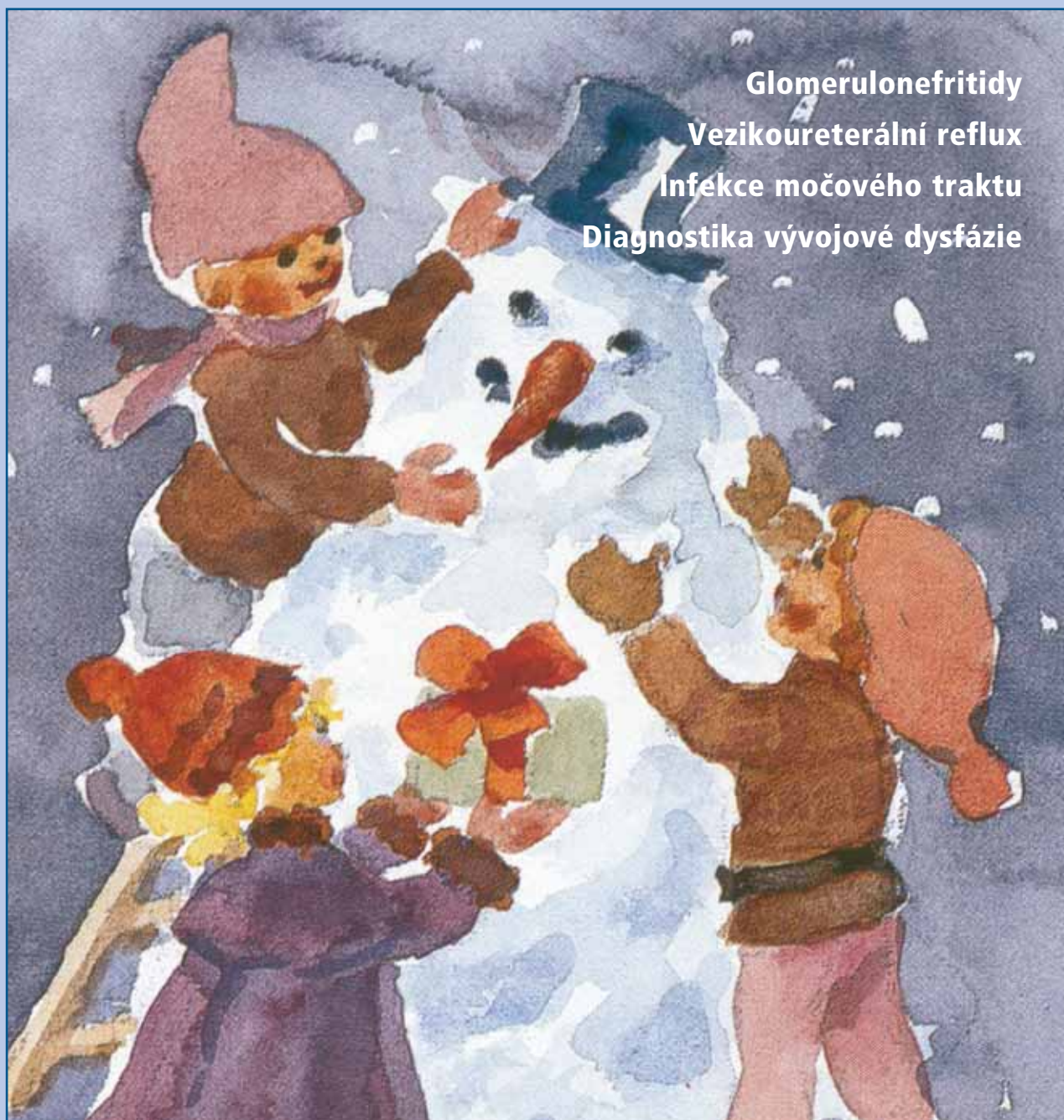


# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

leden 2005 ■ číslo 1 ■ ročník 5



Glomerulonefritidy  
Vezikoureterální reflux  
Infekce močového traktu  
Diagnostika vývojové dysfázie



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 písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.  
Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické  
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.  
Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá  
za obsahovou stránku časopisu Děti a my.

### Inzerce:

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

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

## obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc prosinec	5
Otevřený dopis poslancům PSP ČR	5
Podpora dopisu ze strany SPL a SPLDD	6
Dopis Unie zaměstnavatelských svazů ČR	6
Zápis z pracovního jednání SZP, SPL a SPLDD	6
Prezentace stránek www.detskylekar.cz	9



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP	10
MUDr. K. Vondrák Glomerulonefritidy	11
Prof. MUDr. J. Janda, CSc. Vezikoureterální reflux	13
MUDr. A. Kolský a kol. Infekce močového traktu u dětí	20
PhDr. I. Málková Kurzy snižování nadváhy pro děti s rodiči založené na kognitivně behaviorální terapii	24

PaedDr. L. Pospíšilová K otázkám diagnostiky vývojové dysfázie	25
MUDr. J. Liška a kol. Acebutolol v léčbě juvenilních hypertenzí	28

Ze zahraničního tisku	29
-----------------------	----



Aktuality	33
Řádková inzerce	38



NAKLADATELSTVÍ  
**UMÚN** s. r. o.

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 Dolores Schembri



Vážené kolegyně a kolegové,

dostáváte do ruky první číslo již pátého ročníku časopisu VOX PEDIATRIAE. Stejně jako v minulých letech se všichni členové redakční rady snažili spolu s autory odborných článků o to, abyste se na stránkách VOXu setkali s co nejaktuálnějšími informacemi nejen odbornými, ale i informacemi, které se týkají bezprostředně Vás jak provozovatelů dětských nestátních zdravotnických zařízení. I v letošním ročníku budou nedílnou součástí časopisu drobné aktuality a nově též výběr ze zahraničních odborných pediatrických časopisů. Pokračuje dál spolupráce mezi VOXem a nakladatelstvím UMÚN, které zajišťuje originální titulní stránku. Tím bude SPLDD ČR finančně podporovat tělesně postižené umělce, kteří tyto obrázky vytváří.

I nadále budeme spolupracovat s vydavatelstvím MEDIX, které zajišťuje technicko-grafickou stránku časopisu. Pro rok 2005 počítáme také se spoluprací s generálními partnery (Česká spořitelna, Zentiva), bez jejichž finanční podpory by VOX nebyl tím, čím pro Vás je - členským časopisem Vašich „všedních“ dnů. Dokazuje to i průzkum čtenosti agentury Promediamotion, který dle dotazovaných dětských lékařů patří k nejčtenějším časopisům. Až za ním se umístily časopisy ČS pediatrie, Causa Subita, Pediatrie pro praxi, Tempus Medicorum, Zdravotnické noviny. Pevně věřím, že i přes velký počet odborných časopisů se podaří i v tomto roce VOXu udržet první příčku ve čtenosti. Redakční rada k tomu chce přispět zejména udržením vysoké úrovně odborných článků. Zatím se autorům těchto článků daří jednoduchou a poutavou formou přinášet maximum odborných informací.

V letošním roce bychom Vám rádi na stránkách VOXu přiblížili aktuální odbornou tematiku z oborů: Nefrologie, Dermatovenerologie, Gynekologie dětí a dorostu, Dorostová problematika a drogy, Mikrobiologie a infektologie, Genetika, Akutní medicína, Posudková činnost, Pedostomatologie, Obezitologie, Lázeňská péče a rehabilitace a Vývojová neurologie, Neonatologie.

Privítali bychom i Váš podíl na vytváření obsahu letošních čísel VOXU například formou kasuistik na výše zmíněná témata nebo polemiky nad zveřejněnými články.

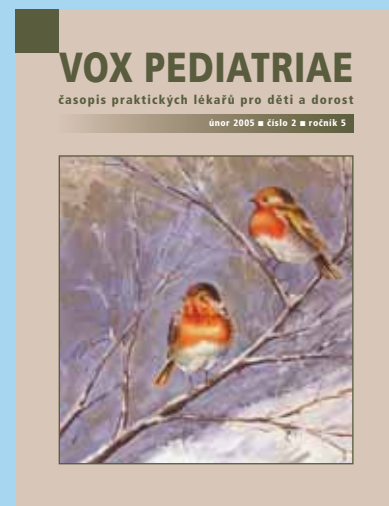
Dovolte mi proto abych Vám, našim čtenářům, popřál jménem členů redakční rady hodně zdraví, osobní spokojenosti a odborných pracovních úspěchů v roce 2005.

Na stránkách nového ročníku 2005 časopisu VOX PEDIATRIAE se na Vás těší

Váš

MUDr. Milan Kudyn  
předseda redakční rady

**Pohlavní nemoci  
u dětí a dospívajících**  
**Antikoncepce pro dospívající**  
**Chlamydiové infekce  
v gynekologii**  
**Přehled antikoncepce  
pro fertilitní věk**



## seznam inzerujících firem

AVENT  
BOOTS HEALTHCARE  
HERO  
HIPPI  
NATUR PRODUKT  
NESTLÉ  
NUTRICIA  
ORION DIAGNOSTICA  
ZENTIVA

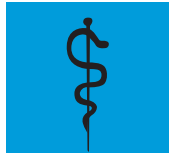
## úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

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

Členy Výboru zpravidla  
zastihnete v těchto hodinách:

**Úterý**  
14,00 - 20,00 - MUDr. Pavel Neugebauer  
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková  
**Středa**  
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnová  
13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn  
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková  
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer





## Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc prosinec 2004

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

**Prosinec byl opět tím správným vyvrcholením roku v případě postupného propadu našeho zdravotnictví do ekonomické krize, i když se očekávala i možnost ještě horšího stavu. O to více jsme očekávali návrhy na řešení ze strany rezortního ministerstva. To však považuje za všespasitelné tvorbu globálních rozpočtů... Ačkoliv není dosud schválena ani vydiskutována otázka koncepčních kroků ve zdravotnictví, objevily se legislativní návrhy, které prakticky paralyzují systém zdravotního pojištění a posilují státní dirigismus ve zdravotnictví. Zdá se, že rok 2005 bude na události ve zdravotnictví poměrně bohatý.**

**3.12.** - se sešla ke svému jednání Komise MZd pro péči o děti a dorost, řešena byla mimo jiné problematika propouštění novorozenců vyžadujících náhradní rodinnou péči, byl představen návrh standardu nemocniční neodkladné péče v pediatrii, ale také i návrh vzniku Národního centra pro novorozenecké screeny dědičných poruch metabolismu pro ČR ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, dále byla diskutována problematika péče o děti s perinatální zátěží, ale také rozšíření prevencí u dorostu z pohledu prevence syndromu rizikového chování dospívajících, předloženy byly i problémy stran očkování cizinců a na programu byla i otázka nejen financování vzdělávání dětských lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, ale i dětských sester

**3.12.** - jednalo Předsednictvo Sdružení,

na programu bylo hodnocení proběhlé Konference, dále proběhlo průběžné hodnocení úkolů centra a regionů, byly diskutovány možnosti vzniklé nedohodou v cenových jednáních pro 1. pololetí 2005, regiony informovaly o specifických problémech v jednotlivých regionech, vč. spolupráce s Krajskými úřady, byla diskutována a následně odmítnuta koncepce zdravotnictví předložená současnou ministryní zdravotnictví a v závěru byly stanoveny priority pro rok 2005

**13.12.** - proběhla tisková konference Svazu zdravotních pojišťoven ČR, jejíž hlavním tématem byla koncepce zdravotnictví současné ministryně a v návaznosti chystaná změna zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, hlavním smyslem bylo upozornit na pokračující tendence potlačování systému zdravotního pojištění a zavádě-

ní státního dirigismu ve zdravotnictví, tiskové konference jsem se zúčastnil jako host s možností aktivního vystoupení a přednesení našeho stanoviska k tomuto problému, resp. stanoviska Koalice ambulantních lékařů

**14.12.** - na svém pravidelném jednání sešla analytická komise - pracovní komise Sdružení, diskutovány byly krom jiného i možnosti vzniku ceníku práce PLDD, vč. tzv. nadstandardů, diskutována byla i ekonomická data předaná ze strany VZP, data od ostatních ZP zatím nebyla poskytnuta

**21.12.** - na MZd se sešla pracovní skupina nad problematikou vzniku zdravotních knížek, žádné zásadní rozhodnutí nepadlo, snad jen to, že zatím poběží vše na bázi dobrovolnosti. ■

## Otevřený dopis poslancům PSP ČR

Ing. Jaromír Gajdáček

Svaz zdravotních pojišťoven ČR

Vážená paní poslankyně,

Vážený pane poslanče,

ve třetím čtení je pozměňovací návrh pana poslance Krákory (ČSSD) k Zákonu o veřejném zdravotním pojištění (sněmovní tisk 648/3), který, pokud jej podpoříte, ve svém důsledku způsobí finanční problémy v ordinacích, u dodavatelů, výrobců léků a léčivých přípravků a především ohrozí dostupnost a současnou kvalitu zdravotní péče pro české občany. V důsledku navrhovaných změn by si následně řešení vyžádalo další finance ze státního rozpočtu, případně od ČKA, což může ve svém důsledku mít dopad i na daňový růst. Bude ohroženo zavádění moderní medicíny a zvýší se zadlužení systému o cca 3 - 5 mld. za pololetí a způsobí další prohloubení veřejného dluhu.

Pozměňovací návrh v kombinaci s připravova-

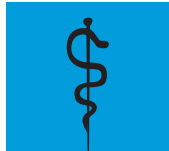
nou vyhláškou MZ o úhradách zdravotní péče lůžkovým zařízením pro 1. pololetí 2005 omezuje většinu pravomocí zdravotních pojišťoven. Přináší nové prvky významného a razantního posílení pravomocí státu bez stanovené zodpovědnosti za vyrovnání rozpočtu veřejného zdravotního pojištění. Přijetí tohoto návrhu by mělo rozhodující dopad do systému financování zdravotní péče. Jedná se o nepřímou likvidaci systému veřejného zdravotního pojištění a pravidel jeho samostatného vnitřního chodu.

Od 1. 1. 2005 současně začíná platit nový systém přerozdělování peněz mezi zdravotními pojišťovnami. Připravuje se i vydání vyhlášky MZ o úhradách zdravotní péče pro první pololetí 2005, která by zásadně zvýšila výdaje a to směrem do lůžkových zdravotnických zařízení. Také je

navrhováno zrušit veškeré dosud užívané regulace, bez kterých není možno udržet systém jako funkční a vyrovnaný. Kombinace těchto opatření je pro systém financování zdravotní péče smrtící.

Dlouhodobě není udržitelné bezbřehé a často i neúčelné rozhazování peněz. Již existující nevyváženost systému, kterou je ještě možno postupně napravit, by se naopak prohloubila. Domníváme se, že se do popředí zájmu se musí dostat pacient, jeho práva ale též povinnosti a občan plátce pojistného. V neposlední řadě je třeba vztít v úvahu zájmy zaměstnavatelů, kteří rovněž mají právo požadovat účelně a úsporně čerpání z jimi placeného pojistného. ■

V Praze dne 13.12.2004.



