A také, kolik by celá legrace stála. A v tom je podle Suttnera kámen úrazu. „Náklady odhadujeme minimálně na miliardu korun, spíš více. Je otázka, kdo to zaplatí, protože pojišťovny na to nemají. Měla by to být záležitost státu,“ konstatoval mluvčí VZP. Podle představ ministerstva by se ale na uhrazení nákladů měli podílet všichni uživatelé, tedy stát, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotní péče, a dokonce i sami pojištěnci. „Pojištěnci by si měli připlácet v případech, kdy budou mít zájem o tzv. nadstandardní kartu,“ upřesnila Slámová. Nadstandardem myslí například možnost elektronického podpisu. Tato představa se ale VZP nelíbí. „Nevím, proč by se zavedení karet mělo dotknout pojištěnců. A pokud by to měly platit pojišťovny, pak v úvahu přicházejí pouze peníze z provozních fondů. Potom nechápu, proč je teď chce paní ministryně zkrátit. Pak by tedy měl být podíl pojištěnoven minimální a zavedení karet by měl z větší části uhradit stát,“ usoudil Suttner.

Co mají přinést čipové karty

- lepší kontrolu nad pacientem i lékaři vykazujícími práci
- okamžitý přístup lékaře ke zdravotnické dokumentaci, zvláště v případech nouze
- kvalitnější informovanost pacienta
- usnadnění a zrychlení administrativy, snížení rizika chyb
- možnost využití i v jiných oblastech, například sociálních službách

Smrtící chřipka na obzoru

Nový virus chřipky usmrtí ve vyspělých zemích asi 600 tisíc lidí. Tak zní oficiální odhad Světové zdravotnické organizace. V loňském roce se lidstvo ocitlo na pokraji chřipkové katastrofy hned dvakrát.

Jak jsme připraveni?

Tržiště v desetimilionovém Ho Či Minově Městě zachvátil horečný spěch. Trhovci o překot balili, cpali kuřata do klecí a prchali z města. Obchodnické žně jim překazil zákaz prodeje drůbeže. Kuřata, která majitelé nestihli odvézt, jsou nemilosrdně likvidována.

„Je mi, jako kdybych umíral s nimi,“ tvrdí nad hromadami mrtvých kuřat obchodník Nguyen Van Hung. „Mám sto chutí se taky zabít.“ Zdrčený trhovec si nechce připustit, že smrt na něho číhala možná právě mezi slepicemi, které přivezl na novoroční trh. Ve Vietnamu nedávno zemřelo pět lidí na tzv. ptačí chřipku. Nebezpečným virem se nakazili právě od drůbeže.

Vědci bijí na poplach

Ve Vietnamu udeřil „starý známý“ – virus chřipky označovaný jako H5N1. Ten se poprvé objevil na jaře roku 1997 u slepic v Hongkongu. Ještě v témže roce vyvolal těžkou chřipku u 18 lidí a šest z nich zabil. Hongkongské úřady vyhlásily viru válku a daly utratit 1,5 milionu kuřat chovaných ve městě a okolí. Mnozí obyvatelé Hongkongu však ukryli před zdravotnickými komisaři své kohouty a slípky v zastrčených dvorcích a uličkách a vir v ilegálně chované drůbeži přežil. Zřejmě i proto se „ptačí chřipka“ vrací jako smrtící bume-

rang. V únoru loňského roku se jí nakazila rodina z Hongkongu na návštěvě příbuzných v jižní Číně. Bilance návratu ptačí chřipky byla děsivá – ze tří nemocných zemřeli dva. Teď se objevil virus H5N1 ve Vietnamu, Koreji a Japonsku a opět zabíjí.

Viry dvakrát zahodily vyloženou šanci

Chřipku většinou bereme jako nepříjemné onemocnění, které při léčbě trvá týden a bez léčby sedm dní. To platí pro „obyčejné“ chřipkové viry vracející se s neúprosnou pravidelností rok co rok. Ale zhruba třikrát za století se tato choroba promění na morovou ránu. V letech 1918 a 1919 zabila španělská chřipka 20, ale možná až 50 milionů lidí na celém světě. Pozdější pandemie z let 1957 a 1968 si vyžádaly dohromady 4,5 milionu lidských životů. „Příchod další takové chřipky je jistý a s postupem času je jeho hrozba stále silnější,“ říká americký virolog Robert Webster ze St. Jude Children's Research Hospital v Memphisu. Podle oficiálních odhadů Světové zdravotnické organizace (WHO) onemocní novou smrtící chřipkou v ekonomicky rozvinutých zemích až 130 milionů lidí, z nich dva miliony skončí v nemocnici a 600 tisíc zemře. O následcích „chřipkové rány“ v rozvojových zemích se experti neodvážují spekulovat. „Tam bude dopad pravděpodobně ještě větší,“ konstatuje lakonicky zpráva WHO. A kdy nová vraždící chřipka udeří? To nikdo neví. Loňský rok sice vnímala laická veřejnost jako „rok ve znamení SARS“, ale experti se shodují, že právě v „sarsových dnech“ jsme se ocitli na pokraji děsivé vlny chřipkových onemocnění hned dvakrát. Poprvé to bylo při hongkongském návratu viru H5N1. Podruhé se lékaři zděsili v březnu 2003, když zemřel na ptačí chřipku typu H7N7 sedmapadesátiletý nizozemský veterinář. Můžeme říct, že se chřipkové viry dostaly do dvou „vyložených šancí“, ale naštěstí je „neproměnily“.

Virové vření v amerických prasatech

Největší hrozbu představuje „přeskok“ zvířecího viru na člověka a jeho následné šíření mezi lidmi.

