

duben 2004 ■ číslo 4 ■ ročník 4

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

Věkově vázané epileptické syndromy

Komplexní péče u dětí

Dětská mozková obrna

Autismus u dětí



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****www.detskylekar.cz****Časopis garantován****Sdružením praktických lékařů****pro děti a dorost ČR****zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem****ve spolupráci s Odbornou společností****praktických dětských lékařů ČLS JEP****zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.****Vedoucí redakční rady:**

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku časopisu Děti a my.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Bc. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 065, GSM: 602 873 761 - jen pro inzerenty

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

vydavatelství

MEDIXAdresa vydavatelství:
Branická 141, 147 00 Praha 4

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc březen	5
Zápisy z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Některé důsledky nového zákona č. 95/2004 Sb.	7
Novela zákoníku práce	8
Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR	8
Právo EU od 1.5.2004	10



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP	12
PaedDr. L. Pospíšilová, MUDr. J. Sudková Komplexní péče u dětí	12
MUDr. J. Zezuláková, CSc. Dětská mozková obrna	18
Doc. MUDr. V. Komárek, CSc. Autismus u dětí	20
MUDr. V. Amblerová, Prof. MUDr. Z. Ambler, CSc. Neuroborrelióza v dětském věku	22
Doc. MUDr. V. Komárek, CSc. Věkově vázané epileptické syndromy	25
MUDr. R. Vetešníková - Koubová Kazuistika: Syndrom testikulární feminizace	28
Prof. MUDr. K. Křepela, DrSc. Kontraindikace tuberkulinového testu...	30
MUDr. P. Frühauf, CSc. Současný pohled na bílkoviny v dětské výživě	32



Aktuality	35
Řádková inzerce	38



Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrazek na titulní straně namalovala ústy Ruth Christensen

editorial...



O úsměvu

Byl jsem v pokušení psát o tom, jak pojišťovna platí pozdě a ještě chce brát. Jak ministerstvo připravuje hrozné zákony a ještě hroznější vyhlášky. Zkrátka stěžovat si otráveně na naše tolik zkušené zdravotníctví. Neudělám to. Zpronevěřil bych se svému původnímu povolání - starat se o úsměvy. Ne, nejsem

komik, ale zubní lékař, i když po čtrnácti letech toho, co dělám, je to možná naopak. To se žádnému z ministrů ještě nepovedlo. Nemyslím udělat ze sebe komika, ale starat se o naše spokojené úsměvy čtrnáct let, nebo jen sedm, stačilo by i jedno funkční období. Zatím mizí rychle z jeviště i za pomoci propadla. I reforma propadla.

I když nejsme a nemůžeme být spokojení, měli bychom se příjemně naladit. S úsměvem jde všechno lépe a nic nás nestojí. Je jako tuzemská zdravotní péče - dostupný a bezplatný. Proč úsměvy omezovat? Není to v pojistném plánu žádné ze zdravotních pojišťoven. Zatím.

Do Evropské unie se nehodí vstupovat zachmuřením. Byli bychom příliš nápadní. Tam se všichni ještě smějí. Volba komisařů prý byla povedená komedie. Nový komisař pro zdravotnictví už moc smíchu nevyvolá. Škoda, mohli jsme jim nabídnout jiná odborníky. Zavedli by náš systém zdravotnictví v celé unii. Všichni evropští pojištěnci by si pak byli rovni.

Komici jsou nejen na ministerstvech, mezi politiky, ale i mezi dětskými lékaři. Jednoho mám obzvlášť rád. Nevykonává však u nás obě profese zároveň, asi to není lege artis. Léčí děti v zámoří. Vladimír Pucholt mně vždycky vrátí dobrou náladu. A tak se usmíváme a říkejme si spolu s ním: „No, co, co.“ Určitě nám bude líp.

MUDr. Jiří Pekárek
mluvčí Koalice ambulantních lékařů

v příštím čísle...

Vybrané kapitoly z dětské kardiologie

Prevence nemocí oběhové soustavy v dětském věku

Srdeční šelest

Synkopy u dětí

Vliv obezity na dětský kardiovaskulární systém



seznam inzerujících firem

ČESKÁ SPOŘITELNA

GlaxoSmithKline

HIPP

NESTLÉ

NUTRICIA

ORION DIAGNOSTICA

STIEFEL LABORATORIES

UCB Pharma

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00

Středa 10,00 - 17,00

Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla

zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

14,00 - 20,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

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

Středa

16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová

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

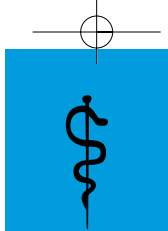
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

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

Čtvrtek

17,00 - 19,00 - MUDr. Tomáš Soukup

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



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc březen

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Březen, za kamna vlezem, chtělo by se parafrázovat známou říkanku. Situace v našem zdravotnictví ale rozhodně neodpovídala možné selance za kamny, neboť stále nebylo jasno, kde se vezmou finance na stále narůstající deficit našeho zdravotnictví. Ani setkání s paní ministryní nedalo uspokojivé odpovědi. I když účast na našich regionálních akcích nebyla ve srovnání s předchozími lety tak špatná, stále se zdá, že si naši kolegové ne zcela uvědomují vážnost nastalé situace. Ti, co nakonec přijeli, pak byli často zděšení i z toho, co je čeká po vstupu do Evropské unie – formuláře, formuláře a zase formuláře. Doufejme, že při bilančování dubna nebude nutno parafrázovat ve smyslu – duben, už v tom budem.

6.3. – začal cyklus regionálních konferencí, vše odstartováno v Jindřichově Hradci, kde se sešli členové regionu Jižní Čechy. Informace, resp. výstupy z této konference zveřejňujeme na jiném místě

13.3. – seriál regionálních konferencí zamířil tentokrát na Severní Moravu, pod Lysoou horou, v zasněženém prostředí horského hotelu proběhla společně konference s pátečním vzdělávacím seminářem; šlo o první pokus spojit profesní a odbornou aktivitu do víkendové akce; vzhledem k účasti by to mohla být dobrá cesta k zapojení dalších členů do aktivit našeho Sdružení; i o výstupech z této konference informujeme na jiném místě

17.3. – v Senátu Parlamentu ČR proběhl seminář na téma České zdravotnictví po vstupu do Evropské unie; mnohé účastníky tento seminář spíše vyděsil, proč tomu tak bylo, to se dočtete na jiném místě našeho časopisu, kde se Vás pokoušíme rámcově informovat, co nás vlastně čeká

20.3. – Brno bylo pro změnu hostitelem konference Jižní Moravy, v tradičních prostorech menzy se sešla tradičně dobrá účast našich kolegů z jihu Moravy, aby i oni bilančovali uplynulé období

22.3. – druhý jednací den přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na 2. pololetí letošního roku nepřinesl nic podstatného, my jsme trvali na oprávněném navýšení úhrad, pojišťovny navrhly pouze !!! navýšení hodnoty bodu z 0,95 na 0,97 Kč; jednání tak nemohlo dopadnout jinak, než nedohodou

23.3. – jednala Koalice ambulantních zařízení, předmětem jednání byla příprava na schůzku s ministryní zdravotnictví

24.3. – na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR proběhlo jednání zástupců Koalice ambulantních zařízení s ministryní

zdravotnictví MUDr. Marií Součkovou; jednání nepřineslo odpovědi na naše otázky hmatatelného řešení současné ekonomické krize našeho zdravotnictví, jednání opět spíše potvrdilo, že současná krize ekonomická je pouze vyústěním krize koncepční, jenže pomůže případná výměna ministra...?

26.3. – na půdě Ministerstva zdravotnictví jednala Komise pro prevenci v zubním lékařství; zdá se, že i stomatologové si uvědomují nedostatečně zajištěnou kvalifikovanou péči o dětský chrup; situaci však rozhodně nevyřeší vytvoření obdoby našeho ZOPu, je dobře, že se však začala tato problematika vůbec řešit

27.3. – v pěkném prostředí nově vybudované budovy knihovny v Liberci se sešli naši členové z regionu Severní Čechy, i tady bylo co bilančovat, diskutovaly se akutní problémy a předmětem byla i vize následujících dnů, týdnů a měsíců

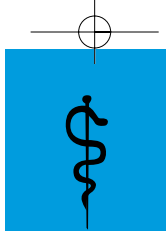
30.3. – na dalším společném jednání se sešli zástupci Koalice ambulantních zařízení, stručný zápis zveřejňujeme na jiném místě

V průběhu tohoto měsíce se nám do rukou dostal materiál chystající omezení úhrady dle zdravotně-pojistného plánu VZP. Jde o materiál svým obsahem mimořádně závažný, neboť obsahuje možné omezení úhrad vycházející z překročení plánovaných úhrad v jednotlivých segmentech nad rámec zdravotně pojistného plánu VZP. Pokud by kdokoliv z Vás obdržel nějaký materiál v tomto duchu ze strany VZP, urychleně kontaktujte centrum (viz také zápis Koalice ambulantních zařízení).

Mobily škodí zdraví, tvrdí i Francouzi

Čtveřice francouzských vědců tvrdí, že mobilní telefony mají negativní vliv na lidské zdraví. Svými názory tak zpochybňují nedávnou studii britských odborníků, která se škodlivost přístrojů snažila popřít.

Francouzi uveřejnili podezření v knize nazvané Váš GSM, vaše zdraví, lžou vám! Na publikaci upozornil francouzský list Le Figaro. Autoři knihy jsou povoláním fyziolog, biolog, profesor fyziky a vědec zabývající se otázkami bioelektro – magnetiky. Autorský tým je přesvědčen, že používání mobilních telefonů může vést k nespavosti, depresím i srdečním potížím. Uživatelům doporučuje, aby telefonování mobily omezili. Doba telefonování z mobilů by prý neměla překročit tři minuty. Mezi jednotlivými hovory mají volající dělat alespoň čtvrt hodinovou přestávku. Mladí lidé do šestnácti let, těhotné ženy a uživatelé srdečních stimulatorů mají telefonovat co možná nejmíň. Zjištění čtveřice francouzských vědců nejsou ojedinělá. Už v roce 2001 upozornili švédští vědci, že záření z mobilních telefonů může urychlit Parkinsonovu a Alzheimerovu nemoc. Německý badatel Gholamreza Kananani z Kolína nad Rýnem loni uvedl, že mobil může nepříznivě ovlivnit i fungování kardiostimulátoru. Jednoznačně prokázat škodlivost mobilních telefonů se však dosud nepodařilo nikomu.



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů

24. 2. 2004 v učebně Vzdělávacího střediska ČSK

Přítomni:

MUDr. Jelínek – SPL ČR
MUDr. Neugebauer – SPLDD ČR
MUDr. Stará – SSG ČR
MUDr. Tautermann – SSL ČR

Hosté:

PharmDr. Chudoba – Česká lékárnická komora

Program:

1. Kontrola předchozího zápisu a úkolů
2. Hodnocení tiskové konference
3. Strategie Koalice do roku 2006
4. Členství Koalice v Unii zaměstnavatelských svazů
5. Účetnictví ZZ
6. Tisková konference Koalice
7. Krajské tiskové konference
8. Financování společných akcí Koalice
9. Logo Koalice
10. Různé

1. Kontrola předchozího zápisu a úkolů

■ Úkol vypracovat text stanoviska Koalice k protestním akcím ČLK ve dnech 7. – 9. 4. 2004 a rozeslat jej k připomínkování byl splněn.

■ Tisková zpráva k Petici (vyhl. č. 34/2004 Sb.) byla rozeslána médiím. Počty osob, které petici podepsaly, nejsou zatím k dispozici.

2. Hodnocení tiskové konference

Ve zprávách, které se objevily v tisku po tiskové konferenci, zaznělo jednoznačné rozhodnutí ministryně zdravotnictví vyhlášku neměnit. Lékaři většinou její ustanovení nedodržují, ale lékárny recepty přijímají, i když nejsou označeny I,C nebo P.

3. Strategie Koalice do roku 2006

Jednání SSL ČR se zdravotními pojišťovnami byla úspěšná, problém ukončení platnosti rámcových a individuálních smluv v roce 2006 trvá.

4. Členství Koalice v Unii zaměstnavatelských svazů

Zástupci Koalice projednali členství v Unii zaměstnavatelských svazů. V souvislosti s tím se opět rozvinula diskuse nad právní subjektivitou Koalice a nutností ji institucionalizovat.

5. Účetnictví ZZ

Novela zákona č. 160/1992 Sb., byla schválena Parlamentem ČR a je připravena k podpisu prezidentem republiky. Pokud ji prezident podepíše, mohla by začít platit již během března.

6. Tisková konference

Koalice Koncepte zdravotnictví MZČR nebyla přijata, ani odmítnuta. Blíží se konec lhůty, kterou dala Koalice vládě na vytvoření kroků ke stabilizaci situace ve financování zdravotní péče. Zástupci Koalice předpokládají, že k žádným zásadním změnám nedojde, proto je třeba se dohodnout na dalším postupu a seznámit s ním sdělovací prostředky na tiskové konferenci, která je naplánována na úterý 30. 3. 2004 ve 13.00 hodin. Pro tiskovou konferenci je třeba nejprve shromáždit podklady. Koalice se dohodla na následujícím postupu:

- a) získat od ministryně zdravotnictví návrh její koncepce
- b) projednat materiál na schůzce Koalice
- c) sejít se s ministryní a přednést jí připomínky Koalice
- d) uspořádat TK

7. Krajské tiskové konference

Tiskovým konferencím v krajích by měly předcházet semináře, na kterých by se zástupci všech tří stran (kraj, ZP a zástupci poskytovatelů) vzájemně informovali o své představě naplňování krajské zdravotní politiky. Celé jednání, které by se mělo odehrát v průběhu jednoho dne, by mělo mít následující etapy:

1. představení zdravotní politiky kraje hejmanem nebo jeho zástupcem
2. stanovisko zdravotních pojišťoven
3. pohled poskytovatelů zdravotní péče
4. diskuse
5. vypracování závěrů

<ol style="list-style-type: none"> a) společné závěry b) dva proti jednomu c) tři různá stanoviska 	tiskové prohlášení pro zástupce sdělovacích prostředků
---	--
6. tisková konference

Po skončení jednání a tiskové konference další schůzka ke stanovení postupných kroků k naplnění závěrů semináře.

8. Financování společných akcí Koalice

Zástupci Koalice souhlasí s koeficientem pro

přefakturaci nákladů na společné akce, který předložila ČSK (viz příloha zápisu).

9. Logo Koalice

Z předložených návrhů byl vybrán šedivý pětistřík

10. Různé

■ Zdravotní pojišťovny porušují rámcové smlouvy. Pokud neexistují zdravotně pojistné plány, platí výsledky dohodovacího řízení. Zástupci Koalice budou nejprve individuálně jednat se zdravotními pojišťovnami a pokud nedojde k dohodě, bude se uvažovat o společných krocích a případném veřejném vystoupení.

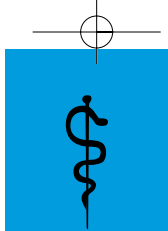
■ Na příští jednání Koalice je třeba zařadit otázku ekonomu.

Zapsala:

Mgr. Zina Sladkovská

Účetnictví nedořešeno

Jepičí život měla legislativní iniciativa skupiny poslanců ODS, kteří hodlali novelizovat zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních tak, aby poskytovatelé (jako fyzické osoby) zůstali v jednodušším systému účetnictví. Zdravotní výbor doporučil sněmovně novelu schválit, avšak autoři svůj návrh nakonec vzali zpět. Rozzlobili se totiž na předsedkyni výboru Miladu Emmerovou (ČSSD), jež se na poslední chvíli pokusila prosadit vlastní pozměňovací návrh netýkající se účetnictví. Milan Cabrnok (ODS) ji obvinil, že chce nepřímo novelizovat zákon o lékařích. M. Emmerová to popřela s tím, že chce jen přispět „k pořádku v registraci nestátních zařízení“. M. Cabrnok se nyní bude snažit účetnictví lékařů vyřešit pozměňovacím návrhem k nějakému zákonu.



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů

30. 3. 2004 v učebně Vzdělávacího střediska ČSK

Přítomni:

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

Program:

1. Kontrola předchozího zápisu a úkolů
2. Setkání s ministryní zdravotnictví
3. Omezení plateb ze strany VZP ČR
4. Ekonomické poradenství
5. Právní subjektivita
6. Návrh změny systému zdravotního zabezpečení v ČR
7. Různé

1. Kontrola předchozího zápisu a úkolů

- Zástupci Koalice souhlasí se spoluprací s mediální agenturou New Deal. Podmínky spolupráce budou upřesněny na dalším jednání, kterého se zúčastní zástupce agentury P. Juklíček.
- SSG ČR nesouhlasí s vybraným logem (pětিলístá kytká). Do doby, než se všichni členové Koalice shodnou na jiném symbolu, bude Koalice pracovat bez loga.

2. Setkání s ministryní zdravotnictví

Ukázalo se, jak je důležité před každou důležitou schůzkou setkání zástupců Koalice k projednání obsahu jednání a jednotného postupu.

3. Omezení plateb ze strany VZP ČR

Je třeba, aby všichni členové Koalice našli způsob, jak informovat své členy, aby nepodepisovali dodatky s přiznáním dluhu.

Další kroky:

- příprava soudního jednání – materiál VZP bude předán Mgr. Slavíkovi a Mgr. Uhrovi k posouzení a návrhu jak postupovat, kdyby VZP začala regulace skutečně uplatňovat. V případě nutnosti požádá Koalice soud o předběžné opatření a své členy bude zastupovat prostřednictvím zmocnění. V případě soudního sporu osloví renomovaného právníka.
- protože existuje nebezpečí, že VZP bude regulace uplatňovat i za rok 2003, případně v dalších letech, navrhuje Dr. Pekárek svolat dohodovací řízení a projednat, jak v budoucnu postupovat. Pojistné plány zdravotních pojišťoven nejsou veřejný materiál.
- Koalice bude usilovat o úpravu § 17 zákona č. 48/1997 Sb. Po zpracování podkladů budou Mgr. Slavík a Mgr. Uher pozváni na jednání Koalice k dohodnutí dalšího postupu.

4. Ekonomické poradenství

Ing. Schwarz, ředitel Liberálního institutu, poskytl kontakt na ekonoma, kterého v současné době využívá jako poradce Česká stomatologická komora. Spolupráce s Koalicí je možná.

5. Právní subjektivita

Zástupcům Koalice byl předán návrh smlouvy o sdružení a návrh jednacího řádu, které vypracoval Dr. Neugebauer.

6. Návrh změny systému zdravotního zabezpečení v ČR

(Tomáš Macháček, Pavel Hroboň, Tomáš Julínek)

Návrh je k diskusi, chybí matematický model fungování v praxi. Z textu není jasné, kdo bude vyjednávat kontrakty se zdravotními pojišťovnami. Zástupci Koalice navrhuji společnou schůzku s Dr. Julínkem.

7. Různé

23. 5. 2004 se koná valné shromáždění SSG ČR v Českém Krumlově

Zapsala: **Mgr. Zina Sladkovská**

Některé důsledky nového zákona č.95/2004 Sb., zaměřeno na obory praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost

Obecně:

Zákon stanovuje jako podmínku samostatného výkonu zdravotnického povolání lékaře specializovanou způsobilost. Tuto získává lékař ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou. (§2, písm.e), §5 odst.1)

Přechodná ustanovení se liší dle oborů (§44).

Pro obor praktické lékařství platí, že specializovanou způsobilost automaticky získávají ti, kteří získali v minulosti specializaci I. stupně v oboru všeobecné lékařství. Je otázkou, zda je možné na tento obor aplikovat také ustanovení §44 odst.1, ohledně osvědčení ČLK – osobně se domnívám, že nikoli, neboť toto se vztahuje výlučně k oborům v tomto odstavci uvedeným. Tedy se domnívám, že lékař, který nedisponuje atestační zkouškou z oboru všeobecné lékařství, a je současně držitelem osvědčení ČLK pro tento obor, nesplňuje podmínky specializované způsobilosti dle tohoto zákona. V praxi se může jednat o lékaře, kterým ČLK udělila výjimky z atestace.

Poněkud komplikovanější je situace u oboru praktický lékař pro děti a dorost. Vzhledem k tomu, že jde o obor nový, nemůže žádný lékař disponovat atestací z tohoto oboru a konečně ani licenci pro tento obor. Zákon stanovuje, že lékaři, kteří získali v minulosti atestaci z oboru pediatrie, pracují v tomto oboru alespoň 3 roky a z toho alespoň jeden rok v primární péči (viz. zák.č.48/1997 Sb.), získávají specializovanou způsobilost v oboru praktický lékař pro děti a dorost.

Zákon pak dále uvádí, že lékaři zařazení do specializační přípravy mohou tuto buď ukončit dle dosavadních právních předpisů, nebo dle tohoto zákona. Do doby zveřejnění nových vzdělávacích programů jednotlivých oborů se uskutečňuje vzdělávání dle dosavadních specializačních náplní.

Ohledně oboru praktický lékař pro děti a dorost vyplývá ze zákona následující :

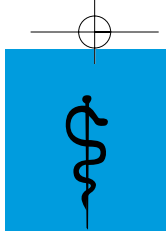
– v současné době není žádná specializační náplň pro tento obor (vzhledem k tomu, že jde o obor nový, nelze postupovat dle dosavadní – žádná neexistuje)

– žádný lékař není v současné době zařazen do specializační přípravy z tohoto oboru (mohou být zařazení pouze do přípravy v oboru pediatrie, ovšem pokud ji ukončí po účinnosti tohoto zákona, nelze na ně vztáhnout přechodné ustanovení ohledně atestace z pediatrie a praxe).

Bylo by tedy nutné co nejdříve stanovit vzdělávací program pro tento obor. Pak by bylo možné aplikací ust. §44 odst. 10 započít absolvovanou část specializační přípravy.

V Praze dne 1.4.2004

Mgr. Jakub Uher



Novela zákoníku práce

S účinností od 1.března 2004 došlo k novelizaci zákoníku práce zákonem č. 46/2004 Sb. Dovolují si proto upozornit na několik zásadních změn:

Konkurenční doložky v pracovních smlouvách:

Zaměstnavatel může se zaměstnancem uzavřít dohodu, ve které se zaměstnanec zaváže, že se po skončení pracovního poměru – nejdéle však po dobu jednoho roku – zdrží výkonu výdělečné činnosti, která je předmětem činnosti zaměstnavatele, nebo která by měla vůči němu soutěžní povahu.

Nové však je, že se v takovéto dohodě musí zaměstnavatel zavázat, že zaměstnanci poskytne přiměřené peněžní vyrovnání, nejméně ve výši průměrného měsíčního výdělku, za každý měsíc plnění závazku.

Dohodu lze uzavřít pouze pokud to lze na zaměstnanci spravedlivě požadovat a až po uplynutí zkušební doby. V dohodě může být sjednána finanční částka, kterou by byl zaměstnanec povinen bývalému zaměstnavateli zaplatit, pokud závazek poruší. Zaměstnavatel může od takto uzavřené dohody odstoupit pouze za trvání pracovního poměru se zaměstnancem. Dohoda i odstoupení od této dohody musí mít vždy písemnou formu.

V souvislosti se shora popsanou změnou byl zrušen § 29 odst.3 ZP, který stanovil, že zaměstnavatel může s vedoucím zaměstnancem sjednat v rámci konkurenční doložky odchodné.

Je proto třeba pečlivě zvažovat, zda je uzavření konkurenční doložky pro zaměstnavatele vhodné a ekonomické právě z pohledu povinnosti poskytovat peněžní vyrovnání. Zároveň je třeba při pracovních poměrech sjednávaných od 1.3.2004 upravit ve shora uvedeném smyslu vzory pracovních smluv, pokud konkurenční doložku obsahují.

Dřívější smlouvy o konkurenční doložce a ujednání o odchodném, sjednané před účinností novely, se budou i nadále řídit dosavadními předpisy.

Uzavírání pracovních smluv na dobu určitou:

Pracovní poměr na dobu určitou lze mezi týmiž účastníky sjednat nebo prodloužovat celkem nejvýše na dobu 2 let od vzniku tohoto pracovního poměru. To platí i pro každý další pracovní poměr sjednaný v uvedené době mezi týmiž účastníky – ustanovení tedy nelze obejít formálním ukončením původního pracovního poměru a následným uzavřením nového.

Výjimkou je, jestliže od skončení pracovního poměru na dobu určitou mezi týmiž účastníky uplynula doba delší než 6 měsíců.

Další výjimky jsou případy stanovené zvláštními právními předpisy (ty budou pravděpodobně postupně vydány), případy, kdy zaměstnavatel uzavírá pracovní poměr na dobu určitou z důvodu náhrady dočasně nepřítomného zaměstnance po dobu překážek v práci na straně zaměstnance a dále případy vážných provozních důvodů.

Jestliže dojde ke sjednání pracovního poměru na dobu určitou, aniž by byly splněny shora uvedené podmínky a zaměstnanec před uplynutím sjednané doby oznámí písemně zaměstnavateli, že trvá na tom, aby jej dále zaměstnával, platí, že pracovní poměr byl uzavřen na dobu neurčitou.

Pracovní poměry na dobu určitou, vzniklé před účinností novely se řídí dosavadními předpisy.

Přestávky v práci:

Podle novely je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnanci nejdéle po 6 hodinách nepřetržité práce přestávku na jídlo a oddech v trvání nejméně 30 minut. Mladistvým musí být tato přestávka poskytnuta nejdéle po 4 1/2 hodinách nepřetržité práce.

Nerovné zacházení a diskriminace:

Novela obsahuje vymezení situací, které lze považovat za nerovné jednání a diskriminaci. Přestože v našich podmínkách doposud není téměř žádná zkušenost ani judikatura v této oblasti, je třeba se jí zabývat, neboť důkazní břemeno prokázání, že nedošlo k diskriminaci, může ležet na zaměstnavateli.