# Stanoviska k otevřenému dopisu poslancům PSP ČR

## Stanovisko SPL ČR a SPLDD ČR

**Předsednictvo Sdružení praktických lékařů ČR a Výkonný výbor Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR se po projednání Otevřeného dopisu poslancům PSP ČR rozhodly připojit svými podpisy k jeho textu.**

Zdůrazňujeme, že předložený návrh novely Zákona o veřejném zdravotním pojištění v kombinaci s připravovanou vyhláškou MZ ČR o úhradách zdravotní péče lůžkovým zdravotnickým zařízením pro 1. pololetí 2005 by kromě uvedených nepříznivých dopadů znamenal i další významné zhoršení financování a kvality ambulantní a zejména primární péče, zcela v rozporu s proklamovanými a žádoucími trendy posilování její úlohy.

Současný systém regulací pokládáme za nevhodný, ale jeho změny musí být řešeny

kvalifikovaně, se zapojením zdravotních poskytovatelů a pacientů.

8.12.2004

### Za SPL ČR:

MUDr. Václav Šmatlák, předseda  
MUDr. Jana Uhrová, 1. místopředsedkyně  
MUDr. Zdeněk Hamouz  
MUDr. Jan Jelínek  
MUDr. Otakar Maňas  
MUDr. Michal Polák  
místopředsedové

MUDr. Dagmar Škrhová  
předsedkyně Regionální rady

### Za SPLDD ČR:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda  
MUDr. Milan Kudyn, 1. místopředseda  
MUDr. Hana Cabrnová  
MUDr. Jiřina Dvořáková  
MUDr. Tomáš Soukup  
místopředsedové

## Stanovisko Unie zaměstnavatelských svazů ČR

Vážený pane předsedo,

v současné době budete znovu posuzovat ve 3. čtení návrh novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (sněmovní tisk č. 648).

Některé navržené pozměňovací návrhy by podle našeho názoru měly negativní dopad do systému veřejného zdravotního pojištění a měly by být posouzeny až v rámci návrhu koncepce reformy veřejného zdravotního pojištění, kterou má vypracovat Ministerstvo

zdravotnictví. Jedná se zejména o vymezení veřejného zájmu, které je možno prakticky vykládat libovolně a dále o návrh na vytvoření nové státní příspěvkové organizace - Národní referenční centrum. To přinese jen vynaložení zbytečných nákladů a organizačně administrativní problémy a přitom jsou potřebnou činnost schopny zajistit zdravotní pojišťovny spolu s poskytovateli zdravotní péče.

Dovolujeme si Vás, vážený pane předsedo, požádat v souladu se závěrem Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví o návrh, resp. o podporu návrhu na zamítnutí této novely,

nebo alespoň o vypuštění zmíněných a nejlépe i ostatních pozměňovacích návrhů, kromě návrhů zakotvujících explicitní oprávnění používat rodná čísla při provádění veřejného zdravotního pojištění.

S pozdravem

*Ing. Pavel Ernst, CSc. v.r.  
prezident Unie ZS a předseda  
Konfederace zaměstnavatelských  
a podnikatelských svazů*

Praha, dne 1.11.2004

## Zápis z pracovního jednání zástupců

**Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP),  
Sdružení praktických lékařů ČR (SPL)**

**a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD)**

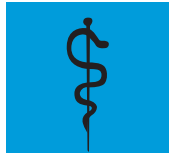
ze dne 26. 10. 2004

### Prezence:

Ing. Darina Ulmanová, MBA - ředitelka ZPŠ, viceprezidenta SZP ČR; Ing. Eliška Zajícová - ředitelka zdravotního odboru ZPŠ; MUDr. Pavel

Frňka - ČNZP, předseda zdravotní sekce SZP ČR; MUDr. Ludmila Plíšková - zdravotní ředitelka OZP; Ing. Zdeněk Vitásek, MBA - ředitel odboru organizace a IS ZPŠ, předseda sekce in-

formatiků SZP ČR; MUDr. Pavel Neugebauer - předseda SPLDD ČR; MUDr. Jana Uhrová - místopředsedkyně SPL ČR; Mgr. Jakub Uher - právní zástupce SPL ČR a SPLDD ČR

**Program:**

1. Dodatky smlouvy
2. Úhrada zdravotní péče poskytnuté pojištěncům EU
3. Účetní sestavy - komunikace ZZ a ZP
4. Problematika regulací, bonifikací, revizí, vykazování nepravdivé péče apod.
5. Předávání praxí, problematika asistentů
6. Zdravotní, lékové či jiné knížky pacienta
7. Soubory výkonů
8. Signální kód
9. Výběrová řízení
10. Předávání statistických údajů

**Ad 1) Dodatky smlouvy**

■ Zástupci obou sdružení předložili následující požadavky vůči jednotlivým ZP:

- Sjednocení základní struktury dodatků - část obecná (tj. v případě cenových dodatků výsledek „cenových jednání“ v souladu s výsledkem těchto jednání) a část specifická (např. popisující mechanismus bonifikací, navýšení základních sazeb apod. + případná další specifická ustanovení dohodnutá s touto ZP).

- Předkládání textů dodatků k odsouhlasení ze strany obou sdružení před rozesláním jednotlivým smluvním partnerům - pro předcházení sporů mezi ZP a jednotlivými ZZ.

- Sjednocení právní formy dodatků - platnost vymezit do uzavření dalšího dodatku, nikoliv k určitému datu, aby zjednodušení právní situace v úhradách v případě sporů, nedohody v cenových jednáních apod.

■ Zástupci SZP informovali, že smluvní dodatek je dvoustranný smluvní vztah mezi ZP a poskytovatelem a že se často jedná o know-how jednotlivých ZP.

Dále SZP požádal o specifikaci problémových oblastí, které jsou předmětem sporu.

Výstup: zástupci Sdružení předložili konkrétní představu unifikace dodatku a dále předávají konkrétní příklady, dokládající důvody navržené struktury (bude přiloženo jako Příloha č.1).

**Ad 2) Úhrada zdravotní péče poskytnuté pojištěncům EU**

■ Zástupci obou sdružení specifikovali následující jimi vnímané problémy:

- Úhrada zdravotní péče poskytnuté občanům EU by měla být řešena zvláštním dodatkem pro rozdílnost úhrady (registrovaní pacienti jsou hrazeni převážně formou KKVP, občané EU výkonově, tj. i v cenových jednáních odlišná forma úhrady s jinými základní-

mi sazbami).

- ZP odkazují v navržených dodatcích na Metodický pokyn MZd, jakožto jediný rozpracovaný postup směrnice EU 1408.

Zástupci obou sdružení ho však nepovažují za právně závazný.

Nutno sjednotit postup vykazování pacientů, kteří jsou nadále v trvalé péči, ale stali se pojištěnci zahraniční ZP, obdobně cizích státních občanů nově pojištěných Českými ZP versus poskytnutí jednorázové akutní péče (např. turistovi), není dodržována podmínka „za stejných podmínek“ (pojištěnec v trvalé péči - pojištěnec České ZP hrazen kapitace+body versus pojištěnec v trvalé péči - pojištěnec EU hrazen výkonově, hodnota bodu stejná).

■ Zástupci ZP požádali o přesnou písemnou kategorizaci pojištěnců v dané problematice.

Zároveň sdělili, že ošetření cizince, pokud si zvolí ZP jako výpomocnou ZP by mělo být hrazeno „za stejných podmínek“ jako u pojištěnců českých ZP, tj. obdoba nepravdivé péče, tj. ve výkonovém způsobem s hodnotou bodu jako u KKVP. Zástupci ZP navrhli problematiku úhrady péče cizinců projednat s ředitelem CMÚ.

Výstup: zástupci sdružení předloží do 14ti dnů přesnou specifikaci vnímaného problému (Bude přiloženo jako Příloha č.2), zástupci ZP toto projednají na nejbližších jednáních odborných sekcí SZP ČR (termín 11.-12.11. 2004) a poté bude projednáno s CMÚ. O výstupech budou zástupce sdružení informovat.

**Ad 3) Účetní sestavy - komunikace ZZ a ZP**

■ Zástupci sdružení předložili opět již jednou předaný materiál - Příloha č. 3, který byl některými ZP již odsouhlasen, v praxi se však dle tohoto nepostupuje.

■ Zástupci ZP by v sestavách (zúčtovací zpráva) upřednostnili upřesnění kmene pojištěnců výčtem po jednotlivých věkových skupinách, změny by pak byly automatickou součástí této sestavy, předávání kmene pojištěnců na disketě pokládají za zbytečně ekonomicky náročné.

Výstup: zástupci ZP předloží tento materiál k vyjádření a ke schválení jednotlivým ZP. Vzhledem k rozdílným informačním systémům a jejím výstupům jednotlivé ZP posoudí předložené požadavky na zúčtovací zprávy a není možné předpokládat jednotnou úpravu této sestavy. Je možné unifikovat obecné

zadání požadovaných údajů, u kterých může dojít ke konsensu všech ZP.

**Ad 4) Problematika regulací, bonifikací, revizí, vykazování nepravdivé péče apod.**

■ Zástupci sdružení specifikovali jednotlivé problémy

- Revize - hlavní problém spočívá v poskytnutí struktury dat (méně přehledných nebo neposkytnutí dat ze strany ZP). Výše uplatněné regulace může přesáhnout i několikaměsíční úhradu od ZP, není dohoda o příjímavém „splátkovém kalendáři“.

- Regulace - předložena Dohodnutá pravidla s VZP, požádáno o odsouhlasení i jednotlivými ZP (Příloha č. 4).

- Bonifikace - některé parametry vyvinění z regulací se promítají i do bonifikačních systémů, např. péče v ÚSP, případně i jiní „nákladní pacienti“, kteří však nesplňují u některých ZP stanovená kritéria nákladných pacientů, tj. jde o zohlednění „odlišného“ kmene pojištěnců od obvyklého průměru oblasti.

- Závodní péče - „preventistou“ závodní péče často indukována řada duplicitních vyšetření již provedených registrujícím PL.

- Nemocniční péče - často vyžadovány léky od PL na dobu hospitalizace, zřizovány ordinace odbornosti 001 či 002 se snahou „točit“ pacienta po jednotlivých odděleních, neregistrují, náklady jdou předchozímu registrujícímu PL, ten nemůže registraci zrušit, i když je o těchto praktikách informován (obdobný mechanismus může fungovat i v zařízeních poliklinického typu).

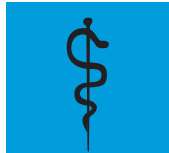
- Nepravdivá péče - překročením může být paradoxně postihován ten, co ošetří, ne ten co nepečuje - doporučeno zohlednit v bonifikacích.

- doporučeno rozlišovat poskytnutí akutní péče nahodile (obdoba cizinci) od role ošetřujícího lékaře pro určitou akutní nemoc (dlouhodobější pobyt mimo trvalé bydliště-chalupáři, prázdniny, ale i např. neregistrovaní pojištěnci) - problém úhrady kontrolních vyšetření.

- problém vykazování ošetření pojištěnce staršího 19ti let odborností 002 a naopak - nutno sjednotit pravidla.

Nepravdivá péče do bonifikací zavést postih za pojištěnce navštěvující častěji jiné praktické lékaře a LSPP.

- SPL konstatuje, že v některých konkrétních případech dochází k neoprávněnému odmitání sdělení údajů nutných pro odvolání či



smírčí řízení - odkazujeme (SPL) na ustanovení §21 odst. 3) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna ze svého informačního systému podávat na základě písemné žádosti praktickému lékaři nebo praktickému lékaři pro děti a dorost informace o zdravotní péči, která byla poskytnuta jejím pojištěncům, kteří jsou u něho registrováni, jinými zdravotnickými zařízeními, včetně předpisu léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Tyto údaje poskytne zaměstnanecká pojišťovna registrujícímu lékaři bezplatně.

- SPL navrhuje, aby jako maximální výše měsíční částky zápočtu u regulací byla stanovena mez ve výši 15 % z celkové výše úhrady od dané pojišťovny v příslušném měsíci s odůvodněním, že zápočet vyšší může být pro zdravotnické zařízení likvidační.

- K této záležitosti se ZP vyjádří v průběhu ledna 2005.

■ Zástupci ZP k této problematice mimo jiné uvedli:

- Požadavek na spolupráci při nutnosti zastavit neúměrný nárůst úhrad indukované péče - léky, komplement, fyzioterapie, lázně, doprava, home care.

- Zástupci ZP uvedli, že většina ZP uplatňuje systém komplexní nákladovosti registrované klientely, který je jak regulační tak bonifikační.

- Upozornili na trend nárůstu výdajů na léky a požádali Sdružení o vytvoření návrhů tzv. pozitivních lékových listů.

- Jsou prováděny kontroly dodržování pravidel pro vystavování tzv. „06“, často jen obecná specifikace vyšetření (imunologické vyš., rehabilitace páteře apod.).

#### Výstupy:

■ zástupci sdružení připraví návrh struktury dat pro rozporování regulací (bude přiloženo jako Příloha č.5), návrh metodiky pro tvorbu pozitivních lékových listů (Příloha č.6),

■ zástupci ZP se zaměří na kontroly indukce „preventivní“ závodní péče

■ předloží jednotlivým ZP k případnému schválení Pravidla pro vyvinění z regulací, dopad na bonifikační systémy zvaží,

■ ZP upozorní všechna smluvní ZZ o nutnosti naplňování výkonů (PN, preskripce, doprava apod.),

■ problematika úhrady nepravidelné péče ve vztahu ke skutečnostem uvedených ze strany sdružení bude dále řešena,

■ obě strany se dohodly na separátním jednání k preskripci a ke tvorbě pozitivních listů, bude předán návrh na formální úpravu

podkladů pro sjednocení struktury revizní zprávy.

#### **Ad 5) Předávání praxí, problematika asistentů**

■ zástupci sdružení předložili návrhy dohod - obdobné již uzavřeny s VZP, pouze u asistentů specifikace na odbornou a specializovanou způsobilost asistentů (Příloha č. 7,8)

Výstup: zástupci ZP předloží návrhy jednotlivým ZP k vyjádření a k podepsání dohod za SZP ČR popř. jednotlivé ZP

#### **Ad 6) Zdravotní, lékové či jiné knížky pacienta**

■ zástupci Sdružení se dotázali na přístup ZP k problematice různých forem papírových „zdravotních knížek“ s rozporováním jejich efektivity a dopadu na úspory, např. i z pohledu závaznosti uvádění jednotlivých dat,

Výstup: účastníci jednání odmítli různé formy obsáhlých papírových „zdravotních knížek“, zástupci SZP ČR sdělili, že nepřipravují obdobu lékových knížek pacienta, OZP sdělilo, že vytváří tzv. emergentní karty s uvedením pouze základních dat důležitých pro emergentní stavy.

#### **Ad 7) Soubory výkonů**

■ předmětem jednání byly výstupy ze společného jednání ze dne 8.10.2003

Výstup: zástupci sdružení zapracují dohodnuté změny v souborech výkonů a předloží ke schválení mechanismem obdobným s bodem 5 (bude součástí jako Příloha č. 9).

#### **Ad 8) Signální kód**

■ zástupci sdružení odůvodnili již opakovaně svůj negativní postoj k signálnímu kódu, obavy především z interpretace jeho vykazování,

■ zástupci ZP odůvodnili důvody snahy o jeho plošné zavedení především k monitoringu pohybu pacienta v systému,

■ zástupci SZP ČR opakovaně navrhli zabývat se zavedením signálního kódu k PN (začátek a ukončení).