Hongkongský virus H5N1 zvládl jen první krok. Umí nakazit člověka a vyvolá u něj závažné onemocnění. Z člověka na člověka ale cestovat nedovede. Zatím. Nizozemský virus H7N7 dokázal přeskočit z drůbeže na lidi a zvládl dokonce i přeskok z člověka na člověka. U většiny nemocných naštěstí vyvolal jen lehký zánět spojivek. Pouze v případě veterinárního lékaře, jehož jméno nesmí být podle nizozemských zákonů zveřejněno, zasáhl plíce a projevil se jako zabiják. „Když se tyhle viry dostanou do člověka a pak vymřou bez toho, že by se jimi nakazili další lidé, není to ještě tak zlé,“ tvrdí americký virolog Robert Webster. „Jenže příště to tak dobře dopadnout nemusí.“ Drůbeží viry přitom nejsou jedinou hrozbou. Smrtící chřipkový virus se může vynořit prakticky odkudkoli. Za jeden z kadlubů, v nichž vznikají nové viry, je považováno prase. Kromě vlastních chřipkových virů hostí toto zvíře také viry ptáků a lidí a ty se mohou vzájemně kombinovat. Semeništěm těchto virů je především jihovýchodní Asie. „Lidé nemají proti takovým virům vyvinutou imunitní obranu,“ vysvětluje viroložka Veronica Chanová z lékařské fakulty Filipínské univerzity. „Máme dobrý důvod se těchto virů bát



– jsou to zabijáci!“ V poslední době znepokojuje virology také „chřipkový kvas“ v chovech prasat v Severní Americe. Vznikají tu nové typy virů, které mají prasečí geny pro bílkovinný obal, ale zbývající geny tvoří pestrá směs genů z virů lidské a ptačí chřipky. Nedávno byl u amerických prasat nalezen vir, který přešel na tato zvířata z divokých kachen. Lékaře mrazí při představě, že by se jím nakazili lidé, protože na střet s tímto virem není náš imunitní systém připraven.

Příliš pomalá výroba vakcín

Světová zdravotnická organizace disponuje sítí více než stovky laboratoří v 83 zemích, jež neustále sledují výskyt chřipkových virů. Jejich práci koordinují čtyři hlavní centra – v Londýně, Melbourne, Tokiu a Atlantě. Dvakrát do roka, v únoru a září, se scházejí vědci z těchto center, aby s potřebným předstihem vytypovali viry, které představují pro nadcházející chřipkové sezony na jižní a severní polokouli největší riziko. Proti těmto virům se začnou neprodleně vyrábět vakcíny. Očkování proti běžným typům chřipky se soustředí především na skupiny obyvatelstva, které onemocnění výrazněji ohrožuje (například staré lidi, malé děti, pacienty s chorobami srdce, diabetiky, astmatiky). Ale na masové očkování, jež by bylo nezbytné při nástupu „chřipkové rány“, současná světová produkce nestačí. Dobře „strefené“ vakcíny chrání až 90 procent očkovaných osob a jejich průměrná účinnost se pohybuje kolem 75 procent. Vývoj situace na scéně s chřipkovými viry však není lehké odhadnout a občas se stane, že se odborníci při volbě viru tak úplně nestrefí. Například v zimě 1997 – 1998 odhad vývoje na světové virové scéně nevyšel a účinnost vakcíny klesla o polovinu. Předběžná hodnocení letošní vakcíny v USA naznačují, že tentokrát vyšly předpovědi virologů ještě hůře a vakcína chrání jen 3 – 14 procent očkovaných osob. konečné hodnocení vakcíny ale bude k dispozici až na jaře. V současnosti cirkulují mezi lidmi především chřipkové viry H1N1 a H3N2, ale zdá se, že jejich pobyt na výsluní pomalu končí. Otázka, co přijde po nich, zůstává otevřená. Možná je nahradí viry typu H2N2, které se přehnalý světem už v roce 1957 a měly původ ve virech divokých kachen. V těch přežívá virus dodnes a může se kdykoli vrátit. Nebylo by to nic příjemného, protože nikdo z obyvatel Země mladší 30 let se s virem H2N2 za svého života nesetkal a nemá proti němu nabuzenou imunitu. Ve hře jsou samozřejmě i nadále ptačí chřipky H5N1 a H7N7. Ale možná mají viry připraveny i jiné trumpfy. „Předpovědět, kdy se objeví další velká pandemie chřipky a jaký typ viru ji vyvolá, je zcela nemožné,“ říká nizozemský virolog Eric Claas z Erasmusovy univerzity v Rotterdamu. Situaci dále komplikuje velký předstih, s jakým vědci chřipkové viry pro výrobu vakcín tipují. Tomu se zatím nelze vyhnout, protože výroba očkovací látky trvá minimálně šest měsíců. Vinu má klasický postup výroby vakcíny, při kterém jsou chřipkové viry množe-

ny na kuřecích zárodcích. „Počet vajec, která máme k dispozici, je omezený,“ přiznává Wayne Morges, viceprezident firmy Baxter International, zabývající se výrobou vakcíny proti chřipce. „Nemůžeme jít za slepicemi a říct jim: Snášejte rychleji!“ Za těchto podmínek by bylo velmi obtížné pohotově zareagovat na výskyt zcela nového, a o to nebezpečnějšího typu chřipkového viru. S výrobou vakcíny na kuřecích zárodcích se pojí i další problémy. Například viry ptačí chřipky H5N1 a H7N7 kuřecí embrya zabíjejí, a jejich množení proto vázne. Případná příměs vaječné bílkoviny ve vakcíně navíc ohrožuje při očkování lidi s alergií na slepičí vejce. Většinu z těchto obtíží zřejmě odstraní alternativní výrobní postupy založené na množení virů v opičích buňkách pěstovaných v laboratořích v živných roztocích. Další urychlení výroby by přineslo využití virů s dědičnou informací upravenou „na míru“ zásahy genetických inženýrů. Taková vakcína by ale spadala pod označení „geneticky modifikovaná“ a farmaceutické firmy si nejsou jisty, nakolik by to podrylo důvěru ve vakcíny u veřejnosti „naočkované“ skepsí ke všemu, co jen zdálky zavání genetickou modifikací. Jak

Hipp



daleko jsme v přípravách na chřipkovou pandemii? Zdravotníci sice vypracovali havarijní plány, ale virologové upozorňují, že v mnoha případech jde jen o kusy popsaného papíru. „Svět se ocitne v těžké situaci, pokud číhající chřipková pandemie udeří za týden, za měsíc nebo i za rok. Je na čase přejít od řečí o potřebných vakcínách k činům,“ tvrdí ve svém článku o hrozbě chřipkové pandemie zveřejněném v časopise Science přední američtí virologové Richard Webby a Robert Webster.