Se shora uvedeným úzce souvisí rozšíření informační povinnosti zaměstnavatele vůči zaměstnancům o povinnost informovat o opatřeních směřujících k zajištění rovného zacházení a k zamezení diskriminace a o nabídce volných pracovních míst na dobu neurčitou, která by byla vhodná pro další pracovní zařazení zaměstnanců pracujících na základě smluv na dobu určitou.

Doporučuji, aby se zaměstnanci jimž pracovní právní agenda ve společnosti přísluší s novelou ZP podrobně seznámili.

V Praze dne 3.3.2004

JUDr. Tomáš Kašpar, advokát

Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR

Jihočeský region

Usnesení regionální konference SPLDD ČR konané dne 6.3.2004 v Jindřichově Hradci

Konference zvolila mandátovou komisi

ve složení: MUDr. Janoušková, MUDr. Fialová, MUDr. Slanina

Konference zvolila návrhovou komisi

ve složení: MUDr. Vavrušková, MUDr. Rytíř, MUDr. Blažek

Konference se zúčastnilo 55 osob, z toho 44 členů SPLDD a 11 hostů.

Konference bere na vědomí:

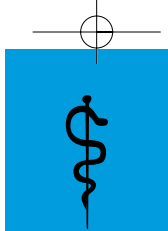
- zprávu předsedkyně jihočeského regionálního výboru SPLDD Dr. Verdánové o činnosti.
 - zprávu pokladníka Dr. Veselého o hospodaření v r. 2003.
 - zprávu revizní komise o výsledku provedené kontroly za r.2003.
 - informaci Dr. Neugebauera o aktuální situaci v SPLDD z pohledu celostátního výboru i o současné situaci ve zdravotnictví ČR.
 - informaci Dr. Hejduka, zdravotního rady JČ kraje, o spolupráci KÚ s regionálním SPLDD.
- Konference konstatuje, že tato spolupráce a vzájemná informovanost je dobrá.

Konference schvaluje:

- návrh rozpočtu jihočeského reg. výboru SPLDD na r. 2004.

Konference ukládá regionálnímu výboru SPLDD na r. 2004:

- nadále průběžně zajišťovat úkoly vyplývající pro činnost SPLDD z celostátní konference SPLDD
- dodržet navržený rozpočet reg.výboru tak, aby konečný výsledek byl v nejhorsím případě vyrovnaný.
- vysílat po dohodě s KÚ zástupce do výběrových řízení na PLDD v rámci kraje.
- znovu upozornit všechny pediatriy JČ kraje – i nečleny SPLDD – na dohodnutý a již dva roky platící způsob omlouvání našich pacientů ve škole s upozorněním, že nedodržování tohoto postupu lze hodnotit jako vytváření nekalé konkurence, nemluvě o nekolegiálním chování. Upozornění rozeslat nejlépe formou dopisu s citací příslušných dohod.



- dále rozvíjet spolupráci s OSPDL.
 - v časovém předstihu vydávat přehled seminářů a školicích akcí.
- Konference děkuje regionálnímu výboru i všem okresním zástupcům za jejich práci pro SPLDD.

MUDr. Vavrušková
MUDr. Rytíř
MUDr. Blažek

■ Severomoravský region

Usnesení Regionální konference

SPLDD ČR SM regionu ze dne 14. 3. 2004

Konference se zúčastnilo 63 členů a 6 hostů

Konference bere na vědomí:

- Zprávu o činnosti SM regionu za rok 2003 přednesenou MUDr. H. Kuběnovou
- Zprávu o hospodaření SM regionu za rok 2003 přednesenou MUDr. E. Křivskou
- Zprávu revizní komise SM regionu za rok 2003 přednesenou MUDr. L. Losovou

Konference schvaluje:

- Rozpočet regionu na rok 2004, přednesenou MUDr. E. Křivskou

Konference bere dále na vědomí:

- Vystoupení hostů:

- MUDr. P. Neugebauer – všeobecná zpráva z ústředí, informace o výběrových řízeních, novela o zákonu ve vztahu k účetnictví
- MUDr. M. Kudyn – ustanovení komise, která se bude zabývat generační výměnou lékařů
- MUDr. T. Soukup – informace o zákonu pojednávajícím o způsobilosti k výkonu práce PLDD – základní obor
- ing. M. Šindler – ředitel OP VZP Ostrava – nové povinnosti vyplývající ze vstupu do EU od 1.5.2004

Konference ukládá:

- Zajistit program pro seminář o očkování s KHS Ostrava
- Zajistit program pro seminář o generační výměně lékařů
- Pokračovat ve spolupráci s Českou spořitelnou
- Zlepšit spolupráci s okresními zástupci, zvláště ze vzdálenějších oblastí
- Doporučujeme zaujmout správné stanovisko všech kolegů k vystavování omluvenek
- Pokračovat ve spolupráci s hejtmanstvím Moravskoslezského a Olomouckého kraje při řešení problémů LSPP a koncepci péče o dítě
- Zajistit spoluúčast zástupců Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost při výběrových řízeních

■ Jihomoravský region

Usnesení Regionální konference

SPLDD ČR JMR konané dne 20.3.2004 v Brně Konference bere na vědomí:

1. Zprávu o činnosti SPLDD JMR přednesenou předsedkyní JMR MUDr. Hülleovou.
2. Zprávu o hospodaření JMR v r. 2003 přednesenou místopředsedkyní JMR MUDr. Křížovou.
3. Zprávu revizní komise JMR přednesenou předsedkyní RK SPLDD JMR MUDr. Doležalovou.
4. Zprávu předsedy SPLDD MUDr. Neugebauera o změnách v práci PLDD v souvislosti se vstupem České republiky do EU.
5. Vystoupení předsedy SPLDD MUDr. Neugebauera vysvětlující problematiku regulací po příspěvku MUDr. Šnobrové.
6. Vystoupení předsedy SPLDD MUDr. Neugebauera a místopředsedů SPLDD Dr. Kudyna a Dr. Soukupa s aktuálními informacemi.
7. Rezignaci MUDr. Hudečkové na funkci místopředsedy SPLDD JMR.

Konference schválila:

1. Rozpočet SPLDD JMR na rok 2004.
 2. Kooptaci MUDr. Uhlířové do Výboru SPLDD JMR za odstoupivší MUDr. Hudečkovou. Kooptace se uskutečnila na základě voleb do Výboru SPLDD JMR v roce 2003.
 3. Konference vyjadřují souhlas s mandátem předsedy SPLDD MUDr. Neugebauera pro cenová jednání na II. pol. r. 2004, který je vyjádřen minimální hodnotou kapitace 35 Kč a minimální hodnotou bodu ve výši 1 Kč.
- Konference vyjadřuje výrazné znepokojení nad negativní bilancí zdravotních pojišťoven, především VZP, který spěje svým pravidelným měsíčním propadem k finálnímu kolapsu. Konference doporučují uspořádat krajský seminář na téma: „Generální výměna v praxích PLDD“.

Konference děkuje odstoupivší MUDr. Hudečkové za dlouholetý významný přínos pro SPLDD ČR.

Návrhová komise:

MUDr. Matoušková, MUDr. Derner, MUDr. Dufka

MUDr. Dufka

■ Severočeský region

Usnesení regionální konference

SVČ regionu SPLDD ČR

konané dne 27.3.2004 v Liberci

Konference vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedkyní SVČ regionu MUDr. Krukovou
- zprávu o hospodaření za minulé období

přednesenou pokladníkem SVČ regionu MUDr. Sudkovou

Konference schválila návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2004.

Konference přijala zprávu revizní komise SVČ regionu přednesenou jejím předsedou MUDr. Michalíkem.

Konference dále vzala na vědomí:

- diskusní příspěvek předsedy Sdružení MUDr. Neugebauera o nových právních úpravách souvisejících se vstupem ČR do EU
- diskusní příspěvek ing. Vokuše zmocněnce VZP pro Liberecký kraj
- diskusní příspěvek p. Benedikta, vedoucího odboru zdravotnictví KÚ Libereckého kraje
- příspěvek MUDr. Cabrnchové o ustanovení nového atestačního oboru praktický lékař pro děti a dorost

Konference ukládá regionálnímu výboru a regionální radě zabývat se a řešit jednotlivé konkrétní případy při uplatňování regulačních a bonifikačních opatření.

MUDr. Balatková
MUDr. Kulháňková
MUDr. Sůvová

■ Východočeský region

Usnesení regionální konference SPLDD ČR VČ regionu dne 3.4.2004

Konference vzala na vědomí:

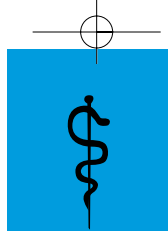
1. zprávu region. předsedy MUDr. Hrunky o činnosti regionu
2. zprávu mandátové komise o účasti členů SPLDD–přítomno 92 členů
3. účetní zprávu pokladníka VČ regionu MUDr. Doležalové a návrh rozpočtu na rok 2004
4. zprávu revizní komise MUDr. Zavřelová
5. zprávu předsedy SPLDD MUDr. Neugebauera o změnách v legislativě v souvislosti se vstupem do EU

Konference vyslovuje nesouhlas s posledním návrhem zpětného uplatnění zákona č. 48 – Omezení úhrady z hlediska zdravotně pojistného plánu

V souvislosti se vstupem ČR do EU ukládá konference výboru SPLDD:

1. zahájit neprodleně práce na vytvoření informativního souhlasu pacienta (rodíče), který by specifikoval problematiku v ordinaci PLDD
2. pokračovat v jednáních o případném uzákonění finanční spoluúčasti pacienta na zdravotní péči
3. vytvoření manuálu včetně možných forem chování a vyúčtování při ošetření pacienta EU a jeho zveřejnění v časopisu VOX PEDIATRIAE

MUDr. Svobodová



Právo EU od 1.5. 2004: dopady na zdravotnická zařízení

Informace o chystaných změnách

MUDr. Pavel Neugebauer

Nařízení EHS

■ Poskytování zdravotní péče **pojištěncům členských států EU, EHP a Švýcarska se po 1.5. 2004** řídí **Nařízením Rady EHS 1408/71 a 574/72**. Tato Nařízení mají od 1.5. 2004 přednost před českým zákonem.

■ Na základě Nařízení bude péče poskytovaná cizím pojištěncům českým zdravotnickým zařízením **hrzena prostřednictvím českých zdravotních pojišťoven**. Péče bude hrazena v **cenách odpovídajících českým cenám**.

■ Postupy předpokládané evropským právem pro zajištění nároků na zdravotní péči pojištěncům z EU jsou **závazné pro všechny poskytovatele zdravotní péče**, kteří jsou finančně napojeni na český systém veřejného zdravotního pojištění.

■ Pro zdravotnická zařízení, která nemají smlouvu ani s jedinou zdravotní pojišťovnou jsou pak **závazná pouze v tom rozsahu, v jakém jsou pro ně závazné české předpisy o veřejném zdravotním pojištění**.

■ **Rozsah péče, na níž budou mít cizí pojištěnci nárok se liší podle toho, zda budou na našem území pouze pobývat, nebo zda zde budou bydlet. Lze rozlišit tři rozsahy zdravotní péče, na níž budou mít po vstupu do EU cizí pojištěnci na našem území nárok.**

1a. Nutná a neodkladná zdravotní péče (varianta od 1.5. do 31.5.2004)

■ Zdravotní péče, která nesnese odkladu na dobu po návratu do země pojištění.

■ Tento rozsah zdravotní péče je poskytován turistům ze zemí EU, EHP a Švýcarska, kteří na českém území onemocní v průběhu května 2004.

■ **Tento rozsah zdravotní péče přestane být po novelizaci evropských nařízení od 1.6. 2004 v praxi uplatňován.**

1b. Lékařsky nezbytná péče s přihlédnutím k povaze dávek (nemoci) a očekávané době pobytu na území ČR (varianta od 1.6. 2004 do 30.6.2004)

■ Tato definice zahrnuje **veškerou zdravotní péči poskytovanou v rámci českých právních předpisů, pokud je lékařsky nezbytná**. Nesmí jít o péči, za jejímž poskytnutím by cizí pojištěnec na území ČR vycestoval. Péče musí být poskytnuta v takovém rozsahu, aby se nemusel cizí pojištěnec vracet na území státu pojištění dříve, než zamýšlel.

■ Tento rozsah zdravotní péče je poskytován **osobám pobývajícím přechodně na našem území jako turisté** (až od 1.6. 2004), vyslaní pracovníci, uchazeči o zaměstnání nebo studenti.

Příklad 1:

■ **Pan A, který je pojištěn v zemi EU, pobývá po dobu tří týdnů na dovolené v ČR. V ČR je za dávku v případě nemoci považováno kromě jiného i ošetření u zubního lékaře včetně poskytnutí zubní náhrady. V druhém týdnu pobytu panu A vypadne velká výplň ve stoličce. Protože má bolesti, vydá se pan A přímo k zubnímu lékaři. Ten zjistí, že je zapotřebí provést okamžitou provizorní výplň zubu, která utiší bolest a zabrání dalšímu poškození zubu. Kromě toho zjistí, že poškozený zub bude zapotřebí během následujících tří až čtyř měsíců opatřit korunkou, která jej ochrání dlouhodobě.**

■ **V tomto případě musí být v rámci výpomoci poskytnuta provizorní ošetření – nikoliv však korunka. Tu lze totiž bez problémů odsunout na dobu po ukončení dovolené v ČR.**

Příklad 2:

■ **Paní B, která je pojištěna ve státě EU, pobývá po dobu jednoho semestru v rámci svého studia v ČR. V ČR je za dávku v případě nemoci považována také léčba v nemocnici, jakož i poskytnutí léčebných prostředků v rámci všech výkonů léčebné fyzioterapie, jako jsou masáže a rehabilitační gymnastika. Na začátku posledního měsíce semestru utrpí paní C při cestě na univerzitu těžký úraz (zlomenina nohy), kvůli kterému musí zůstat tři týdny v nemocnici. Lékař v nemocnici při propuštění z nemocniční léčby zjistí, že paní C – aby byla zajištěna plná pohyblivost léčené nohy – musí během následujících dvou až tří týdnů zahájit odpovídající rehabilitaci.**

■ **V tomto případě musí být v rámci výpomoci poskytnuta nemocniční léčba – rehabilitace však nikoliv.**

2. Plná zdravotní péče podle českých právních předpisů (platnost od 1.7.2004 do ???)

■ Tato definice zahrnuje veškerou péči, na kterou má nárok český pojištěnec.

■ Tento rozsah péče je poskytován osobám bydlícím na našem území a pojištěným v jiném státě z titulu výkonu výdělečné činnosti v tomto státě, z titulu pobírání důchodu z tohoto státu, nebo z titulu rodinné příslušnosti k osobě pojištěné z některého z výše uvedených důvodů.

Příklad 3:

■ **Pan C, který je také pojištěn ve státě EU a pobývá v ČR, onemocní jako pan A v příkladu 1. Stane se tak však během druhého měsíce jeho ročního pracovního pobytu v ČR. V tomto případě by bylo možno v rámci výpomoci poskytnout také korunku na**

uvedenou stoličku na účet příslušné české ZP.

Příklad 4:

■ **Paní D, která je také pojištěna ve státě EU a pobývá po dobu jednoho semestru ke studijním účelům v ČR, se stane stejná nehoda jako paní B. Tentokrát se tak ale stane na začátku semestru.**

■ **V tomto případě musí být v rámci výpomoci poskytnuta kromě nemocniční léčby také rehabilitační terapie.**

3. Vyžádaná péče

■ Tato definice zahrnuje konkrétní zdravotní péči, za jejímž poskytnutím pacient do ČR se souhlasem své zahraniční zdravotní pojišťovny vycestoval.

■ Pro uplatnění nároku na zdravotní péči z cizího pojištění se budou cizí pojištěnci prokazovat u lékaře buď formuláři vystavenými ve svých státech, nebo Potvrzením o registraci, vystaveným tou českou zdravotní pojišťovnou, která za ně bude péči v ČR hradit. Některé skupiny cizích pojištěnců též budou disponovat českými průkazy zdravotního pojištění a bude k nim přístupováno stejně jako k jakémukoliv jinému českému pojištěnci.

Příklad 5:

■ **Pan E, který je pojištěn ve státě EU, trpí již mnoho let chronickou srdeční insuficiencí. V novinách se dočetl, že v ČR praktikuje lékař, který při léčbě takovýchto nemocí dosáhl velkých úspěchů. Vydá se do ordinace tohoto lékaře a chtěl by být ošetřen na základě své Evropské karty zdravotního pojištění (nebo E 111).**

■ **V tomto případě nepřichází ošetření na základě Evropské karty zdravotního pojištění (či E 111) do úvahy. Musel by získat souhlas s ošetřením své příslušné zdravotní pojišťovny (formulář E 112).**

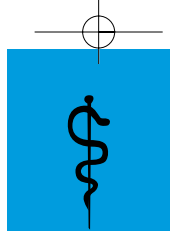
Doporučený postup:

V případě ambulantní péče se doporučuje striktně vyžadovat kartu pojištěnce, Potvrzení o registraci, E formulář nebo Evropskou kartu zdravotního pojištění jak od česky mluvících pacientů tak od pacientů ze zemí EU. I česky mluvící pacienti totiž mohou být pojištěnci jiného státu než České republiky!!!

Varianta A:

Na lékaře se obrátí cizí pojištěnec s Potvrzením o registraci vydaným některou z českých zdravotních pojišťoven.

■ Na tomto Potvrzení je uvedeno, na jakou péči má pojištěnec nárok a která česká zdravotní pojišťovna



VOX PEDIATRIAE

ponese náklady na jeho ošetření. Tímto Potvrzením se prokazují cizí turisté, vyslaní pracovníci, studenti, uchazeči o zaměstnání, kteří přechodně pobývají v ČR s předpokladem delší doby pobytu a kteří se pro usnadnění své situace předem registrovali u zvolené české zdravotní pojišťovny.

■ Dále se tímto Potvrzením prokazují cizí pojištěnci, bydlící na území ČR s nárokem na plnou zdravotní péči podle našich právních předpisů. Jde o české pracovníky, bydlící v ČR a pracující v zahraničí. Tímto potvrzením se budou prokazovat i jejich nezaopatření rodinní příslušníci.

■ Poskytovatel poskytuje zdravotní péči v tom rozsahu, jaký je uveden na Potvrzení.

■ Za zdravotní péči poskytnutou osobě, která se prokázala Potvrzením o registraci, vyúčtuje zdravotnické zařízení tuto péči výkonově, samostatnou fakturou a v samostatné dávce výkonů té zdravotní pojišťovně, která Potvrzení vydala.

■ V případě poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče budou náklady účtovány této pojišťovně, i když jde o nesmluvní zdravotnické zařízení.

Varianta B:

Na lékaře se obrátí cizí pojištěnec s formulářem E 110, E111, E119, E128 nebo s Evropskou kartou zdravotního pojištění vystavenou jeho zahraniční pojišťovnou.

■ Ve většině případů jde o formulář E111 (potvrzení o nároku turistů), nebo o Evropskou kartu zdravotního pojištění. Těmito formuláři se prokazují osoby pobývající na území ČR přechodně.

■ Ve všech těchto případech má cizí pojištěnec nárok na lékařskou nezbytnou zdravotní péči s přihlednutím k povaze péče (nemoci) a předpokládané délce trvání pobytu.

a) cizí pojištěnec se prokáže formulářem

■ Pokud cizí pojištěnec předloží některý z výše uvedených formulářů, bude lékařem ošetřen na účet české zdravotní pojišťovny.

■ Je-li to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta možné, požádá lékař cizího pojištěnce o volbu smluvní zdravotní pojišťovny, která se stane jeho českou výpomocnou zdravotní pojišťovnou.

■ Bude-li cizí pojištěnec disponovat i kopií formuláře, lékař si tuto kopii ponechá a následně ji připojí k faktuře pro zdravotní pojišťovnu.

■ Pokud cizí pojištěnec nedisponuje kopií a je to technicky možné, lékař originál formuláře zkopíruje a kopii parafuje.

■ Pokud nedisponuje kopírkou, údaje uvedené na originálním formuláři přepíše do zvláštního tiskopisu (Potvrzení o nároku).

■ Pro zajištění úhrady od zahraniční instituce požádá lékař pacienta o vyplnění části tiskopisu o době, po níž hodlá na území České republiky pobývat a faktu, že nevycestoval do ČR za účelem léčení. Tuto část tiskopisu nechá cizímu pojištěnci podepsat.

■ Zdravotnické zařízení vyúčtuje tuto péči výkonově, samostatnou fakturou a v samostatné dávce výkonů té zdravotní pojišťovně, kterou si pacient zvolil. Spolu s vykázaním péče doručí zvolené pojišťovně i příslušnou kopii formuláře, popřípadě vyplněný

zvláštní tiskopis (Potvrzení o nároku).

b) cizí pojištěnec se prokáže

Evropskou kartou zdravotního pojištění

■ Pokud cizí pojištěnec předloží Evropskou kartu zdravotního pojištění, bude lékařem ošetřen na účet české zdravotní pojišťovny.

■ Lékař, nebo jiný pracovník poskytovatele požádá cizího pojištěnce o volbu smluvní zdravotní pojišťovny, která se stane jeho českou výpomocnou zdravotní pojišťovnou.

■ Pokud je to technicky možné, kartu zkopíruje a kopii parafuje a následně ji připojí k faktuře pro zdravotní pojišťovnu.

■ Pokud nedisponuje kopírkou, údaje uvedené na kartě přepíše do zvláštního tiskopisu (Potvrzení o nároku). Z karty je nutno do tohoto tiskopisu přepsat kód země, jméno a příjmení pojištěnce, identifikační číslo pojištěnce, kód instituce, která kartu vydala, číslo karty a dobu platnosti karty

■ Pro zajištění úhrady od zahraniční instituce požádá lékař pacienta o vyplnění části tiskopisu o době, po níž hodlá na území České republiky pobývat a faktu, že nevycestoval do ČR za účelem léčení. Tuto část tiskopisu nechá cizímu pojištěnci podepsat.

■ Zdravotnické zařízení vyúčtuje tuto péči výkonově, samostatnou fakturou a v samostatné dávce výkonů té zdravotní pojišťovně, kterou si pacient zvolil. Spolu s vykázaním péče doručí zvolené pojišťovně i kopii karty, nebo vyplněný tiskopis (Potvrzení o nároku), do nějž budou přepsána data z Evropské karty zdravotního pojištění.

Varianta C:

Na lékaře se obrátí cizí pojištěnec z členského státu a neprokáže se ani Potvrzením o registraci, ani formulářem vystaveným cizí mateřskou pojišťovnou, ani Evropskou kartou zdravotního pojištění. V tomto případě je třeba rozlišit, zda jde o ambulantní ošetření, nebo o hospitalizaci.

ambulantní ošetření

■ Při ambulantním ošetření lze požadovat úhradu v hotovosti, ale maximálně do výše, kterou by za daný výkon uhradila česká zdravotní pojišťovna.

■ Pokud cizinec nebude chtít, nebo moci zaplatit, měl by lékař od pacienta získat informaci o tom, u jaké pojišťovny je ve své zemi pojištěn.

■ Pokud chce věc urychlit, může se na ni sám obrátit se žádostí o dodatečné zaslání formuláře.

■ Lékař se také může obrátit na svou smluvní českou zdravotní pojišťovnu se žádostí o zprostředkování zaslání příslušného formuláře ze zahraničí a o případnou dodatečnou registraci cizince. Výpomocnou českou zdravotní pojišťovnu by si měl pokud možno cizí pojištěnec zvolit sám.

■ V žádném případě však nebudou náklady českou zdravotní pojišťovnou zaplacen bez toho, aby obdržela příslušný formulář vystavený cizí mateřskou zdravotní pojišťovnou.

Varianta D:

Cizí pojištěnec se obrátí na české zdravotnické zařízení s formulářem E112. Tento formulář opravňuje k poskytnutí specifické péče cizímu

pojištěnci, který do ČR za tímto účelem vycestoval se souhlasem své zahraniční zdravotní pojišťovny.

■ Poskytnutí specifické péče by mělo být ve většině případů se zdravotnickým zařízením předjednáno.

■ Tato zdravotní péče musí být poskytnuta za stejných podmínek a ve stejných termínech, jako by šlo o českého pojištěnce.

■ Pokud se cizí pojištěnec obrátí na lékaře, nebo nemocnici přímo bez předchozí registrace u české zdravotní pojišťovny lékař, nebo jiný pracovník poskytovatele jej požádá o volbu smluvní zdravotní pojišťovny, která se stane jeho českou výpomocnou zdravotní pojišťovnou.

■ Tuto skutečnost zvolené smluvní české zdravotní pojišťovně bezodkladně ohlásí.

■ Bude-li disponovat i kopií formuláře, lékař si tuto kopii ponechá.

■ Pokud cizí pojištěnec nedisponuje kopií a je to technicky možné, lékař originál formuláře zkopíruje a kopii parafuje a následně ji připojí k faktuře pro zdravotní pojišťovnu.

■ Pokud nedisponuje kopírkou, údaje uvedené na originálním formuláři přepíše do zvláštního tiskopisu (Potvrzení o nároku).

■ V tomto případě pacient nepodepisuje prohlášení, že nevycestoval za účelem léčení.

■ Zdravotnické zařízení vyúčtuje tuto péči výkonově, samostatnou fakturou a v samostatné dávce výkonů té zdravotní pojišťovně, kterou si pacient zvolil.

Varianta E:

Cizí pojištěnec v ČR bydlí a disponuje českou kartičkou pojištěnce.

■ Tato situace se týká cizích důchodců a jejich rodin, bydlících a registrovaných v ČR a rodin cizích pracovníků bydlících a registrovaných v ČR. Vzhledem k tomu, že tyto lidé budou disponovat českými průkazy pojištěnce, pro poskytovatele zdravotní péče se v jejich případě nic nemění a přistupují k nim stejně jako ke kterémukoli jinému českému pojištěnci. Poskytnuté výkony též vykazují stejně jako u běžných českých pojištěnců.