Výstup: nedošlo ke shodě nad obecným signálním kódem, zástupci sdružení však vyjádřili ochotu jednat o zavedení signálního kódu se specifikací jeho vykazování pouze na začátek a konec PN, předmětem dalších jednání by mohl být i kód dispenzarizace.

#### **Ad 9) Výběrová řízení**

■ zástupci sdružení navrhli sjednotit pra-

vidla pro výběrová řízení

#### Výstupy:

■ zástupci ZP projednají možnosti sjednocení stávajících pravidel dnes používaných ze strany jednotlivých ZP a případně je předloží k diskusi zástupcům sdružení (v případě pozitivního stanoviska ZP bude přiloženo jako Příloha č. 10),

■ účastníci jednání se shodli na vhodnosti výběrových řízení na nově vznikající ordinaci v místech, kde je již péče pokryta stávajícími ordinacemi,

■ nedošlo ke shodě o nutnosti vyhlášovat výběrové řízení v případě rozšíření PKČ při přijmutí asistenta pracujícího v ordinaci již existující či při zřízení nové ordinace v místech, kde není příslušná péče ještě pokryta. V případě rozšíření kapacity ordinace je vždy nutné jednat se ZP,

■ účastníci jednání jsou si vědomi, že výběrová řízení jsou zákonem nařízená pouze v případě uzavírání nové smlouvy, v tom případě musí být ZP, která smlouvu uzavírá, účastníkem proběhlého výběrového řízení,

■ Sdružení i ZP předloží kritéria na ordinaci PL pro výběrová řízení (Příloha č. 11) k diskusi,

#### **Ad 10) Předávání statistických údajů**

■ zástupci sdružení předložili jednotlivým ZP žádosti o předání souborů dat, ZP zatím odmítají v předložené struktuře data poskytnout

■ zástupci ZP deklarovali ochotu jednat o reálných možnostech předání požadovaných dat

#### Výstupy:

■ zástupci sdružení trvají na zákonnosti svého požadavku a deklarovali připravenost dovést svůj požadavek až k případnému soudnímu rozhodnutí,

■ účastníci jednání se shodli na svolání „expertní skupiny“ za účasti zástupců obou stran se specifikací cílů analýzy dat včetně metodiky sběru ze strany sdružení. ZP rozhodl reálné možnosti, případně ochotu dodání dat k dosažení uvedených cílů, schůzku domluví za SZP ing. Gajdáček, za Sdružení MUDr. Neugebauer.

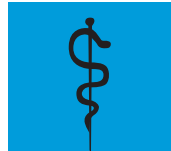
zapsal:

MUDr. Pavel Neugebauer

ověřila:

Ing. Darina Ulmanová, MBA





## Statistiky návštěvnosti



### Internetová prezentace SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP

- umístěna na adrese: <http://www.detskylekar.cz>
- spuštěna v dubnu 2004
- odborný portál určen primárně členům obou společností
- portál obsahuje množství informací pro členy společností:
  - aktuální odborné informace
  - interní dokumenty pro členy sdružení SPLDD
  - kontakty na zástupce SPLDD (interaktivní mapa)
  - elektronickou verzi časopisu Vox Pediatrae
  - kalendář odborných akcí SPLDD a OSPDL
  - propojení s portálem www.zdravcentra.cz



### Návštěvnost prezentace www.detskylekar.cz

#### I. Počet přístupů na stránku v období duben - listopad 2004

Návštěvnost stránek se od spuštění v dubnu 2004 ztrojnásobila na průměrných 134 návštěv za den, což svědčí o tom, že lékaři se naučili tento moderní nástroj komunikace využívat a stránky pravidelně navštěvují. (viz graf č.1)

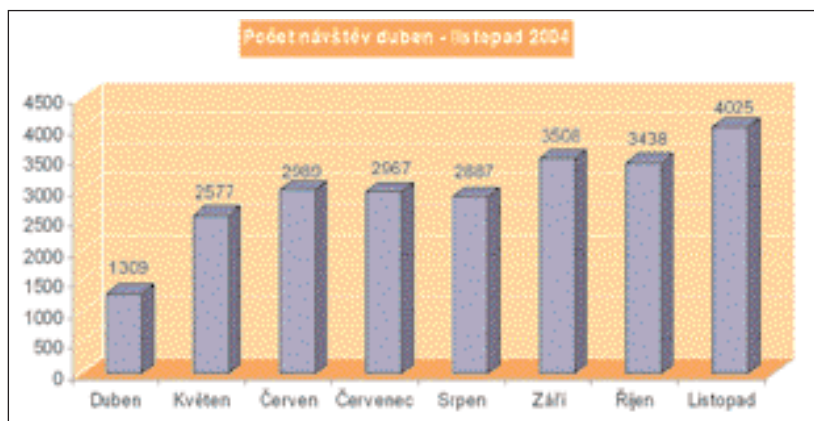
	Celkem návštěv	Průměr za den
Duben	1309	44
Květen	2577	83
Červen	2989	100
Červenec	2967	96
Srpen	2887	93
Září	3508	117
Říjen	3438	111
Listopad	4025	134
<b>Celkem</b>	<b>23 700</b>	

#### II. Počet zobrazených stránek v období duben - listopad 2004

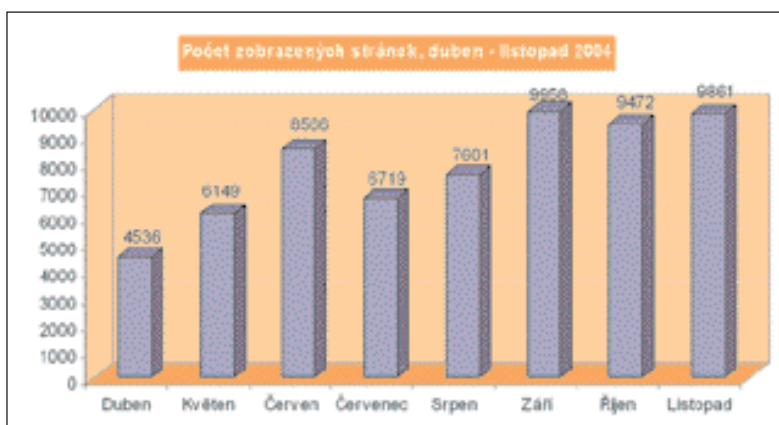
Počet zobrazených stránek uživateli se od spuštění více než zdvojnásobil. (viz graf č. 2)

	Celkem stránek	Průměr za den
Duben	4536	151
Květen	6149	198
Červen	8566	286
Červenec	6719	217
Srpen	7601	245
Září	9958	332
Říjen	9472	306
Listopad	9861	329
<b>Celkem</b>	<b>62 862</b>	

graf č. 1



graf č. 2







## Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP

### ▪ Volby do výboru OSPDL:

474 - Cabrnchová Hana  
445 - Marek Jiří  
430 - Liška Jiří  
385 - Roškotová Olga  
353 - Adamová Zdenka  
342 - Procházka Bohuslav  
226 - Růžičková Zdenka

225 - Letáková Helena  
163 - Šebková Alena  
136 - Zimová Jiřina  
9 - Kozderka Ctirad  
7 - Soukup Tomáš  
5 - Hanousek Ladislav  
4 - Karger Petr, Rytíř Milan, Struková Nora, Derner Václav, Seifertová Jarmila  
3 - Charvátová, Růžková, Novák, Králová  
2 - Adamová R., Verdánová, Aronová, Dufka

### ▪ Volby do revizní komise:

484 - Růžková Renáta  
475 - Aronová Jarmila  
466 - Králová Bohuslava

### ▪ Zvolení regionální zástupci:

Praha:  
Struková Nora  
Středočeský region:  
Procházka Bohuslav  
Východočeský region:  
Svobodová Eva  
Západočeský region:  
Liška Jiří  
Jihočeský region:  
Marek Jiří  
Severočeský region:  
Holý Vladimír  
Severomoravský region:  
Charvátová Marcela  
Jihomoravský region:  
Derner Václav

Nově zvolený výbor se sešel poprvé dne 12. ledna 2005 ve složení:

Cabrnchová, Marek, Liška, Roškotová, Adamová, Procházka, Růžičková a za účasti celé nově zvolené revizní komise. Na svém zasedání si zvolil vedení ve složení:

**MUDr. Hana Cabrnchová**  
- předsedkyně

**MUDr. Jiří Marek**  
- místopředseda

**MUDr. Jiří Liška, CSc.**  
- sekretář, jednatel

**MUDr. Renáta Růžková**  
- předsedkyně revizní komise

Všem členům OSPDL děkujeme za vysokou volební účast a za vyslovenou podporu!

## BARVOCITOVÉ TABULKY

podle původního německého originálu

- pro praktické lékaře pro dospělé
- pro praktické lékaře pro děti a dorost
- pro oční lékaře a ostatní zájemce

Nakladatelství Aventinum se ujalo velmi záslužného úkolu a vydalo "Tabulky k vyšetření barvocitu". Oftalmologové, praktičtí lékaři i kolegové z jiných oborů se většinou setkávají s věkovitými německými vydáními, jejichž desky jsou těsně před rozpadnutím a o jejichž barvách se dá s úspěchem pochybovat. Vždy se najde někdo, kdo chrání jako oko v hlavě český překlad základní diferenciální diagnostiky a předává ho z generace na generaci.

Nyní tedy máme možnost získat novou českou verzi. Originální podklady pro tisk barevných tabulek dodalo německé vydavatelství, které má zkušenosti s 29 předchozími vydáními. To je podle mne dobrý předpoklad odpovídající barevnosti a tím spolehlivému vyšetření.

V krátkém úvodu k tabulkám nalezneme stručný přehled poruch barvocitu a jejich diferenciální diagnostiku založenou na chybném čtení určitých tabulek, standardní postup vyšetření a nejčastější chyby, které mohou narušit jeho objektivitu.

Dvě krátké kapitoly jsou věnovány diferenciální diagnostice simulace a disimulace a sporným případům včetně doporučení, kdy je vhodné odeslat pacienta ke specializovanému vyšetření. Úvod je doplněn přehledem správné interpretace znaků. Tabulky slouží k rychlému orientačnímu vyšetření, které v praxi v naprosté většině případů dostačuje.

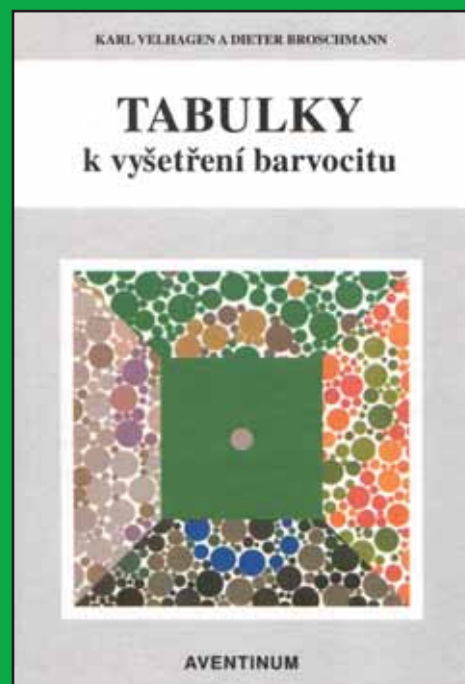
Dodržení pokynů uvedených v přehledném osmistránkovém úvodu umožňuje provést jednoduše a s vysokou spolehlivostí vyšetření barvocitu nejen oftalmologům, praktickým lékařům, zdravotním sestram, ale i odborníkům z jiných oblastí.

Doufám, že Aventinum neskončí u prvního vydání, protože v civilizovaných zemích bývá dobrým zvykem tabulky pravidelně obnovovat.

MUDr. Jiří Cendelín, CSc.

Zájemci, obraťte se  
na adresu časopisu  
VOX PEDIATRIAE  
Obálku označte heslem „Tabulky“.

**cena: 600 Kč**  
včetně poštovného a balného





# Glomerulonefritidy

MUDr. Karel Vondrák

Pediatrická klinika FN Motol, Praha

## Souhrn

**Glomerulonefritidy jsou heterogenní skupinou zánětlivých onemocnění glomerulů. Glomerulonefritidy (GN) vznikají nejčastěji v důsledku aktivace imunologických mechanismů. Mohou být buď způsobeny depozicí zevních antigenů nebo cirkulujících imunokomplexů v ledvinné tkáni, anebo protilátková nebo buněčná imunitní reakce může být zaměřena proti vnitřním antigenům (autoimunita, hypersenzitivita). Druhý typ je méně častý, zato však závažnější.**

**Dělení GN:** z praktického hlediska může glomerulonefritidy dělit podle průběhu na: akutní, chronické a rychle progredující.

**Etiopatogeneze** glomerulonefritid je značně různorodá, roli hrají vrozené faktory (hereditární a/nebo familiární glomerulonefritidy), akutní nebo chronické infekce, defekty imunity, vrozené odlišné biochemické složení struktur glomerulů, koagulační poruchy atd.

### ■ Akutní glomerulonefritida

**Akutní glomerulonefritida (AGN)** je imunokomplexové onemocnění charakterizované náhlým začátkem. Komplex antigen - protilátka (imunokomplex) se deponuje v glomerulech a vyvolává lokální zánět. Výskyt AGN ve vyspělých zemích klesá, představuje jen okolo 10 % všech glomerulopatií. V etiologii se uplatňují bakterie, zejména streptokoky ze skupiny A, ale i jiné mikroby, dále viry (např. není vzácná lehká forma AGN u parotitidy), paraziti, plísňe atd.

**Poststreptokoková akutní glomerulonefritida (PSAGN)** je nejčastější formou AGN. Se socioekonomickým růstem společnosti se incidence PSAGN snižuje. V etiologii se uplatňují pyogenní streptokoky ze skupiny A (tzv. nefritogenní typy 1, 2, 4, 12, 18, 25, 49, 55, 57 a 60). PSAGN ve vazbě na faryngitidu je nejčastěji spojena s nálezem pyogenního streptokoka typu 12, méně často s typem 1 a 4. U PSAGN ve vazbě na kožní infekce (pyodermie) je nejčastější nález pyogenního streptokoka typu 49. Popisovány jsou i typy 2, 55, 57 a 60. Onemocnění se může vyskytovat sporadicky, ale i epidemicky. Maximální výskyt onemocnění je mezi 5. a 12. rokem věku, chlapci onemocní asi dvakrát častěji než dívky. Výskyt před 2. rokem věku je velmi vzácný. V anamnéze zjišťujeme často 1 - 2 týdny před manifestací PSAGN respirační in-

fekt nebo pyodermií. Klinicky se PSAGN projevuje většinou jako nefritický syndrom - makroskopická erytrocyturie (barva vypraného masa), otoky, oligurie pod 1 ml, často i pod 0.5 ml/ kg hmotnosti/ hodinu, event. příznaky provázející hypertenzi. Laboratorně se prokáže erytrocyturie glomerulárního typu a často i významná proteinurie, nefrotický syndrom je vzácný. Zvýšená sérová hladina urey, resp. kreatininu, je odrazem snížení glomerulární filtrace. Vzácně se může onemocnění manifestovat i akutním selháním ledvin. Retenci tekutin odpovídá hypertenze a edémy. Většinou lze prokázat přechodné snížení C3 složky komplementu jako výraz aktivace komplementárního systému alternativní cestou. V průběhu několika týdnů se obvykle hladina C3 složky komplementu normalizuje. Současně s tím se upravuje klinický i laboratorní nález. Patologická proteinurie může přetrvávat až 6 měsíců, mikroskopická erytrocyturie může přetrvávat i déle než 1 rok. Vzácností zřejmě nejsou PSAGN s malou proteinurií a mikroskopickou erythrocyturií (abortivní formy zjištěné cíleně v kolektivech nebo rodinách, kde bylo diagnostikováno dítě s klasickým průběhem onemocnění).