Chřipkový vir zabiják může udeřit odkudkoli

Zdrojem smrtelně nebezpečných virů ptačí chřipky jsou v současné době východoasijské trhy s drůbeží, ale nový chřipkový vir zabiják se může vynořit prakticky odkudkoli.

Podle údajů Světové zdravotnické organizace se smrtelné viry ptačí chřipky vyskytly ve Vietnamu, Jižní Koreji, Thajsku, Kambodži, Japonsku, Hongkongu a v Nizozemsku. V USA odborníci objevili ve velkochovech prasat vir, který přešel na zvířata z divokých kachen. Lékaře mrazí při představě, že by se jím nakazili lidé, protože na střet s tímto virem není náš imunitní systém připraven.

„Anatomie“ chřipkového viru

Obal viru tvoří bílkovina a vnitřní dvojvrstva z tuků. V útrobach chřipkového viru je celkem osm genů neustále pozměňovaných náhodnými mutacemi. Vir potřebuje ke svému rozmnožování proniknout do živé buňky. Proto jeden z genů vytváří bílkovinu hemagglutinin, která viru otevírá cestu do buňky. Další gen vyrábí enzym neuraminidázu. S jeho pomocí namnožené viry opouštějí infikovanou buňku, aby mohly napadnout další buňky. Chřipkové viry typu A se dělí podle variant hemagglutininů (H) a neuraminidázy (N). Odborníci donedávna předpokládali, že člověka dokáže infikovat jen vir s hemagglutininem H1, H2 nebo H3. Ptačí chřipkové viry s H4 a H5 měly být pro člověka neškodné. Experti se domnívali, že přenos ptačích virů na člověka musí zprostředkovat prase nakažené jak lidskými, tak i ptačími viry. Ukázalo se ale, že ptačí chřipkové viry proniknou do lidských buněk přímo, bez prasečího prostředníka. Nové chřipkové viry mohou zahubit statisíce lidí. Vědci varují před podceňováním příprav na pandemii.

Od května se lidé mohou léčit i v cizině

Ošetření i operaci zaplatí české pojišťovny, ale ne každému. Češi se mohou od května při svých cestách léčit v zemích unie a české pojišťovny jim to zaplatí. Musí však počítat s tím, že se za doktora téměř všude připlácí.

Po vstupu republiky do unie už nebudou Češi potřebovat na své cesty speciální zdravotní pojištění. České pojišťovny jim proplatí veškerou lékařskou péči, kterou budou potřebovat, nejen první pomoc. Na druhé straně nemohou počítat s tím, že by si při návštěvě nechali udělat třeba nové zuby či kosmetickou operaci. A je tu ještě jedna novinka: ošetření v zahraničí budou moci lidé cíleně vyhledat i tehdy, pokud by museli například na operaci doma nepřiměřeně dlouho čekat. Má to jen jeden háček: pojišťovna jim bude muset dát svolení. Už tak zadlužené zdravotní pojišťovny rozhodně

očekávají, že budou muset sáhnout hlouběji do své poloprázdné kapsy. Péče v zahraničí, kterou budou hradit, je totiž v průměru čtyřikrát až šestkrát dražší. Odhadují, že je to bude stát navíc stamiliony, a bijí na poplach. „Může to být 300 milionů, ale také miliarda navíc,“ prohlásila ředitelka Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiřina Musílková, která o tom informovala zdravotní výbor Poslanecké sněmovny.

Za rychlejší operací do Německa?

V praxi mohou nastat zmatky, až se první lidé začnou dožadovat operací venku s odůvodněním, že tady musí dlouho čekat. Jenže nikde není stanoveno, co je to „přiměřená“ čekací doba na operaci. „Není možné, aby se všichni, kdo potřebují nový kloub, nechali operovat v zahraničí, to by pojišťovny neúměrně zatížilo,“ tvrdí Musílková. Je dlouhá čekací doba rok? Nebo více? Čím se budou úředníci pojišťoven řídit při rozhodování, zda léčbu venku zaplatit? „Zjišťujeme si orientační čekací doby a budeme fungovat jako konzultant,“ uvedla Irena Slámová z tiskového oddělení ministerstva zdravotnictví. Pojišťovny samozřejmě nebudou mít důvod, proč dražší léčbu venku povolovat. Ale jak tvrdí předsedkyně Občanského sdružení na ochranu pacientů Vladimíra Bošková, pacienti bezbranní nebudou. „Jsou tu precedenční verdikty Evropského soudního dvora, které většina pacientů z různých zemí vyhrála,“ uvedla. „Pokud bych si zavolala do všech nemocnic v regionu a zjistila, že v sousedním Bavorsku přijdu na řadu podstatně dřív, požádala bych o léčení tam,“ dodala. Lidé však musí počítat hned s několika překážkami: jazykovou bariérou a také tím, že všude se za doktora připlácí.

Maďari chtějí český gama nuž

Právo na léčení v Česku získá od května i půl miliardy obyvatel unie. Péči o ně v Česku zaplatí zdejší pojišťovny a pak teprve budou žádat o proplacení pojišťovny v zahraničí. „Jedna německá pojišťovna si od nás vyžádala informace, jací lékaři, jaké nemocnice a kolik lůžek jsou do 25 kilometrů od hranic,“ řekla Musílková. Pro německou pojišťovnu je výhodné posílat pacienty do Česka, protože je tu léčba levnější – pro pojišťovny i lidi. A jak potvrdil Ladislav Švec z Centra mezinárodních úhrad, Maďari už například projevíli zájem o Leksellův gama nuž. Vstupem do unie však českým pojišťovnám vznikne ještě jedna povinnost: hradit veškerou zdravotní péči všem nezaopatřeným členům rodiny lidí z EU, kteří v Česku pracují, a to v zemi, kde rodina bydlí. Tedy ve tvrdé měně. Podle předsedy Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiřího Schlangera Česká republika přípravy na tyto změny katastrofálně zanedbala. „Jak jsme zjistili na jednání s premiérem, o důsledcích není informována ani vláda,“ řekl Schlangar.