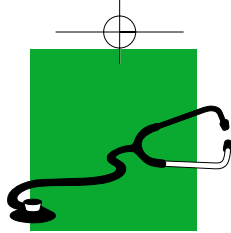
Předepisování léků

■ Léky vydávané na předpis českým pacientům budou v případě potřeby předepisovány a vydávány i pojištěncům ze zemí EU na účet české zdravotní pojišťovny.

■ Do části lékařského předpisu, kde se vyplňuje kód pojišťovny, je třeba v takovém případě vyplnit kód té smluvní pojišťovny, na kterou se bude ošetřující lékař obracet se žádostí o úhradu. Do kolonky týkající se čísla pojištěnce vyplní lékař číslo uvedené na Potvrzení o registraci.

■ Pokud jde o cizího pojištěnce, který se na lékaře obrátí přímo s formulářem, nebo Evropskou kartou zdravotního pojištění, předá mu lékař spolu s předpisem kopii zvláštního tiskopisu (Potvrzení o nároku).

■ Do části lékařského předpisu, kde se vyplňuje kód pojišťovny, v takovém případě vyplní kód té smluvní pojišťovny, na kterou se bude obracet se žádostí o úhradu za zdravotní péči.



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP:

Vyhláška č.30/2000 Sb.o očkování od 1.2.2004 - část výkladu Hlavního hygienika ČR týkající se práce praktických lékařů pro děti a dorost:

Vzhledem k dotazům k některým ustanovením vyhlášky č. 30/2004 Sb., kterou byla provedena novela vyhlášky č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, uvádím následující výklad:

1. k § 5

Očkování proti poliomyelitidě pro letošní rok bylo stanoveno dopisem hlavního hygienika ČR ze dne 22.10.2003 na základě v té době platné dikce vyhlášky. V letošním roce s ohledem na plánovaný objem vakcíny se očkování provede v rozsahu předchozích let. Při stanovení termínů očkování proti polio pro rok 2005 bude postupováno podle vyhlášky č. 30/2004 Sb. Při vyhlásování termínu očkování proti polio na rok 2005 se bude specifikovat ročník dětí, který má být očkován.

2. k § 7, odst. 1

Očkování proti VHB se provede nejpozději do konce tří let života, avšak vždy při dodržení doporučeného schématu výroby vakcíny, t.j. 0, 1, 6 měsíců (s možným prodloužením intervalu ze závažného důvodu - nemoci, obvykle o 4 týdny).

3. k § 9

Pravidelné očkování proti VHA a VHB při poranění injekční jehlou stanoví postup také při poranění zdravotníků - včetně jejich případného očkování proti VHA.

4. k § 11

S ohledem na znění § 132 písm a) Zákona práce je zaměstnavatel povinen omezovat vznik rizik a počet zaměstnanců vystavených rizikům. Z toho vyplývá, že očkování se provede u osob, které v rámci své pracovní náplně manipulují se zdravotnickým odpadem, tzn. že to budou všechny osoby, které provádějí úklid na pracovištích uvedených v ustanovení vyhlášky, které stanoví pracoviště s vyšším rizikem vzniku infekčního onemocnění. ■

MUDr. Hana Cabrnchová

Konference Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP

19.6.2004, Aula Univerzity Pardubice, Studentská 519, 532 10 Pardubice

Výbor OSPDL ČLS JEP zve všechny své členy na volební konferenci OSPDL. Vzhledem k projednávané problematice zve obzvlášť školitele z řad našich členů. Během konference se dozvíte informace týkající se vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost, podmínky pro získání způsobilosti v oboru praktické dětské lékařství, vystoupí zástupci IPVZ. Konference je tentokrát volební a proto obdrží všichni členové OSPDL osobní pozvánky s upřesněním programu.

za výbor OSPDL ČLS JEP:

MUDr. Hana Cabrnchová, předsedkyně

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

chtěl bych několika řádky uvést následující článek, který se zabývá problematikou komplexní péče. Jedná se o multidisciplinární péči, poskytovanou dětským pacientům s různým stupněm postižení a jejich rodinám. Komplexní péče existuje, rozvíjí se, ale nutno konstatovat, že dosud ve větší míře nevstoupila do povědomí praktických lékařů pro děti a dorost. Důvodů je více. Není zde delší tradice, síť poskytovatelů komplexní péče není dobudována a tudíž zde není dostupnost ve všech regionech, chybí zastřešující orgán, s kterým by bylo možno jednat o spolupráci na celorepublikové úrovni a není zde zatím příslušná legislativa, která by krom jiného řešila též otázku financování činnosti těchto pracovišť. S tím souvisí i jistá zdrženlivost praktických dětských lékařů k této péči, neboť některá pracoviště komplexní péče mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, na jejímž základě čerpají formou úhrad prostředky ze zdravotního fondu. Praktickým lékařům pro děti a dorost tím ale, v případě, že jim nebyl pacient na pracoviště komplexní péče doporučen, stoupají sledované náklady ve skupině tzv. neindikované péče, což může být spojeno s jeho finančním postihem. Uvedl jsem několik důvodů, které zatím brání většímu rozšíření spolupráce mezi pracovišti komplexní péče a praktickými lékaři pro děti a dorost. Neměly by žádnou stranu odradit, ale měly by být námětem k širší společné diskusi o této problematice. Následující článek kolegyně z Ústí nad Labem se zabývá nejen popisem komplexní péče, včetně přehledné terminologie, ale seznamuje nás také s konkrétním příkladem pracoviště, které tuto skutečně komplexní péči také poskytuje. Doufám, že bude prvním krokem, který posune vpřed řešení této naší společné problematiky.

MUDr. Josef Krejčík

člen výboru OSPDL ČLS JEP

Komplexní péče u dětí v kontextu ucelené rehabilitace

PaedDr. Lenka Pospíšilová

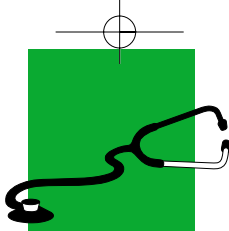
Demosthenes, Centrum komplexní péče, Ústí nad Labem

MUDr. Jana Sudková

Praktická lékařka pro děti a dorost, členka týmu Demosthena, Ústí nad Labem

Evropská unie vyzvala své členy, aby chápali rehabilitaci jako nedílnou součást politiky státu. Také proto se v České republice dlouho připravovala koncepce tzv. ucelené rehabilitace (UR) a v současné době zatím není jasné, zda vznikne zastřešující zákon nebo dojde jen k novelizaci příslušných předpisů.

K vysvětlení pojmů UR je třeba výkladů základních pojmů. WHO definuje samu rehabilitaci jako „včasně, plynule a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, soci-



VOX PEDIATRIAE

álních, pedagogických a pracovních prostředků – takový je současný světový trend. Tradičně vnímaný pojem rehabilitace je nahrazen dnešní fyzioterapií a ergoterapií. Za synonymum k termínu ucelená rehabilitace je považována rehabilitace komprehensivní. Kombinace různých postupů a úsilí o zvládnutí jak samotné nemoci, tak průvodních a souvisejících obtíží a následků je definicí komplexní péče, která je v souvislosti s naším tématem také často používána a někdy zaměňována za komplexní léčbu, jež kombinuje pouze postupy zdravotnické.

Z terminologického hlediska je také nutno rozlišovat mezi centry komplexní péče a rehabilitačními centry. Rehabilitační centra začala vznikat v 90. letech jako zvláštní zdravotnická zařízení s cílem zajistit návaznost léčebné rehabilitace na ostatní složky, a vytvořit tím předpoklady pro rozvoj UR v České republice v souladu s Národním plánem pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotními postiženími. Přestože se rehabilitační centra výrazně liší od běžných lůžkových rehabilitačních oddělení svým personálním obsazením (propojují lékařské a nelékařské zdravotnické disciplíny a mohou zaměstnávat např. speciálního pedagoga), jde o centra, která spadají pod jeden rezort. Cílovou klientelou jsou především aktivně spolupracující dospělí s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním postižením. Podle našeho názoru nejsou plně vhodná pro dětskou klientelu, a to z různých důvodů. Dítě raného věku se nejlépe vyvíjí v přirozeném prostředí domova a rehabilitační centra nemohou zajistit systematickou výchovu a vzdělání dětí předškolního a školního věku. Rehabilitace u dětí má odlišné cíle a prostředky než u dospělých, kromě úrazů nejde o návrat k původnímu stavu, vzhledem k dynamice symptomů diagnóza je třeba koordinovaně dítě sledovat specialisty na raný věk, který je z hlediska dalšího vývoje dítěte s rizikovou anamnézou zásadní. Proto se ve vyspělých zemích budují centra pro děti s vývojovými poruchami či s již diagnostikovaným postižením, jež zajišťují včasnou komplexní diagnostiku a terapii.

V České republice tuto iniciativu na sebe přebírají některé nestátní neziskové i ziskové organizace, které tak vytvářejí alternativu pro péči státu (neznamená to však, že by tyto organizace nebyly na státu nezávislé, příkladem je oblast financování). Tyto organizace obohacují péči o uvedenou cílovou skupinu specifickými přístupy, metodami práce, koordinovanou personální prací v rámci multidisciplinárního týmu a přispívají tak k vytváření vhodných podmínek pro přirozenou integraci. Příkladem je Dětské centrum ARPIDA v Českých Budějovicích nebo DEMOSTHENES – centrum komplexní péče v Ústí nad Labem. Příkladem by mohla být celá řada, významným problémem je však nesourodost těchto center komplexní péče, různé zřizovatelé, odlišná zaměření a rozsah, chybí

standardizace a akreditace. Organizace se zabývají specifickými problémy, často vycházejícími z potřeby té které lokality a také z tradice péče o tyto děti v příslušné oblasti. Není tudíž přehlednost v kvalitě poskytovaných služeb, což logicky snižuje ochotu např. dětských praktických lékařů, kteří se orientují pouze v oblasti zdravotnictví, ke spolupráci s těmito centry. A přestože mnohé služby už standardizované jsou, chybí standardizace a akreditace center komplexní péče jako celku. Otázkou koordinace služeb, vycházejících často z podnětů jednotlivců, kteří na sebe berou odpovědnost za propojení zdravotnictví, školství a sociální sféry, by se měl podle našeho názoru zabývat Vládní výbor pro zdravotně postižené.

V roce 1999 začalo v Ústí nad Labem pracovat nestátní zařízení, které na sebe postupně převzalo roli hlavního poskytovatele mezirezortní diagnosticko – terapeutické péče ve městě a jeho okolí (jedna ze služeb zasahuje celý Ústecký kraj). **DEMOSTHENES – centrum komplexní péče** vytvořilo nástin koordinovaného postupu péče o potřebnou cílovou klientelu se zapojením dětské kliniky, perinatologického centra, praktických dětských lékařů a některých ambulantních specialistů. Snahou bylo navrhnout úzkou systémovou spolupráci (např. formou pořádání pravidelných odborných seminářů s mezirezortním a interdisciplinárním pojetím, k 5. výročí vzniku centra proběhla celostátní konference na téma Komplexní péče u dětí atd.). DEMOSTHENES je složen ze tří právních subjektů, které podle potřeby propojeně i zvlášť zabezpečují služby jednotlivých sfér: ambulance nestátního zdravotnického zařízení mají smlouvu se zdravotními pojišťovnami, soukromá speciální mateřská škola a speciálně pedagogické centrum jsou zařazené do systému školských zařízení MŠMT, raná péče a sociálně právní poradenství jsou standardizované sociální služby. Převážnou část klientely tvoří rodiny s dětmi se zdravotním postižením různého typu a stupně (kromě postižení vnitřními chorobami) a rodiny s dětmi s rizikovým vývojem a vývojovou odchylkou. Centrum nabízí UR rodinám s dětmi od narození po nástup do školy propojením léčebné, pedagogické a sociální rehabilitace, v dalších věkových kategoriích je nabídka UR méně intenzivní či obsahuje pouze některé prvky (většinou však dochází k propojení alespoň dvou složek, což podle definice postačí k tomu, aby byla rehabilitace ucelená). Tím, že je centrum otevřeno také zdravým dětem, které navštíví centrum s lehkým vývojovým nedostatkem, vytváří podmínky pro tzv. obrácenou integraci.

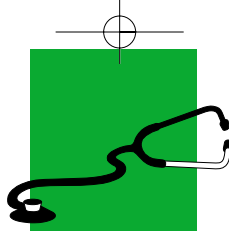
Léčebná rehabilitace je v návrhu zákona chápána jako soubor včasných diagnostických a terapeutických opatření za účelem zlepšení či stabilizace zdravotního stavu. Patří sem diagnostika a terapie **odborným lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, klinickým psychologem a kli-**

nickým logopedem. Nutnost spolupráce jednotlivých medicínských oborů ve fázi diagnostické je známa. Stále se zdokonalující medicína však stimuluje rozvoj dalších vědních disciplín, které mají medicínský základ, ale zároveň již svůj vlastní vývoj, tzn. své zakotvení v systému věd. Příkladem je obor fyzioterapie, který zaznamenal v posledních letech velký rozmach, vedoucí ke změně stupně studia na vysokoškolské. Další obor, který teprve v současnosti prochází dynamickým rozvojem, je ergoterapie, proto také erudovaně prováděná ergodiagnostika přispívá ke zjištění celkového obrazu klienta. Vyšetření kognitivních funkcí, faktických funkcí a poruch řečových mechanismů je doménou klinického psychologa (lépe ještě neuropsychologa) a klinického logopeda a jejich výsledkem je indikace rehabilitace kognitivních a komunikačních funkcí.

Na základě zkušeností z týmové práce v ústeckém centru se jeví jako nezbytná **koncentrace těchto odborníků a jejich systematická vzájemná výměna informací** formou vizit a porad. Lze tvrdit, že kvalitu diagnosticko – terapeutických závěrů snižuje skutečnost, kdy lékař – a měl by to být také praktik – není přímo vtažen do diagnosticko – terapeutického procesu nelékařů a obráceně. Lékař, který vnímá vysokoškolské nelékařské zdravotnické disciplíny pouze jako následnou indikovanou péči, snižuje vlastní možnosti ohledně upřesnění diagnózy, jež je podmínkou správně vedené terapie. Vzájemného poznání, tedy poznání náplně jednotlivých oborů, lze dosáhnout pouze při společné práci v týmu. Jednoznačná musí být zásada, že příslušnou profesi v týmu provádí jen ten, kdo má k tomu plnou kvalifikaci (což je bohužel z neznalosti zaměstnavatele či personálního nedostatku někdy porušováno, např., když ergoterapeut supluje klinického logopeda).

V DEMOSTHENU se podařilo vybudovat **interdisciplinární tým** léčebné rehabilitace složený z profesí, které jsou uvedeny v návrhu zákona o ucelené rehabilitaci, a prohlubuje se úzká spolupráce s ostatními specialisty mimo centrum. Jednotlivé ambulance jsou určeny především dětské klientele s pohybovým, sluchovým, zrakovým a mentálním postižením či kombinací těchto postižení, dětem s těžkou i lehkou řečovou poruchou či vadou a dětem s poruchami učení či výchovnými obtížemi. Ambulance nabízejí týmovou diagnostickou a terapeutickou péči při zachycení nej-různějších odchylek ve vývoji.

Za pět let existence můžeme posuzovat, v čem vidíme naše největší rezervy. Jednoznačně v mezioborových vazbách, kde je vnímáme i přesto, že jsou jednotlivé obory vzájemně respektovány. Jsme si jisti, že právě ta nejužší spolupráce oborů s možností vzájemného prolínání je zásadním předpokladem úspěšnosti komplexní péče. Cestu vidíme v prohloubení pregraduálního a postgraduálního vzdělávání. Jednak zkvalitněním vzdělá-



VOX PEDIATRIAE

vání zmíněných nelékařských oborů (doba zaznamenává nárůst oborů a forem studií, např. bakalářské a magisterské studium fyzioterapie současně na lékařské fakultě, FTVS atd., dotvářejí se studijní plány jednotlivých vysokých škol s různou úrovní, obory klinická logopedie a psychologie jsou dále v propracovávání specializační přípravy a atestace nežli mladší obory fyzioterapie a ergoterapie apod.) a jednak seznámením mediků s náplní ostatních disciplín léčebné rehabilitace a speciální pedagogiky (v současnosti je již např. do výuky mediků 5. ročníku zařazeno ergodiagnostické testování v rámci sociálního lékařství). Skutečnými mezioborovými vazbami se však mohou zabývat pouze pracoviště, která disponují erudovaným interdisciplinárním týmem, jedná se tedy předně o kliniku. Na rozdíl od center klinika disponuje odborníky blízkých profesí (rehabilitační lékař, fyzioterapeut a ergoterapeut nebo psychiater a klinický psycholog, či foniatr, klinický logoped a klinický psycholog), proto není možné v rámci jedné kliniky pojmout a rozvíjet celou šíři léčebné rehabilitace, a natož pak ucelené. Centra však zase pracují s větším rozsahem disciplín, což sice může snižovat možnost jednotlivých oborů se kvalitativně rozvíjet, na druhou stranu mají větší možnost se zabývat právě mezioborovými vazbami. Malý počet české odborné literatury s interdisciplinárním pojetím v rámci tématu léčebné rehabilitace u dětí je jistě vhodné doplnit (kromě zahraničních prací) o nové práce z oboru speciální pedagogiky, který nečerpá pouze z tradic speciálního školství v České republice, ale svým vývojem prohlubuje prolínání s psychologí a různými obory medicíny, včetně sociálně právních věd či s filozofií, čímž má stále více interdisciplinární charakter.

Další složkou ucelené rehabilitace je **rehabilitace sociální**, která je vnímána jako proces k dosažení maximálně možné soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího možného stupně sociální integrace. Zahrnuje širokou škálu sociální problematiky, která u nás není dostatečně legislativně upravena. Není vymezen nárok osoby na sociální rehabilitaci ani okruh oprávněných osob, kterým má být poskytnuta. U dětí vystupuje do popředí vedle vyřešení finančních příspěvků, osobní asistence, asistenčních psů a osvěty široké veřejnosti potřebnost zakotvit do právního řádu České republiky nárok rodin na tzv. ranou péči, která je standardizovanou kategorií MPSV ČR. Raná péče se u nás vyprofilovala jako sociální služba interdisciplinárního týmu zaměřená na systematickou stimulaci vývoje dítěte v době, kdy je jeho mozek nejplastičtější a kdy je jeho rozvoj podstatně závislý na včasných sociálních interakcích. Proměškání je nenapravitelné, včasné stimulační dávají skutečně šance ke zmírnění nebo dokonce eliminaci vznikajícího postižení. Druhým podstatným cílem rané péče je podpora rodiny, kde těžiš-

tě práce spočívá v poradenství rodičům a v jejich provázení. Služba je nabídková, tzn., že klient si ji může přát i odmítnout a dominantní roli v tomto procesu hraje aktivní spolupráce rodiny. Raná péče je oborem s krátkou historií (od 70. let v USA a od 90. let v České republice), proto je stále kolem poskytování této služby řada nedořešených otázek charakteru rezortních třenic, které začínají již terminologickou nejednotností. Raná péče, komplexní péče o děti raného věku, včasná určení diagnózy, včasná stimulace dítěte, včasná terapie, raná výchova – všechna tato spojení jsou vnímána jako synonyma. A v tom je právě zásadní omyl, pouze pojem raná péče je oborem s vlastní teorií a východisky, na jehož „objevení“ pro Českou republiku má největší zásluhu Společnost pro ranou péči v Praze. Zanalyzovala poznatky ze světa, zejména z evropských zemí a USA, zřídila celorepublikovou síť sedmi středisek rané péče pro specifickou klientelu rodin dětí se zrakovým a kombinovaným postižením, zřetelně se vymezila ke školským institucím a ke zdravotní péči (zdůvodněním odlišnosti charakteru této služby od zdravotnických výkonů a školských programů a nutnosti její nezávislosti na školských zařízeních), nabídla odborné a laické veřejnosti převzaté i vlastní metody, poznatky a zkušenosti, které vycházejí z aktuálních poznatků vědy (např. organizováním akreditovaného kursu „Poradce rané péče“, účastí na řadě konferencí, seminářů, publikační činnosti). Shromáždila kolem sebe skupinu odborníků, kteří se zabývají komplexním pojetím péče z řad tří příslušných rezortů (Z, Š, S) a s ohledem na specifika věku vytvořila společně s odbornými konzultanty standardy rané péče jako nástroj kvality sociální služby. Zdravotnické veřejnosti (zejména neonatologům a praktickým dětským lékařům) osvětluje Společnost pro ranou péči smysl oboru a vyzývá k úzké spolupráci prostřednictvím publikace „Když...“, vydané Státním zdravotním ústavem s adresářem pracovišť rané péče.

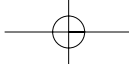
Ve zmiňovaném adresáři poskytovatelů rané péče najdeme také ústecké centrum komplexní péče, které mělo zároveň svého zástupce v řadách odborných konzultantů pracujících na standardizaci oboru. DEMOSTHENES nabízí určitá specifika: přítomnost perinatologického centra ve městě a úzkou spolupráci s ním (rodina se při opuštění perinatologického centra dovídá o existenci služby a dostává kontaktní leták), služba je součástí komplexní péče o děti a jejich rodiny s přítomností oborů všech zúčastněných rezortů, což dovoluje úzkou kooperaci, např. v podobě možnosti konziliárních mezirezortních a interdisciplinárních jednání. Specifikem ústecké rané péče je také skutečnost, že vysokoškolsky vzdělaný raněporadenský interdisciplinární tým má ve svých řadách praktického dětského lékaře a psychologa v jedné osobě. Tým spolu komunikuje na plánovaných poradách

a především dochází do rodin, v menší míře pracuje ambulantně.

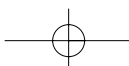
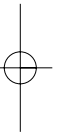
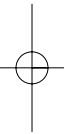
Poslední složkou ucelené rehabilitace u dětí je souhrn specifických pedagogických činností zaměřených k rozvoji osobnosti a podpoře vzdělávání lidí se zdravotním postižením, tedy rehabilitace pedagogická. Tato rehabilitace je v praxi chápána jako speciálněpedagogická a psychologická diagnostika a terapie a terapie obecně pedagogická v rámci:

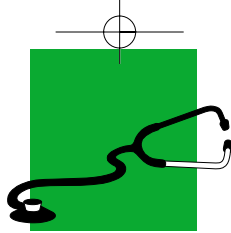
- speciálně pedagogických center (SPC) a pedagogicko-psychologických poraden (PPP)
- speciálních škol
- škol běžného typu s individuálním vzdělávacím plánem:
 - a) ve třídách běžného typu
 - b) ve speciálních třídách

Cílem snah **pedagogické rehabilitace** musí být integrace, avšak ta, která je vhodná. A vědní obor, který se vytvářením podmínek pro vhodnou integraci zabývá, je speciální pedagogika. Nejjednodušší koncepční změnou, k níž se v našem školství po roce 1989 dospělo, je skutečnost, že výchova a vzdělávání dětí s postižením přestává být doménou speciálního školství a stává se záležitostí všech typů škol a školských zařízení. Nejrozšířenějším omylem v této souvislosti je názor některé laické i odborné veřejnosti, že tento proces shodný se světovým trendem se neslučuje s významem speciální pedagogiky. Je tomu přesně naopak, v zemích OECD existuje široký konsensus ohledně velkého významu speciálně pedagogického vzdělání a jeho klíčové role při integraci. Čím rozšířenější integrace je, o to větší vzniká pro učitele běžných škol potřeba dozvědět se něco víc o postižení a jeho následcích, o speciálních metodách apod., protože účinná integrace požaduje vysokou profesní úroveň učitelů. A k tomu právě slouží speciální pedagogika, která je orientována na výchovu a vzdělávání, na pracovní a společenské možnosti zdravotně postižených a sociálně znevýhodněných osob a na výzkum oboru. Protože každý druh postižení vyžaduje specifické formy, člení se na šest disciplín: psychopedii (zaměřením na osoby s mentálním postižením), somatopedii (s pohybovým postižením), logopedii (zaměřením na osoby s narušenou komunikační schopností), surdopedii (se sluchovým postižením), oftalmopedii (se zrakovým postižením) a etopedii (zaměřenou na osoby s poruchami chování). Je nutno podotknout, že obor logopedie je oborem školským, absolventi se mohou uplatnit i ve sféře sociální, nikoliv však ve zdravotnictví, kde je předpokladem pro výkon zdravotnické disciplíny klinická logopedie kromě státní závěrečné zkoušky několikaletá speciální průprava v oboru a atestace před zkušební komisí IPVZ. Uvádíme tuto skutečnost pro celkový přehled, protože ze zkušeností víme, že tato „dvojkolejnost“ logopedie – stejně jako



ČS



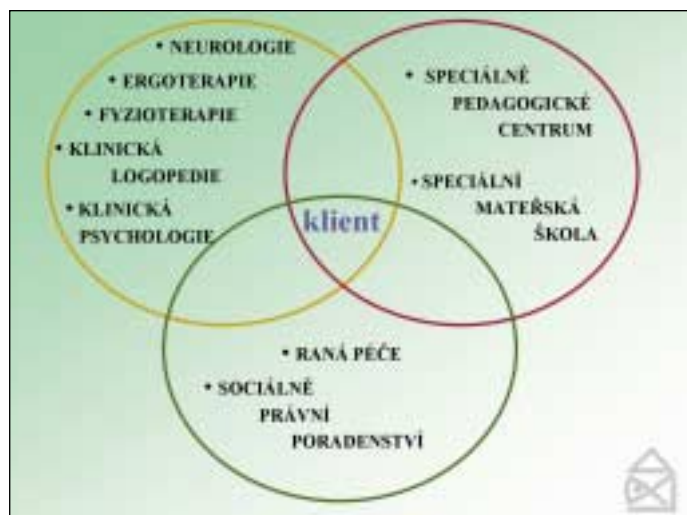


VOX PEDIATRIAE

u psychologie – může laickou i odbornou veřejnost mást. A k dokreslení speciální pedagogiky, která má medicínský základ z pediatrie, neurologie, psychiatrie, ORL a foniatrie, oftalmologie a ortopedie, uvádíme ještě její nové disciplíny, a sice speciální pedagogiku osob s kombinovaným postižením a s parciálními nedostatky (specifické poruchy učení, lehké mozkové dysfunkce). Z uvedeného je zřejmé, že úkolem oboru v nové době je pomoci učitelům běžných škol všech stupňů proniknout do jeho základů a ukázat jim tak konkrétní problematiku jejich svěřenců se speciálními potřebami – formou informativních seminářů, kursů, rozšiřujícího studia, v rámci pregraduálního i postgraduálního vzdělání v různých fázích profesní dráhy učitele. V současnosti již tento proces probíhá, avšak chybí systematická a někdy také erudovaná. Základní problém se odvíjí již od rozdílné úrovně studia oboru speciální pedagogiky na různých univerzitách (nedostatečné personální zázemí kateder některých regionálních univerzit). Např. pro nízkou kvalitu studia speciální pedagogiky na UJEP v Ústí nad Labem nemá ústecké centrum komplexní péče jediného jejího absolventa ve svých řadách.