**Diagnóza** se opírá o klinický obraz, močový nález a přechodný pokles hladiny C3 složky komplementu u téměř 90% případů (C3 složka se normalizuje mezi 3.- 9. týdnem u 92% pacientů). Diagnózu PSAGN podporuje zvýšení sérové hladiny ASLO. Mimo ASLO se doporučuje vyšetřovat i anti-DNAázu, která významně zvyšuje pravděpodobnost průkazu předchozí infekce pyogenním streptokokem skupiny A. Renální biopsie není u typické PSAGN nutná, doporučuje se jen v případech diagnostických pochybností. Histologicky je pro tuto formu typická endokapilární proliferace s nálezem subepiteliálních depozit v elektronové mikroskopii.

**Terapie** akutních glomerulonefritid je symptomatická (hypertenze, otoky, selhání ledvin). U PSAGN se podává penicilin 10 dnů, nebo nověji cefalosporiny I. generace 10 dnů, event. cefalosporiny II. generace 5 dnů. Při alergii na penicilinová antibiotika erytromycin (nebo jiné makrolidové antibiotikum) po dobu 7-10 dnů. Antibiotická profylaxe k prevenci další ataky PSAGN po předchozí léčebné kúře antibiotiky není indikovaná (rekurence je 0,7%, nejčastěji u forem spojených s kožní infekcí). Pokud nejsou vyjádřeny extrarenální symptomy (hypertenze, otoky), není nutný ani přísný klidový režim na lůžku.

**Prognóza:** většina dětských pacientů se zcela uzdraví, dlouhodobé ambulantní sledování s kontrolami močových nálezů, TK, ledvinných funkcí je ale nutné. Při nekomplikovaném průběhu může pacient po proběhlé PSAGN do školy za 2 měsíce, bez nadměrné fyzické námahy a tedy i tělesné výchovy 6 měsíců. Poté není třeba pacienta v tělesných aktivitách omezovat. Reziduální mikroskopická erythrocyturie trávající řadu měsíců, event. i déle než rok po proběhlé PSAGN nemusí být špatným znamením, závažnější je nález trvalé proteinurie.

### ■ Chronická glomerulonefritida

Chronické glomerulonefritidy (CHGN) jsou charakterizovány pomalou, měsíce či roky trvající progresí, často léčebně obtížně ovlivnitelnou. Probíhají jako chronické již od počátku. Základem pro rozlišení typu CHGN a odlišení od atypické akutní nebo rychle progredující glomerulonefritidy je histologický nález. V rozhodování o indikaci k renální biopsii pomáhá rozsah proteinurie a erythrocyturie, podle kterého lze klasifikovat různé močové syndromy. Syndromy s převládající či izolovanou erythrocyturií nebo proteinurií



a její selektivitou, nebo syndromy proporcionální erythrocyturie a proteinurie. Zánětlivé změny mohou postihnout všechny glomeruly (difúzní glomerulonefritída), nebo jen některé glomeruly (fokální glomerulonefritída). Mohou být postiženy jen některé kapilární klíčky glomerulu (segmentální glomerulonefritída). CHGN podle buněčnosti a zmnožení mezangiální hmoty dělíme na neproliferativní (normální buněčnost glomerulů - např. membránová glomerulonefritída) a proliferativní (se zvýšeným množstvím buněk a mezangiální hmoty). Podle lokalizace proliferace rozlišujeme typy endokapilární (proces uvnitř kapilárního trsu), nebo extrakapilární (zmnožení buněk výstelky Bowmanova pouzdra se vznikem tzv. srpků). Extrakapilární proliferace je vždy známkou závažného poškození glomerulu.

Podle morfologie dělíme CHGN na několik skupin:

#### ■ Mezangioproliferativní glomerulonefritída

Mezangioproliferativní glomerulonefritída (MaPGN) je charakterizována zmnožením (proliferací) mezangiálních buněk i hmoty. Pokud není přítomen nefrotický syndrom, je onemocnění často klinicky bezpříznakové, spojené nejčastěji s mírnou proporcionální erythrocyturí a proteinurií. Léčba je symptomatická s dobrou prognózou. Renální biopsie je indikovaná při progresi proteinurie do obrazu nefrotického syndromu, při opakovaných atakách makroskopické erythrocyturie či zhoršení funkce ledvin. MaPGN s nefrotickým syndromem provází častěji mírná až střední erythrocyturie a je často spojená s hypertenzí a otoky, které prognózu zhoršují. Tento typ je často kortikorezistentní, vyžaduje kombinovanou léčbu glukokortikoidy s cyklofosfamidem a antikoagulancii. Stav vyžaduje trvalé sledování dětským lékařem ve spolupráci s dětským nefrologem. Při mírných formách není třeba omezovat dítě ve fyzické aktivitě ani ve škole, závodní sport ale není vhodný.

#### ■ IgA-mezangioproliferativní glomerulonefritída

Zvláštní jednotkou je IgA-mezangioproliferativní glomerulonefritída (IgAN). Jedná se o nejčastější formu CHGN v dětské populaci. Je buď primární, tzv. Bergerova nefritída, nebo sekundární - systémová při Henochově-Schönleinově purpuře (HSP). Typickým znakem IgAN je ukládání imunodepozit obsahujících IgA v glo-

merulárním mezangiu. Histologicky je pro primární IgAN typická difúzní proliferace mezangia, pro HSP fokálně segmentální GN. Charakteristickým močovým syndromem je převládající (někdy i izolovaná) erythrocyturie, ale většinou s mírnou proteinurií. IgAN s nefrotickým syndromem je méně častá. Typickým znakem je přechodná akcentace erythrocyturie, často pod obrazem makroskopické erythrocyturie v intimním časovém vztahu (hodiny) s interkurentními slizničními infekty a může být provázena i přechodným poklesem glomerulární filtrace trvajícím i několik týdnů. Tato úzká časová vazba rozvoje obrazu akutního nefritického syndromu na interkurentní infekci je významným klinickým diferenciativním diagnostickým odlišením od akutní poststreptokokové glomerulonefritídy. U HSP se patologický nálezy v moči může objevit na samém začátku nebo až v průběhu onemocnění. Toto onemocnění může probíhat i pod obrazem rychle progredující glomerulonefritídy v případě, že procento glomerulů postižených extrakapilární proliferací dosahuje 50 a více procent.

IgAN představuje asi 20 - 25 % všech chronických glomerulonefritíd. Vede nejčastěji ze všech chronických glomerulonefritíd (ve 20 - 30% po 10 resp. 20 letech trvání) k chronickému selhání ledvin. Renální biopsie je indikovaná u forem s nefrotickým syndromem, při opakovaných atakách makroskopické erythrocyturie a při poklesu glomerulární filtrace (vzestupu sérového kreatininu). V léčbě se často užívá kombinace glukokortikoidů s cyklofosfamidem, zvláště u formy s nefrotickým syndromem. U kortikorezistentního nefrotického syndromu je indikovaná léčba cyklosporinem A. U IgAN s proteinurií bez vyjádřeného nefrotického syndromu nebo při hypertenzi jsou indikovány inhibitory ACE. U makroskopické erythrocyturie s poklesem glomerulární filtrace se osvědčily pulzy metylprednizolonem. U IgAN s progresí renální insuficience je indikované podávání rybího oleje (Fish oil). Příznivý efekt glukokortikoidů v prevenci glomerulonefritídy při HSP není zatím potvrzen. Zdá se nicméně, že v malé dávce (1 mg/kg hmotnosti/ den) může včasné podání kortikosteroidů na samém počátku nemoci riziko vzniku nefropatie snížit. Vysokodávkovaný intravenózní imunoglobulín (1g/kg hmotnosti) může být účinný u rezistentních forem IgAN u HSP. Léčba rychle progredující IgAN je diskutována v příslušném odstavci. Po trans-

plantaci ledvin IgAN často rekuruje ve štěpu, nevede však k selhání jeho funkce.

Je nutné dlouhodobé (celoživotní) sledování jak praktickým, tak i specializovaným lékařem. Ve fázi akutní exacerbace IgAN, zejména při atace makroskopické erythrocyturie a vzestupu sérového kreatininu indikujeme klidový režim na lůžku, vyšetření lékařem (event. pracovištěm) se zkušenostmi s tímto onemocněním se zaměřením na TK, patologické močové nálezy, zhodnocení biochemických parametrů séra a rozhodnutím o eventuální léčbě. V remisi může pacient chodit do školy, jistě neomezovat v základní tělesné výchově, v běžných tělesných aktivitách, ale bez nadměrné fyzické námahy (dlouhé běhy, pochody, silová cvičení). Závodní sport nedoporučujeme.

#### ■ Membranoproliferativní glomerulonefritída

(synonyma: mezangiokapilární GN, perzistující hypokomplementární GN)

Membranoproliferativní glomerulonefritída (MPGN) je chronické progresivní onemocnění. 50% pacientů je diagnostikováno ve věku 6 - 12 let, před 6 rokem vzácně. Není predispozice podle pohlaví. MPGN je charakterizována významným zmnožením mezangia s jeho průnikem do periférie kapilární klíčky a ztluštěním bazální membrány. Podle lokalizace imunodepozit členíme MPGN na typ I - subendoteliální, typ II - intramembránová (izolovaně C3 složka komplementu součást imunodepozit) a typ III - subepiteliální. V močovém nálezu je obraz proporcionální erythrocyturie a proteinurie (neselektivní glomerulární) vyššího stupně než u předchozích forem. Často se pojí s nefrotickým syndromem (50%), u 1/3 nemocných je přítomna makroskopická erythrocyturie. Častý je výskyt hypertenze (30%). Ve většině případů je, na rozdíl od akutní poststreptokokové GN trvale snížená hladina C3 složky komplementu (hypokomplementární nefritída). MPGN má závažnou prognózu, u více jak 50% progreduje po 10 letech trvání do chronického ledviněho selhání. Lepší prognóza je uváděna v zemích, kde se systematicky vyšetřuje moč. Pravděpodobně souvisí s časnou diagnózou a včasnou léčbou. Renální biopsie je plně indikovaná, glukokortikoidy mohou průběh onemocnění příznivě ovlivnit, zejména u dětí s významnou proteinurií. Onemocnění po transplantaci ledvin často rekuruje ve štěpu. Nutné je dlouhodobé sledování specializova-





ným lékařem vzhledem k závažné prognóze, omezení tělesné zátěže, pouze základní tělesná výchova ve škole, jinak normální životospráva. V případě progresu onemocnění jistě bez fyzické námahy.

### ■ Membranózní glomerulonefritida

Membranózní glomerulonefritida (MGN) je v dětském věku vzácná. Je buď primární (idiopatická), nebo sekundární (hepatitida B, kongenitální syfilis, malárie, autoimunní onemocnění, léky, novotvary). Výskyt sekundární membranózní GN ve spojení s hepatidou B významně koreluje se socioekonomickou situací společnosti a její výskyt významně vzrůstá geograficky směrem na východ. U dětí až 43% MGN je sekundárních, častěji onemocní chlapci. Morfologicky je typická subepiteliální lokalizace depozit mezi bazální membránou a podocyty. Močový nález je charakterizován převládající výraznou neselektivní proteinurií s mírnou erytrocyturií (u 70 - 80%) a obrazem kortikorezistentního nefrotického syndromu. Klinicky je tedy v popředí nefrotický syndrom, ale někdy je průběh bezpříznakový. Renální biopsie je indikována. Hypertenze je přítomna u 20 - 25% pacientů. V dlouhodobém průběhu s nejistou prognózou (až u 20% dětí se vyvine chronické ledvinné selhání) může, zejména u sekundární formy spojené s hepatidou B a symptomatickou proteinurií, dojít ke spontánní

remisi. U primární formy se užívají glukokortikoidy, při kortikorezistenci je indikovaný cyklosporin A. Cyklofosamid se většinou nedoporučuje. Děti s asymptomatickou proteinurií, bez nefrotického syndromu, bez hypertenze, otoků a bez známek ledvinné nedostatečnosti není třeba léčit. Je však nutno, vzhledem k nejisté prognóze, děti trvale sledovat jak praktickým lékařem, tak specialistou v oboru a není třeba omezovat je výrazně ve fyzické aktivitě. Ve škole základní tělesná výchova, ale ne závodní sport. V případě nefrotického syndromu doporučujeme omezení fyzické aktivity i školy.

### ■ Rychle progredující glomerulonefritida

Rychle progredující glomerulonefritida (RPGN) je klinicky charakterizovaná rychlým zhoršením ledvinových funkcí během dnů, týdnů, event. měsíců, pokud se včas léčebně nezasáhne. Histologicky je typické postižení většiny glomerulů (více než 50%) srpkou (extrakapilární proliferace). V dětském věku se vyskytuje vzácně.

U RPGN dominují tři typy onemocnění: 1. RPGN s protilátkami proti bazální membráně (tzv. anti-GBM RPGN), někdy současně s postižením cév plicního řečiště (Goodpastureův syndrom), 2. RPGN s granulárními depozity, tzv. imunokomplexový typ (nejčastěji IgAN, SLE) a 3. RPGN s protilátkami proti cytoplaz-

mě neutrofilních leukocytů (ANCA pozitivní RPGN) u systémových vaskulitid (Wegenerova granulomatóza, mikro a makroskopická polyangiitida aj.).

**Klinický obraz:** nejčastějším klinickým projevem RPGN je akutní nefritický syndrom (proteinurie, hematurie, otoky, hypertenze - většinou významného stupně, oligurie a pokles glomerulární filtrace). Renální biopsie se provádí při podezření na RPGN co nejdříve, podle ní se určuje léčba.

**Terapie:** pacient s RPGN patří na specializované nefrologické pracoviště. Léčba sestává z kombinované imunosuprese vysokými dávkami glukokortikoidů - nejlépe i.v. pulzy metylprednizolonu spolu s cyklofosamidem perorálně nebo i.v. pulsy. Doporučuje se indikovaně i plazmaferéza, event. ve spojení s dialýzou. Léčbou lze často renální (ale i plicní a jiné) funkce obnovit, nebo alespoň stabilizovat.

**Prognóza** onemocnění je vážná, s možností relapsů. Část pacientů se dostává přes intenzivní terapii během několika týdnů, event. měsíců, do stádia chronického selhání ledvin.

Následná dlouhodobá péče a sledování se odvíjí od průběhu onemocnění a patří do rukou specialistovi se zkušenostmi v léčbě systémových onemocnění a ledvinné nedostatečnosti. ■

## Vezikoureterální reflux (genetika, diagnostika, léčba, prognóza)

Prof. MUDr. Jan Janda, CSc.