Kolik se kde připlácí

Německo

- 10 eur za návštěvu lékaře 10 procent z ceny léku a cesty sanitkou (5 až 10 eur)
- 10 eur za den pobytu v nemocnici (max. 28 dní)

**Rakousko**

- 4,25 eur za položku na receptu
- 7,70 až 9 eur za den pobytu v nemocnici

Slovensko

- 20 Sk za návštěvu lékaře
- 20 Sk za recept (plus různé doplatky za jednotlivé léky)
- 50 Sk za den pobytu v nemocnici (max. 21 dní)

Ošetřování cizinců nás připraví o stamiliony, varuje ministerstvo

Od května se české zdravotní pojišťovny musí připravit na další průvan ve svých už tak těžce zkoušených účtech. Po vstupu Česka do EU se totiž budeme muset přizpůsobit evropským pravidlům pro poskytování a úhrady zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví ve své studii odhaduje nové výdaje na 1,2 až 1,6 miliardy korun ročně. V případě nepříznivého vývoje může být schodek i dvojnásobný, připouští studie.

Pojišťovnám totiž přibudou nové povinnosti a spousta papírování. Budou se muset například postarat o všechny důchodce a jejich rodinné příslušníky, kteří pobírají český důchod, ale žijí v zahraničí. Do klína jim spadne i povinnost platit péči za nezaopatřené rodiny cizinců zaměstnaných v Česku, i když trvale žijí v zahraničí. „Když bude slovenský občan pracovat u nás jako dělník a na Slovensku bude mít neaktivní manželku a tři děti, ona i její děti přibudou do našeho systému. Budeme muset platit náklady na plnou péči o ně na Slovensku,“ uvedl typický příklad ředitel Centra mezistátních úhrad Ladislav Švec. „Naše ministerstvo za ně bude muset platit pojistné. Je to řetěz plateb a nových výdajů,“ doplnil. Další finanční nároky si vyžádá množství administrativy spojené s mezistátními úhradami.

Podle Švece navíc existuje reálná obava, že slovenští občané, kteří si musí za péči lékařů v rodné zemi připlácet, se budou snažit nově nabytých výhod daných evropskými pravidly zneužívat. Na možná obcházení nových paragrafů nejsme připraveni už vůbec, míní. Ještě horší finanční situace nastane, pokud půjde o občana ze západní Evropy. Například v Německu jsou ceny za lékařskou péči podle různých odhadů šest- až osmkrát vyšší než u nás. „Pravidlům nastaveným v EU jsme se sice vyhnout nemohli, podle mne ale bylo možné v rámci dvoustranných meziládních smluv sjednat ale-

spoň přijatelnější podmínky. Například ve snížení rozdílů v cenách péče,“ usoudil předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiří Schlanger. „Ministerstvo zdravotnictví v tomto směru totálně selhalo, systém zdravotního pojištění není na vstup do EU vůbec připraven.“

Na peníze se čeká i osm let

Pojišťovny čekají i další svízele. Nedostanou například v přijatelném časovém horizontu zapláceno za péči poskytnutou cizincům v ČR. Samy přitom budou muset vykonanou péči lékařům zaplatit včas. „Podle dosavadních zkušeností v EU nejrychleji chodí platby od Rakušanů – zhruba za tři čtvrtě roku,“ konstatoval Šmíd. Ale například Finové mají zkušenost, že na některé platby čekají i osm let. České pojišťovny se sice mohou zachovat stejně, přesto ale budou mít problémy s druhotnou platební neschopností. „Neexistuje žádný fond, který by nám pomohl toto období překlenout,“ připomněl mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiří Suttner. „Očekávané zvýšené náklady se mohou promítnout do prodloužení lhůt splatnosti našim smluvním partnerům,“ připustil. Už dnes je VZP kritizována za to, že termíny splatnosti výrazně překračuje. Ministerstvo zdravotnictví ale tvrdí, že vstup do unie žádná zásadní rizika pro systém veřejného zdravotního pojištění neobnáší. „Ekonomické dopady lze pouze kvalifikovaně odhadnout. V žádném ze států, které do evropského společenství přistupovaly, však nedošlo v oblasti financování zdravotní péče k takovým posunům, které by vyvolaly finanční nestabilitu zdravotního systému,“ uvedla mluvčí resortu Ilona Slámová.

Co také čeká zdravotnictví v EU

- lékaři a zdravotní sestry budou moci v mnohem větší míře odcházet za prací do ciziny

Klacid



- pojišťovny budou muset hradit lékařsky nezbytnou péči o své klienty v zahraničí v mnohem širší míře (aby se pacient nemusel předčasně vracet domů)
- pacienti budou moci žádat i provedení neakutní operace v zahraničí, pokud se tento typ zákroku u nás neprovádí nebo se na něj neúměrně dlouho čeká (přiměřenost doby zatím žádný předpis neupravuje), budou k tomu ale potřebovat souhlas své pojišťovny (Evropský soudní dvůr však tuto podmínku v několika kauzách zpochybnil)
- pojišťovny budou muset platit za péči cizincům, kteří v ČR pracují, i jejich rodinám, pokud jsou nezaopatřené, a to i když žijí v zahraničí (tzv. zástupná platba)

■ **Proteiny jsou dobré na paměť**

Proteiny, které se chovají podobně jako ty, které hrají významnou úlohu při vzniku boviní spongiformní encefalopatie (BSE, nemoc šílených krav) nebo variantní Creutzfeldt-Jakobovy nemoci (vCJD), mohou hrát kladnou úlohu při formování paměti. K tomuto závěru dospěli američtí vědci z newyorské Columbia University.