DEMOSTHENES nabízí pedagogickou rehabilitaci ve **speciální mateřské škole**, kterou navštěvují děti s různými druhy a stupni postižení včetně lehkých vývojových odchylek. Délka pobytu je různá, odvíjí se od posouzení týmu a přání rodiny: od krátkého diagnostického pobytu až po celou dobu trvání předškolního věku. Druhým formou pedagogické rehabilitace je **speciálně pedagogické centrum (SPC)** pro děti a žáky se smyslovým postižením jako poradenské zařízení pro děti a mládež do 18 let, jejich rodiče a kmenové školy, kde jsou žáci integrováni.

Mateřská škola je jediným denním pobytovým centrem a propojuje léčebnou, pedagogickou i sociální rehabilitaci. Tým léčebné rehabilitace se pravidelně schází s týmem pedagogické rehabilitace a sociální pracovníci na vizitách a odborných poradách. Vzájemně si vyměňují závěry svých vyšetření, sledování a průběžně hodnotí rehabilitační proces. Informují se o možnosti užití osvědčených i nových metod z řad lékařských a nelékařských oborů ve zdravotnictví a z řad pedagogické a sociální rehabilitace. Dochází tak k úzkému prolínání lékařských a nelékařských disciplín v rámci jednoho rezortu s obory školské a sociální sféry. Tým léčebné rehabilitace se tak přímo dovídá např. o reakci dítěte s autistickými rysy na canisterapeutického psa anebo potřebnosti Bobath konceptu nejen ve fyzioterapii, ale také v kli-



Obr.č. 1: Model DEMOSTHENA – centra komplexní péče v Ústí nad Labem

nické logopedii. Neurolog, který nasadil anti-epileptika, když předtím vyslechl názor klinického logopeda a psychologa, zase poznává dopad této medikace na terapii vývojové dysfázie apod. Práce jednotlivých specialistů se může zčásti i překrývat. Společné probírání diagnostických závěrů a terapeutických postupů vede ke zdokonalování práce jednotlivců v týmu, funguje jako přirozená supervize a je možno jej považovat za jakousi formu postgraduálního vzdělávání všech zúčastněných. Podle potřeby tým navrhuje případné další vyšetření mimo centrum za účelem diferenciatní diagnostiky, přičemž praktický dětský lékař je informován prostřednictvím komplexní zprávy. Neoddělitelnou součástí ucelené rehabilitace v DEMOSTHENU je poradenství (např. při bližším se zaškolení dítěte), při kterém podle povahy problému dává radu určitý člen týmu, případně podle potřeby odkáže klienta na další zdroj informací mimo centrum. Poradenská činnost je vlastní i každému samostatnému týmu z uvedených tří složek rehabilitace.

Pracovištěm DEMOSTHENA, které má poradenskou činnost jako stěžejní náplň své práce, je SPC. Ve spolupráci s foniatry, otorinolaryngology a oftalmology poskytuje surdopedickou, oftalmopedickou a psychologickou diagnostiku. Speciálněpedagogická diagnostika si neklade za cíl léčbu jako je tomu v lékařství, ale výchovu a vzdělávání. Vysokoškolsky vzdělaný speciální pedagog je způsobilý k tomu, aby lékařskou diagnostiku a diagnostiku dalších specialistů ve zdravotnictví adekvátně interpretoval ve výchově a vzdělávání. Proto diagnostika erudovaných specialistů v surdopedii a oftalmopedii je podkladem pro navržení vhodných forem vzdělávání a východiskem pro stanovení odborných postupů – např. pro vypracování individuálně vzdělávacího programu nebo pro ambulantní provádění terapií uvedenými specialisty s využitím interdisciplinárního týmu

centra komplexní péče či navržení péče mimo centrum, a také pro výběr kompenzačních a didaktických pomůcek, z nichž některé je možno přímo zapůjčit rodině či kmenové škole (Pichtův psací stroj, Microlink, lupy, speciální učebnice apod.). Důležitou náplní práce SPC je právě metodické vedení kmenové školy dítěte či mladistvého. Součástí práce týmu, jehož personální obsazení tvoří speciální pedagogové, psycholog a sociální pracovník, je také sociálně právní poradenství pro rodiče.

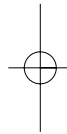
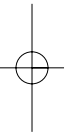
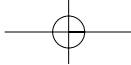
Práce SPC v DEMOSTHENU navazuje na ranou péči, to však neznamená, že klienti po odchodu z rané péče se nemohou stát klienty zcela jiného pracoviště mimo centrum (navíc působnost SPC je celokrajská, kdežto rané péče pouze v Ústí nad Labem a okolí). Některá SPC

v České republice, ať státní nebo nestátní, se pro absenci rané péče v lokalitě věnují i rodinám s dětmi v období raného vývoje. Naše zkušenost nám však jednoznačně ukazuje, že pojetí rané péče jako sociální služby pro rodinu je v tomto věku dítěte vhodnější.

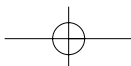
Na modelu DEMOSTHENA se třemi do sebe zaklesnutými kruhy je vidět charakteristické účelné propojení péče v oblasti zdravotní, sociální a výchovně vzdělávací, což je to, co potřebuje klient v širším i užším smyslu. Model je výsledkem základní koncepce a přirozeného rozvoje. Když před několika lety byl na jednom pražském semináři náš model spontánně navržen jako univerzální příklad fungování komplexní péče, cítili jsme se zaskočení. Dnes po pěti letech víme, že model je skutečně „vzkoušený“, životaschopný a hlavně pro potřebnou klientelu účinný. V žádném případě to však neznamená, že je uspokojivě vyřešeno jeho financování. Ačkoli DEMOSTHENES hledá cesty a zdroje, jak nebýt na státu a sponzorských darech závislý, přestože uplatňuje efektivní způsob řízení s kumulací funkcí (jeden ředitel a štíhlá správa pro všechny společnosti, což také napomáhá udržení jednotné koncepce), je jeho financování každým rokem nejisté – nejvíce se týká společnosti s náplní sociální sféry, která podává každým rokem žádost o dotaci, na niž není právní nárok, i když služba, jejíž význam je jedinečný, je v lokalitě jedinou a plně rozšířenou.

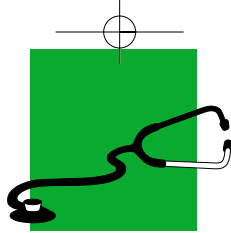
Literatura:

- 1) Jankovský Jiří, *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, Triton, Praha 2001
- 2) Votava Jiří a kolektiv, *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, Karolinum, Praha, 2003?
- 3) Pipeková Jarmila a kolektiv, *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Paido, Brno 1998
- 4) Valenta Milan a kolektiv, *Přehled speciální pedagogiky a školské integrace*, Univerzita Palackého, Olomouc 2003
- 5) Gabriel Josef, *Dlouhá cesta k zákonu o ucelené rehabilitaci*, Zdravotnické noviny č. 42, roč. 51, 2002
- 6) *Standardy rané péče, materiál MPSV 2002*
- 7) Kolektiv autorů: „Když...“, *Státní zdravotní ústav, Praha 2002*



Hipp





Dětská mozková obrna

MUDr. Jaroslava Zezuláková, CSc.

Oddělení dětské neurologie, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

Souhrn

Dětská mozková obrna (DMO) je neprogresivní neurovývojové onemocnění, vyvolané poškozením nezralého mozku a charakterizované zejména postižením postury a hybnosti. K poškození mozku s následným rozvojem obrazu DMO dochází během časně maturace mozku: v období prenatálním, perinatálním, širším neonatálním a v prvních týdnech po porodu.

Longitudinální studie z osmdesátých let udávají výskyt DMO v populaci 2–4 promile. Nečetné validní prospektivní výsledky z posledních let naznačují, že se v populaci počet dětí s diagnózou DMO nemění.

Většina dětí s budoucími dlouhodobými poruchami vykazuje odchylky již v **novorozeckém období**. Nejčastějšími příznaky jsou letargie, dráždivost, třes, abnormální křik, poruchy sání a polykání, abnormální držení trupu a končetin (posturální změny), odchylky svalového tonu, reflexních odpovědí, mohou se objevit křeče. Z hlediska dalšího vývoje se uplatňuje časový faktor. Neurologický náález a jeho změny v prvních dnech resp. týdnech života korelují s obdobím, kdy postižení vzniklo, tedy se stupněm maturace mozku a gestačním stářím, a zpravidla i se závažností léze. Významná je i délka trvání patologických příznaků: mnohdy jsou krátkodobé, tranzitorní, ale u závažnějších poruch již plynule přecházejí do obrazu některé z forem DMO. Vzhledem k plasticitě mozku má ale klinický neurologický náález v novorozeckém období jen omezený význam. K časnému zachytu hybných poruch bez ohledu na jejich etiologii přispívá komplexní vyšetření CNS (sono, MRI, EEG, polygrafie, evokované potenciály).

Screeningové vyšetření psychomotorického vývoje podle Vlacha je v pediatrické praxi běžně využíváno. Toto schéma zobrazuje milníky posturálního a hybného vývoje, tedy co dítě v daném věku zvládne. Pro časný zachyt hybných poruch je nutné zhodnotit nejenom míru vývojového opoždění, ale také posoudit kvalitu odpovědí ve standardních testech – například polohových reakcích podle Vojty. Změny těchto odpovědí nejsou sice specifické pro budoucí definitivní syndrom DMO, ale pomohou s velkou pravděpodobností odlišit

normu od přechodného obrazu tzv. centrální koordinační poruchy (CKP), ať již se CKP objevuje v rámci prostého vývojového opoždění nebo později vykrystalizuje do závažnější hybné poruchy. Pro diferenciální diagnostiku jednotlivých syndromů DMO je významné nepřiměřeně dlouhé přetrvávání primitivních (novorozeckých) reflexů.

V **prvním trimenonu** obvykle ještě zpravidla nelze diferencovat jednotlivé syndromy vyskytující se v rámci DMO. Společným znakem je retardace vývoje. Zjišťujeme nejistou fixaci zrakem, sporný reaktivní úsměv, abnormální držení hlavy, trupu a končetin, chudou spontánní hybnost, dystonie a dyskinezy. Vývojové reflexy vykazují novorozeckou intenzitu, abnormální resp. neideální jsou odpovědi v polohových reakcích, chybí nástup vzpřimování šíje. Přetrvává porucha svalového napětí: častěji jako centrální hypotonický syndrom (typický pro děti s nízkou porodní hmotností) než syndrom hypertonický (spíše u dětí donošených). Na konci I. trimenonu se závažně postižený jedinec obvykle vývojově nachází na úrovni patologického novorozence. V lehčích případech je patrný zrakový a sluchový kontakt, nástup sociálního chování, což kontrastuje s prohlubující se poruchou postury a hrubé motoriky. Během I. trimenonu, pokud se tak nestalo už za pobytu na odd. patologických novorozenců, by měla být potvrzena příčina vzniku hybné poruchy. V diferenciální diagnostice pátráme zejména po genetických vadách, dědičných poruchách metabolismu, degenerativních chorobách apod.

Ve **II. a III. trimenonu** dochází ke krystalizaci obrazu a tedy k reálné možnosti stanovit syndrom DMO:

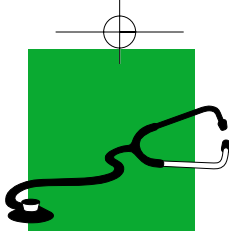
Spastické syndromy se vyznačují nápadně chudými spontánními projevy, nacházíme

u nich zvýšené až polykinetické napínací reflexy, klonus. Rozvíjí se spastický tonus a kontraktury. Z novorozeckých reflexů přetrvávají např. úchopový na horních končetinách (HK), patní, suprapubický, vzpěrný, zatímco předčasně mizí reflexní úchop na dolních končetinách (DK.)

Spastická infantilní hemiparéza není diagnosticky problematická. Patologický obraz je výraznější na HK než na DK. Asymetrie postury s predilekcí hlavy k nepostižené straně je často patrná již během prvního trimenonu. Asymetrické tonické šíjové reflexy jsou na straně hemiparézy. Typické je addukční držení palce, addukce a vnitřní rotace paže. Spontánně se kojeneček otočí na břicho jen přes postiženou stranu, nezvládá polohu na čtyřech a neudrží váhu na postižené DK. Na DK je převaha extenčního držení a na postižené straně se fixuje pes varus.

Pro **spastickou infantilní diparézu** je charakteristická kvadrasyndromatologie s výraznějším postižením DK. U extenčního typu se aktivní úchop na HK objevuje v průběhu II trimenonu. Děti s flekčním – závažnějším typem vykazují kvadrasyndromatologii novorozeckého charakteru a úchopová funkce, zpravidla vadným stereotypem – se objevuje později. Dítě se samo neposadí, ani neseď. Vzpřimování v oblasti pánve zůstává na úrovni novorozence a je překážkou vertikalizace. Pokud se objeví spontánní hybnost s lokomotorickým efektem, je vždy abnormální. Hrozí nebezpečí luxace kyčelních kloubů.

Spastická infantilní kvadruparéza je nejzávažnější typ DMO. Dominuje těžká mentální retardace, kvadrasyndromatologie s výraznějším postižením HK než DK (bilaterální hemiparéza dle starších prací). Dítě vývojově nepřesáhne úroveň I. flekčního stadia (tj. 6 týdnů až 2 měs.). HK nemají úchopovou funkci. Záhy je patrná mikrocefalie a vznikají-



cí kontraktury. Rozlišení těžké spastické infantilní diparézy od spastické infantilní kvadruparézy je z praktického hlediska důležité: zatím co u diparetické formy je pravděpodobnost úspěchu rehabilitace hybnosti reálná, u druhé jednotky lze obvykle pouze zabránit vzniku kontraktur a tím dosáhnout snadnějšího ošetřování při denní péči. Pokud mají HK úchopovou funkci – bez ohledu na tíži postižení – jedná se o diparetickou formu DMO

Cerebellární syndrom - pro tuto diagnostickou jednotku je typický centrální hypotonický a apatický syndrom. Dítě zaujímá „žabí“ polohu, má chudou spontánní hybnost, tělesně špatně prospívá, často strabuje. Fixace zrakem, reakce na zvuk i reaktivní úsměv se objevuje až koncem I. trimenonu. Šlachosvalové i novorozenecké rr. jsou většinou výbavné s latencí a nižší intenzitou. Třes resp. dysmetrie mohou být přítomny při pokusu o aktivní úchop. Ve III. trimenonu se dítě začíná otáčet na břicho, nevládá polohu na čtyřech ani se neposadí, na zevní podněty reaguje dystonickými atakami. Příčinou retardace hrubé motoriky je především psychické postižení, malá motivace ke spontánní hybnosti.

Dystonicko - dyskinetický syndrom, který se dříve vyskytoval převážně u dětí s jádrovým ikterem bývá dnes spíše následkem hypoxicko-ischemických nebo hemoragických lézí. Nejdůležitějším znakem je neschopnost stabilizovat zaujatou polohu. Na minimální podnět jsou patrné úlekové reakce, přetrvávající Moroův reflex, grimasy v obličeji, porucha koordinace polykání. Na trupovém a kořenovém svalstvu je měnlivý tonus. Projevuje se dystonickými atakami obvykle při změně polohy hlavy (tonické šíjové reflexy). Z novorozeneckých reflexů je nápadný reflexní úchop na DK, reflex Galantův a chůzový automatismus. Dystonie a dyskinezy (zprvu spíše atetoidního charakteru) nedovolí dítěti uplatnit intelektové schopnosti, které jsou obvykle výrazně lepší než postura a hrubá motorika.

V dalším věkovém období převládá již některá z forem DMO, nicméně klinický obraz může být i smíšený.

U spastické hemiparézy se zvláště jeví hemihypogenezu, fixuje abnormální držení postižené HK, která slouží jako pomocná končetina, rozvíjí se skolióza, dítě nevládá stoj na

postižené DK a chůze je decentrovaná. Rtg nález na kyčelních kloubech není nápadný. Mentální vývoj je méně než u poloviny případů v širší normě, ale vyskytují se i těžké psychické defekty. Nejzávažnější komplikací je epileptický syndrom a to 30–40% případů.

Nástup bipedální lokomoce u diparetika závisí nejen na závažnosti postižení, ale i na kvalitě komplexní péče, především rehabilitační a ortopedické. Včasný operativní zážitek zmenšuje nebezpečí luxace kyčelního kloubu, usnadňuje vertikalizaci a bipedální lokomoci. Diparetici vykazují normální resp. lehce podprůměrný intelekt a jsou integrováni mezi své vrstevníky již od předškolního věku. Epileptický syndrom se v porovnání s hemiparetiky vyskytuje méně často.

Spastická infantilní kvadruparéza se klinicky podstatněji nemění: trvá nápadná mikrocefalie, dekortikační nebo decerebrační držení, při predilekci hlavy zůstává poloha v asymetrických tonických reflexech. Ortopedické operace jsou indikovány pouze pro snadnější ošetřovatelskou péči. Epileptický syndrom je přítomen u většiny případů.

Dítě s cerebellárním syndromem je mentálně retardované, hypotonické, na zevní podněty reaguje nepřiměřenými dystonickými atakami ještě ve 2 letech věku. Při manipulaci s předměty se zvláště jeví dysmetrie a intencí třes, abnormální stereotypie jmené i v hrubé motorice. Nástup samostatné chůze je vždy opožděn a vyznačuje se dyskoordinací horního středního a dolního trupu. Výskyt epileptického syndromu v porovnání s dětskou populací není vyšší.

U dítěte s dystonicko-dyskinetickým syndromem přetrvává hybnost v šablonách asymetrických tonických reflexů, instabilita šíje i trupu, dyskinezy mimického svalstva, dysfázie, častá porucha sluchu. Hyperkinézy vycházejí z kořenů končetin, při převaze atetózy jsou zřetelnější na akrech. Zřídka se takto postiženým dětem podaří vertikalizaci. Sporadicky zvládnou bipedální lokomoci s převahou novorozeneckého chůzového automatismu. Přes to, že velké procento takto postižených má normální resp. průměrný intelekt, jejich zařazení do společnosti velmi obtížné.

Díky pokrokům v perinatologii a neonatologii přežívají děti z velmi nízkých gestačních týdnů, narozené s velmi nízkou resp. extrémně nízkou porodní hmotností (VNPH, ENPH). Výskyt závažné neurologické poruchy je u nich uváděn ve 22–45%. Často vykazují

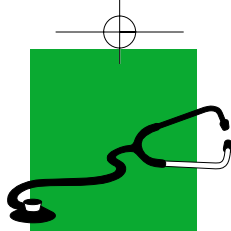
abnormity více systémů (zrakové, sluchové, chronické respirační, poruchy výživy, růstu atd.). V prvním a druhém roce života je u této rizikové kategorie popisován vedle DMO tzv. „nový typ morbidity“ – měnlivý patologický neurologický nález s velkým motorickým neklidem, dráždivostí a závažnou psychomotorickou retardací. V předškolním a školním věku převažuje mentální deficit a poruchy chování nad hybným postižením.

Péče o děti s DMO je multidisciplinární a vyžaduje týmovou spolupráci, které se účastní hlavně pediatr, dětský neurolog, psycholog, rehabilitační odborník, ortopéd a oftalmolog. Nejčasnější záchyt i terapie DMO je zajištěna již v řadě ordinací neontologických center s JIP. Pokud pediatr zjistí poruchu až při preventivních prohlídkách, konzultuje dětského neurologa. Při velkém počtu pediatrických vyšetření během prvního roku života je velmi nepravděpodobné, že by DMO nebyla včas rozpoznána.

Léčebný program klade důraz na fyzioterapii a stimulaci psychického vývoje. Praxe ukázala, že metoda reflexní lokomoce podle Vojty je pro rehabilitaci DMO v prvních měsících a létech života nezastupitelná. Důležitá je včasné zahájení rehabilitace, neboť fixace abnormální postury a hybných stereotypů snižuje šanci na rychlejší zlepšení, případně normalizaci nálezu. Podmínkou úspěchu je i precizní zácvik rodičů a pravidelné kontroly zkušeným fyzioterapeutem. Velmi důležité jsou konzultace s psychologem. Uvolnění spastických svalů botulotoxinem, ortopedické operace, hippoterapie, pobyt v dětské léčebně jsou další možnosti které přicházejí v úvahu při plánování komplexní terapie.

DMO nepříznivě ovlivňuje život celé rodiny. Individuální péče a intenzivní rehabilitace, kterou obvykle zajišťuje matka, kladou velké nároky na čas. Nejistá vývojová perspektiva je pro rodinu psychicky vyčerpávající. O závažnosti a charakteru odchylek musí být rodiče průběžně informováni. Dokud však není obraz syndromu vyhraněný a definitivní, neměli by být předčasným vyslovením diagnózy DMO zbytečně stresováni. Praxe i dlouhodobé studie ukazují, že se i výrazný neurologický nález zjištěný v časném věku, může postupně upravit.

Literatura u autorky



Autismus u dětí

Doc. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.

Klinika dětské neurologie, FN Motol, Praha

Souhrn

Autismus (pro zjednodušení bude dál užíván tento termín s tím, že je míněn především typický autismus) upoutává v posledních letech pozornost nejen odborníků různého zaměření, ale zásluhou médií i laické veřejnosti. Ukazuje se, že autismus je mnohem častější než se předpokládalo (5 z 1000 narozených) a že i přes intenzivní výzkum víme stále příliš málo na to, abychom dokázali včas a účinně pomoci.

Charakteristickou autistickou triádou jsou poruchy (Volkmar 1998, Tanguay 2000):

- sociálních vazeb a chování
- verbální i nonverbální komunikace
- hry, imaginace a tvorby

Původní koncepty Kanner a Aspergera vysvětlovaly autismus spíše jako psychickou/psychotickou poruchu a teprve později je kladen důraz na neurobiologickou podstatu onemocnění (Rimland 1986).

V novější literatuře je kromě neurobiologické podstaty zdůrazňován vývojový faktor a psychodynamický koncept interaktivní autoorganizace vyvíjejícího se mozku (Eigsti 2003, Webb 2001). Autismus je tak společně s dětskou mozkovou obrnou, vývojem dysfází a některými dalšími poruchami psychomotorického vývoje zařazován mezi tzv. **neurovývojová onemocnění** (neurodevelopmental disorders). Hillová a Frithová (2003) definují autismus jako „**vývojové onemocnění charakterizované jak narušením sociální interakce a komunikace tak repetitivním chováním a omezenými zájmy**“. Právě z hlediska interakce a komunikace jsou pro pochopení neurobiologie a patofysiologie autismu velmi cenné vývojové studie interaktivního chování, intuitivní didaktiky a vývoje konverzace resp. „protokonverzace“ (Trevarthen, 2001, Papoušek, 1992). V následujícím textu se pokusím o objasnění vývojového i neurobiologického modelu autismu s tím, že „neurokoncept“ by neměl být chápán jako protiklad k psychologickým teoriím, ale spíše jako doplňující a propojující jednotlivé vnějšíkové projevy autismu s jejich neurofysiologickými a neuroanatomickými podklady. Doufám, že se tak podaří srozumitelně popsat neurobiologické podklady známějších psychologických modelů (viz následující kapitola). Jedná se ze-

jména o tři hlavní kognitivní teorie, z nichž první spočívá v **neschopnosti intuitivní mentalizace** (pochopení obsahu a procesu uvažování druhých osob – „**theory of mind**“). Druhá se dotýká **oslabení „centrální koherence“** – t.j. schopnosti uvažovat globálně, kontextuálně a upřednostňovat klíčové informace před jednotlivými detaily (Plaisted 2003). Třetí, tzv. **exekutivní dysfunkce** je poruchou plánování pracovní paměti, sebekontroly, iniciace a monitorace mentálních i motorických aktivit. Z neurologického hlediska byla dosud nejzřetelněji prokázána souvislost mezi exekutivní dysfunkcí a prefrontálními systémy (Booth, 2003, Townsend, 2001). V případě oslabené centrální koherence jsou rovněž k dispozici neurofysiologické podklady ukazující odlišné synchronizace a koherence při řešení testů zaměřených na hledání detailních či celkových změn. Pro vytvoření komplexní představy určitého celku je potřebné časově omezené vytvoření vazby – „spřáhnutí“ (temporal binding) mezi vzdálenými kortikálními oblastmi s elektrofyziologickým (EEG) korelátem charakteru gamma oscilací v pásmu kolem 40 kmitů za vteřinu.