Pediatriká klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

### ■ Úvod

Vezikoureterální reflux (dále VUR) u dětí zůstává právem v centru zájmu pozornosti pediatrií i dětských urologů. Publikací, které se problému věnují, jsou v odborných časopisech každoročně stovky a za posledních několik desetiletí tisíce. V průběhu let se samozřejmě měnily názory na diagnostiku a význam VUR, to co se ale významně změnilo, byl především terapeutický přístup. VUR se zprvu léčil hlavně chirurgicky, později převládla léčba konzervativní, v poslední době ale opět přibývá indikací chirurgických, používajících ovšem zcela jinou techniku (endoskopie).

### ■ Nomenklatura

Existuje řada názvů - vezikoureterální reflux, vezikorenální reflux, vezikouretero-renální reflux. Anglická nomenklatura je jednoduchá, používá se většinou vesicoureteral/vesicoureteric reflux, v němčině vesikorenaler Reflux. U nás se vžil název **vezikoureterální reflux** a běžně se používá zkratka **VUR**.

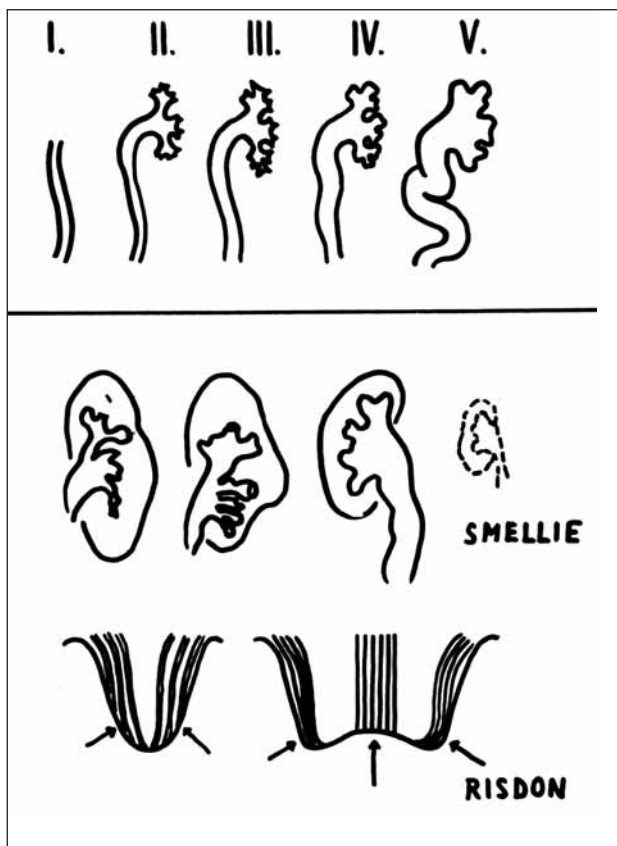
### ■ Definice

Z patofyziologického hlediska je shora uvedená nomenklatura choroby nedokonalá, VUR by se měl vlastně definovat jako **nález při standardizo-**

**vané mikční cystografii, kdy se moč z měchýře vrací do jednoho nebo obou ureterů.** Skutečný patologický proces probíhající v ledvině v souvislosti s refluxem je **refluxová nefropatie**. Vzhledem k tomu, že se ale již dávno ustálil název VUR, v literatuře se jej běžně používá.

### ■ Prevalence VUR

V rámci různých epidemiologických studií se prevalence VUR dost liší, záleží na tom, jakým způsobem se diagnostika provádí, jaké věkové skupiny se testují, zda nepřevažuje jedno pohlaví, atd. Přesto se většina autorů shoduje, že VUR se



Obr. č. 1 - VUR 1

a) Horní část obrázku: 5 stupňová mezinárodní klasifikace refluxu při standardizované mikcicystourethrografii

b) Střední část obrázku: změny konfigurace kalichů a kontur ledviny při živění parenchymu, 4. odleva svraštělá ledvina (dle J. Smelliové)

c) Dolní část obrázku průběh sběrných kanálků při jednoduché a zdvojené ledvině papile, u zdvojení vyšší riziko intrarenálního refluxu (dle R.A. Risdona)

v populaci vyskytuje velmi často, okolo 0.5% dětí, některé prameny udávají dokonce čísla vyšší. Z praktického hlediska je důležitý fakt, že VUR má dědičný charakter. Incidence VUR u sourozenců dítěte s prokázáním refluxem se pohybuje od 20 až do 50%, u identických dvojčat dokonce 80%. Primární VUR patří tedy mezi nejobvyklejší vrozené vady, jsou popsány i případy dědičně autozomálně dominantně.

Většina autorů se shoduje, že VUR se vyskytuje především ve věku do 2. roku života, tedy u kojenců a batolat, častěji u chlapců než u děvčat a postihuje více kavkazskou než např. afroamerickou populaci. Většina studií uvádí, že asi 1/3 dětí s první atakou infekce močových cest má VUR (údaje kolísají od 20-45%), ale některé údaje uvádějí i vyšší incidenci (Orellana P, 2004). V posledních letech se zdůrazňuje nejen význam průvodních anatomických anomálií uropoetického traktu, ale zdůrazňují se funkční poruchy vyprazdňování měchýře. Největší riziko refluxové nefropatie

představují VUR vysokého stupně spojené s chronickou pyelonefritidou, asi 25% dětí s chronickou renální insuficiencí má v anamnéze refluxovou nefropatii. U pacientů, kteří vyžadují léčbu dialýzou nebo transplantací již v dětském věku, je VUR příčinou selhání ledvin v 15-25% případů (Ardissino et al.)

### ■ Patogeneze VUR

Samotný fakt, že VUR se vyskytuje familiárně, vede v posledních letech k pokusům najít „refluxový gen“. Při pokusech jej lokalizovat bylo např. vyšetřeno rozsáhlé příbuzenstvo 7 evropských rodin, kde se vyskytoval familiární VUR se zřejmou dominantní dědičností. V těchto rodinách, kde byla zjištěna současně vysoká incidence asociovaných nefropatií, byl mapován nakonec kandidátní gen v locusu 1p13 (Feather SA, 2000).

Za normální situace moč neproniká zpět do ureterů ani při extrémním zvýšení tlaku uvnitř měchýře. Brání tomu ventilový mechanismus spočívající v šikmém průběhu močovodu stěnou měchýře (intramurální část ureteru). Vrozená nebo získaná porucha tohoto mechanismu zvyšuje

riziko VUR. Vrozené-primární poruchy s poruchou ventilového mechanismu jsou častější, jsou často spojeny s dalšími vrozenými vadami uropoetického traktu. Typickým případem je ren et ureter duplex- v měchýři jsou na postižené straně 2 ureterální ostia a jen jedno může být na správném místě s funkčním ventilovým mechanismem (eutopické ostium), druhé ústí je ektopické a často postiženo VUR. S rozvojem prenatální sonografické diagnostiky přibývá důkazů, že některé ledviny s VUR se nevyvíjejí normálně již v embryonálním období a jsou již od začátku hypoplastické, dysplastické nebo hydronefrotické (Yeung CK, 1997). Tyto malformace se vyskytují častěji u kojenců mužského pohlaví, u kterých lze později zjistit vysoké tlaky v močovém měchýři a dyssynergii mikčního aktu, z toho lze usuzovat, že se nejedná jen o poruchu ventilačního mechanismu na úrovni ostia, ale o komplexnější patologii uropoetického traktu. VUR se vyskytuje často i u chlapců s vrozenou chlopní zadní uretry. Sekundárně se může

VUR objevit při chronické infekci močových cest (dále IMC), která bývá také spojena s funkční poruchou mikce (Haecker et al. 2002, Cuckow et al. 1997). Funkční porucha mikce a VUR jistě souvisí i s dalším fenoménem- enurézou, u které je zvýšené riziko VUR až okolo 5% (Tanaka 2003). Také další anomálie zvyšují riziko VUR, např. podkovovitá ledvina je provázena VUR až ve 30% (Cascio 2002), hypospadiie až v 10% (Shafir 1982).

Vysoká je incidence VUR u dětí do transplantované ledviny (Ranchin, B 2000), v našem vlastním souboru více než v 50%. Pro praktického pediatra je důležité, že VUR se může objevit i při polyurii, ať již jsou její důvody jakékoliv. Práce publikované koncem 90. let se zaměřují především na fakt, že nižší stupně VUR jsou podmíněny funkční poruchou vyprazdňování moči (**dysfunctional voiding**). Stav je spojen urgencemi, dráždivým měchýřem a objektivně prokazatelnými poruchami urodynamiky (např. dyssynergie detrusor-sfinkter) a vede k tomu, že VUR ustupuje spontánně při chemoprophylaxi hůře než při normální funkci dolních močových cest (Yeung CK, 1998, Loening- Baucke V 1997). Časté jsou přidružené poruchy vyprazdňování stolice.

### ■ Anamnéza

#### a diagnostika VUR

Kdy je třeba v pediatrické praxi myslet na VUR? Především při každé atace IMC, zvláště je-li spojena se symptomy a laboratorními známkami pyelonefritidy (Jodalova kritéria). Také shora uvedeně průvodní anomálie by měly vést k podezření na VUR. Důležitá je anamnéza týkající se mikčního aktu- např. nápadná polakisurie, dyzurie, urgence a enuréza ukazují většinou na dysfunkci mikce, která může být spojena s VUR. Vždy je třeba ptát se na event. poruchy vyprazdňování stolice- obstipaci (Loening- Baucke V, 1997) Někdy se používá termínu „**refluxové teploty**“, to je situace, kdy se u dítěte beze známek infekce respiračního traktu objevují náhle vzestupy teploty až do 39-40 stupňů a teplota spontánně ustoupí během krátké doby a často se takto opakuje, aniž by dítě bylo významně alterováno. Při vysokém stupni refluxu se objevuje příznak „**dvojitá mikce**“ (při aktu mikce se moč dostává do extrémně rozšířených ureterů, dítě vymocí poměrně málo a za poměrně krátkou dobu močí znovu a často daleko větší množství).

Pro praktické pediatry je důležité zjištění, že pokud se vyskytuje v rodině u dítěte VUR, je asi **25% pravděpodobnost, že se VUR vyskytuje i u sourozence**. I když se u něho zatím neobjevily žádné symptomy typické pro diagnózu, mělo by být provedeno screeningové vyšetření, včetně sonografie uropoetického traktu.

**HIPP A4**





## ■ Zobrazovací metody

### - technika průkazu refluxu

Přes všechny technické pokroky v používání ultrazvuku je při podezření na VUR referenčním vyšetřením **standardizovaná klasická RTG mikční cystografie (MCUG)**. Po zavedení močové cévky se do měchýře napouští roztok s kontrastní látkou, hladina v láhvi s roztokem je ve výši cca 70 cm nad symfýzou u pacienta ležícího na vyšetřovací stoličce. Tlak pod kterým roztok plní močový měchýř je tedy **standardní- 70 cm sloupce tekutiny**. Je chybou plnit močový měchýř kontrastní látkou jakýmkoliv jiným způsobem, např. aplikovat tekutinu stříkačkou pod tlakem. Uvedená metoda by měla představovat zlatý standard především proto, že dle ní lze dobře posoudit stupně VUR (grading I.-V. stupeň) - viz obrázek č.1.

Během plnění měchýře a po jeho naplnění se skiaskopicky hodnotí event. průnik kontrastní látky do ureterů, pokud je přítomen, jedná se o **pasivní VUR**. Pak se pacient vyzve k mikci a pokud se teprve tehdy objeví VUR, jde o **reflex aktivní**. Pasivní reflux se většinou během mikce akcentuje a dosahuje pak vyššího stupně gradingu. Během mikce se musí hodnotit i průchod kontrastní látky uretrem a vyloučit infravezikální obstrukci. U kojenců a batolat, kteří nemočí na povel, se mikce vyvolá většinou tak, že po naplnění měchýře se cévka rychle vytáhne a dítě začne močit. Standardně se má vyšetřovat po mikci vyprázdnění měchýře a pátrat po event. **postmikčním reziduu**.

**Ultrazvukové vyšetření VUR** je neinvazivní, vyšetřující je schopen rozeznat rozšíření dutého systému a ureterů, ale stupeň refluxu není možno posoudit. Ani použití speciálního kontrastu, který uvolňuje vzduchové bublinky (Levovist, Urovisit) nepřineslo takový pokrok, aby nahradilo klasickou RTG metodu a umožnilo grading VUR, bude ale moci zřejmě sloužit jako kontrola ústupu refluxu při konzervativní event. operativní léčbě (Stein R, 2004). V posledních letech se zdůrazňuje, že ke kompletnímu sonografickému vyšetření patří mimo hodnocení postmikčního rezidia i **změření tloušťky stěny močového měchýře**. Právě reziduum a zesílení stěny měchýře upozorňují na možnou funkční poruchu měchýře spojenou s VUR.

**Vyšetření VUR pomocí radionuklidů** je výhodné proto, že po aplikaci značeného roztoku lze zaznamenat aktivitu radiofarmaka po celou dobu plnění i mikce a tak např. zachytit tzv. pasážerní refluxy (průnik moči do ureteru trvá např. jen několik vteřin, může dosáhnout ale až do pánvičky a moč se vrací pak rychle do měchýře). Ani tato metoda však není vhodná pro posouzení gradingu VUR.

**Cystoskopické vyšetření** je důležité přede-

vším u sekundárních refluxů spojených s anomáliemi uropoetického traktu. Může posoudit charakter ureterálních ostií (tvar stadionu, podkovy, golfové jamky), nalézt paraureterální divertikl, ověřit event. infravezikální obstrukci a přispět tak k úvaze o konzervativní resp. chirurgické léčbě VUR. Vyšetření by měl samozřejmě provádět zkušený dětský urolog.

## ■ Jizvy v parenchymu ledvin a jejich průkaz

Jak již uvedeno shora, riziko VUR spočívá především v **reflexové nefropatii** - tj. lézi renálního parenchymu. Intrarenální reflux infikované moči s přítomnými bakteriálními endotoxiny (lipopolysacharidy) aktivuje odpověď organismu, uvolňují se kyslíkové radikály a proteolytické enzymy poškozují parenchym - vzniká fibrózní jizva. K intrarenálnímu refluxu mají tendenci zdvojené renální papily.

Jizvy lze prokázat při klasické **vyřezovací urografii (VUG)**, kde se objevují typické **změny ledvinných kalichů** - jejich konkávní charakter se mění na konvexní (calyceal clubbing). Při kvalitně provedené VUG lze rovněž měřit tloušťku ledvinného parenchymu v mm, ten se v místě jizvení více či méně zužuje (**parenchymatous thinning**). Vyšetření VUG je z technických důvodů problematické u dětí nízkých věkových skupin a zdá se, že by mohlo být v budoucnu nahrazeno **metodou NMR**, dokonce bez celkové anestézie (Riccabona M, 2002)

Při diagnostice i sledování VUR je důležitým parametrem **velikost ledviny**, která se dá posoudit ze sonografického vyšetření. Běžně se měří jen dlouhá osa ledviny, ale lze změřit všechny 3 rozměry a z nich vypočítat objem. Změření alespoň dlouhé osy ledviny v mm musí patřit standardně ke každému ultrazvukovému vyšetření tohoto orgánu. Délka ledviny v mm se pak srovnává s tělesnou výškou v cm a zanáší do **Dinkelova grafu** (obr. č.2), kterým lze posoudit velikost levé i pravé ledviny. Sonografista posuzuje i **echotexturu parenchymu**, která je při akutní i chronické pyelonefritidě změněná. Zdravá ledvina si drží svůj růstový trend (tracking), tendence k lag-down nebo dokonce zmenšení orgánu (**svrašťování, shrinking**) signalizuje vždy závažnou lézi. **Dinkelův graf patří do každé ordinace praktického pediatra**, ledviny jsou u dětí přece nejčastěji vyšetřovaným orgánem. Je samozřejmě, že pro grafické znázornění musí být u dítěte současně změřena délka resp. výška. I nejmodernější ultrazvukové přístroje nejsou schopny posoudit parenchymatosis jizvy, zvláště jsou-li segmentární a menšího rozsahu.