Priony, neboli abnormální proteiny, které mění jiné proteiny ve své kopie, jsou příčinou degenerativních onemocnění mozku. Při chorobách, jako je vCJD, jež je lidskou obdobou BSE, priony vstupují do mozku a mění ve své kopie jiné proteiny. Ty se v něm posléze akumulují a ničí mozkové buňky. Američtí badatelé zjistili, že protein CPBE se chová tímž způsobem, avšak má prospěšné důsledky. Zkoumali CPBE z mozku sumýše, čili mořské okurky. Jiná forma tohoto proteinu je však také v lidském těle a u jiných savců. CPBE je podle nich přítomen v místech funkčního spojení mezi nervovými buňkami (synapsích) a spouští tam produkci jiných proteinů, které spojení nervových buněk upevňují, což je základ paměti. Ve funkčních spojeních nervových buněk se CPBE mění ve svou aktivní formu, která je podobná prionům. Vědci zkoumali úlohu tohoto proteinu vkládáním CPBE sumýše do kvasničných buněk. O výsledku jejich bádání informoval odborný časopis Cell.

■ **Lék proti chřipce zkrátí průběh nemoci**

Pro léčbu chřipky jsou antibiotika neúčinná. Ta zabírají pouze tehdy, když se k virové infekci přidá ještě bakteriální – jinými slovy, když k probíhající chřipce onemocníte například bronchitidou nebo vás postihne zánět vedlejších dutin. V Česku je v současné době k dispozici jeden lék, který cíleně zaútočí na chřipkový virus.

Nový lék oseltamivir zkracuje horečnatou fázi nemoci, mírní doprovodné příznaky a významně snižuje riziko vzniku komplikací. „Oseltamivir blokuje šíření viru tím, že blokuje virový enzym nezbytný pro uvolnění již zformovaných virových částic z infikovaných buněk. Takto zabrání rozšíření viru v organismu,“ popisuje mechanismus působení léku MUDr. Petr Čáp z oddělení alergologie a klinické imunologie Nemocnice Na Homolce. Antivirotikum existuje ve formě tobolek pro dospělé a děti starší třinácti let, nebo ja-

ko suspenze pro děti či starší osoby. „Oseltamivir není náhradou vakcinace proti chřipce, neovlivňuje účinnost očkování proti chřipce a může být předepsán, i když pacient byl očkovan,“ dodává MUDr. Čáp. Můžete jej užívat i v případě, že současně berete paracetamol, aspirin nebo ibuprofen. Lék je pouze na lékařský předpis. K dosažení co největšího efektu by měla být léčba tímto antivirotikem zahájena nejpozději do 48 hodin. Účinné je i preventivní podávání v době chřipkové epidemie. „Podle mého názoru by oseltamivir mohl pomoci například lidem, kteří trpí přecitlivělostí na některou ze složek vakcíny proti chřipce a není tudíž možné je očkovat,“ říká RNDr. Marie Otavová z pražského Státního zdravotního ústavu. V případě chřipkové epidemie by podle jejích slov toto léčivo bylo jedinou možností, jak zabránit dalšímu šíření chřipkového viru. Tak jako všechno na světě má svou odvrácenou stránku, má je i užívání oseltamiviru. Dříve než vám jej praktický lékař předepíše, vás totiž upozorní na to, že lék není zrovna „za hubičku“. Jedno balení, které vystačí na pět dní a které musíte celé spotřebovat, vás totiž přijde na téměř tisíc korun. Další, poměrně velkou nevýhodou jsou zatím malé zkušenosti s tímto antivirotikem. „Masivní nasazení podle mne není reálné vzhledem k absenci zkušeností s novým preparátem, ale i některými jeho dalšími aspekty,“ upozorňuje MUDr. Čáp.

Chemie postel nenahradí

„Pod frází chřipka patří do postele se plně podepisují. Tento krok nelze žádnou chemií nahradit, neboť přecházení chřipky by mohlo být nebezpečné vzhledem k možným následkům či komplikacím, které nemoc může způsobit,“ varuje MUDr. Čáp. Chřipka zatěžuje svaly. Srdce je například také sval. A přechozená chřipka se na stavu srdečního svalu může velice negativně podepsat. „Preparát oseltamivir, jakkoli je moderní, nemůže podle mého názoru v několika dnech vyřešit problém s chřipkovou infekcí. Chřipka v žádném případě není banální virové onemocnění omezené svým dopadem jen na dýchací cesty,“ uzavírá MUDr. Čáp.

■ **V Česku jsou k dostání speciální „přechodové“ pleny**

Odnaučit dítě používat pleny není otázkou cti rodičů – násilné nucení může dítěti způsobit vážné psychické problémy. Každé dítě je jiné. Některé se učí rychleji, jiné pomaleji. Zatímco jedno se bez problému odnaučí plenám v 18 měsících, jiné tuto dovednost zvládne až ve třech letech. S vysazováním na nočník začněte až tehdy, když je intelekt dítěte dostatečně zralý. Dítě musí rozumět, co po něm vlastně chcete.

V českých zemích se stále houževnatě udržuje představa, že vhodná doba k přechodu od plen k nočníku je tehdy, když dítě dovede pevně sedět. „V naší době bylo považováno téměř za věc cti, když roční dítě umělo chodit na nočník,“ říká šedesátiletá babička Marta. „Je pravda, že v některých případech se onen časný návyk maminkám a babičkám povede, a že se tím před sousedy a příbuznými-



mi náležitě vytáhnou. Jenomže z těchto jednotlivých případů nelze dělat pravidlo,“ uvádí na serveru Rodina.cz psycholog prof. MUDr. Zdeněk Matějček, CSc. „Zkušenost totiž ukazuje, že tam, kde se to v tak časném věku nepovede – a nepovede se to opravdu hodně často – bývá cesta ke správnému návyku nadlouho ztížena. Předčasné učení může totiž nadělat víc škody než užitku. A o učení na hrníček to platí dvojnásob. Svůj původ tu má často noční pomočování, které přetrvává hluboko do předškolního věku,“ pokračuje Matějček. Okolo patnácti měsíců je ale kapacita močového měchýře obvykle už taková, že pojme větší množství moči. Ovládnutí je už tak vyspělé, že dítě vydrží suché třeba i několik hodin. „A co je nejdůležitější: dítě si samo plnost močového měchýře i konečníku uvědomuje dříve, než dojde k samovolnému uvolnění, takže má dost času dát svoji naléhavou potřebu najevo,“ upozorňuje Matějček. Navíc je to podle jeho slov doba, kdy se rádo učí všem možným hříčkám a chápe, co od něj požadujeme. Rodiče by ochoty hrát si měli využít a posadit je na nočník, když uvědoměle dává svou potřebu najevo. Při nácviku je dobré zachovávat několik důležitých zásad učení. „Situace má být pro dítě srozumitelná a posazení na nočníček mu má být příjemné,“ uvádí Matějček. Rodiče mohou svému dítěti pomoci i jinak. V období učení třeba takovou maličkostí,