Spřažené gamma oscilace jsou podkladem sensorimotorického učení, mimo jiné i osvojování a adekvátního užívání jazyka – řeči. (Weiss, 2003, Fell, 2003, Summerfield, 2002).

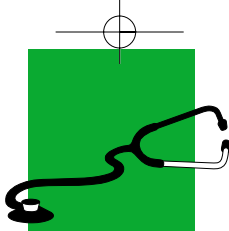
Nedostatečné časoprostorové interneurální vazby, tzv. „the temporal binding deficit“ (Brock 2002) mohou vysvětlit oslabení centrální koherence a tím i ztížené zpracování multimodálních informací.

Teorie mysli znamená „vmyšlení“ event. vcítění (mentalizace a empatizace) do duševních pochodů druhých lidí a nedostatek této schopnosti je pro pacienty s autismem vysoce charakteristické. Neurobiologický

podklad modelování myšlenkových pochodů a citových hnutí u ostatních jedinců (Goel, 1995) souvisí především s limbickými strukturami (přední cingulum, amygdala). U dětí s autismem lze předpokládat dysfunkční intuitivní interaktivní učení (dyáda matka-dítě) v časném dětství. V posledním případě je třeba zdůraznit, že chyba samozřejmě není na straně dospělého partnera, ale mimo jiné v omezené schopnosti autistického dítěte sledovat pohled druhé osoby a „sdílet pozornost“ – joint attention (Charman, 2003).

Základem vývojových a dynamických neurobiologických modelů autismu je časoprostorové vnímání mozkové dynamiky – tedy nikoliv izolované – redukcionistické hledání korelací lokálních poruch, ale komplexní pojetí vzájemných lineárních i nelineárních vazeb mezi jednotlivými oblastmi mozku a to na různých úrovních (od iontových kanálů přes synaptické chování až k synchronizovaným oscilacím relativně vzdálených neuronových populací) a v na sebe navazujících časových etapách. Není proto náhodou, že pro pochopení výše zmíněných komplexních a nelineárních procesů jsou využívány poznatky pramenící z teorie chaosu (Pezard, 2001).

Základem je hierarchický a kaskádovitý model fyziologického vývoje mozku zdravého dítěte i patofyziologických mechanismů autistické poruchy. V tomto smyslu je významné zachycení skrytých primárních příčin a jejich odlišení od zřetelnějších sekundárních a terciárních jevů, které se v určitých fázích onemocnění mohou považovat za prioritní. Z některých studií vyplývá, že jednou z možných primárních příčin autismu je velmi časná porážka vyvíjejícího se mozku a to nejspíše v období krátce po uzavření neurální trubice (přibližně kolem 24–26. embryonálního dne u člověka a 11. dne u potkana). Podle kli-



nických i experimentálních studií (Rodier, 1996, 1997) může být časnou příčinou autismu expozice vyvíjejícího se mozku ve výše zmíněném kritickém období některým lékům (např. thalidomid, valproová kyselina) nebo jiné teratogeny působící na tzv. Hoxa 1 geny, které zodpovídají za kaudokraniální vývoj mozku (Ingram, 2000). Wimpory (2002) považuje za klíčové tzv. „clock“ geny zodpovědné za cerebellární časování informací s tím, že korelátém mutace je redukce počtu vermálních Purkyňových buněk.

Základní postižení vývoje kmenových struktur může mít jednak **přímé** důsledky – např. při postižení olivárního komplexu je to dysfunkce auditorní (nedostatečná habituace hlasitých nežádoucích zvukových podnětů), při postižení nc. raphe je to atypický vývoj serotoninergních systémů (Andres, 2002) a jednak **nepřímé** vlivy na dozrávání vývojově mladších struktur jako jsou cerebellární a limbické systémy (Waterhouse, 1996).

Je známo, že mozeček je nezbytný nejen pro zpětnovazebné vyladování jemné i hrubé motoriky, ale též pro **časoprostorové kódování a předvídaní**, hipokampus je klíčovou strukturou pro **kontextuální zpracování sensorických vjemů** a amygdalární a cingulární okruhy jsou podstatné pro **emotivní procesy a sociální interakce**. Pokud se mozek již intrauterinně chybně vyvíjí (Rapin, 1998) a postnatálně se chybně autoorganizuje v důsledku mozečkem i hipokampem nedostatečně či zmatečně zpracovávaných informací, je pak sekundárním důsledkem zcela jinak uspořádaný posteriorní asociační kortex (parietotemporální) s abundantními spoji mezi nadměrným množstvím malých nedozrálých neuronů (Casanova, 2002) a konečným výsledkem je nedostatečně vyvinutý kortex anteriorní (zejména prefrontální), který není dostatečně „vycvičený a připravený“ na převzetí „vedoucí role“ (t.j. rozhodovací, řídicí, kontrolní a exekutivní) mezi mozkovými systémy (Booth 2003).

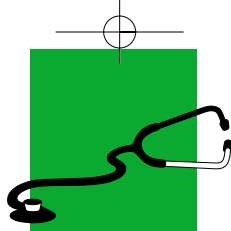
Shrneme-li uvedenou patofysiologickou kaskádu, tak **primární** je prenatální chybně založený vývoj (maldevelopment) mozkového kmene a cerebellárně – limbických funkcí potřebných pro postnatální kódování informací i intuitivní interaktivní časné učení.

V důsledku chybějící interakce a tím i nedostatečného tříbení informací se **sekundárně** atypicky uspořádává mozkový kortex

v posteriorních a terciárně i v nejpozději se vyvíjejících anteriorních (frontálních) systémech. Neurobiologická teorie deficitního-**oslabeného pruningu** („proklesťování“) ukazuje, že strukturální změny mikrokolumnárního uspořádání (Casanova, 2002) mohou být jak důsledkem nedostatečné „třídící“ synaptické aktivity tak i příčinou dalších komplikací (nedostatečné zpětné inhibiční vazby mezi četnými nakupenými neurony vedou k vyšší synchronizaci až epileptickým výbojům) jako jsou poruchy řeči u autistického regrese a epileptické záchvaty. Zránění mozku probíhá v několika etapách, vlnách, kdy vždy na vyšší úrovni integrace dochází podobně jako u umělých neuronových sítí k „optimalizaci provozu“ t.j. k posílení a podpoře („sprouting“ – pučení) potřebných užívaných a účelných synaptických spojení a naopak k fyziologickému (apoptotickému) zániku slabých a nepoužívaných spojení. Tato „pruningová“ strategie vede k vytříbení kortikálních synapsí a drah tak, aby zabezpečovaly jak pro jedince tak jeho druh (rodíče, okolí) funkce potřebné pro pochopení světa, orientaci v něm včetně komunikace a vytvoření nezbytných sociálních vazeb. U zdravých dětí fyziologicky do puberty zaniká až polovina neuronů a jejich spojení. Nález relativně objemnějšího kortexu a bílé hmoty u autistů v prvních letech života by dle mého názoru mohly odpovídat oslabené „pruningové optimalizaci“. Přetrváváním nadbytečných synaptických spojení, neuronů a drah lze tedy – obdobně jako u dětí s vývojovou dysfázií (Herbert, 2003) – vysvětlit věkově vázanou makrocefalii u některých autistů (Courchesne, 2003, Eigsti, 2003, Lainhart, 2003). Důsledkem nedostatečné pruningové optimalizace mozkových sítí je „paréza“ (ochrnutí-obrna) schopnosti analyzovat-dedukovat a rozhodovat se podle aktuálně se měnících informačních vstupů. Je otázkou, zda by včasná identifikace poruchy a případná intervence mohla zmírnit míru postižení i dopad na psychosociální klima celé rodiny. Z tohoto hlediska je inspirující současná strategie časné diagnostiky a intervence u jiného neurovývojového onemocnění a sice u dětské mozkové obrny, kdy lze ještě před rozvojem motorického postižení (ochrnutí) odhalit špatně fungující motorický kortex na základě abnormálního přetrvávání některých primitivních reflexů a tzv. pyramidových jevů přes první trimenon. Analogicky by včasně zachycení abnormálního vývoje zrakové fixa-

ce a komunikace mohlo vést k podezření na možné riziko autistického chování. Příkladem by mohla být přítomnost vývojově nezralé formy vynucené fixace („obligatory looking“) ještě na konci druhého trimenonu. Je známo, že v prvním trimenonu kojeneck fyziologicky uplívá pohledem dlouhou dobu na neznámém předmětu (např. lesklá či nápadně barevná věc) a nedokáže volně odpoutat pozornost. Teprve na začátku druhého trimenonu se v souvislosti s dozráním vyšších struktur dítě „osvobodí“ od této závislosti (lpění na podnětech) a více méně nezávisle volí téma (upřednostňuje živé objekty – zejména obličej) a dobu sledování. V této době se rovněž objevuje aktivita svalů horní poloviny obličeje – orbikulární mimika a schopnost „šibalského“ přivření víček (usmívání se očima – tzv. Duchennův sociální smích, který nelze vědomě simulovat) v souvislosti s humornou interakcí. S tím souvisí i nálezy odhalující nedostatečné využívání přímého pohledu do očí druhé osoby u autistů (Senju, 2003) a zřejmě i chybějící upřednostňování obličejů před předměty. Z výše uvedeného vyplývá narušení pro další vývoj klíčové schopnosti **sdílení pohledu s druhou osobou – „joint attention“** (Charman 2003), které je nezbytné pro intuitivní didaktiku a orientaci dítěte ve světě (Papoušek 1992). U kojenců ohrožených rozvojem autismu lze dle mého názoru na konci druhého trimenonu očekávat přetrvávající vynucenou fixaci („obligatory looking“), chybění preference očního kontaktu (Senju 2003), nepřítomnost „očního sociálního úsměvu“ i sdíleného pohledu. I když jednotlivé retrospektivní informace od rodičů autistických dětí tuto hypotézu podporují, bude potřeba její potvrzení rozsáhlou prospektivní klinickou studií. Dosud neúplnějším neurobiologický model zahrnující jak neuroanatomické tak neurofyziologické aspekty autismu publikoval Waterhouse (1996). Ve své práci rozlišuje čtyři základní poruchy limbického systému, pro které uvádí vždy i experimentální a klinické podklady.

■ První je tzv. „emotivní slepota“ v důsledku neschopnosti rozeznávat afektivní význam podnětů („loss of affective significance of stimuli“) na podkladě amygdalární dysfunkce. Normálně fungující amygdalární systémy (zejm. magnocelulární jádra) se jednak podílí na rozeznávání obličejů (čtení ve tváři) společně s gyrus fusiformis (Schultz, 2003, Howard, 200, Dawson, 2000) a jednak s hypothalamo-hypofysárně-nadledvinkovou



osou na přidělování afektivního významu podnětům. Asociace sensorického signálu s emotivním prožitkem a neverbální komunikace prostřednictvím orbikulární, mimiky jsou nezbytné pro posilování životně významných paměťových stop i pro sociální interakce.

■ Druhou poruchou je nezáměr o sociální vazby („asociality“) na podkladě cingulární dysfunkce a poruchy serotoninových a oxytocinových okruhů. Pro udržení sociálně potřebné pozornosti je nezbytná přední část cingula. Důsledkem cingulární hypofunkce je nedostatečný emotivní zájem o bližní a tím i chybějící potřeba citové vazby (attachment). Charakteristický je nezáměr o pochvalu, odměnu či jiné motivační stimuly. Objevuje se obsesivně kompulzivní chování – stereotypy aj., bizarní projevy, úzkostnost, automutilace. Zmíněná porucha přední části cingula je zodpovědná i za již diskutovaný deficit tzv. sdílené pozornosti.

■ Třetí Waterhousem popisovanou neurofunkční poruchou je tzv. jednokanálové vnímání („canalesthesia“) – hipokampální dysfunkce. Normální hipokampus přijímá

multisensorické informace (zrakové, sluchové, taktilní aj.), které současně separuje (odlišení nových signálů od známých) i integruje (vytváření kontextů a asociací). U pacientů s autismem hipokampus nevládne integraci sensorických vjemů a tak převládá selektivní vnímání. Dokladem jsou práce porovnávající unimodální a krosmodální reaktivitu prostřednictvím evokovaných potenciálů (Martineau, 1992, Ciesielski 1995)

■ Důsledkem porušené integrace je čtvrtá porucha – unisensorická hypersensitivita, spočívající v nadměrné aktivaci jednotlivých primárních center (obvykle zrakového nebo sluchového sensorického kortexu). Proto autisté nesnášejí některé smyslové (zejména sluchové) podněty a naopak někteří mohou maximálně využít jeden sensorický kanál (např. zrakový) k nadprůměrným výkonům jako je hyperlexie (schopnost přečíst a automaticky si pamatovat rozsáhlé textové či obrazové materiály) nebo jiné zázračné („savant“) schopnosti. S tím souvisí i přetrvávání dominance posteriórních oblastí mozku u autistických dětí i v době, kdy se fyziologicky mají ujmout „vedoucí role“ anteriorní – frontální oblasti.

Shrneme-li vývojové i limbické neurobiologické teorie, uvědomíme si, že pro pochopení autismu potřebujeme přesně to, co autistům chybí – schopnost představit si jejich myšlenkové pochody (teorie mysli) a sestavit veškeré detailní výsledky výzkumů do smysluplného celku (teorie centrální koherence). Autismus lze vysvětlit pouze v kontextech kaskádovitě a recipročně dynamiky mozkového vývoje. Směr vývoje je fyziologicky kaudokraniální, posteroanteriorní a pravolevý. U autismu lze pozorovat cosi jako ustrnutí (neoteni) na nižších starších úrovních – kraniálnější struktury nedostatečně tlumí kaudálnější, anteriorní systémy nemají kontrolu nad posteriórními a levá hemisféra nepřebírá roli verbálně logického řídicího systému. Dysfunkční limbický systém neumožní naplnění jednoho z hlavních úkolů lidského vývoje – uvědomit si integritu duševních a tělesných procesů i pochopit vlastní existenci.

Literatura u autora

Neuroborrelióza v dětském věku

MUDr. Věra Amblerová, Prof. MUDr. Zdeněk Ambler, CSc.

Neurologická klinika FN Plzeň

Lymeská borrelióza (LB) je spirochetová infekce, kterou vyvolává bičíkatá gram-negativní spirocheta *Borrelia burgdorferi*. Rezervoárem infekce jsou hlavně drobní savci, ptáci, domácí a lesní zvěř, přenos se děje především klíšťaty (*Ixodes ricinus*), nebezpečné jsou i larvy klíšťat a zejména stadium nymfy. Přísátí nymfy často vůbec není zpozorováno, protože je nebolestivé a nymfy klíšťat jsou velmi malé (kolem 1 mm – obr. 1). Téměř 20 % nemocných udává poštipání hmyzem, ale možnost přenosu jiným hmyzem nebyla



Obr. 1: Klíště – zleva samička, sameček, nymfa a larva. Dole cm měřítko.

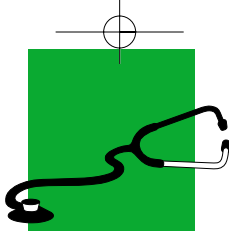
zcela jednoznačně prokázána a není rovněž všeobecně akceptována. Podle některých údajů však byla *Borrelia burgdorferi* prokázána u ovádů, muchničků (*Simulidae*) a blech. Onemocní asi 20 % lidí, 80 % se po nákaze jen promoří. Odhad incidence LB v našich zemích je 30–40/100 000 obyvatel. Nejvíce nemocných je ve věkové skupině 45–60 let. V souboru 1177 nemocných s LB, léčených ve FN Plzeň, bylo 78 % ve věku nad 16 let a jen 22 % dětí do 16 let věku. Jde o vícesystémové onemocnění a kromě nervového systému, kdy se užívá název neuroborrelióza, může postihovat i další orgány, např. klouby, srdce, ale také svaly a cévy. Probíhá typicky v následujících stadiích, ve kterých zdůrazňujeme především neurologické projevy:

I. Stadium časné – lokalizovaná infekce.



Obr. 2: Erythema migrans. Je patrné centrální vyblednutí i bod označující místo předchozího přísátí klíštěte

Charakteristickým příznakem časné lokalizované LB je erythema migrans (EM), šířící se erytematózní skvrna nebo prstenec, která se objevuje během 30 dnů (průměrně 9 dnů) od



VOX PEDIATRIAE

přísátí infikovaného klíštěte (obr. 2). Zardnutí zpravidla přesahuje 5 cm v průměru, mívá centrální vyblednutí, musí se šířit a přetrvávat déle než 1 týden. EM vzniká asi u 50-80 % nemocných. Někdy bývají současně nespecifické potíže jako myalgie, artralgie, bolesti hlavy, únava i subfebrilie. Méně častým kožním projevem LB je borreliový lymfocytom, modročervený uzlík 1-5 cm velký, který vzniká v místě přísátí klíštěte za 1-70 dní (obr. 3). Častější je u dětí, typicky postihuje ušní boltec, nos, méně často dvořec prsní bradavky či skrotum a může být provázen zduřením příslušných mízních uzlin.

II. Stadium časné diseminované infekce

- za několik týdnů až měsíců po primoinfekci se rozvíjí neurologická symptomatika, která může postihovat centrální i periferní nervový systém a často bývá multifokální. Nejčastěji se vyskytují následující syndromy, které se mohou i vzájemně kombinovat:

- syndrom aseptické meningitidy
- bolestivé radikulopatie, které postihují

tab. č. 1

Léčba neuroborreliózy			
Forma onemocnění	Druh antibiotika	Dávka *)	Doba podávání
Lehčí postižení	doxycyklin	200 mg/d	3 týdny
	amoxicilin	3 g/d	3 týdny
	erytromycin	2 g/d	3 týdny
	roxitromycin	600 mg/d	3 týdny
	azitromycin	500 mg/d	3 týdny
Těžší postižení	draselná sůl benzylpenicilinu	20 mil.j./d i. v.	2-3 týdny
	ceftriaxon	2 g/d i. v.	2 týdny
	cefotaxim	6 g/d i. v.	2 týdny

hlavně hrudní segmenty a připomínají interkostální neuralgie, někdy i s projevy meningeálního dráždění (meningoradikulopatie)

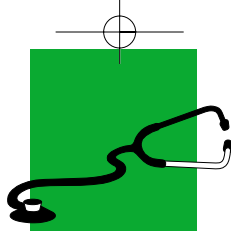
■ kraniální neuropatie, hlavně postižení n.facialis, ale i okohybných nervů nebo optiku. Oproti velmi časté Bellově paréze n. facialis bývá u neuroborreliózy postižení často

oboustranné, i když ne současně, ale až následně a většinou asymetrické

■ polyneuropatické obrazy, mohou mít charakter symetrického postižení (připomínají syndrom Guillainův-Barrého) i zcela asymetrické

■ únavové syndromy, které mohou mít až myastenický charakter

Atarax



■ vzácné jsou encefalitické syndromy – mohou mít charakter akutní i subakutní encefalitidy, cerebrální vaskulitidy, někdy benigní intrakraniální hypertenze, encefalomyelitické syndromy (nebo čistě myelitické), které mohou svým charakterem připomínat i roztroušenou sklerózu mozkomíšni



Obr. 3: Borreliový lymfocytom na ušní boltci u 12 leté dívky

III. Chronické stadium není časté, může vzniknout u nepoznaných a neléčených forem. Častější však bývá multifaktoriální příčina, kdy infekce spustí další, např. autoimunitní mechanismy.

V diagnostice LB je základem klinický obraz včetně cílené anamnézy a průkaz přítomnosti antiborreliových protilátek v séru, která se provádí metodou imunofluorescenční, ELISA nebo WESTERN BLOT. Pro diagnostiku neuroborreliózy však považujeme za významné vyšetření likvoru. Častý je zánětlivý obraz s mononukleární pleocytózou, zvýšené hodnoty bílkovin, někdy jen gamaglobulinů, ale nález může být i normální. Velmi významný je průkaz protilátek v likvoru, zejména jejich intratékální syntézy a porucha hematolikorové bariéry. U časně neuroborreliózy lze protilátky detekovat v likvoru někdy i dříve než v séru. Polymerázová řetězová reakce (PCR) v diagnostice neuroborreliózy nezvyšuje celkovou senzitivitu získanou základním programem.

Léčba LB je založena na aplikaci antibiotik (tab. 1). Pro časná a mírné formy onemocnění jsou lékem volby doxycyklin, amoxicilin, alternativně erytromycin nebo azitromycin. Pro závažnější formy parenterální aplikace penicilinu G nebo ceftriaxonu či cefotaximu. Neléčíme nikdy bez kompletní diagnostiky, jen na základě přítomnosti protilátek nebo preventivně po přisátí klíštěte.

Prognóza při včasné diagnóze a adekvátní léčbě je zejména u dětí velmi příznivá.

Klinický obraz **neuroborreliózy v dětském věku** se v podstatě neliší od jednotlivých vý-

še uvedených syndromů. Nejčastěji probíhá onemocnění pod obrazem léze n. facialis, syndromu aseptické meningitidy, únavového syndromu s chronickými bolestmi hlavy nebo v zádech. Často až podrobnější vyšetření odhalí lehký meningeální syndrom a vyšetření likvoru potvrdí diagnózu. V souboru 350 dětí léčených ve FN Plzeň byla kožní forma zastoupena 36 %, kloubní 33 %, postižení nervového systému ve 14 % a ostatní formy v 18%.

Uvádíme dvě ilustrativní **kasuistiky** s méně obvyklým obrazem LB.

1. 10 letá dívka.

V anamnéze polyvalentní alergie, jinak zdravá. V létě 2003 měla opakovaně klíště, žádná okolní reakce nebyla pozorována. V červenci štípnuta komárem do pravého stehna. Při koupání v moři si pupen po štípnutí rozškrábala, došlo k erytému asi 6x4 cm v místě štípnutí a 1 den měla zvýšenou teplotu. Od září začaly bolesti v bederní krajině, které se šířily do pravého stehna a dolní končetiny zevně ke koleni, později až ke kotníku. Zarudnutí v místě poštípání trvalo. Přechodně došlo k úlevě potíží po nesteroidních antirevmaticích. Od října měla teploty kolem 38 °C bez klinických známek infektu a opět se zvětšily bolesti v páteři a pravé dolní končetině. Při přijetí na neurologickou kliniku byla na pravém stehně patrná jizva a prosáknutí 10x4 cm, lehký meningeální syndrom horního typu, Lasegue od 70o st., bederní hyperlordóza, blok bederní páteře při předklonu a dysesthesie na zevní ploše pravého stehna. Běžná laboratorní vyšetření byla normální, FW 15/48. V likvoru byla mononukleární pleocytóza 61/μl, bílkovina 0,32 g/l (normální hodnota), pozitivní IgG protilátky proti *Borrelia garinii* (1,249), které byly rovněž pozitivní v séru (1,637, norma < 0,9). MR vyšetření páteře i EMG byly normální. Dívka byla léčena ceftriaxonem iv. (Lendacin – 2 g/d) 11 dnů, pak doxycyklinem (Doxylene 50 mg/d) dalších 14 dnů. Po léčbě postupně potíže dítěte, které trvaly 3 měsíce, zcela odezněly a i objektivní nález se normalizoval. Šlo o typickou borreliovou meningo-radikulitidu s maximem postižení L4 a L5 vpravo.

2. 7 letá dívka

Anamnéza: rizikové nedonošené a křížové dítě s opožděným psychomotorickým vý-

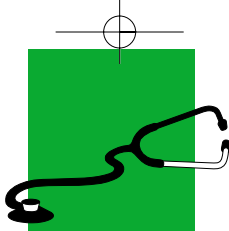
vojem. V březnu 1995 febrilní stav a respirační infekce. Měla exantém po těle s maximem na obličeji. Za týden rozvoj těžké neurologické symptomatiky – vícečetné postižení kranálních nervů, oko-hybných (n. III., IV., VI.) vpravo, n. IX.–XII. oboustranně, pravostranná hemiparéza, mozečkový syndrom s převahou vpravo. Subjektivně měla bolesti hlavy a břicha. V likvoru byl lehký zánětlivý nález (mononukleární pleocytóza 17/μl, bílkovina zvýšena na 0,49 g/l, při kontrole pleocytóza 7/μl, bílkovina 0,56 g/l) a pozitivní protilátky proti *Borrelia garinii* ve třídě IgM i IgG. Byla léčena nejprve gentamycinem, po stanovení diagnózy neuroborrelióza i.v. penicilinem v dávce 10 mil.j. 15 dnů. Celkový stav a neurologický nález však jen částečně zlepšil. Dítě má stále reziduální neurologický a psychický defekt: mozečkový syndrom, lehkou pravostrannou hemiparézu, depresivní syndrom a bolesti hlavy. V daném případě šlo o méně obvyklou a těžkou borreliovou meningoencefalitidu, navíc u premorbidně poškozeného dítěte.



Obr. 4. Odstranění klíštěte

Přestože LB je v dětském věku méně častá nežli v dospělosti, je třeba na ni myslet. Očkovací látka není dosud dostupná, proto prevence onemocnění spočívá především v ochraně před klíšťaty. Velmi důležité je přisáté klíště co nejdříve odstranit a zvýšenou pozornost věnovat larválním stádiím a nymfám klíšťat, která jsou velmi malá a lze je snadno přehlédnout. Výzkum prokázal, že klíště musí sát několik hodin, aby se uskutečnil přenos infekce. Před manipulací s klíštětem je nutno místo dezinfikovat, nejlépe Jodisolem ev. 0,5 % Jodonaalem B. Od užívání tuku, u nějž se předpokládá asfyktický efekt na klíště, se postupně pro nespolehlivost upustilo. Nikdy se klíštěte nedotýkat holými rukama a nemačkat je. Nejlépe klíště odstraníme bezvroubkovou pinzetou nebo pinetkou, snažíme se je vždy uchopit co nejméně a odstraňujeme pomalým tahem nebo jemným vikláním (obr. 4). Po vyjmutí klíštěte opět místo dezinfikujeme.