**DMSA- scan**: zlatým standardem pro detekci jizev při reflexové nefropatii je radionuklidový

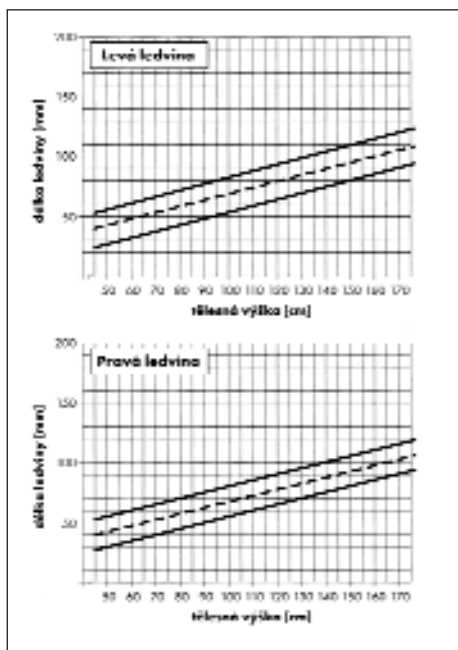
scan používající derivátu kyseliny jantarové - <sup>99m</sup>Tc-DMSA (značeno metastabilním techneciem). V místě jizvy se objeví výpad akumulace radiofarmaka - studený uzel. Je třeba ovšem vědět, že stejný nálezní se objeví i při akutní pyelonefritidě a lokální léze se může upravit bez vzniku jizvy. Pokud tedy chceme zjistit, zda jizva vznikla, musíme vyšetření doložit, doporučuje se provést je asi 5-6 měs. po akutní atace pyelonefritidy, pozitivní nálezní v této době znamená již jizvu. V rámci vysvětlení patogenézy jizvení parenchymu je třeba uvést, že pyelonefritické změny vznikají i bez přítomnosti VUR! Někteří autoři dokonce zpochybnili vztah IMC a VUR, to je ovšem jistě velmi přehnané tvrzení.

## ■ Léčba VUR

Zásadně jsou možné 2 přístupy - **konzervativní a chirurgický**. Před 20 lety se prakticky všechny děti i s refluxy nižších stupňů operovaly, postupně ale začal převládat konzervativní přístup s dlouhodobou antibakteriální profylaxí. V poslední době stoupá počet refluxů léčených aktivně urologii endoskopickou technikou.

### Studie testující efekt chirurgické resp. konzervativní léčby:

V průběhu minulých 20 let byly provedeny **2 prospektivní studie** srovnávající léčbu konzervativní a chirurgickou. V birminghamské reflexové studii (1987) bylo sledováno 161 dětí a nebyl zjištěn významný rozdíl mezi konzervativní a operační léčbou. Nejrozsáhlejší a i u nás dobře známá a opakovaně citovaná mezinárodní multicentrická kontrolovaná studie (**International Reflux Study in Children= IRSC**) byla organizována prof. H. Olbingem z Essenu (1992). IRSC probíhala 10 let a zařadila do randomizované studie v Evropě a USA 535 dětí (306 z Evropy a 129 z USA). Hodnotila děti s VUR III.-IV. stupně bez další anatomické anomálie uropoetického traktu, s glomerulární filtrací vyšší než 70 ml/min/m<sup>2</sup> Cílem bylo posoudit, zda je efektivnější chirurgická nebo konzervativní léčba VUR. Kriteřiem bylo hodnocení počtu nových jizev renálního parenchymu při obou způsobech léčby. Výsledky IRSC ukázaly, že **děti léčené konzervativně kontinuální antibakteriální profylaxí měly sice častěji ataky akutní pyelonefritidy, ale počet nových jizev nebyl významně vyšší než u operovaných**. Zajímavé bylo, že na skandinávských pracovištích byla frekvence akutní pyelonefritidy při konzervativní léčbě poloviční ve srovnání s ostatními evropskými a USA centry (vysvětluje se lepší compliance při podávání profylaxe, skandinávští rodiče jsou tradičně velmi pečliví). Spekuluje se tedy, zda při důsledné profylaxi by nebyly výsledky konzervativní léčby do-



Obr. č. 2 - Dinkel:  
Dinkellův graf - na ose x délka/výška dítěte v cm, na ose y délka dlouhé osy ledviny v mm. Normální rozsah +2 až +2 směrodatné odchylky

konce lepší než operativní řešení. Rizikovým faktorem pro recidivu pyelonefritidy při prokázaném VUR se ukázal věk - u chlapců do 3 let a děvčat do 2-3 let. IRSC zavedla nový morfologický termín při hodnocení vylučovací urografie: „**parenchymatous thinning**“. Podstatné je, že toto zúžení parenchymu (méně než minus 2s dle nomogramu) se může vyskytovat i bez změny odpovídající skupiny kalichů- jejich typického nálezu „clubbing“. Studie IRSC oproti birminghamské studii ukázala, že nové jizvy mohou vznikat i déle než za 5 let od diagnózy VUR. V r.1998 se vyhodnotila IRSC nálezy DMSA-scanu a nebyl nalezen rozdíl v počtu nových jizev mezi skupinou operovaných a konzervativně léčených dětí. Při chirurgické léčbě VUR vymizel ve více než 95%, při profylaxi vymizel VUR III. stupně ve 100%, VUR 4. stupně ale jen ve 20%. Funkční vyšetření dětí v IRSC ukázalo po 5 letech jen u 4 dětí nižší glomerulární filtraci než 70 ml/ min./1.73 m<sup>2</sup>. Výsledkem uvedených studií bylo výrazné snížení frekvence operací pro VUR a tato skutečnost byla také akceptována většinou dětských urologů.

**Konzervativní léčba VUR vychází ze následujících úvah:**

**1.** jizvy v parenchymu vznikají zasahuje-li VUR až do pánvičky (tedy alespoň VUR II.), **2.** z pánvičky proniká moč skrze lamina cribiformis do sběrných kanálků= intrarenální reflux, **3.** je přítomna bakteriální infekce, **4. refluxy nižšího stupně mají velkou tendenci se spontánně upra-**

**vit, děti z VUR „vyrostou“, ventilový mechanismus ureterálního ostia dozrává (maturuje).**

Ke vzniku jizev je nutná přítomnost všech nálezu **1.-3.**, pokud tedy zamezíme infekci dlouhodobou profylaxi, samotný sterilní reflux jizvení nevyvolá a reflux má tendenci ke spontánní úpravě. Při profylaxi se pacientům podávají dlouhodobě chemoterapeutika nebo antibiotika v redukované dávce, největší zkušenosti jsou s nitrofurantoinem a cotrimoxazolem, oba léky se podávají v redukované dávce 2.5-3 mg/kg furantoinu resp. trimetoprimu, někteří autoři se ale neobávají ani dávek vyšších. Místo cotrimoxazolu lze použít i čistý trimetoprim (u nás např. Triprim®) ve stejné dávce. U kojenců se doporučují k profylaxi i aminopeniciliny, např. amoxicilin. Léky se podávají pouze v jedné večerní dávce před spaním dítěte. **Rizika dlouhodobé profylaxe:** základní otázkou je, jak dlouho je třeba léky podávat a jaká rizika jsou s tím spojena. Profylaxe se praktikuje již několik desetiletí a převažuje názor, že rizika vedlejších účinků jsou při redukováných dávkách minimální a jsou bohatě vyvážena prokázaným efektem. Přesto je však třeba mít na mysli, že antibakteriální léčba podávaná per os může nepříznivě ovlivnit střevní flóru, vzácně i vyvolat alergické projevy. Její zřejmě největší slabinou je compliance rodičů (viz výše - údaje z IRSC). Z literárních i vlastních zkušeností víme, že asi 20% rodičů léky nepodává pravidelně.

**Kontrola ústupu VUR při konzervativní léčbě:** existuje několik schémat, jak kontrolovat ústup VUR během této profylaxe. Vzhledem k tomu, že klasická RTG mikční cystoureografie představuje nezanedbatelnou radiační zátěž, používá se ke kontrole asi půl roku po zahájení profylaxe **MCUG radionuklidová**, postup vyšetření je totožný jako při vyšetření RTG, ale do měchýře se napouští roztok značený radiofarmakem (většinou 131I) a místo RTG je dítě sledováno Anger-kamerou. Radiační zátěž je významně menší než při RTG vyšetření, není již třeba posuzovat grading VUR, jde nám o to, zda reflux zmizel úplně, jde jen do ureteru, nebo ještě do pánvičky. Jaká je úspěšnost léčby dle stupně refluxu již uvedeno shora, VUR IV. ustupuje samozřejmě daleko hůře než VUR III. Praktickou otázkou je, jak dlouho profylaxi podávat, když VUR neustupuje. Zde není úplné shody, důležitý je fakt, zda se během konzervativní léčby objevily recidivy akutní pyelonefritidy, to by mělo vést k úvaze o sekundární indikaci chirurgické léčby. Pokud tomu tak není, dítě má normální glomerulární filtraci, krevní tlak a ledvina postižená refluxem roste (Dinkellův graf, normální „tracking“), pak není třeba s rozhodnutím o sekundární indikaci k chirurgické úpravě VUR spěchat. Dlouho-

dobá profylaxe se běžně provádí i v případech těžké neurogenní léze měchýře dlouhá léta (spina např. bifida), doporučuje se kombinovat ji s intermitentní katetrizací močového měchýře. Sekundární indikace k chirurgické léčbě je dnes přece jen aktivnější, je ovlivněna možností endoskopické intervence (viz níže). Rodiče musí být podrobně poučeni, že profylaxe není léčba a že v případě příznaků recidivy infekce močových cest je třeba okamžitě vyšetřit moč (včetně odběru na kultivaci-Uristest Dulab, Uricult) a při potvrzení či důvodném podezření ihned zahájit antibakteriální léčbu.

**Princip chirurgické léčby refluxu:** pokus prodloužit intramurální průběh ureteru a vytvořit ventilový uzávěr. Antirefluxových plastik je celá řada a není účelem tohoto sdělení rozvádět desítky technik výkonu. Ten ve většině případů začíná oddělením ureteru od měchýře, pak se vytváří umělé tunel v jeho stěně a pod sliznicí, konec ureteru se nakonec tímto uměle vytvořeným tunelem protahuje a vzniká nové ostium. Prodloužení intramurálního průběhu ureteru rezultuje ve zlepšení ventilového mechanismu a ve většině případů vede k vymizení VUR. Operaci by měl provádět zkušený dětský urolog, pak je efektivní ve více než 90%. Riziko výkonu spočívá v tom, že zabrání VUR, ale současně antirefluxová plastika vede k městnání moči nad měchýřem, což je závažná komplikace. Rizikovou skupinou pro chirurgickou léčbu je kojenecký věk. Specifickým problémem, jehož řešení není u dětí jednoznačné, je VUR do transplantované ledviny.

### ■ Endoskopická léčba vezikoureterálního refluxu

Provádí se již dlouhá léta, principem je aplikace většinou cizorodého materiálu do oblasti ostia refluktujícího ureteru, což vede k jeho zúžení a reflux vymizí nebo se sníží jeho stupeň. Existuje záplava publikací o endoskopických technikách-aplikace teflonu, kolagenu, resp. vlastní krve pacienta do oblasti ureterálních ostií postižených VUR. Výsledky byly celkem povzbudivé, ale kritika se týkala především rizika aplikace cizorodého materiálů (teflonové částičky se v experimentu dostávají např. až do CNS, bovinní kolagen může vyvolat tvorbu sérových protilátek, atd.). **Zdá se, že významným pokrokem v endoskopické léčbě refluxu bude syntetický materiál nazývaný NASHA (Non-Animal-Stabilized-Hyaluronic-Acid) s navázaným dextranomerem.** Zatímco bovinní kolagen a vlastní krev pacienta se poměrně rychle vstřebávají a tím antirefluxní efekt mizí, nová substance (preparát Deflux®) zaručuje perzistenci in situ několik let. Substance nevyvolává tvorbu protilátek, neputuje v organismu mimo místo aplikace



jako např. teflon. Deflux® se při endoskopii injikuje do oblasti ostia, výkon se provádí v celkové anestézii a je rychlý a efektivní, po delší době (asi více než 2 roky) se vstřebává. Jinou látkou, se kterou jsou již určité zkušenosti i u dětí, je polydimethylsiloxane (Macroplastique), efektivita je údajně přinejmenším stejná jako u NASHA, ale substance se lokálně bohužel neodbourává. Indikace endoskopických výkonů je dána pro refluxy VUR II.-IV. Většímu rozšíření této metody zatím brání (nejen u nás v ČR) poměrně vysoké náklady preparátu. Např. Deflux® je registrován už prakticky na celém světě, první zkušenosti s touto léčbou jsou již i u nás. Konečný efekt metody bude možno solidně posoudit až po určité době (Schlussel R), ale již teď převládá mínění, že by to mohla být metoda volby při chirurgické úpravě VUR.

Při konzervativní i chirurgické léčbě je však nutno dodržovat některé bazální podmínky: zajistit dostatečnou diurézu, kontrolovat pravidelné vyprazdňování moči i stolice.

Některé studie testují efekt parasimpatolytik (oxybutinin) v kombinaci s chemopropylaxií. Obecně je třeba říci, že pediatrii musí dnes věnovat daleko více pozornosti funkčním poruchám dolního segmentu u dětí s VUR. Funkční poruchy lze dnes odhalit urodynamickým vyšetřením, jehož dostupnost i u dětí se v poslední době zvyšuje, problémem ale zůstává nejen technika, ale především interpretace nálezů.

#### ■ Srovnání způsobů léčby VUR

Americká urologická asociace provedla meta-analytickou studii, testující optimální přístup k dítěti s VUR. Testovaly se následující přístupy: kontinuální resp. intermitentní chemopropylaxe, trénink moč. měchýře, anticholinergika, klasické operační antirefluxové plastiky a endoskopická operace, resp. různé kombinace uvedených způsobů léčby. Závěr metaanalýzy nepřinesl nic převratného: jako nejlepší se ukázala kontinuální chemopropylaxe a v případě selhání operativní léčba.

#### ■ Jak informovat rodiče dítěte, u kterého byl zjištěn VUR

Informace musí samozřejmě odpovídat vzdělání rodičů, řada z nich je schopna vyhledat si podrobné informace na webových stránkách, na kterých jsou desítky příspěvků přímo pro rodiče, včetně obrázků. Pediatr musí vysvětlit princip refluxu, jaká jsou jeho rizika a uvést i možnosti léčby. Vysvětlit poměrně podrobně konzervativní a chirurgický přístup, včetně výhod, nevýhod a rizik. A také zdůraznit, že konzervativní léčba může se-

lhat a vést nakonec přece jen k chirurgickému řešení. Protože VUR se projevuje většinou příznaky pyelonefritidy/cystitidy, musí rodiče slyšet, že i po úspěšné antirefluxové plastice může přetrvávat tendence k opakovaným IMC.