že dětem vbudete vybírat jednoduché oblečení, které jde dobře svlékat a oblékat. Všechno pak bude probíhat mnohem snáz. Rozhodně byste také neměli posazovat dítě na nočník v rozčilení nebo za trest, že se mu nepodařilo přihlásit se včas. Uvědomte si, že jde o rituál, během kterého byste neměli nic měnit. Dítě by měl vysazovat pokud možno jeden a týž člen domácnosti. Vyberte si buď nočník, nebo záchod. Nočník by měl stát vždy na stejném místě, neměl by být moc studený ani příliš vratký. Pokud se dílo podaří, výrazně dítě za výkon pochvalte! A ještě něco: počítejte s tím, že chlapečkům obvykle trvá učení déle než holčičkám. Pokud je to trochu možné, nácvik chození na nočník je výhodnější provádět v teplých letních měsících, kdy jsou děti jen lehce oblečeny.

Plenky, které motivují

Překlenout složité období mohou plenkové kalhotky Pull-Ups. Kromě toho, že vypadají jako spodní prádlo, mají další praktické výhody, které dětem a rodičům vytouženou cestu k nočníku usnadní nebo zpestří. Pokud se dítěti stane nehoda, kalhotky zadržují tekutinu stejně jako normální plenky. Zásadní rozdíl nastane však v tom, že dítě ucítí vlhkost, která by jej měla jemně upozornit na to, že něco není v pořádku. Na vlhko navíc reagují také motivační obrázky na kalhotkách. Pokud budou kalhotky mokré, obrázky na přední stra-

Nestlé



ně plenky začnou mizet – a to bude opět signál pro děti i rodiče. Když obrázky zůstanou nezměněné, dítě si od rodičů podle psychologa zaslouží velkou pochvalu.

Součková navrhuje omezit síť ambulancí a zrušit část lůžek

Dlouho očekávaná koncepce reformy zdravotnictví, se kterou přichází ministryně zdravotnictví Marie Součková, obsahuje mimo jiné záměr zrušit část nemocničních lůžek a omezit síť ambulancí. V dokumentu, který včera získala ČTK, se dále píše, že ministerstvo zasáhne do hospodaření zdravotních pojišťoven. Součková svůj návrh představí dnes odpoledne poslancům ČSSD. „Je to popis situace bez návrhů řešení,“ komentovala materiál bývalá ministryně zdravotnictví Zuzana Roithová (KDU-ČSL). S přijetím reformy spojuje Součková své další setrvání v čele ministerstva. V dokumentu také zdůrazňuje, že nutnou podmínkou reformy je přijetí všech navržených zákonů.

Součková má své návrhy předložit vládě do konce ledna. V únoru by je kabinet měl projednat a v průběhu března a dubna by se měly dostat na pořad jednání parlamentu. Podle informací LN ji s největší pravděpodobností podpoří KDU-ČSL i US. Ministryně však zřejmě bude mít problém ve vlastní straně – ČSSD.

O vyšších platbách pacientů se Součková v koncepci nezmiňuje, uvádí jen, že spoluúčast je nyní 8,6 procenta, zatímco v zemích Evropské unie 25 procent. Počítá však s růstem plateb za sociální lůžka v nemocnicích, nově se objevuje částka až 150 korun za den. Zatímco v případě ambulancí hovoří v dokumentu o redukci péče o desetinu, u nemocnic tak konkrétní není. Již dříve však řekla, že ze 64 000 akutních nemocničních lůžek považuje 10 000 za zbytečnou a chce je přeměnit na lůžka sociální. Až 3000 lůžek chce bez náhrady zrušit. Ministryně chce také odstranit případy, kdy nemocniční lékař působí také v soukromé ambulanci. Hodlá zaměřit i tomu, aby pacienti obcházeli několik stejných specialistů a opakovaně si dávali dělat stejná vyšetření. Součková také navrhuje sankcionovat lidi, kteří budou zanedbávat preventivní prohlídky. Podle exministryně zdravotnictví, senátorky KDU-ČSL Zuzany Roithové, jsou v materiálu jen opatření, na nichž se shodla koaliční komise pro zdravotnictví. Sporné body, jako poplatky za recept či denní taxa za pobyt v nemocnici, Součková vynechala. Jednou z cest k omezení nadbytečných návštěv u lékaře je podle lidovecké senátorky platba při návštěvě specialisty bez doporučení praktika. Loni vydaly pojišťovny na péči 147 miliard, občané zaplatili v hotovosti 14 miliard. Zdravotnictví včetně dalších zdrojů spotřebovalo celkem téměř 178 miliard. Úspory z omezení nadbytečné ambulantní péče vyčíslila Součková na 3,3 miliardy. Podle Roithové to však je chybné číslo, protože do výpočtu zahrnula i zubaře a praktiky.

Léčba hormonů v klimakteriu: lékaři radí opatrnost

Raději méně než více. Tak lze shrnout doporučení lékařů ohledně používání hormonálních přípravků, které mají potlačovat nepříjemné příznaky klimakteria. Před několika dny odborná periodika zveřejnila zprávu Evropské agentury pro sledování a hodnocení léčivých přípravků která shromáždila dosud sebraná data z četných studií zabývajících se touto problematikou. Studie sice prokázaly, že hormonální substituční terapie – označuje se často jako HRT – skutečně tlumí příznaky menopauzy a dočasně chrání kosti před řídnutím, na druhou stranu však přípravky obsahující ženské pohlavní hormony zvyšují riziko rakoviny prsní žlázy či děložní sliznice, zvláště pokud je pacientky berou mnoho let. Přípravky dále mírně zvyšují riziko žilní trombózy a zřejmě také riziko infarktu myokardu. Optimálně by proto léčba těmito hormonálními preparáty neměla přesáhnout tři až pět let. Rozhodně se nemají podávat preventivně, pokud žena nemá skutečně úporné klimakterické potíže. Mezi ně patří například noční pocení, návaly horka nebo potíže při pohlavním styku.