Literatura u autorů



Věkově vázané epileptické syndromy

Doc. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.

Klinika dětské neurologie, FN Motol, Praha

Souhrn

Epilepsie patří k nejčastějším chronickým neurologickým onemocněním a její výskyt je nejvyšší u dětí. Zátímco epilepsie u dospělých se člení obdobně jako záchvaty na parciální a generalizované, specifikou dětského věku jsou věkově vázané syndromy, které lze klasifikovat podle dvou hlavních kritérií – věku výskytu a prognózy. V současnosti je popsáno několik desítek věkově vázaných epileptických syndromů, z nichž nejčastějším je benigní parciální epilepsie s rolandickými hroty a nejméně příznivou variantou je Lennox Gastautův syndrom. Dobrá znalost zvláštností toho kterého syndromu je nezbytná při rozhodování o léčebném postupu, posuzování a poradenství rodině. Z praktického hlediska je dávana přednost řazení věkově vázaných epileptických syndromů podle jednotlivých období. Členění na parciální a generalizované, idiopatické či symptomatické je často relativní a podružné.

■ Epileptické syndromy v prvním období (od narození do 4 měsíců)

Křeče v prvních dnech života (novorozenecké záchvaty) lze rozdělit na **symptomatické** (např. při intrauterinních infekcích – CMV, toxoplasmóza, dále malformacích mozku, perinatálních hypoxicko-ischemických encefalopatiích, hypokalcémii, hypoglykémii, metabolických vadách aj.) a **benigní idiopatické novorozenecké záchvaty**, které se dále dělí na následující dvě skupiny:

- benigní idiopatické novorozenecké křeče (benign idiopathic neonatal convulsions – BINNC)

- benigní familiární novorozenecké křeče (benign familial neonatal convulsions – BFNNC)

BINNC tvoří cca 7 % všech novorozeneckých křečí, nepatrně častěji se vyskytují u chlapců (v 62 %) a většina (až 90 %) se objevuje mezi 4. až 6. dnem po narození. Křeče jsou převážně klonické, někdy spojené s apnoí, nebývají tonické.

BFNNC byly popsány u 140 dětí z 24 rodin. V osmdesáti procentech se objevují častěji než BINNC, a to mezi 2. až 3. dnem po narození, obvykle u donošených dětí bez perinatálních rizik. Křeče jsou rovněž klonické či apnoické, není typický EEG nále. Přestože další psychomotorický vývoj bývá normální, sekundární epilepsie se vyskytuje až v 11 procentech (u BINNC jen u 0,5 %). BFNNC je autosomálně dědičné onemocnění s mutací dvou genů kódujících funkci draslíkových kanálů s lokalizací na 20q13.3 (KCNQ2 – BFNC1) a na 8q24 (KCNQ3 – BFNC2).

V prvních třech měsících života se objevují dvě formy časných epileptických encefalopatií – jednak tzv. **časná myoklonická encefalopatie**

(early myoclonic encephalopathy – EME) popsaná Aicardim a Goutierem v roce 1978 a jednak **časná epileptická encefalopatie s útlumem EEG aktivity a výboji** (early infantile epileptic with suppression bursts – EIEE). Pro EME jsou typické parciální bloudivé (erratic) nebo generalizované (masivní) **myoklonie**, vzácněji parciální jednoduché záchvaty nebo ojediněle i tonické záchvaty.

Pro EIEE jsou naopak typické **tonické záchvaty**, nebývají záchvaty myoklonické, mohou se vyskytnout záchvaty parciální motorické. Diferenciálně diagnosticky je třeba myslet na Aicardiho syndrom, který zahrnuje agenesi corpus callosum, chorioretinální abnormality, infantilní spasmus a bilaterálně nezávislé výboje na EEG vykazující některé rysy „suppression burst“.

V tomto období se mohou vyskytovat i **pseudoepileptické** (neepileptické) **záchvaty**, připomínající nebo imitující pravé záchvaty epileptické. Jedná se např. o benigní myoklonické záškuby u novorozenců, neepileptické apnoické stavy, které mohou souviset např. s gastroezofageálním refluxem (GER). Někdy mohou být za epileptické považovány i fyziologické úlekové reakce.

■ Epileptické syndromy u kojenců a batolat (od 4. měsíce do 4. roku)

Westův syndrom patří mezi časné epileptické encefalopatie a svou incidencí je srovnatelný s dětskou mozkovou obrnou – tj. postihuje cca tři promile dětí. Devadesát sedm procent případů se objeví do 1 roku věku, maximum výskytu je mezi 3. až 7. měsícem. Pro diagnosu Westova syndromu je nutná přítomnost dvou příznaků z následujících tří:

1 – infantilní spazmy – rozhození paží s následnou tonickou flexí horních končetin, obvykle v seriích

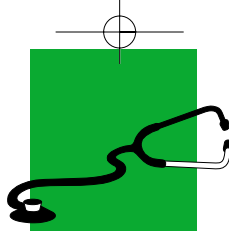
2 – hypsarytmie (hypsós = velká, arytmie = neuspořádanost) na EEG, typické jsou generalizované asynchronní výboje vysokovoltážních hrotů a pomalých vln

3 – zástava až regres mentálního vývoje

Častou příčinou Westova syndromu je tuberozní skleróza, případně různé vývojové dysplázie mozku. Mnohdy je spouštěcím faktorem prvních infantilních spasmů vakcinace, zejména proti pertussi. Mezi léky první volby patří ACTH, u tuberosní sklerózy vigabatrin, u idiopatických forem valproát.

Lennox – Gastautův syndrom (LGS) je nejobtížněji léčitelnou epilepsií, a to především vzhledem k současnému výskytu rozličných typů epileptických záchvatů. U plně rozvinutého syndromu dominují tonické axiální spazmy (zejména ve spánku), časté jsou atypické absence s pomalými komplexy hrot vlna (2–2,5/s), objevují se i nebezpečné astatické záchvaty s rizikem zranění při pádu a někdy i myoklonie. Na EEG kromě zpomalené základní aktivity a zmíněných pomalých komplexů hrot vlna lze zachytit i rychlé rytmické výboje ostrých vln ve spánku (o frekvenci kolem 10/s).

Terapie se musí řídit vedoucím typem záchvatu. Tonické lze ovlivnit felbamátem, vhodný je topiramát, lamotrigin a valproát – tyto léky jsou efektivní i u atypických absencí, myoklonií a někdy u astatických záchvatů. Benzodiazepiny a ethosuccinimidy se nedoporučují vzhledem k riziku aktivace tonických záchvatů, karbamaze-



pin, vigabatrin a tiagabin mohou naopak aktivovat myoklonické záchvaty a absence. Pheno-barbital i phenytoin bývají obvykle bez efektu, zkouší se tzv. ketogenní dieta. Epileptochirurgie je u LGS málo přínosná, přechodný efekt může přinést u některých forem astatických záchvatů kalóztomie.

Myoklonicko-astatická epilepsie – MAE (Dooseho syndrom) může být zaměněna za iniciální stadia LGS, nikdy však nebývají tonické záchvaty a prognosa je příznivá. Na EEG jsou výboje nepravidelných vícečetných hrotů s následnou pomalou vlnou, které mohou být vystřídány vysokovoltážními synchronními vlnami. Základní aktivita bývá převážně z pásma theta, častá je foto-paroxysmální odpověď. V terapii se osvědčil valproát, někdy je vhodná kombinace valproátu s malými dávkami clonazepamu, lze doporučit lamotrigin.

Febrilní záchvaty (FZ) jsou příležitostné, věkově vázané poruchy vědomí a/nebo křeče vyskytující se obvykle v iniciální fázi infekčního onemocnění při horečce. Nezbytnou podmínkou pro stanovení diagnózy FZ je nepřítomnost intrakraniální infekce nebo jiných zjevných příčin záchvatu. Nejčastěji se FZ vyskytují mezi 6. a 36. měsícem, horní hranicí je 5 let. **Nekomplikované FZ** mají krátké trvání, křeče jsou klonické, symetrické. **Komplikované febrilní záchvaty** trvají patnáct minut a déle, bývají lateralizované s případnou pozáchvatovou hemiparézou. V těchto případech je riziko pozdějšího rozvoje temporální epilepsie, jinak je prognosa u více jak osmdesáti procent příznivá a křeče se v pozdějším věku neopakují. Výjimkou je familiární syndrom, v rámci kterého se vyskytují **febrilní křeče plus generalizovaná epilepsie (GEFS+)**. Podkladem je mutace genu pro beta podjednotku napěťově řízených sodíkových kanálů (SCN1beta) lokalizovaná na devatenáctém (19p13.3) chromosomu.

V diferenciální diagnostice FZ je třeba odlišit na jedné straně tzv. febrilní kolapsy charakterizované krátkým stavem ochabnutí či propnutí při teplotě nebo třesavku („zimnici“) při vysoké horečce a na straně druhé skutečný epileptický záchvat při teplotě. Terapie při záchvatu je shodná s léčbou epileptických záchvatů, t.j. podání Diazepamu nejlépe i.v. nebo per rectum v roztoku pomocí speciálního dávkovače. Dětem do 15 kg podáváme 5 mg, u dětí nad 15 kg podáváme 10 mg Diazepamu. Trvalé podávání antiepileptik po febrilním záchvatu není indikováno. FZ se opakují přibližně u jedné třetiny dětí. Ukázalo se, že zavedení preventivních opatření, spočívající v podávání Diazepamu (cca 0,7 mg/kg/24h)

současně s antipyretiky (paracetamol, brufen) snižují výskyt opakovaných křečí z cca 30 % na 5–10 %.

Z pseudoepileptických záchvatů jsou ve druhém období časté neepileptické **afektivní záchvaty** s apnoickou pauzou, které jsou nejčastější mezi prvním až třetím rokem dítěte. Typická je aktivace bolestivým podnětem nebo afektem, kdy v průběhu pláče dojde ke krátké dechové zástavě, dítě je obvykle cyanotické (vzácněji bledé) a hypotonické (vyjimečně se objeví tonické propnutí a několik klonických záškubů). Léčba není nutná, doporučuje se úprava výchovných postupů a trpělivost – po čtvrtém roce obtíže obvykle vymizí. Noční neepileptické záchvaty (noční děsy a noční můry) mohou být zaměněny za parciální komplexní, zejména frontální, záchvaty, a proto je vhodné celonoční videoEEG monitorování, popř. i polygrafie.

■ Epileptické syndromy u dětí mezi 4. až 12. rokem

Dětské absence (CAE – childhood absence epilepsy) – pyknolepsie – tento termín byl užíván pro vysokou četnost („nahuštěnost“) záchvatů (pyknos = „hustý“). První popis je dle Loiseaua (1992) od Pouparta z roku 1705. Termín absence použil poprvé Calmeil (1824) a Gowers (1881), známý je též pojem „**petit mal**“. Charakteristický je náhlý krátkodobý (5–15 s) výpadek (absence) kontaktu s okolím, obvykle bez výraznějších motorických projevů (simplexní – prostá absence).

Dále lze rozlišit absence s klonickou komponentou (např. záškuby víček v rytmu 3/s), s atonickou komponentou (nepatrné poklesnutí hlavy někdy v rytmu 3/s), vzácněji s tonickou komponentou (tonické stočení očí vzhůru až záklon hlavy), případně i s autonomní komponentou (rozšíření zornic, zblednutí či zrudnutí, tachykardie). Velmi dobrým aktivátorem dětských absencí je hyperventilace nebo ospalost. Patognomický je EEG nález se synchronním výskytem hrotů a vln 3/s, obvykle s centrálním a frontálním maximumem.

Diferenciálně diagnosticky je obtížné odlišení tzv. **frontálních absencí** (ty mohou mít téměř identický EEG korelát, lze však obvykle identifikovat iniciaci výbojů z frontopolárního meziální oblasti a sekundární bilaterální synchronii) a iniciální fáze parciálního komplexního záchvatu (tzv. **pseudoabsence**). Někteří autoři doporučují užívat termín atypické absence pro všechny, kromě těch, které patří do syndromu dětských nebo juvenilních absencí, v německé literatuře je termín atypické absence synonymem pro Lennoxův

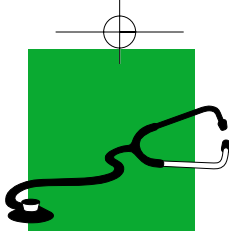
Gastautův syndrom.

V léčbě absencí je na prvním místě valproát, případně succinimidy, které však mohou aktivovat velké tonicko-klonické záchvaty. Prognóza CAE je velmi dobrá, záchvaty obvykle po pubertě vymizí, léčbu lze ukončit a je pouze třeba mít na paměti riziko recidivy velkých záchvatů při porušení životosprávy (např. noční bdění v kombinaci s alkoholem).

Benigní epilepsie s rolandickými hroty (BERS – benign epilepsy with rolandic spikes) je častý (až 15 % dětských epilepsií) syndrom, který se vyskytuje zejména u chlapců mezi 4. až 10. rokem. Mnohdy bývá mylně diagnostikován a zbytečně agresivně léčen jako temporální (vzhledem k centrotemporální lokalizaci výbojů) nebo tzv. Jacksonská epilepsie. Záchvaty jsou převážně ve spánku a jejich semiologie odpovídá lokalizaci výbojů – konvexní perirolandická korová oblast (tj. precentrální primárně motorická a postcentrální primární sensorická area) – tedy oblast obličeje, hltanu, hrtanu, ruky a ramene. Jde o krátké klonické křeče jednotlivých svalových skupin v obličeji – obvykle ústního koutku (orofaciální), někdy v kombinaci se záškuby na horní končetině (brachiofaciální). Časté je chrčení, polykání, dysarthrie, slinění, někdy předchází nebo následují parestesie v oblasti jazyka, poloviny obličeje, ruky.

Záchvaty nejsou striktně jen na jedné straně, další záchvat může být druhostranný. Bývá tendence k nakupení, nebývá porucha vědomí a ve spánku (vzácněji ve dne) přechod do generalizovaného tonicko-klonického záchvatu. Charakteristický je EEG nález vysokovoltážních bi- až trifázických hrotů s následnou pomalou vlnou v centrotemporální oblasti na pozadí věku odpovídající základní aktivity. V ospalosti a ve spánku jsou výboje výrazně čtenější. Lékem první volby je sultiam, vhodný je valproát, problematický je carbamazepin a to vzhledem k riziku aktivace EEG výbojů a kognitivních poruch u atypických variant (tzv. Atypická benigní parciální epilepsie – pseudo-Lennoxův syndrom)

Landaův-Kleffnerův syndrom (LKS) nebo též syndrom získané afázie s epilepsií se objevuje obvykle kolem 4. až 8. roku. Prvním příznakem jsou obtíže porozumět mluvenému slovu, postupně se rozpadá řeč postiženého dítěte, které se stává neklidné, hyperaktivní až agresivní. Epileptické záchvaty nejsou čtené a dominujícím problémem je porucha verbální komunikace. Na EEG jsou hroty a pomalé vlny s temporálním maximumem s výraznou tendencí ke zmožení a generalizací v pomalém synchronním spánku. Proto vyšetřujeme u všech dětí s poruchou řeči spán-



VOX PEDIATRIAE

kové EEG . V léčbě se uplatňují benzodiazepiny, kortikoidy, sultiam, valproát a vigabatrin a sultiam.

■ Epileptické syndromy u dospívajících (12 –18 let)

V tomto období se vyskytují **juvenilní absen-ce**, dále velké záchvaty při probuzení (**grand mal on awakening**) a vzhledem k četnosti nezaslouženě opomíjená **juvenilní myoklonická epilepsie**. Vyšší pohotovost k záchvatům je zejména u dívek v souvislosti s estrogenním vlivem na CNS, současně bývá zvýšená jak fotosenzitivita, tak citlivost na spánkovou deprivaci.

Juvenilní myoklonická epilepsie (JME) - mutace genu zodpovědná za JME byla nalezena na 6. chromosomu. Typickým projevem jsou prudké („impulzivní“) klonické záškuby převážně extenzorů horních končetin, obvykle oboustranné, ale ne zcela symetrické. Charakteristický je jejich výskyt po probuzení – u snídaně, v koupelně, aktivují se předchozí spánkovou deprivací a mohou být někdy „spuštěny“ prudkou změnou osvětlení. Myoklonické záchvaty se mohou kom-

binovat s velkými tonicko – klonickými záchvaty po probuzení. Na EEG je iktálně typický nález krátkých výbojů charakteru mnohočetných hrotů s následnou pomalou vlnou (polyspike and wave komplex – PSW), které jsou někdy doprovázeny klinickým záškubem. Interiktálně jsou PSW kratšího trvání (maximálně dva až tři hroty před pomalou vlnou). Při podezření na JME je třeba vždy vyšetřovat fotostimulací, někdy i po předchozí spánkové deprivaci. Pozitivní odpověď na intermitentní fotostimulaci bývá u 30 % chlapců a 40 % dívek. V terapii je na prvním místě valproát, na druhém místě je lamotrigin nebo primidon.

Epilepsie se záchvaty při probuzení (epilepsy with grand mal on awakening-GMA) - GMA se nejčastěji vyskytuje krátce po ranním probuzení (často po předchozí spánkové deprivaci), ve dne se mohou záchvaty objevit při odpolední relaxaci a náhlém probuzení.

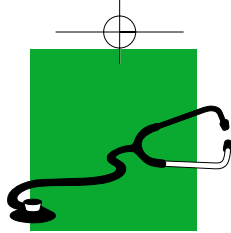
Vhodným lékem je večerní maximální dávka retardovaného valproátu, dobré zkušenosti jsme měli s primidonom nebo lamotriginem, podávaným rovněž ve večerní maximální dávce.

Důležitá je úprava životosprávy, vyvarovat se zkrácení spánku a nácvik správného stereotypu probouzení.

Nejčastějším pseudoepileptickým záchvatem v dospívání jsou psychogenně podmíněné **konverzní (disociativní nebo též hysterické) záchvaty**, které mohou být snadno zaměněny za frontální komplexní záchvaty. Problémem je současný výskyt epileptických i pseudoepileptických záchvatů u téhož pacienta. Vždy je třeba provést video-EEG monitoraci, pečlivě prohlédnout (doslova vteřinu po vteřině) iktální videozáznam (iniciální projevy, stereotypnost či bizarnost projevů, pozáchvatové chování) a porovnat semiologii záchvatu s EEG nálezem. Pro psychogenní záchvaty svědčí iniciální pevné svírání víček, hyperventilace, katatonické držení horních končetin, záškuby neměnicí se frekvence a pod. Konverzní záchvaty by neměly být považovány za simulaci a na diferenciální diagnostice by se měl kromě zkušeného epileptologa podílet i zkušený psycholog a psychiatri.

Literatura u autora

Prothazin



Kazuistika: Syndrom testikulární feminizace u sourozenců

Radka Vetešníková–Koubová

FN Motol, Praha

Sestry: pacientka L.V. narozená 1983 a pacientka J.V. narozená 1986

RA: Negativní, další sourozence nemají.

OA: Obě sestry plané neštovice. V roce 1989 obě sestry současně plánovaně operovány pro oboustrannou tříselnou kýlu.

GA: Negativní.

V lednu 2000 vyšetřena starší sestra ve věku 16 let a 6 měsíců na ambulanci dětské gynekologie pro primární amenoreu.

Diagnostikován karyotyp 46 XY, sy. testikulární feminizace. Vzhledem ke shodné anamneze operace tříselných kýl byla vyšetřena následně i mladší sestra a i u ní byl potvrzen sy. testikulární feminizace.

V březnu 2000 byla provedena oběma sestrám laparoskopická operace-gonadectomy bilateralis. Histologie potvrzuje sy. testikulární feminizace: přítomno hypoplastické varle, místy s patrnou rudimentární spermiogenezí, ložisková hyperplazie Leydigových buněk a přítomnost adenomu. Nadvarle nenalezeno. Přítomny rudimentární vejcovody.

V současné době obě sestry užívají HRT, subjektivně jsou zcela bez obtíží, starší sestra vede uspokojivý sexuální život.

Závěr: Dědičnost sy. testikulární feminizace je vázána recesivně na X-chromozom. Mutace X-chromozomu způsobuje chybění či nefunkčnost cytozolového receptoru na androgeny. Hladina testosteronu je stejná jako u normálních mužů. V dětství je riziko malignizace (seminom či dysgerminom) dysgenetické gonády 2-5%, v pubertě však výrazně vzrůstá až na 20%. Proto je plně indikováno odstranění gonád ihned po stanovení diagnózy sy. testikulární feminizace.

Bohužel se často při vyšetření příčin primární amenorey setkáváme, obdobně jako v popsaném případě, že dívka je v dětství operována pro tříselnou kýlu, která je způsobena snahou varlete o sestup. Tím, že operátér v přesvědčení, že do tříselného kanálu vstupuje ovarium, vnoří dysgenetické varle do dutiny břišní, se riziko malignizace ještě zvýší. Vzhledem k faktu, že výskyt tříselných kýl u dívek je výrazně nižší než u chlapců, považujeme za nezbytné, aby se stalo samozřejmou součástí předoperačního vyšetření před plánovanou operací tříselných kýl i stanovení karyotypu pacientky. Stanoví-li se diagnóza sy. testikulární feminizace časně, výrazně se sníží riziko malignizace dysgenetických varlat zanořených do dutiny břišní a pacientky budou v budoucnu ušetřeny dalšího a komplikovanějšího operačního výkonu.



INTEGROVANÉ PORADENSKÉ PRACOVISŤE KOCIÁNKA – BRNO

Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež centrum s 85-letou tradicí zřizuje novou službu pro praktické dětské a dorostové lékaře, rodiče zdravotně postižených dětí, sociální pracovníky, školy a další subjekty zabývající se integrací zdravotně postižených dětí a mládeže.

Poradenský tým

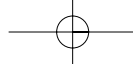
je složen z odborníků z oblasti ucelené rehabilitace (neurolog, fyzioterapeut, speciální pedagog, psycholog, logoped, sociálně právní pracovník, odborník na kompenzační pomůcky)

Cílem integrovaného poradenství

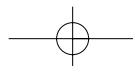
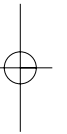
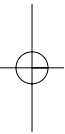
s celorepublikovou působností je poskytovat informace se zaměřením na problematiku dětí a mládeže se zdravotním postižením (např. poúrazové stavy, stavy po DMO, vrozené a získané ortopedické vady, smyslové onemocnění, kombinované zdravotní postižení a jiné)

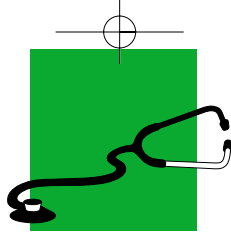
Kontakt:

Koordinátor p. Miloslav Paluš
– speciální pedagog
Tel.: 541 321 200 kl. 260
Mobil: 604 631 962
Fax: 541 215 163
e-mail: kocianka@mbox.vol.cz,
MPalus@seznam.cz
<http://www.usp-kocianka.cz>



Zyrtec





Kontraindikace tuberkulinového testu a BCG vakcinace

■ Tuberkulinový test

Kontraindikace provedení tuberkulinového testu

- U kožních chorob s příznaky v místě aplikace a při generalizovaných kožních projevech
- U osob se závažnými projevy alergie
- Známá přecitlivělost na některé složky tuberkulinu

Faktory ovlivňující

interpretaci výsledku testu

- Akutní horečnatá onemocnění a časná rekonvalescence po nich
- Malnutrice
- Primární a sekundární imunodeficiencie (např. osoby léčené kortikoidy systémově, cytostatiky a ozařováním)
- Rakovina a sarkoidóza
- Vakcinace živými virovými vakcínami
- Booster efekt (při nutnosti opakovat tuberkulinový test v době kratší než 6 týdnů aplikovat výjimečně na pravé předloktí)

Tuberkulinový test možno provést

- Po očkování neživými vakcínami za 2 týdny
- Po očkování živými vakcínami za 1 měsíc
- Kdykoli v průběhu alergénové imunoterapie (injekční, sublingvální), vždy však až po odeznění případné nežádoucí reakce
- Současně v jednom dni s kožními alergénovými testy po odeznění lokální reakce po těchto testech
- Bez omezení při léčbě bakteriálními imunomodulátory, Isoprinosinem, Immodinem, antihistaminiky I. a II. generace (včetně ketotifenu), heterologními séry s rizikem vzniku sérové nemoci, při substituční léčbě imunoglobuliny a specifickými lidskými gamaglobuliny (Hepatect, Tega)

■ Vakcína proti tuberkulóze

Kontraindikace očkování proti tuberkulóze

- Horečnatý stav, popř. podezření z nákazy a časná rekonvalescence po ní, po léčbě antibiotiky vyčkat 2–3 týdny
- Těžký primární imunodeficit
- Těžký sekundární buněčný imunodeficit
- Při léčbě kortikoidy systémově, cytostatiky a ozařováním
- Hemoblastózy a jiné imunoalternující malignity
- Osoby s pozitivním tuberkulinovým testem
- Tuberkulóza v anamnéze
- U osob s generalizovanými kožními exantémy
- U osob se sklonek k tvorbě keloidních jizev
- U osob s lokální nebo celkovou komplikací po předchozí BCG vakcinaci

- Těhotné ženy se očkují výjimečně při vysokém riziku tbc infekce
- Novorozenci s rodinnou anamnézou s podezřením na těžký primární imunodeficit dokud se nevyloučí jeho přítomnost. Patří sem i děti s nevyjasněným úmrtím sourozence v novorozeneckém a kojeneckém věku na těžkou infekci nebo hematologickou malignitu
- Asymptomatictí HIV infikovaní jedinci ve vysokém riziku tbc infekce se očkují co nejdříve po porodu, jinak se neočkují
- Symptomatictí HIV infikovaní jedinci se neočkují
- Interval od infekčních chorob: po hepatitidě, mononukleóze a toxoplazmóze možno očkovat za 6 měsíců, po spále za 2 měsíce, po ostatních dětských infekčních chorobách za 6 týdnů
- BCG vakcinace je možná po očkování neživými vakcínami za 2 týdny po očkování živými vakcínami za 1 měsíc
- U novorozenců HBsAg pozitivních matek se zvýšeným rizikem tbc infekce se do 12 hodin po porodu podá HEPATECT a BCG vakcinace se provede v normálním termínu. U ostatních se po porodu podá ENGERIX B a BCG vakcína se aplikuje mezi 7. – 12. měsícem věku po předchozím negativním tuberkulinovém testu

BCG vakcinace u medikace v pediatrii

- BCG vakcinaci možno provádět bez omezení při léčbě bakteriálními imunomodulátory, antihistaminiky I. a II. generace včetně ketotifenu a při substituční léčbě imunoglobuliny a specifickými lidskými gamaglobuliny (léčbu není třeba přerušovat a po vakcinaci možno pokračovat)
- Nebakteriální imunomodulátory: BCG vakcinaci aplikovat dle klinického stavu a uvážení indikujícího lékaře
- Heterologní séra s rizikem vzniku sérové nemoci: BCG vakcinace 3–4 týdny po aplikaci séra
- Alergenová imunoterapie (injekční, sublingvální): interval mezi podáním dílčí dávky alergénového extraktu a BCG vakcinací nesmí být kratší než 1 týden
- Testace alergenů: BCG vakcinaci možno provádět bez omezení, nikoli však ve stejný den jako testaci alergenů

Další očkování po BCG vakcinaci

- Nejdříve za 2 měsíce, vždy však až po zhojení lokální reakce po BCG vakcinaci

Závěry z jednání výboru pneumologické a alergologické společnosti zpracoval pro VOX PEDIATRIAE prof. MUDr. Karel Křepela, DrSc.