Důležité je, aby rodiče měli doma i v době pobytu mimo bydliště vždy po ruce léky a zahájili léčbu recidivy infekce močových cest co nejdříve, odklad zvyšuje riziko tvorby parenchymatosních jizev.

Dle našich zkušeností dříve rodiče dávali jednoznačně přednost konzervativní léčbě, pokud se ale rozšíří indikace použití preparátu Deflux®, bude určitě přibývat těchto endoskopických výkonů (Capozza N, 2003). Při rozhodování o způsobu léčby by pediatr - dětský nefrolog měl konzultovat dětského urologa, což se většinou ve světě děje. Ne vždy je tomu ale opačně, z literatury je známo, že urologové pracují často samostatně a děti se dostávají k pediatrickým nefrologům někdy až s poruchou renálních funkcí

**Prognóza:** primární VUR regreduje spontánně asi v 80% případů již ve druhé životní dekádě. Největším rizikem VUR je samozřejmě oboustranné rozsáhlé postižení ledvin s jizvením a omezením funkce na podkladě refluxní nefropatie. I při menším rozsahu jizev může závažnou komplikací představovat arteriální hypertenze, na kterou je třeba vždy myslet. Recentní publikace z italského pediatrického registru shrnula 343 pacientů kteří dospěli do stádia chronického selhání ledvin (CRF) na podkladě VUR (25% všech selhání u dětí v Itálii). Pacienti s normálním odpadem bílkoviny v moči v době diagnózy VUR (Uprot: Ukr <0.2 ev. jen s mírnou proteinurií (Uprot: Ukr =0.2-0.8) jeví významně pomalejší progresi refluxové nefropatie. Nebyl zjištěn rozdíl mezi dětmi, u kterých byl VUR diagnostikován do 6 měs. resp. později, největší riziko představují oboustranné VUR vyššího stupně, zvláště je-li hned na počátku zvýšená sérová hladina plasmatického kreatininu (Ardissino, Caione P)

**Závěr:** vesikoureterální reflux nepředstavuje uniformní klinickou jednotku. Podrobná anamnéza, morfoloogická a funkční vyšetření uropoetického traktu, včetně urodynamicy, a důsledné kontroly vývoje onemocnění by měly přispět k rozhodnutí o způsobu léčby.

Vzájemná dohoda dětského nefrologa a urologa je podstatná, o možnostech léčby musí být podrobně informováni i oba rodiče, kteří mají právo spolurozhodovat při výběru léčebných algoritmů. (Capozza N, 2004)

#### Literatura:

- 1) Ardissino G, Avolio L, Dacco V, Testa S, et al. - Italkid Project: Long-term outcome of vesicoureteral reflux associated chronic renal failure in children. Data from the Italkid Project. *J Urol.* 172, 2004, (1),305-10
- 2) Caione P, Villa M, Capozza N, De Gennaro M, Rizzoni G: Predictive risk factors for chronic renal failure in primary high-grade: vesico-ureteric reflux. *BJU Int.* 93, 2004 (9),1309-12.
- 3) Capozza N, Lais A, Matarazzo E, Nappo S, Patricolo M, Caione P: Treatment of vesico-ureteric reflux: a new algorithm based on parental preference. *BJU Int.* 92, 2003 (3):285-8.
- 4) Capozza N, Caione P: Role of the endoscopic treatment of vesicoureteral reflux. A 16-years' experience. *Minerva Pediatr.* 55, 2003 (6):607-14.
- 5) Feather SA, Malcolm S, Woolf AS, et al.: Primary, non-syndromic vesicoureteric reflux and its nephropathy is genetically heterogeneous with a locus on chromosome 1. *Am J Hum Genet* 66, 2000,1420-1425
- 6) Jacobson SH, Hansson S, Jakobsson B: Vesico-ureteric reflux: occurrence and long-term risks. *Acta Paediatr Suppl.* 88, 1999, (431), 22-30.
- 7) Loening-Baucke V: Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. *Pediatrics*, 100, 1997, 228-32.
- 8) Orellana P, Baquedano P, Rangarajan V, Zhao JH et al.: Relationship between acute pyelonephritis, renal scarring, and vesicoureteral reflux. Results of a coordinated research project. *Pediatr Nephrol.* 19, 2004, (10):1122-8
- 9) Oswald J, Riccabona M, Lusuardi L, Bartsch G, Radmayr C: Prospective comparison and 1-year follow-up of a single endoscopic subureteral polydimethylsiloxane versus dextranomer/hyaluronic acid copolymer injection for treatment of vesicoureteral reflux in children. *Urology.* 60, 2002, 894-7
- 10) Ranchin B, Chapuis F, Dawhara M, Canterino I et al: Vesicoureteral reflux after renal transplantation in children. *Nephrol Dial Transpl.* 15, 2000, 1852-8
- 11) Riccabona M, Simbrunner J, Ring E et al: Feasibility of MR urography in neonates and infants with anomalies of the upper urinary tract. *Eur Radiol.* 12, 2002, 6):1442-50.
- 12) Schlussel R: Cystoscopic correction of reflux. *Curr Urol Rep.* 5, 2004, (2):127-31.
- 13) Stein R, Thurhoff JW: Correction of vesicoureteral reflux: where do we stand? *Curr Opin Urol.* 14, 2004, (4):219-25.
- 14) Tanaka Y, Kawachi A, Yoneda K et al: Vesicoureteral reflux detected among patients with nocturnal enuresis. *Eur J Urol.* 43, 2003, 80-83
- 15) Yeung CK, Godley ML, Dhillon HK, et al: The characteristics of primary vesico-ureteric reflux in male and female infants with pre-natal hydronephrosis. *Br J Urol* 80, 1997, 319-327.
- 16) Yeung CK, Godley ML, Dhillon HK, Duffy PG, Ransley PG. Urodynamic patterns in infants with normal lower urinary tracts or primary vesico-ureteric reflux. *Br J Urol* 81,1998, 461-467

#### Příklady webových stránek pro rodiče dětí s vesikoureterálním refluxem:

- a) <http://www.projectlinks.org/reflux>
- b) <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/vesicoureteralreflux/index.htm>
- c) [http://www.pedisurg.com/PtEduc/Vesicoureteral\\_Reflux.htm](http://www.pedisurg.com/PtEduc/Vesicoureteral_Reflux.htm)
- d) <http://www.vh.org/pediatric/patient/pediatrics/cqqa/vur.html>



# **Nutricia - Hamilon**



# Infekce močového traktu u dětí

Alexander Kolský<sup>1</sup>, Monika Kolská<sup>2</sup>, Petra Halašková<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatrická klinika IPVZ a 1. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

<sup>2</sup>Klinika dětí a dorostu, 3. LF UK, FN Královské Vinohrady, Praha

Infekce močového traktu (IMT) představují častý problém pediatriů, jak v ambulancích, tak na dětských odděleních nemocnic. Používáme zde termín infekce močového traktu, protože jej považujeme za výstižnější než vžitý pojem infekce močových cest. Termín IMT totiž jednoznačně zahrnuje i infekce parenchymu ledvin.

Pro IMT je charakteristická přítomnost klinicky významného množství infekčního agens v uropoetickém traktu. IMT rozdělujeme dle lokalizace na infekce dolního močového traktu (akutní cystitis, chronická a recidivující cystitis, asymptomatická bakteriurie) a na infekce horních částí uropoetického traktu (akutní a chronická pyelonefritida). IMT může probíhat symptomaticky nebo asymptomaticky. Při rekurentní IMT dochází buď k reinfekci novým etiologickým agens, které se původně nachází mimo močový trakt, nebo k relapsu infekce, způsobenému stejným bakteriálním kmenem perzistujícím v močovém traktu (1).

Přesný výskyt IMT není znám, statistické údaje se rozcházejí. U dětí do 7 let je prevalence IMT 7,8 % u dívek a 1,6 % u chlapců. Nejvíce IMT se vyskytuje v prvních dvou letech života, což je též období nejvyššího výskytu akutní pyelonefritidy v lidském životě. V kojeneckém věku, zejména v prvním půlroce života, mírně převažují IMT u chlapců. Ve skupině febrilních kojenců byla zjištěna prevalence IMT (akutní pyelonefritidy) 4,1-7,5 %. Cystitidy se manifestují později, zpravidla až po druhém roce života, spíše u dívek.

IMT u dětí vznikají endogenní i exogenní cestou. Nejčastější je ascendentní infekce, kdy bakterie pochází z vlastní střevní flóry pacienta. U novorozenců a malých kojenců připadá do úvahy i hematogenní cesta. Lymfogenní šíření IMT je spíše nepravděpodobné. Exogenní IMT vznikají při katetrizaci močových cest, urologickém vyšetření a při přítomnosti cizích těles v urotraktu.

Vznik IMT závisí na vztahu virulentních faktorů etiologického agens s obrannými mechanismy a rizikovými faktory ze strany hostitele. Z rizikových faktorů to jsou zejména věk a pohlaví. Významné jsou i perineální a uretrální faktory. U dívek přispívá ke vzniku IMT kratší délka uretry, malhygiena genitálu a gynekologické záněty. Nezralost močového měchýře a častý kontakt se stolicí u kojenců a batolata má značný vliv na výskyt IMT v tomto věku. Úplné a pravidelné vyprazdňování močového měchýře má významnou roli v prevenci IMT. S dysfunkční mikcí a nedokonalým vyprazdňováním močového měchýře s následným

vznikem IMT souvisí i obstipace. Anatomické a funkční anomálie uropoetického traktu usnadňují vznik IMT a IMT může být naopak jejich prvním klinickým projevem.

IMT u dětí způsobují většinou enterobakterie, zejména E.coli (70-80 %). U primoinfekcí při nálezu jiných bakteriálních kmenů než E.coli je nutno cíleně pátrat po možné anomálii.

Diagnóza IMT je založena na klinických příznacích a na hodnocení laboratorních nálezů. Klinické příznaky IMT závisí na věku a přítomnosti dalších onemocnění. Ne vždy je stanovení diagnózy jednoduché. Zejména u malých dětí bývají příznaky IMT málo charakteristické. Asi od tří let věku lze klinicky odlišit symptomatologii IMT dolního a horního segmentu. **Při opakovaných febrilních teplotách u dětí s chudým orgánovým nálezem je vhodné pomýšlet na možnost IMT a provést odběr moči včetně kultivace. Je nutno se cíleně ptát rodičů na zápach moči, což dnes při užívání plenkových kalhotek může uniknout pozornosti.**

Každé dítě s podezřením na IMT je třeba podrobně fyzikálně vyšetřit a zajistit odběry moči na biochemické, mikroskopické a mikrobiologické vyšetření. U febrilních pacientů odebereme krev na krevní obraz, FW, CRP a hladinu s-kreatininu. Další specializovaná vyšetření indikujeme dle nálezů a dle diagnózy.

Diagnózu IMT stanovujeme na základě zjištění významné bakteriurie. Při metodě středního proudu je za pozitivní nález považováno množství 105 a více bakterií v 1 ml moči (5). Biochemické a mikroskopické vyšetření moči přispívá k diagnostice IMT, ale samo o sobě k diagnóze nestačí. Rozhodující vliv na správné stanovení diagnózy má řádný odběr moči. Odběr moči musí předcházet zahájení antibiotické terapie. V praxi u malých dětí je získání moči mnohdy problém. Nalepovací sběrné sáčky i po řádném očištění perinea a odstranění sáčku ihned po mikci jsou velmi nespolehlivé. Udává se, že až 85 % pozitivních bakteriálních nálezů ze sběrných sáčků představuje kontaminaci (3). Pouze při negativním výsledku moči získané sběrným sáčkem můžeme říci, že dítě nemá bakteriurii. Při pozitivním kultivačním nálezu nemáme jistotu, jedná-li se o močovou infekci či o kontaminaci flórou genitálu. Odběry moči cévkou či suprapubickou punkcí nejsou běžné v ambulanci praxi. Jsou vyhrazeny pouze v přísně indikovaných případech, zejména při důvodném podezření z akutní pyelonefritidy. Nelze

pominout možné riziko zavlečení infekce do močového měchýře, popř. poranění uretry. V běžné praxi je standardní metodou odběru moči metoda středního proudu. Z našich zkušeností je nejlépe provést odběr moči ihned po pití či spánku dítěte, které matka vezme do náručí zády k sobě. Dítě drží za stehýnka s abdukovánými dolními končetinami, které jsou flektovány v kyčlích. Druhá osoba chytá moč do sterilní zkumavky. Dle našich zkušeností se při tomto postupu dítě do 10 minut vymočí. Zevní ústí uretry omýváme pouze vodou, dezinfekci neuvádíme. I malé množství dezinfekčního prostředku může sterilizovat moč. Nutnou zásadou po odběru je včasné dodání moči ke zpracování do laboratoře. Při pozdním zpracování moči je zvýšené riziko bakteriálního růstu a tím i falešně pozitivního kultivačního nálezu. Při nemožnosti rychlého transportu je vhodné zkumavku skladovat v lednici při teplotě 4 oC. S výhodou lze použít dip-slide půdy (Uricult, Uri-test). Při biochemickém vyšetření moči je třeba rovněž vzorky moči včas dodat ke zpracování, protože stáním hrozí rozpad močových elementů.

Cílem terapie IMT je úleva symptomů, odstranění infekce, prevence bakteriémie a prevence renálního poškození. Léčba každé IMT u dětí musí být komplexní a musí vycházet z přesné diagnostiky (12). Vlastní léčba sestává z antibakteriální léčby, podpurné léčby a režimových opatření. Antibakteriální léčbu zahajujeme zpravidla ihned po odběru moči. Jen v případě mírných nebo neurčitých příznaků můžeme zahájení léčby odložit do výsledku kultivace moči. Při výběru léku je třeba brát ohled na věk dítěte, klinický stav, lokalizaci zánětu, přítomnost anatomických a funkčních anomálií a funkci ledvin. Před léčbou vždy cíleně pátráme po případných lékových alergiích. Dáváme přednost perorální aplikaci léků, nejlépe takovým preparátům, které je pokud možno podávat 1-2x denně. I kojence a batolata s akutní pyelonefritidou lze léčit perorálními antibiotiky (6). V terapii IMT se užívají chemoterapeutika a zejména širokospektrá baktericidní antibiotika, která vytvářejí vysoké koncentrace hladin v moči, popř. i v séru a v tkáních. Vždy dbáme o dostatečnou dávku zvoleného léku. Výběr preparátu v iniciační fázi je empirický a řídí se klinickým stavem, antimikrobiálním spektrem, farmakokinetikou a prevalencí rezistence uropatogenů v daném regionu (4). Dle kultivačního nálezu a dle klinického stavu případně iniciační léčbu upravíme. Je přítom vhodné vyčkat 48 hodin na



efekt léčby. Při adekvátní léčbě je moč po 24-48 hodinách od zahájení antibiotické léčby sterilní. Klinický efekt léčby je rozhodující. Citlivost in vitro se často rozchází s efektem léku in vivo (12). Při nedostatečné klinické odpovědi na antibiotickou léčbu i přes dodržení správných terapeutických dávek a intervalů, je třeba cíleně pátrat po možné příčině rezistence bakterií (zejména obstrukce a renální abscesy).