Problémové?

Vezměte si list papíru a na jednu stranu napište slova vyjadřující věci, které vaše dítě dělá a jimiž nejste právě nadšeni. Všechny ty nehezké a nepříjemné věci, které vás tak často uvádějí do rozpaků vyvolávají ve vás hněv a jejichž důvod často nechápete. Zahrňte do svého seznamu i slova, jimiž charakterizují vaše děti ti, kteří jsou dítěti nejbližší a důvěrně je znají i z té horší stránky.

Poněkud nelichotivým seznamem se nenechte v žádném případě odradit, a naopak pokračujte ve svém úsilí charakterizovat co nejúplněji svého potomka. Ovšem teď pro změnu z té druhé, lepší stránky. Rozpomeňte se na všechny hezké chvílky, které spolu prožíváte, na vše, čím vás dennodenně obdarovává, na neopakovatelné dětské něžnosti, na jeho šibalské oči, překvapivé nápady, zvědavé otázky, jimiž vás téměř vždy odzbrojí. S tímto obrazem před očima znovu projděte svůj „negativní“ seznam. Co se stane?

Každé slovo - nálepka vám nyní odhalí svůj nový, skrytý, hlubší význam, kvalitu, která zůstala nevyřčena. Stačí si tento fakt uvědomit a na mysli vám současně vytane i pojmenování. Ne jedno. Hned celá škála synonym se nabízí, aby lépe charakterizovala to, co jste předtím jednoznačně odmítli. Zkuste takto nově získané charakteristiky vyslovit, opakujte si je a vnímejte proměnu, k níž postupně dochází...

„Slova, která vytvářejí pozitivní obrazy, dokážou obalit naše děti ochranným brněním a dát jim sílu, kterou potřebují, aby mohly ve svém chování učinit změny... Výzkum, který prováděla Cate Cauleyová na Iona College a Bonnie Tylerová na Marylandské univerzitě, ukazuje, že existuje významná souvislost mezi pozitivním obrazem, který má dítě o sobě, a jeho ochotou spolupracovat,“ čteme v knize Mary Sheedyové-Kurcinkové Problémové dítě v rodině a ve škole (Portál, 1998, 288 s.). Volně tlumočený úvodní pří-



klad s následující dokreslující citací nebyl z této publikace vybrán náhodně. Není jednoduché vyznat se ve složitém emocionálním světě, který je uschován v nitru každého z nás. Není ale příliš složité pochopit, že každý můžeme svým jednáním, svými postoji přispět k tomu, aby se lidé v našem okolí cítili lépe, hodnotněji, uznávaněji. Zvlášť důležitý je tento pozitivní obraz o sobě samých pro děti, jejichž osobnost a hodnotový systém se teprve formují, zprvu výlučně v závislosti na okolí, které je obklopuje.

Dvojnásob to pak platí o tzv. problémových dětech (což není označení hanlivé, ale podle autorky, která je rovněž nazývá dětmi mimořádně citlivými, vnímavými, tvrdohlavými, aktivními, zcela vystihující to, jak je vnímáme my sami i naše okolí). Mimořádnost jejich temperamentu, zvýšená emocionalita, citlivost, vyostřená vnímavost, neústupnost, to jsou vlastnosti společné všem těmto dětem - vlastnosti, které na rodiče kladou zvlášť vysoké nároky při výchově. Právě pro tyto vyhraněné rysy se mnozí rodiče problémových, a jak se dále dozvídáme výjimečných dětí a postupem času téměř vždy něčím mimořádných dospělých, často cítí jako v pasti. Sotva lze tento temperament, vyznačující se tak intenzivní aktivitou a energií, měnit, lze však změnit rodičovské reakce na tyto základní osobnostní rysy dítěte.

Zdánlivě široké instrumentarium dovedností, jež se mohou stát předpokladem a výrazem takové změny, je ve skutečnosti citlivě vpracovaný systém kroků umožňujících prevenci vypjatých situací, o něž v životě s problémovým dítětem není nouze.

Na otázku, jak předvídat těžkosti a předcházet jim, přináší Mary Sheedyová-Kurcinková odpověď v podobě „čtyř „p“: Předvídejte reakce. - Uvědomte si reakci svého dítěte v typické krizové situaci a temperamentové rysy, které v takové chvíli mohou ovlivnit jeho reakci. Připravujte prostředí. - Přemýšlejte, zda jste svému dítěti připravili prostředí s činnostmi a předměty, v němž by mohlo být úspěšné. Pracujte společně. - Zamyslete se nad tím, jak pomáháte svému dítěti ovládat jeho emocionalitu, zda zná pravidla a aktuální program činností, jak si získáte jeho pozornost. Prožívejte radost z úspěchů. - Zvažte, co udělalo dobře vašemu dítěti a co jste udělali dobře vy. Srozumitelné rady a pokyny vám rovněž mohou pomoci chápat pocity problémového dítěte, vyrovnávat se s výbuchy jeho emocí a pomáhat mu ve škole. A především lépe porozumět sobě samým jako rodičům a chopit se příležitosti ujmout se svého výchovného břemene jako úkolu, jehož řešení přinese radost vám i vašim dětem.

Hejtmani odcházeli ze schůzky s ministryní zklamání

Zklamání mezi hejtmany zavládlo po jejich první letošní schůzce s ministryní zdravotnictví Marií Součkovou. Podle středočeského hejmana Petra Bendla (ODS) se na dnešní schůzce negativně projevila neúčast zástupců ministerstva financí, a tak nebylo možné dosáhnout jakéhokoli posunu ve věci financování záchranných služeb.