■ Případů TBC ve světě přibývá

Třetina lidí na zeměkouli je jí nakažena a každý rok touto nemocí onemocní 8 milionů lidí. Plicní tuberkulóza je infekční zánětlivé onemocnění přenášející se kapénkovou infekcí, na něž v rozvojových zemích umírá každý rok téměř 3 miliony lidí.

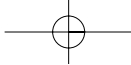
I přes velké sumy peněz, jež na boj proti TBC vydává Světová zdravotnická organizace, se nedaří výskyt tuberkulózy udržet pod kontrolou. Počet onemocnění ve světě stoupá průměrně o 0,4% ročně a jak dokazují statistiky, tuberkulóza rozhodně není nemocí minulosti.

Odborníci: léčení TBC bude náročné

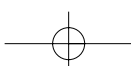
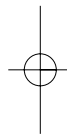
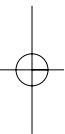
Ačkoliv nejvyšší nárůst onemocnění zaznamenávají pravidelně státy subsaharské Afriky (více než 100 případů na 100 tisíc obyvatel), jihovýchodní Asie, Mongolsko či země bývalého Sovětského svazu (například na Ukrajině se zvýšil počet lidí s tuberkulózou v roce 2001 oproti roku 2000 o 10%), případy tuberkulózy se vyskytují i u nás. „Česká republika patří mezi země s příznivou situací tuberkulózy a její účinnou kontrolou, lež ale v blízkosti zemí, kde situace tak příznivá není. To je jedna z příčin, proč bychom nadále měli této chorobě věnovat intenzivní pozornost,“ upozorňuje přednostka 1. kliniky tuberkulózy a respiračních nemocí 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Jiří Homolka, DrSc. s tím, že právě vysoký podíl cizinců z rozvojových či méně vyspělých zemí může být v budoucnu ohniskem nákazy tuberkulózou v České republice. „V rozvojových a méně vyspělých zemích se tuberkulózní bacily vlivem nesprávné terapie modifikují a odolávají běžné léčbě. Léčení těchto forem bude s postupující globalizací bohužel velmi náročné,“ dodává prof. MUDr. Stanislav Štípek, DrSc., proděkan 1. lékařské fakulty UK v Praze. V souvislosti s dnem proti tuberkulóze, který připadá na 24. března, lékaři uveřejnili nejnovější data za rok 2003. Například v Karlovarském kraji, kde loni registrovali 15,4 případů onemocnění tuberkulózou na sto tisíc obyvatel, což je o 1,5 případu více než v roce 2002, bylo téměř 25% všech pacientů cizí národnosti. Karlovarský kraj se tak v počtu nakažených občanů zařadil na první místo. V závěsu se potom drží Praha s 15,2 případy na 100 tisíc obyvatel, Moravskoslezský kraj (12,9) a Plzeňský kraj (12,4). V Praze se na celkovém počtu nemocných podíleli z dvaceti procent bezdomovci a další rizikové skupiny obyvatel, alkoholici a drogově závislí lidé. Všechny formy onemocnění tuberkulózou pak lékaři evidovali v loňském roce 1118, přičemž mužů bylo nemocných dvakrát více než žen. „Pozitivní je, že v loňském roce jsme zaznamenali pokles výskytu tuberkulózy všech forem a lokalizací téměř o sedm procent. Naopak vzrostl počet mikroskopicky pozitivních tuberkulóz plic, které jsou považovány za nejsilnější zdroje infekce. Těch se v České republice objevilo loni 364,“ uvádí prof. Jiří Homolka s tím, že nález tuberkulózy u občanů podléhá povinnému hlášení.

Nositeli tuberkulózy jsou hlavně cizinci

To ale bohužel není možné právě například u cizinců, kteří zde pracují načerno a neprojdou povinnou lékařskou prohlídkou, která by mohla případné onemocnění odhalit. „Všichni lidé, kteří se narodili po roce 1952, jsou u nás proti nejzákeřnější TBC očkováni. Toto očkování však chrání především děti proti jejím nejzávažnějším formám, proti tuberkulóznímu zánětu mozgových blan a miliární tuberkulóze. Vzhledem k účinné léčbě by neměl na tuto chorobu nikdo zemřít. Je ale otázka, jak účinná je kontrola tuberkulózy na východ od nás,“ říká prof. Jiří Homolka. Lidé se však tuberkulózy nemusejí bát: na to, aby ji „chytili“, musejí být s nemocným v těsném kontaktu.



Nutrilon



Současný pohled na bílkoviny v dětské výživě

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha

Bílkoviny jsou jednou ze základních složek stravy. Jsou považovány za jednu z nejdůležitějších determinant adekvátní výživy ovlivňujících růst a reparaci tkání. Proteiny z výživy jsou zdrojem aminokyselin (AMK), které jsou nezbytné pro mnoho funkcí lidského organismu, jak vyplývá z tabulky č.1 a pro novou resyntézu bílkovin.

Možné důsledky neadekvátního příjmu bílkovin v dětské výživě

Proteinová podvýživa je stále akutní problémem. Zatímco v rozvojových zemích se objevuje globálně a v kojeneckém věku působí negativně na vývoj nervového systému a růst, v našich podmínkách není obvyklá, nejčastěji ohrožuje sekundárně děti s vážnějšími chorobami, které snižují proteosyntézu nebo zvyšují nároky na množství bílkoviny, „fyziologicky“ nejvíce ohrožuje nedonošené.

Ve vyspělých zemích se však setkáváme spíše s opačným problémem, kterým je **zvýšený příjem bílkovin**. Ani ten však není, především v kojeneckém věku, bez rizik – hrozí vyšším výskytem obezity, diabetu, postižením renálních funkcí a poruchami intelektuálního vývoje. Kojenecký organismus se špatně vyrovnává s vysokou osmotickou náloží, kterou nezralé ledviny obtížně vylučují.

Celkový obrat bílkoviny v organismu je nejvyšší v nejnižších věkových kategoriích jak vyplývá z tabulky č.2.

Dietní požadavky na množství bílkoviny vycházejí z metabolické potřeby, kterou můžeme rozdělit na růstovou složku (důležité především v pediatrii) a složku udržování bílkovinné rovnováhy (větší význam u osob s ukončeným růstem). Pro určení dostatečného množství bílkoviny v potravě, které kryje metabolické potřeby, je nejčastěji používán termín doporučená dávka bílkovin. Protože poslední doporučení pro ČR jsou již z roku 1989, uvádíme v tabulce č. 3 nejrecentnější evropskou normu – společné doporučení německy mluvících zemí (Německo, Rakousko, Švýcarsko) z r. 2000 (5).

Doporučené dávky jsou konstruovány tak, aby vyhovovaly většině populace a hovoří se o bezpečné hladině. Mají význam spíše populační. Lze je chápat v té souvislosti, že metabolická potřeba určuje dietní požadavky a ty určují doporučené dávky. Denní ztráta dusíku u dospělého na dietě bez bílkovin je 50 mg N/kg, denní příjem nutný k udržení dusíkové rovnováhy je 75 – 100 mg N/kg a doporučená

tab. č. 1

Funkce aminokyselin v organismu (4)			
system	funkce	produkt	prekurzory (AMK)
střevo	produkce energie	ATP	Glu, Asp, Glutamin
	proliferace	nukleové kyseliny	Glutamin, Gly, Asp
	ochrana	glutathion	Cys, Glu, Gly
		NO	Arg
svaly	produkce energie	muciny	Thr, Cys, Ser, Pro
	peroxidativní ochrana	kreatin	Gly, Arg, Met
		taurin (?)	Cys
nervový systém	syntéza transmitterů	adrenergní	Phe
		serotonergní	Tryp
		glutaminergní	Glu
		glycinergergí	Gly
	peroxidativní ochrana	NO	Arg
		taurin (?)	Cys
imunitní systém	proliferace lymfocytů	(?)	Glutamin, Arg, Asparagin
	peroxidativní ochrana	glutathion	Cys, Glu, Gly
	aktivace makrofágů	NO	Arg
kardiovaskulární systém	regulace TK	NO	Arg
	peroxidativní ochrana (?)	glutathion v erythrocytech	Cys, Glu, Gly

Glu = glutamát, Asp = aspartát, Gly = glycin, Cys = cystein, Arg = arginin, Thr = threonin, Ser = serin, Pro = prolin, Met = methionin, Phe = fenylalanin, Tryp = tryptofan

denní dávka na „bezpečné hladině“ je 125 mg N/kg, tj. 600 – 800 mg bílkoviny.

Nároky na kvalitu přijímaných bílkovin

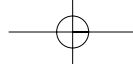
Doporučené dávky pracují s pojmem bílkovina vysoké kvality. Pojem kvalita zohledňuje zastoupení jednotlivých AMK ve vztahu k metabolickým potřebám. V lidské výživě je pojem vysoká kvalita bílkoviny ztotožňován s bílkovinou živočišného původu (mléko, vaječný bílek). Ale potřeba bílkoviny, resp. AMK se odvíjí od konkrétních potřeb organismu a pojem „vysoká kvalita“ nebo živočišná bílkovina nemusí být korektní vůči konkrétním potřebám jedince v určitém věku, snad s výjimkou časného kojeneckého věku. Např. aminokyselinové potřeby dětí předškolního a školního věku nejsou takové jakou přináší směs AMK vejce či mléka a je možno je klidně uspokojit směsí bílkovin rostlinného původu, která má vyšší biologickou kvalitu pro dítě tohoto věku než směs vajec

tab. č. 2

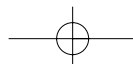
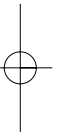
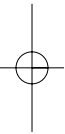
Celkový obrat bílkoviny v organismu (4)	
věk	obrat bílkoviny/kg/den
nedonošenec	11 +/- 2
novorozenec	8 +/- 1
batole	6 +/- 1
dospělý	4 +/- 1

a mléka. Syntéza a degradace bílkovin je obvykle v rovnováze, ale nelze je jednoduše oddělovat. Tyto procesy jsou složité ovlivňovány a určité typy regulací mohou mít i protichůdné efekty na tento dynamický děj, jak je patrné z tabulky č. 4.

Z výše uvedeného vyplývá, že největší potřeba bílkovin, především s ohledem na růst, je v kojeneckém věku (podle různých studií je 52 – 64 % v 1. měsíci života spotřebováno na růst), ve věku 9 – 12 měsíců je spotřebováno na růst již pouze 18 % celkové potřeby bílkovin. Potře-



Nestlé



tab. č. 3

Doporučené dávky bílkovin		
bílkovina	g/kg/den	g/den
0 - 1 měs.	2,7	12
1 - 2 měs.	2,0	10
2 - 4 měs.	1,5	10
4 - 6 měs.	1,3	10
6 - 12 měs.	1,1	10
1 - 4 roky	1,0	14/13 muži/ženy
4 - 7 let	0,9	15/17
7 - 10 let	0,9	24/24
10 - 13 let	0,9	34/35
13 - 15 let	0,9	46/45
15 - 19 let	0,9/0,8	60/46
těhotné od 4.měs.		58
kojící	2 g/100 ml mléka	63

ba bílkovin se v průběhu kojeneckého období tedy výrazně mění a někdy se proto doporučuje udávat potřebu bílkovin ve vztahu k energetické potřebě.

Potřeba bílkovin v kojeneckém věku je předmětem několika studií, z nichž v literatuře jsou citovány především práce Fomona (1991) a Deweye (1996) (6). Potřeba bílkovin byla určována jednak cestou určování ztrát dusíku/kg proteinové hmoty/den (faktoriální přístup) a druhou metodou je určování příjmu kojenných dětí a výpočtem vztáženým k využití proteinu. Výsledky měření a výpočtů určují potřebu bílkoviny ve věku od narození do konce 1. měsíce 1,98 - 2,09 g/kg/den podle použité metody a klesá plynule na hodnoty 1,18 - 0,92 g/kg/den v 6. měsíci, další pokles do konce roku je minimální.

Pozoruhodné jsou studie prováděné stejnou metodou faktoriální analýzy na skupinách dětí s fenylketonurií a leucinózou, kde z důvodů výše uvedených diagnóz byl restringován přívod bílkovin a které ukazují, že ve věku od 3 měsíců stačil příjem od 4,0 do 7,5 g/den, tj. 0,55 - 0,75 g/100 kcal k normálnímu růstu a vývoji (2).

■ Bílkoviny mateřského mléka a kojeneckých výživ na bázi kravského mléka

Zralé mateřské mléko má skutečný, nutričně dostupný obsah bílkoviny kolem 8 - 9 g/l a energetický obsah 650 - 700 kcal/l, tj. poměr bílkovina/energie je asi 1,3 g/100 kcal. Kojenecké počáteční formule obsahují 15 g/l bílkovin a poměr bílkovina/energie činí obvykle 2,2 g/100 kcal, tj. obsahují téměř dvojnásobné množství bílkoviny. Skutečná potřeba bílkoviny je kolem 2 g/kg/den a klesá na polovinu během šesti měsíců. Dolní hranice obsahu bílko-

viny v kojeneckých počátečních formulích na základě mezinárodních doporučení je 1,8 g/100 kcal (1).

Bílkovina mateřského mléka a kravského mléka má diferentní složení a dodávka bovinních syrovátkových bílkovin do formulí nevede k identickému zastoupení AMK jako v mateřském mléce. Takže používání pojmu jako „casein predominant“ (cca 82 % kaseinu a 18 % syrovátky - podobně jako v kravském mléce) nebo „whey predominant“ (více než 50 % bovinní syrovátky) má svoji vypovídací hodnotu, v žádném případě by neměl být používán pojem „humanizované“ mléko, protože se nezakládá na objektivní skutečnosti. Ve zralém mateř-

ském mléce je poměr AMK methionin/cystein 1:2, v kravském mléce 2:1 a ve formulích oboujího typu je poměr > 1. Další diference je v obsahu fenylalaninu a tyrozinu, které jsou nižší v syrovátce a tudíž nižší v mateřském mléce a vyšší v kaseinových formulích. Threonin je sice přítomen v syrovátce ve vysokých koncentracích, ale po odečtení jeho obsahu v nutričních součástech mateřského mléka (IgA a laktoferin) je i v syrovátkových formulích vysoký obsah nutričního threoninu. Mléko obsahuje také nezanedbatelné množství neproteinového dusíku, které představují volné aminokyseliny. Srovnáme-li kravské mléko a mateřské, zjišťujeme rozdíly především v obsahu taurinu, který musí být do kojeneckých formulí dodáván.

■ Bílkoviny v kojenecké výživě XXI. století

Na základě výše uvedených skutečností

tab. č. 4

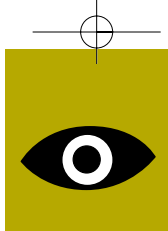
faktor	systémový efekt		tkáňové efekty	
	syntéza	degradace	syntéza	degradace
bílkovina	+	+/-	++	?
			všechny tkáně	
energie	+/-	-	+	?
			svaly	
insulin	+/-	-	+	-
			svaly	všechny tkáně
IGF- I	+/-	-	+	-
			svaly	střevo
STH	variabilní	-	+	?
thyroidální hormony	+	+	+	+/-
glukokortikoidy	+/-	+	-	+
			svaly	všechny tkáně

a stávajících technologických možností ve výrobě byla provedena studie s nově připravenou formulí, dostupnou i v ČR, která prokazuje, že při podávání syrovátkové formule s poměrem bílkovina/energie 1,8 g/100 kcal, jejíž aminokyselinové složení se blíží mateřskému mléku, bylo dosaženo průměrného příjmu 2,26 g/kg/den během prvního měsíce života, což je jen o málo vyšší příjem než u dětí kojenných. Růst a metabolické parametry byly srovnatelné s dětmi kojennými. Sérová hladina močoviny byla nižší než u dětí krmených konvenční formulí. Přitom nedocházelo k potřebě příjmu vyššího objemu a energie.

Autoři uzavírají, že **takto modifikovaná formule snižuje metabolickou zátěž rozvíjejících se kojeneckých orgánů a nejvíce se přibližuje výživě kojením (3)**, menší množství bílkovin rovněž snižuje riziko rozvoje alergické reakce na bílkoviny kravského mléka. Tyto závěry ale pochopitelně nic nemění na preferenci kojení, pokud je možné.

Literatura:

1. ESPGAN Committee on Nutrition. Guidelines on infant nutrition I: Recommendations for the composition of an adapted formula. Acta Paediatr Scand Suppl 1977, 3:262.
2. Ogier de Baulny H et al. Minimum Protein Requirements in Infancy and Childhood: Insights from Patients with Protein-Restricted Diets. In: Bachmann C et al. Genetic Expression and Nutrition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2003:25.
3. Rähä NCR et al. Whey Predominant, Whey Modified Infant Formula with Protein/energy Ratio of 1,8g/kcal: Adequate and Safe for Term Infants From Birth to Four Months. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 35, 2002:275.
4. Reeds PJ. New Knowledge About Protein. In: Lifshitz CH. Pediatric Gastroenterology and Nutrition in Clinical Practice, Marcel Dekker, New York 2002:1.
5. Souci SW, Fachmann W, Kraut H. Die Zusammensetzung der Lebensmittel Nährwert-Tabellen. 6.Auflage, Medpharm Scientific Publishers, Stuttgart 2000.
6. Ziegler EE. Protein Requirements in Infancy. In: Rähä NCR et al. Infant Formula: Closer to the Reference, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2002: 97.



Aktuality

■ **Vědci objevili mocného strážce nervového systému**

Najdeme účinný lék proti epilepsii, věří badatelé. Pomoci jim má donedávna neznámý „hlídač“, který dovede ochránit mozek před nadměrným nervovým vzrušením.

Po staletí a možná i tisíciletí byla rostlina cannabis (známá také jako marihuana) pověstná nejen pro své narkotické účinky, ale také jako prostředek k léčbě epilepsie. Vědci však zjistili, že náš mozek produkuje při nadměrné nervové aktivitě látky s podobnými účinky. Říká se jim endocannabinoidy.

Antény v mozku

Mozkové buňky si mezi sebou intenzivně vyměňují informace prostřednictvím elektrických a chemických signálů. Tato aktivita je předpokladem pro správné fungování mozku. Každého člověka ale může potkat vypjatá situace, při které intenzita popsané výměny informací přesáhne určitou mez. Pak se mohou objevit bouřlivé reakce, například epileptické záchvaty. V polovině sedmdesátých let začalo několik vědeckých skupin zkoumat antiepileptické účinky THC, látky obsažené v rostlině cannabis. Odborníci jí původně přisuzovali pouze schopnost bránit záchvatům. Až donedávna podceňovali její toxickou povahu. Nynější výzkumy však odhalily, že THC způsobuje úbytek nervových buněk, může vyvolávat depresi nebo narušovat koordinaci tělesných pohybů. Rozsah negativních účinků závisí na velikosti dávky a druhu postiženého živočicha. Vědci zjistili, že se THC v mozku pojí na takzvané cannabinoidové receptory. Tyto proteiny se podobají jakýmsi anténám, které zprostředkovávají účinky THC. Badatelé zatím objevili dva druhy těchto receptorů, CB1 a CB2. Sama existence antén ale napovídala, že mozek nejspíš vytváří látky, jež se na receptory pojí. Uvedená domněnka se potvrdila v roce 1992, když vědci objevili v mozku mastné látky na bázi kyselin, schopné vázat se na tyto receptory a aktivovat je. Mozek savců vytváří dva druhy těchto látek, anandamid a 2-AG.

Podobáme se myším nebo krysám?

Výzkumníci z psychiatrického institutu Maxe Plancka se společně s dalšími evropskými kolegy snažili zjistit, k čemu endocannabinoidy slouží. Když vědci geneticky ovlivnili pokusné myši tak, že jim cannabinoidový receptor chyběl, měly mnohem větší sklon k záchvatům než „normální myši“. Právě fakt, že u zvířat receptory chyběly, zapříčinil jejich zvýšenou citlivost na nadměrnou nervovou aktivitu, uvedli vědci v odborném časopise Science. Tyto výsledky dokazují, že endocannabinoidy jsou významnou součástí obranného systému mozku před excitotoxicitou, tedy přílišným vzrušením nervů, které může vést k záchvatům a odumírání buněk. Vědci u pokusných zvířat také zkoumali vytváření endocannabinoidů během zranění mozku. U obou těchto látek, anandamidu a 2-AG, prokázali jejich ochranný účinek. Zjistili však také, že se u různých živočišných druhů fungování tohoto ochranného systému liší. Například u myši se po těžkém zranění hlavy produkce 2-AG výrazně zvýšila. V mozku krys se naopak po zranění vytvářelo více anandamidu, ale hladina 2-AG zůstala stejná. Tyto výsledky lze podle odborníků vysvětlit tím, že typ endocannabinoidů produkovaných poškozeným mozkem se liší v závislosti na druhu živočicha či na jeho stáří. Důležitou roli samozřejmě hraje také věk a způsob zranění. V reakci na mozkové trauma produkují myši 2-AG, zatímco u krys se vytváří anandamid. Blíží se v tomto ohledu lidé více myším, nebo krysám? To zatím vědci nevědí.

Hlídači, kteří dovedou i uškodit

Jak vnitřní ochranný systém funguje? Když dojde k nervovému přepětí, tvoří se endocannabinoidy v mozkových buňkách a poté se pojí na receptory. Ty zabrání poškození, protože snižují vzrušivost neuronů. Strážci našeho nervového systému však mohou i uškodit. Příliš dlouhé nervové vzrušení a následné podněcování cannabinoidových receptorů může totiž záchvaty způsobit tím,

že zablokuje uvolňování neuropřenašečů GABA. Ty mají tlumící účinek na přenos vzruchů mezi jednotlivými buňkami mozku. Odborníci však přesto nepochybují o tom, že endocannabinoidy hrají významnou roli při ochraně mozku před nadměrným vzrušením nervů. Na základě těchto poznatků se nyní snaží vytvořit látky, s jejichž pomocí bude možné léčit nervové choroby, jako je třeba epilepsie. „Existuje sice široká škála léků proti epilepsii, jejich účinnost však je „pouze“ 70 až 80 procent. Proto bychom měli hledat nové prostředky, které budou umět u lidí tyto záchvaty mírnit,“ podotýká doktor Beat Lutz, jeden z odborníků, kteří se na výzkumu podíleli. Vědci se zatím podařilo najít látku, která zvyšuje hladinu tělních cannabinoidů.

Existuje sice široká škála léků proti epilepsii, jejich účinnost však činí „pouze“ 70 až 80 procent. Proto bychom měli hledat nové prostředky, které budou umět u lidí tyto záchvaty mírnit.

■ **„Zabiják spánku“ opět přichází na scénu**

Letní čas si pochvalují ekonomové kvůli úsporám elektřiny, vědci ale jejich nadšení nesdílejí.

Tak nám zabili spánek, nabízí se parafráze známé věty z Haškova Švejka. Od zítřejšího rána se řídíme letním časem a den nám začíná o hodinu dříve. Podle vědců vyvolává tak náhlá změna v celém těle zmatek.

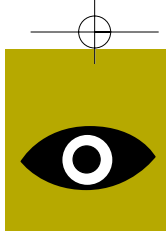
Podle oficiálních průzkumů nepřináší letní čas většině populace významné problémy. Přesto je to změna, kterou špatně snáší přibližně milion obyvatel České republiky. Odpůrcům letního času nejvíce vadí narušení spánku, což vyvolává únavu, špatnou orientaci v čase a zdravotní i psychické potíže.

Strážce vnitřního řádu

„Podle mého názoru by bylo lepší čas neměnit. Nebo alespoň posunout jeho změnu na pozdější roční období, kdy už slunce vychází dříve,“ komentuje zítřejší manipulaci s hodinovými ručičkami PharmDr. Alena Sumová, CSC., vedoucí Oddělení neurohumorálních regulací z Fyziologického ústavu Akademie věd ČR. Pokusy na zvířatech i na lidech prokázaly, že náhlá změna času vyvolává například poruchy spánku, orientace a další nepříjemné pocity. Co se vlastně při časovém skoku v našem těle děje? Pro zjednodušení si představme lidský organismus jako motor běžící téměř po celý den na plné obrátky. Teprve večer, když ulehne do postele, jako by se motor přepnul na chod bez zařazení rychlosti. Tělo začíná šetřit energii. Poklesne vnitřní teplota. Mozek se vyladí na spánkovou frekvenci. Svaly ve stěnách žaludku se odkrvují, aby si odpočinuly od neustálého pohybu při zpracovávání potravy. Sniží se hladina kortizolu, hormonu, který například stahuje cévy a i jinak řídí naše reakce na stres. Současně s tímto uklidněním začíná pravidelná údržba. Z hypofýzy, mozkového podvěsku velikosti vlašského ořechu, se dostává do těla hormon melatonin. Pravděpodobně slouží jako prostředek pro vyladování mozku ke spánku a informuje zbytek těla o délce noci.

Studený motor také nesnáší vysoké otáčky

Na všechny zmíněné pochody dohlíží vnitřní hodiny – shluk buněk uložený v části mozku zvané hypothalamus. Tento biologický „budík“ je s vnějším světem spojen pomocí očních nervů. Získává tak informace o intenzitě denního světla a podle toho formuluje pokyny. Když vnitřní hodiny vyhodnotí, že světla je už dostatek, vydávají konkrétní povely. Lze je přeložit do vět typu: Zahřejte motor – na tento povel se začne pozvolna zvyšovat tělesná teplota. Jiné rozkazy velí: Zastavit produkci melatoninu, a naopak spustit výrobu kortizolu. Přeladit mozek na rytmus bdění. Připravit žaludek na příjem potravy. „Naše vnitřní hodiny se během roku seřizují samy v souladu s tím, jak přibývá nebo ubývá denního světla. Jsou tedy schopné vlastní resynchronizace,“ říká doktorka Sumová. Posun ručiček na ciferníku biologického „budíku“ je však velmi pozvolný. V průměru jde o korekci v rozmezí plus minus jedné minuty



VOX PEDIATRIAE

denně. Ale náhlý posun o celou hodinu je pro budík vskutku komplikovaná situace. Člověk vstává a jeho tělo ještě není patřičně prohřáté, mozek dospívá noc, ale zároveň už musí něco rozhodnout nebo řešit, melatonin doposud řídí „noční“ procesy a organismus se zároveň dostává do stresu, takže už čeká na kortizol... Je to podobné, jako když se v zimě snažíme dostat do vysokých otáček studený motor a ztuhlý olej ještě nestačil promazat všechna pohyblivá místa. Nepříjemná představa.

Filmový ateliér v ložnici

Zdravému člověku trvá přibližně týden, než jeho vnitřní budík náhlý časový posun vyrovná. „Rychlost adaptace je dána geneticky a do jisté míry závisí také na životním stylu. Kdo je zvyklý na pravidelný denní režim, zvládne přechod na letní čas snadněji,“ poznamenává doktorka Sumová. Lépe to jde také v případě, že člověk může vstávat až kolem sedmé hodiny, kdy už je denní světlo. Nejvíce posun času postihuje lidi, kteří musí vstávat ještě za tmy, mezi čtvrtou až šestou. Proto vědci doporučují, aby se letní čas zaváděl až v pozdějším ročním období, kdy je i v těchto časných hodinách alespoň trochu denního světla. Snaha nahradit nedostatek denního světla rozsvícením několika žárovek je zcela zbytečná. K tomu, aby se vnitřní budík seřídil, byste si museli zapnout několik silných reflektorů. Přeměnit byt ve filmový ateliér je ale trochu šílená představa. Co tedy mohou dělat lidé, kteří musí vstávat hodně brzy a chtějí se rychleji vyrovnat s posunem času? Fyziologové doporučují začít den rozvíčkou nebo jinou pohybovou aktivitou, aby se tělo prohřálo a připravilo na vyšší výkon.

Letní čas zavedly členské státy Evropské unie v roce 1976. V Československu se čas měnil už během druhé světové války, a letní čas se u nás používá od roku 1979 pravidelně. V roce 1996 byl letní čas prodloužen ze šesti na sedm měsíců, tj. místo v září končí až v říjnu – stejně jako v Evropské unii.

Akupunktura léčí bolesti

Akupunktura je účinný způsob léčby chronických bolestí hlavy a měla by být ve zdravotnictví více používána. Shodli se na tom britští vědci, kteří dokončili výzkum se čtyřmi stovkami dobrovolníků. U pacientů, kteří podstoupili léčbu akupunkturou, se potom objevovala bolest hlavy mnohem méně než u těch, kteří byli léčeni obvyklými prostředky. Už nemuseli tak často chodit k lékaři a nebyli závislí na lécích tlumících bolest.

Podle studie uveřejněné v British Medical Journal bylo do výzkumu zahrnuto 401 lidí z celé Británie, kteří každý týden vždy několik dní trpěli úpornými bolestmi hlavy. Část z nich se rozhodla podstoupit 12 sezení s akupunkturou, ostatní dostávali obvyklé léky. Všichni pacienti si vedli deníček, v němž popsalí svoji bolest na začátku léčby, po třech a nakonec po dvanácti měsících. Bolest hlavy hodnotili na šestistupňové škále. Pacienti, kteří chodili na akupunkturu, zaznamenali v daném roce o 22 dní s bolestí hlavy méně, použili o 15 procent méně léků, o čtvrtinu se snížil počet jejich návštěv u lékaře a o 15 procent se snížily jejich problémy ve srovnání s druhou skupinou. Výzkumníci z různých středisek v Británii tvrdí, že zavedení akupunktury by mohlo mít pro pacienty s chronickou bolestí hlavy výrazné a dlouhodobé účinky.

Vakcína proti chřipce je nadějí i strašákem

Marianna Toce Gersteinová si není jistá, zda by měla těhotná žena dostávat protichřipkovou vakcínu. I když jsou vakcíny chránící proti chřipce těhotným ženám doporučovány, tazatelka ví, že vakcína obsahuje ochrannou látku na bázi rtuti zvanou Thimesoral. Bojí se, že by to mohlo poškodit její nenarozené dítě. Gynekolog jí poradil, aby si vakcínu nechala píchnout, ale jiný lékař, internista, jí řekl, aby neriskovala zdravím svého budoucího dítěte. Gersteinová zná i radu Střediska pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC), že těhotné ženy v druhém a třetím čtvrtletí těhotenství by měly být očkovány, protože jejich imunitní systém je oslaben. Nechce se jí však slepě následovat jen tak nějakou radu. A není sama. Přehled z tohoto měsíce uvádí, že rostoucí počet amerických rodičů váhá, zda potřebují vakcinaci v zájmu svých dětí, nebo zda ma-

jí jen dodržovat rozpis injekcí ve věku dítěte od tří měsíců do tří let. V průzkumu mezi téměř 1500 lékaři bylo zjištěno, že 93 procent pediatriů a šedesát procent rodinných lékařů zaznamenalo alespoň jednoho rodiče, který odmítl v loňském roce vakcínu pro sebe nebo pro své dítě. V lednovém vydání časopisu American Journal of Preventive Medicine se uvádí, že 19 procent lékařů oznámilo, že rodiny se bojí, že vakcíny by mohly poškodit imunitní systém dětí. Šestnáct procent tvrdí, že rodiče pochybují, zda děti skutečně potřebují všechny injekce doporučené CDC. „Rostoucí počet odmítnutí souvisí s obavami z přítomnosti rtuti ve vakcíně nebo ze souvislosti mezi vakcínou proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a autismem,“ říká doktor Gary Freed z Michiganské univerzity. Podle CDC je to jasné: očkování zachraňuje životy, je mimořádně bezpečné a dosud nutné. Například spalničkami onemocní čtyřicet milionů lidí ročně a umírá na ně podle Světové zdravotnické organizace 745 000 lidí. „Kdyby se přestalo očkovat, dá se očekávat 2,7 milionu úmrtí na tuto nemoc,“ uvádí CDC. V Británii vedl rostoucí odpor proti očkování k tomu, že jen 84 procent dětí je očkováno proti spalničkám do věku dvou let. To způsobilo akutní hrozbu onemocnění pro většinu obyvatel. Loňka bylo v Británii hlášeno 308 případů spalniček.

Kmenové buňky mají za pět až deset let vymýt plešatost

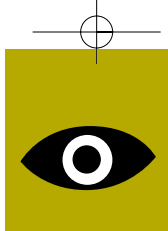
Američtí vědci tvrdí, že za pět až deset let si budou moci plešatící muži i ženy oddechnout. V té době by již měla existovat metoda, která by jim zaručila růst nových vlasů. K řešení problému s plešatostí, která sužuje až 80 procent mužů, má přispět objev dospělých kmenových buněk ve folikulách – váčcích, z nichž vlasy rostou. Z kmenových buněk přitom může vzniknout nejen nový vlas, ale jakákoli tkáň. Odborníkům z Lékařského centra pensylvánské univerzity pod vedením George Cotsarelise se podařilo indentifikovat dospělé kmenové buňky ve folikulách u myši. Jednomu zvířeti přitom tyto buňky odebrali a transplantovali je jiné myši na místo, kde jí srst chyběla. Porost se tak začal po několika týdnech obnovovat. Nyní vědci doufají, že se jim postup, který se osvědčil u myši, podaří v budoucnosti úspěšně provést také u lidí. Odborníci zároveň u myši identifikovali geny zodpovědné za růst srsti. Nyní zkoumají, zda jsou přítomné i u lidí. Pokud tomu tak je, bylo by podle Cotsarelise v budoucnosti možné za pomoci léků ovlivňujících funkci těchto genů kontrolovat růst vlasů. „Náš výzkum nabízí nové možnosti léčby plešatosti. Nyní jsme schopni izolovat kmenové buňky zapojené do růstu vlasů a budeme se dále zabývat tím, jak růst vlasů podpořit,“ uvedl pro britský list The Independent Cotsarelis. Transplantace kmenových buněk by se údajně mohla stát dostupnou léčbou plešatosti nejpozději za deset let. Vědci upozorňují, že jejich výzkum by mohl přispět i při léčbě popálenin. „Buňky, které jsme transplantovali, nevytvářejí pouze vlasové folikuly, ale můžou z nich vzniknout i buňky kůže,“ citoval Cotsarelise britský list The Daily Telegraph.

Osm z deseti žen trápí po porodu deprese

Nejzávažnější je tzv. pozdní deprese, při ní má pocit, že se o dítě nedokáže starat.

Poporodní blues, pozdní poporodní deprese, laktační psychóza... S některou z těchto poruch se setkala většina žen. Mateřská dovolená prostě nebývá vždy vysněným obdobím radostné péče o potomka.

Narození dítěte je všeobecně považováno za radostnou událost. Přesto na ně část žen vzpomíná jako na traumatický zážitek, dokonce často jako na své první setkání s depresí. Proč se do nepříjemných duševních stavů propadají často i ženy, kterým se narodilo zdravé dítě, v pořádku jsou i ony a rodina funguje? Mají vůbec nárok být nešťastné? – ptá se občas okolí. „Když se Tereška narodila, byla jsem šťastná,“ svěřila se na serveru Rodina mladá žena. Jenže dobrý pocit zmizel ještě v porodnici: „Terka plakala hlavně v noci. Přes den spala jako andílek, ale to se k nám zase hrnuly návštěvy, takže ze spaní nebylo nic. K tomu mi ještě vštěpovali, že musím kojit po dvou až třech hodinách,



VOX PEDIATRIAE

takže jsem nedělala nic jiného než chodila do sprchy, nahřívala prsa, kojila, houpala..." popisuje žena.

Já to dítě nechci

Když se po týdnu vracela z porodnice domů, byla totálně vyčerpaná – fyzicky i psychicky. Nedokázala se ubránit návalům pláče, v noci se budila s pocitem, že dítě nechce. V zoufalství dokonce zavolala své matce a nabídla jí dceru k adopci. „Prostě to nešlo. Nemohla jsem se na malou ani podívat. Kojila jsem a brečela, nemohla být s Terezkou v jedné místnosti. Večer to došlo tak daleko, že jsem přestala komunikovat s kýmkoliv a mé jediné přání bylo utéct a už nikdy se nevrátit.“ Nakonec vydešené okolí zavolalo záchranku a žena skončila na psychiatrické klinice. Podle slov tamních odborníků šlo přitom stav ženy řešit ambulantně. V situaci, kdy zoufale potřebovala profesionální pomoc, narazila na lidi, kteří její problém bagatelizovali. Dokonce i doktorka na psychiatrické klinice jí naznačila, že se chovala jako špatný rodič, když chtěla ve stresu dítě svěřit své matce. A dnes? Zmíněná mladá žena své dítě miluje a nedovede si představit, že by se ocitla bez něj. Dokonce už plánuje další miminko... Poporodní deprese není stavem výjimečným. Podle psychologů jí alespoň v nějaké formě trpí osm žen z deseti, u každé desáté jsou psychické problémy po porodu vážnější. Nejběžnějším stavem je tzv. poporodní blues. „Když uvidíte na chodbě porodnice ženu, která bez zjevného důvodu pláče, pravděpodobně má na pokoji čtyřdenní miminko,“ říká psychiatr Tomáš Binder. Právě čtvrtý den po porodu totiž nejdramatičtěji poklesne hladina estrogenů. Většina žen se časem oklepe a na baby blues rychle zapomenou, u malé části z nich se však může přirozený smutek transformovat které se žena cítí do daleko horšího problému. Tím je jedna z nejzávažnějších, neštěstí vzácných poruch, tzv. laktační psychóza. Žena, která jí trpí, často navštíví, jak se jmenuje, kolikátého je, kde se právě nachází... Bez odborné péče se zkrátka neobejde. Dobrá zpráva podle psychiatra Tomáše Bindera je, že žena s laktační psychózou nemívá sebevražedné tendence ani se nechová agresivně ke svému dítěti.

Stroj na kojení a přebalování

Daleko častější je tzv. pozdní poporodní deprese. Alespoň v mírné formě ji zná většina žen. Svět novopečené matky se ze dne na den smrskne pouze na tanec kolem dítěte a domácnosti. Do divadla, do kina, na kávu s přítelkyní? Nemožné. Jít ven? Samozřejmě s kočárkem do parku. Konverzovat tam může s dalšími matkami vlekoucími kočárky na své každodenní procházce. Téma rozhovoru: dítě a domácnost. „Nejhorší bylo, že když jsem se výjimečně mezi lidi dostala, najednou jsem nevěděla, jak se s nimi bavit. Zoufale jsem nechtěla mluvit zase jen o dítěti a jak se péče štrůdl, nic jiného jsem v té době prakticky neznala,“ svěřuje se Dana. Po nějaké době se začala setkávat s přáteli dokonce obávat. Připadala si hloupá, neschopná smysluplného rozhovoru, ošklivá... A především sama. „Muž se vracel z práce pozdě večer, ráno odcházel. Pozdrav prodavačky byla často jediná slova, která jsem za celý den slyšela. Začala jsem si naprosto vyčerpaná a připadat jako automat na kojení a přebalování.“

Pomohla mi práce

Situace se zlepšila až ve chvíli, kdy se Dana rozhodla vrátit se alespoň externě a v malé míře ke své původní profesi. Místo odpočinku sice trávila každou chvíli, kdy dcera spala, u počítače, její sebevědomí však stoupl. „Jednak jsem dokázala sama sobě, že ještě zvládnou i něco jiného než mixovat polívčičku a utírat nos, a za druhé jsem mohla říci: Tohle jsou moje peníze, ty jsem si vydělala sama. Sice to nebylo moc, ale mému sebevědomí takhle kúra hodně pomohla,“ vzpomíná Dana. Pozdní poporodní deprese může být daleko hlubší než poporodní blues. Podle odborníků může nastat až u deseti procent žen. Matka se cítí vyčerpaná, trpí úzkostnými a pesimistickými stavy, připadá si opuštěná. Může mít i pocit, že není schopná se o svoje dítě správně postarat. Odborníci navíc varují: Hrozí riziko sebevražedných tendencí. Binder mluví o jednom pokusu na dvacet až třicet tisíc porodů. Co má dělat žena, která u sebe pozoruje příznaky? Odborníci se shodují: Mluvit o svých pocitech. Nejprve s někým blízkým, potom s odborníkem. Osmdesát procent případů údajně vyřeší konzultace s psychiatrem nebo psychologem – bez použití anti-

depresiv. Ostatně, jednu jistotu žena má: Rané dětství trvá velmi krátce a po něm se život alespoň v určité míře vrátí do starých kolejí. *

■ **Šťourání v nose prospívá zdraví**

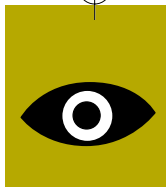
Vyčítáte potomkům, že strkají prsty do nosních dírek i na veřejnosti? Pak byste možná neměli nebo jim alespoň nedávejte čist tenhle článek. Šťourání v nosních dírkách je sice považováno za projev nedostatečné výchovy, avšak z lékařského hlediska prospívá zdraví. Tvrdí to alespoň rakouský specialista Friedrich Bischofer. A nejen to, tělu podle něj rozhodně neškodí ani požívání obsahu nosních dírek – spíše naopak. „Smysluplnější je šťourat se, samozřejmě člověk může lépe dýchat. A je to i mechanické čištění nosu,“ zdůraznil lékař s tím, že kapesník je jen slabší náhražkou prstu. Vrtání v nosu je tedy jen přirozeným reflexem, na němž z medicínského pohledu není nic špatného. Expert jde ještě dál. I polykání „holubů“ je podle něj přirozené. „Všeobecně sice požívání uschlých nosních hlenů patří ke společenskému tabu, ale imunologicky je účelné,“ říká.

■ **Kvalita zubů a dědičnost**

I když o zuby asta v dutiny ústní pravidelně pečujeme, musíme počítat s tím, že si s sebou neseme také genetické dispozice po rodičích aovlivní nás i průběh těhotenství a dětství. Dědičnost je přenos znaků a vlastností včetně chorob z jedince na potomky. Geny jsou tvořené deoxyribonukleovou kyselinou. Ta je ve formě chromozomů uložena v jádře každé buňky včetně buněk pohlavních, tzn. vajíček a spermií, které svým splynutím dávají vznik novému jedinci. Obsahují polovinu dědičné informace od každého z rodičů a podílejí se také na zdraví dutiny ústní. Mezi onemocněními ovlivněnými dědičností, o kterých se často diskutuje, patří choroby dásní a parodontitida. Situace však není úplně beznadějná, protože vznik zubního povlaku není dědičný. Geneticky podmíněná může být pouze schopnost organismu bránit se nepříznivým vlivům a ta ke složení tvrdých zubních tkání (množství a kvalita skloviny). Proto je někdo vůči negativním vlivům mikrobiálního povlaku odolnější a jiný ne. Správně vyčištěný chrup však spolehlivě brání rozvinutí zubního kazu a parodontitidy u více než 95 % populace. Zbýlých pět procent je více ohroženo vznikem těchto onemocnění, a proto je nutné, aby častěji a pravidelně navštěvovali zubního lékaře. Jen tak mohou snížit vznik tohoto nepříjemného onemocnění na minimum. Některé látky ale působí na plod také v těhotenství a vyvolávají jí jeho poškození. Nejcitlivějším obdobím jsou první tři měsíce. V této etapě vývoje plodu by se nastávající maminky měly vyvarovat užívání některých léků, např. diazepam, acylpyrinu či antibiotik. Také některé druhy infekcí mohou plod velmi vážně ohrozit. Samozřejmě také škodí konzumace alkoholu, kouření, rentgenové záření atd. Těhotné ženy by se měly vyhýbat všem uvedeným škodlivinám, apokud potřebují užívat léky, měly by se nejdříve poradit s lékařem.

■ **Lékař vás v cizině ošetří, ale jen když to bude nutné**

Odkládat návštěvu u zubaře či operaci žlučníku až na 1. květen v domněni, že si budeme moci vybrat zemi, kde se necháme ošetřit, se rozhodně nevyplatí. Čechy po vstupu do unie lékaři v zahraničí ošetří na náklady jejich zdravotní pojišťovny jen tehdy, když to bude opravdu nezbytné. Tedy když během cesty do ciziny náhle onemocní nebo se zraní. Stejně to bude od 1. května fungovat nejen ve všech zemích Evropské unie, ale i v Norsku, Lichtenštejnsku, Švýcarsku a na Islandu. Kdo se nechce dostat do problémů, měl by si před odjezdem na zahraniční dovolenou vyzvednout ve své pojišťovně speciální formulář nebo Evropskou zdravotní kartu – a ty pak u lékaře předložit. Bez nich se cizinci může stát, že bude muset zaplatit hotově a až pak si vše vyběhat u pojišťovny. A i s kartou je třeba počítat s tím, že v některých zemích – ve Francii, Belgii a Lucembursku – všichni pacienti v ordinacích platí hotově a pojišťovna jim ošetření proplácí zpětně. Spoléhat na to, že vše bude u dok-



VOX PEDIATRIAE

tora zdarma, se však nevyplatí takřka v žádné zemi. Zprv, v mnoha zemích si pacienti za péči doplácí. Třeba v Německu jen za návštěvu v ordinaci poplatek deset eur. A zadruhé: neodkladnou péči se nerozumí případný převoz domů. Kdo chce být klidný i pro takový případ, musí si sjednat cestovní zdravotní přípojištění.

Pití v těhotenství ničí nervy dětí

Nejen obávanou duševní zaostalost, ale také poškození nervů svých potomků riskují ženy, které v těhotenství holdují přemíře alkoholu. Za škodlivé množství považují vědci čtyři sklenice piva, vína, míchaných nápojů nebo čtyři velké panáky alkoholu denně. Sklenička piva tu a tam však nebezpečná není. Studii s novými výsledky zveřejnil prestižní časopis Journal of Pediatrics, vědci se v ní poprvé neomezili na již známá poškození mozku a míchy, ale nově i na poškození mimo centrální nervový systém. „Novorozencům matek, které během těhotenství hojně požívaly alkohol, hrozí duševní zaostalost a vrozené defekty,“ upozornil Duane Alexander z Národního ústavu pro zdraví dítěte a vývoj člověka. Dokument informoval o výsledcích studie, jež konstatuje, že poškození periferního nervového systému jsou u takových dětí patrná i ve věku jednoho roku. Děti matek, které hodně pily alkohol před jejich narozením, měly závažné problémy s přenosem signálu nervovou soustavou jak ve věku jednoho měsíce, tak ve věku jednoho roku. „Zjištění, že poškození nervu přetrvávalo, i když byl dětem rok, naznačuje, že alkohol může způsobit stálé poškození vyvíjejících se nervů,“ prohlásil James Mills, který vedl výzkum. Je proto možné, že děti matek-alkoholiček budou mít v životě problém se svou jemnou motorikou a dotykovými vjemy.

ODS chystá staronový trhák: osobní účty pacientů

ODS – podle průzkumů žhavý kandidát na vítěze příštích voleb se chystá nabídnout úplně jiný „trhák“, kterým chce vyléčit resort, jemuž stále chybí peníze. Tím by měly být mimo jiné osobní účty pacientů. „Chceme vtáhnout pacienta do rozhodování, jakou péči chce mít krytou pojištěním a co si chce případně platit sám. Za to by měl být také zvýhodněn,“ řekl senátor ODS a stínový ministr zdravotnictví Tomáš Julínek. Jeho vize, na nichž se podíleli i dva zdravotničtí experti, v úterý schválila stínová vláda ODS. Osobní účty by fungovaly následovně: Každý by jako dosud platil zdravotní daň. Tu by stát přerozdělil podle rizika nemoci v konkrétním věku a částku poslal každému na jeho osobní účet ve zdravotní pojišťovně. Na ten by mohl posílat příspěvky i zaměstnavatel nebo sám občan. Větší část by sloužila jako povinné pojištění na vážné a chronické nemoci, třeba na infarkt. Se zbytkem by už člověk mohl nakládat podle vlastního uvážení a vybrat si individuální zdravotní plán pojišťovny. Třeba takový, kde by mu pojišťovna na angínu a léky přispěla méně, ale o to více by mu zbylo třeba na nadstandard: zuby, brýle, lázně. Část úspory by si mohl vybrat jako bonus k libovolnému využití. „Pojišťovny by si konečně konkurovaly, poplatky by nebyly nařízené, ale volitelné,“ jmenuje některé výhody Julínek. Připouští i dosud nevyřešené slabiny, třeba péči o bezdomovce. Systém navíc není ve světě hromadně odzkoušen, funguje částečně v USA či Jižní Africe. ČSSD je jasné proti. „Komericializace zdravotnictví je nepřijatelná,“ oznámil premiér Vladimír Špidla po středečním jednání vlády o osmdesátistránkové koncepci Součkové. Ta jí dostala za úkol zkrátit, shodou okolností právě na tolik stran, kolik jich má konkurenční Julínkova: na patnáct.

Jak by fungovaly osobní účty

zdravotní daň

přerozdělení podle rizika (věk, pohlaví)

další příspěvky (zaměstnavatel, občan, rodina)

osobní účet

povinné pojištění na vážné a chronické nemoci 70%

individuální pojištění 30% (část úspory = bonus)

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.

Převzmu soukromou praxi

Převzmu soukromou praxi PLDD nebo přijmu místo v ambulanci alergologa. Po celé ČR. E-mail: jmn@quick.cz, mobil: 605 562 354

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

Převzmu praxi

Převzmu 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

Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta v ordinaci PLDD s perspektivou odkoupení praxe - Praha a okolí. Tel.: 605 243 136

Zdravotní sestra hledá práci

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

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 777 651 177.

Hledám místo asistentky

Hledám místo asistentky v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost s perspektivou převzetí praxe. Mám atestaci I. st. z pediatrie, nástavbovou atestaci z neonatologie i licenci. Nejlépe: Mladá Boleslav, Jičín, Praha, Mělník, Liberec, Plzeň, České Budějovice, Kolín, Brno, Hradec Králové a jejich okolí do 70 km. Tel.: 777 054 273 nebo večer 326 320 553. Zn. Solidní jednání.