Spor krajů a VZP o peníze záchrankám rozhodne až soud. „Kvůli neúčasti zástupců ministerstva financí jsme nedospěli k žádnému novému rozhodnutí ohledně financování záchranných služeb. Zůstává proto vše při starém, to znamená, že kraje musí své záchranky bránit a bohužel je budou bránit soudní cestou,“ uvedl hejtman Bendl, který se rovněž pozastavil nad nepřipraveností ministerstva zdravotnictví. „Druhá věc, která poznamenala dnešní jednání, je skutečnost, že jsme materiály, jako například návrh koncepce zdravotnictví, obdrželi až teď a tudíž je velice složité se k nim jakkoli vyjadřovat.“ Podle ministryně však byla schůzka pouze informativní. Měla sloužit k tomu, aby se stanovily termíny, do nichž se hejtmani budou moci ke koncepci vyjádřit. „Tato schůzka byla informativní, abychom si stanovily termíny, do nichž budu chtít znát názory krajů na koncepci,“ bránila se výtkám hejtmána ministryně.

Kojení novorozenci se častěji budí ze spánku. To je chrání před SIDS

Australští vědci sledovali souvislost mezi kojením novorozenců a průběhem spánku. Zjistili, že u dětí ve věku od dvou do tří měsíců, které matka kojí, existuje větší pravděpodobnost, že se během noci několikrát vzbudí. Toto zjištění by mohlo přispět k prevenci syndromu náhlého úmrtí novorozenců (SIDS), říkájí autoři studie, kterou otiskl časopis *Archive of Diseases in Childhood*. „Probouzení ze spánku je považováno za důležitý mechanismus přežití, který oběti SIDS postrádají,“ uvedl doktor R.S.C. Horne, vedoucí výzkumného týmu z Monashské univerzity v australské Viktorii. Předchozí studie ukázaly, že schopnost dítěte probudit se ze spánku je u novorozenců se zvýšeným rizikem SIDS oslabena především tím, že dítě spí na břiše nebo jeho matka kouří.

Autoři studie zjišťovali další vlivy na samovolné probouzení dítěte. Zkoumali, jaký má vliv způsob výživy novorozence - tedy to, zda matka dítě kojí nebo mu podává kojenecké příkrmy. Do sledované skupiny bylo zařazeno 43 zdravých, donošených novorozenců ve věku 2-4 týdny, 2-3 měsíce a 5-6 měsíců. Sledování paradoxního a klidného spánku. Novorozencům, kteří při spánku leželi na zádech, byla aplikována kanyla, která proudem vzduchu navozovala probuzení během klidného spánku („předchůdce“ NREM) a paradoxního spánku („předchůdce“ REM). Výzkumníci porovnali práh probuzení a délku period spánku u kojenými a nekojenými dětmi ve všech věkových skupinách. Nebyly zjištěny žádné rozdíly mezi prahovými hodnotami probuzení během klidného spánku u kojených novorozenců a novorozenců na příkrmu. Ukázalo se však, že během paradoxního spánku se kojení novorozenci ve věku 2-3 měsíců probouzeli podstatně častěji než stejně staré nekojené děti. „Tato studie přináší výsledky, které podporují kojení novorozenců v období, kdy je dítě vystaveno riziku SIDS (tedy ve věku od dvou do čtyř měsíců). To, že se totiž dítě budí méně, obzvláště během paradoxního spánku, může oslabovat jeho schopnost patřičně reagovat na život ohrožující stavy,“ uzavírají autoři studie.



Zajímavosti z Německa v roce 2004 pro PLDD

Německo: 10. Kongres dorostové medicíny

Místo konání: Weimar - 2 hodiny cesty autem z hranic, akce německého profesního sdružení - BVKJ e.V. (partner SPLDD)

Informace: BVKJ Köln, fax 040-221-68909-78

Termín: 5.-7.března 2004, pestrý odborný Jugendmedizin program
Poplatek 55 -140 Euro, příplatek na paralelní semináře po 30 Euro, ubytování od 20 do 130 Euro na noc.

Souhrn:

Tradiční akce, účast kolem 1100 delegátů, kolem 50 vystavovatelů, pestrý kulturní program, možnost pohledání i malých dětí, atd.
Přihláška a info i v Kanceláři SPLDD u předsedy zahr. komise

Německo: Dny dětského a dorostového lékaře 2004

Místo konání: Hannover (5 hodin autem, jedna z největších akcí BVKJ, jde o 34. ročník), informace na faxu jako u předchozí akce, obdobné cenové relace

Termín: 18.-20.června 2004

Odborné téma: Praeventive Beratungsmedizin, Allergieprophylaxe - aktuelle Umweltmedizin

Časopis: Kinder-und Jugendarzt

- Jde o největší profesní časopis pediatrické primární péče v Evropě
- Vydává jej naše partnerská organizace BVKJ e.V. (Sdružení dětských a dorostových lékařů Německa) ve spolupráci s dalšími pediatrickými společnostmi

- Vydáván od roku 1970, měsíčník, náklad 11 100 výtisků

Sídlo redakce:

D-51 069, Kolín nad Rýnem, Mielenforster, fax : 040-221-683 204

Má 2 hlavní části: Forum a Fortbildung, další částí jsou rubriky -

Aktuell, Berufsfragen, Magazin...

Rozsah kolem 85 stran, barevně, výtečně odborně a profesně zpracován, základní strukturou velmi podobný našemu VOXu, skvělé čtení.

Pro VOX připravil:

MUDr. Tomáš Soukup

předseda zahraniční komise SPLDD ČR

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.**

Přenechám praxi

Přenechám zavedenou praxi dětského kardiologa v bývalém okrese Benešov.
Informace - tel.: 317 725 655 (v pracovní době).

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

Převezmu praxi

Převezmu praxi PLDD v Praze. Hledám místo asistenta s perspektivou brzkého odkoupení praxe PLDD v Praze. První atestaci a licenci mám.
Tel.: 241 760 763, 724 052 366

Zaměstnám pediatra

Zaměstnám pediatra s licenci v zavedené ordinaci ve Vyškově. Nástup možný ihned. Mobil: 603 945 145.

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