U jednotlivých diagnóz uvádíme vybrané léky. Vycházíme ze Zásad racionální antibiotické léčby infekcí močových cest (8) a z našich zkušeností. Tato doporučení vznikla na základě týmové práce kliniků a klinických mikrobiologů. Antibakteriální léky jsou seřazeny v pořadí, které autoři považují za nejvhodnější. Autoři vyšli ze znalosti rezistence na antibiotika a chemoterapeutika nejčastějších močových bakteriálních kmenů v naší republice. Při výběru léku je třeba zohlednit lokální situaci rezistence antibiotik. Z toho důvodu je vhodné zdrženlivě přebírat zahraniční terapeutické postupy, které vycházejí z místních mikrobiologických podmínek.

Rezistence na antibiotika je různá a odvíjí se od řady faktorů. Všeobecně roste rezistence kmenů *E.coli* na ampicilin a amoxicilin, která je více než 50 %. Z toho důvodu je vhodnější místo ampicilinu a amoxicilinu používat chráněné aminopeniciliny, popř. cefalosporiny, které jsou odolné vůči betalaktamázám hlavně u horečnatých IMT, kde předpokládáme akutní pyelonefritidu.

Chinolony jsou u dětí vyhrazeny jen pro závažné stavy. Jejich použití v klinice brání obava z možného rizika poškození kloubních chrupavek a zároveň nedostatek klinických zkušeností u dětí (1). V posledních letech u chinolonů, které jsou hojně užívány v léčbě dospělých, velmi stoupl počet rezistentních kmenů. U starších adolescentů je možno chinolony použít spíše však jako lék první volby.

Názory na délku antibiotické léčby IMC se různí. Pro kratší dobu léčby u dospělých hovoří menší výskyt vedlejších účinků, vyšší compliance pacientů, nižší riziko vzniku rezistentních kmenů a ekonomické důvody. Nelze pominout ani fakt, že při antibiotické léčbě u žen stoupá riziko vzniku gynekologických mykóz. Léčba nesmí být příliš krátká. Jednodenní léčba cystitid, dříve užívaná u dospělých, byla pro špatné zkušenosti opuštěna. Dává se přednost kratší, ale účinné léčbě (4). Jednorázová léčba u dětí není vhodná. Délka léčby IMT se řídí též místem zánětu a je uvedena v následujícím textu.

V některých případech se užívá chemoprolaxe, kdy se lék podává v jedné dávce zpravidla večer. Používají se zejména chemoterapeutika v polovičních až třetinových dávkách. Chemoprolaxe se užívá na dobu 6 týdnů po akutní pyelonefritidě u malých dětí a dále ve vybraných případech např. při léčbě vezikoureterálního refluxu a chronické cystitidy. V letních měsících při užívá-

ní cotrimoxasolu není vhodné slunění. Při chemoprolaxi pro riziko nárůstu rezistence nejsou vhodná širokospektrá antibiotika, která potlačují fyziologickou fekální bakteriální flóru. U velmi malých kojenců užíváme k chemoprolaxi, vzor výše uvedeným rizikům, cefalosporiny 1. generace a amoxicilin, neboť obvyklá chemoterapeutika v tomto věku nejsou vhodná. Tato antibiotika se podávají 2x denně.

Kromě antibakteriální léčby podáváme dle potřeby antipyretika, analgetika a u menších febrilních dětí diazepam k prevenci febrilních křečí. Ibuprofen má i významný antiflogistický efekt.

Zásadním opatřením u dítěte s IMT je dostatečný přívod tekutin, klid a teplo. Dítě by mělo vypít alespoň 2-2,5 l/1,73 m<sup>2</sup> tekutin denně (10). Zvýšeným příjmem tekutin se snižuje osmolarita dřeně, a tím se zhoršují podmínky pro zachycení a pomnožení bakterií. Zvýší se tvorba moči, kterou se odplaví i produkty zánětu. Dítě s IMT nesmí mít pocit žízně. Nápoje by měly být teplé nebo pokojové teploty, nikoli studené. K pití jsou vhodné bylinné čaje. Nevhodné jsou limonády sycené kyslíčnícem uhličitým. Nemá smysl nutit dítěti nápoje, které mu nechutnají. Proto zbytečně nenutíme do pití urologického čaje, když dítěti nechutná. Ve stravě nejsou nutná zvláštní opatření. Volíme neдрáždivou, věku přiměřenou stravu, kterou zbytečně nepřisolujeme. Pokud zpočátku při horečce dítě příliš nechce jíst, nenutíme ho. U větších dětí s IMT dbáme na pravidelném močení a řádném domočování a úpravou stravy řešíme případnou obstipaci.

V léčbě IMT se užívá i imunomodulační léčba. Jedná se o bakteriální lyofilizát s imunostimulační frakcí extrahovanou z buněk *E.coli* a dalších uropatogenů. Užití Uro-vaxonu vidíme zejména u recidivujících IMT dolních močových cest.

### ■ IMT dolních močových cest

Pro akutní cystitis jsou charakteristické pálení a řezání při mikci, polakizurie, tlak či bolest v podbříšku. Mnohdy bývají potíže i v noci. Může být bolestivá i defekace. Tělesná teplota obvykle nepřesahuje 38 oC. Může se objevit sekundární enuréza u dětí, které se již nepomocovaly. Při neléčené cystitidě je riziko vzestupu infekce ascendentní cestou a následná manifestace pyelonefritidy. **Jednotlivé symptomy cystitidy nemusí být projevy pouze IMT. Dyzurické potíže mohou být u vaginitidy, oxyuriázy případně i u větší hematurie. U cystitid sexuálně aktivních adolescentů při sterlní moči či nevýznamné bakteriurii, ale při přítomnosti klinických příznaků a pyurii, je nutno uvažovat o možnosti infekce způsobené chlamydiemi či mykoplasmaty. V dif. diagnostice nutno vyloučit akutní pyelonefritis, balanitis, vulvitis a dysfunkci dolních močových cest.**

**Pro terapii doporučujeme zejména:** cotrimoxazol (5-8 mg/kg/den trimetoprimu ve dvou dávkách), trimetoprim (5 mg/kg/den ve dvou dáv-

kách) a nitrofurantoin (5-7 mg/kg ve třech dávkách). V současné době (leden 2005) je nitrofurantoin jen někde dostupný jako magistralita. Tento stav se má změnit, proto nitrofurantoin uvádíme. Není-li možno použít některé chemoterapeutikum užívají se antibiotika: aminopeniciliny, potencované aminopeniciliny případně cefalosporiny II.generace. **Akutní cystitis se léčí obvykle 5-7 dnů. Adolescentky se léčí zpravidla 3 dny. Při terapii nitrofurantoinem se doporučuje léčit 7 dnů (11). Jednodenní terapii nedoporučujeme. Při bolestech jsou vhodná analgetika se spasmolytickou složkou.**

### ■ Chronická a recidivující cystitis

Tito pacienti vyžadují podrobné vyšetření včetně urologického vyšetření. Je nutno vyloučit zejména dysfunkci močového měchýře. Klinické projevy jsou podobné jako u akutní cystitidy. Vlastní léčba spočívá v cílené léčbě na základě znalosti citlivosti. Často se ordinuje dlouhodobá chemoprolaxe a léčba dysfunkce močového měchýře.

### ■ Asymptomatická bakteriurie

**Asymptomatická bakteriurie je opakovaný nálezný signifikantní bakteriurie ve třech následujících vzorcích moči bez klinických příznaků IMT. V močovém sedimentu není pyurie. Vyskytuje se u všech věkových skupin dětského věku s nejvyšší prevalencí u dívek ve školním věku 1,2-1,8 % (5). V běžné praxi je nutno nálezný pozitivní bakteriurie hodnotit spolu s klinickým stavem dítěte. Asymptomatická bakteriurie není indikací k zahájení terapie. Naopak antibiotickou terapií se zvyšuje riziko selekce bakteriální flóry a narůstá riziko vzniku rezistence na antibiotika. Na druhou stranu nelze podcenit možnost IMT. Kojenci a batolata s asymptomatickou bakteriurií mají být sledováni. Tyto malé děti by měly být podrobněji vyšetřeny, protože nelze vyloučit možnost závažnějšího postižení např. vezikoureterálního refluxu.**

### ■ IMT horních močových cest

#### Akutní pyelonefritida

Akutní pyelonefritida (APN) je nejtěžší typ IMT u dětí. Jedná o zánět tubulů a intersticia ledvin, kdy bakterie jsou přítomny v tkáni ledvin a v moči je přítomna signifikantní bakteriurie. Toto závažné bakteriální onemocnění vyžaduje zvýšenou pozornost. Přitom čím mladší je dítě, tím vyšší je riziko možných následků. Zvýšenému riziku jsou vystaveny zejména děti s vrozenými anomáliemi urotraktu, vezikoureterálním refluxem vyššího stupně a obstrukčními uropatiemi. U APN je riziko opakovaných recidiv choroby. Klinické projevy APN závisí na věku pacienta, čím mladší je dítě, tím má méně charakteristické příznaky. U novorozence probíhá buď pod obrazem sepsy nebo zcela necharakteristicky jako zvýšená dráždivost, apatie, poruchy příjmu potravy či neprospívání.





U malých kojenců bývá příznakem APN neprospívání, prolongovaný ikterus, subikterus a gastrointestinální symptomy. Pod obrazem sepse může APN probíhat a i u větších dětí. Pro APN je charakteristická horečka. Na možnost APN musíme pomyslet zejména u dítěte s horečkou nad 39 °C, horečkou trvající déle jak dva dny a tam kde není známa jiná příčina teploty. Zejména u chlapečků pod 6 měsíců a děvčátek do jednoho roku života u febrilních teplot je třeba vyloučit APN (9). V průběhu celého dětského věku může být APN provázána gastrointestinálními příznaky (průjmy, zvracení, bolesti břicha). Bolest v lumbální krajině může být jednostranná, ale i oboustranná, může se i propagovat do třísel a podbřišku. Někdy však potíže nejsou jednoznačné. Při pyelonefritidě mohou být přítomny i příznaky typické pro IMT dolního segmentu. Mnohdy je průběh APN necharakteristický, onemocnění nemusí být správně diagnostikováno a léčeno. APN může proběhnout nerozpoznaná pod obrazem febrilního stavu a zaměněna za virový infekci na základě nepřesvědčivých příznaků onemocnění horních dýchacích cest. Diagnostické potíže mohou vzniknout též při koincidenci APN s jinou chorobou. Riziko trvalého poškození ledvin zvyšuje přítomnost vezikoureterálního refluxu, který bývá přítomen u 35-50 % dětí s APN.

Neexistuje jednoduchá a levná vyšetřovací metoda, která by spolehlivě určila lokalizaci zánětu již v počátku IMT. Základním předpokladem diagnózy APN je signifikantní bakteriurie. Pacienti s APN mají obvykle zvýšené zánětlivé markery jako projev významného zánětlivého tkáňového poškození. V moči bývá přítomna v 80-90 % pyurie, což však nepomůže v diferenciální diagnostice pyelonefritidy od cystitidy. K rychlé diagnostice pacienta s APN se užívají diagnostická kritéria dle švédského prof. Jodala: signifikantní bakteriurie, tělesná teplota vyšší než 38,5 °C, hodnota FW vyšší než 25 mm/h a C-reaktivní protein nad 20 mg/l. U APN je přítomna snížená koncentrační schopnost ledvin pod 900 mosmol/l, která přetrvává několik týdnů po akutní pyelonefritidě. Splňuje-li pacient alespoň tři tato kritéria (signifikantní bakteriurie musí být přítomna vždy), je diagnóza APN vysoce pravděpodobná. Poruchu koncentrační schopnosti ledvin předpokládáme, protože jde o tubulointericiální zánět, ale v žádném případě se v akutním stavu koncentrační test neprovádí! U konkrétního dítěte záleží na tom jak rychle je vyšetřeno a kdy jsou provedeny odběry.

U každého dítěte s APN by mělo být provedeno ultrazvukové vyšetření. Cíleně je nutno pátrat po vrozených vývojových vadách ledvin a zejména je nutno vyloučit obstrukci močových cest. Statická scintigrafie ledvin (Tcm99DMSA) je zlatým standardem diagnózy akutní pyelonefritidy. Při tomto vyšetření je patrné snížené vychytávání radiofarmaka v oblastech ledvin postižených zánětem. Tato metoda ale nerozliší akutní zánět od

preexistujících jizev. V časně diagnostice APN (během prvního týdne onemocnění) se DMSA nepoužívá jednotně. DMSA se indikuje v akutní fázi spíše při diagnostických pochybnostech. Běžně se DMSA provádí v odstupu 6 měsíců po APN, kdy nálezy jizev je již příznakem chronické pyelonefritidy.

V diferenciální diagnostice APN je třeba mít na mysli cystitis, obstrukční uropatie a vždy je nutno pomyslet na možnost náhlé příhody břišní. V nejasných případech, kdy nelze spolehlivě určit lokalizaci IMT je vhodné postupovat jako u APN.

Včasná antibiotická terapie snižuje riziko vzniku jizev renálního parenchymu. Baktericidní antibiotikum nasazujeme proto ihned, avšak tomu předchází odběr vzorku moči. Iniciální léčbu případně upravujeme dle klinického efektu (klinický stav dítěte, pokles teplot), dle aktivity zánětlivých markerů a dle kultivačního nálezu. Rozhodující je klinický efekt léčby. Zlepší-li se stav dítěte, není důvod ke změně antibiotika i v případě resistenci na dané antibiotikum v kultivačním nálezu. Antibiotika podáváme zpravidla 10-14 dní. Při adekvátní léčbě by měla být kontrolní kultivace moči do 48 h po zahájení antibiotické léčby sterilní. Klinické příznaky (teplota, zvracení) ustupují obvykle do 48 až 72 h po zahájení cílené antibiotické terapie.

Pro léčbu APN doporučujeme: chráněné aminopenicilíny a cefalosporiny 2. generace.

Z aminopenicilínů to je amoxicilin/kyselina klavulonová (50 mg/kg/den ve dvou až třech dávkách, interval podávání dle jednotlivých výrobců!) a ampicilin/sulbactam (50 mg/kg/den ve dvou dávkách). Z cefalosporinů užíváme zejména cefuroxim-axetil (25 mg/kg/den ve dvou dávkách). U dětí do 6 let navážeme na antibiotickou terapii chemoprophylaxí (cotrimoxazol, trimetoprim nebo nitrofurantoinem) v jedné večerní dávce po dobu 4-6 týdnů. U starších dětí a adolescentů není v otázce chemoprophylaxe jednotný konsensus. Při první atace APN u dětí do 5 let se provádí po 6 týdnech RTG mikční cystografie a u všech věkových kategorií DMSA v 6 měsíčním odstupu po APN. Pro závažnost APN je nutno upravit režim dítěte po prodělaném onemocnění.

### ■ Chronická pyelonefritida

Chronická pyelonefritida je charakterizována přítomností ireverzibilních jizev renálního parenchymu s omezením růstu a svráštěním postižené ledviny. Obvykle je následkem APN zejména recidivující spojené často s obstrukčními uropatiemi a vezikoureterálním refluxem. Kultivační nálezy nemusí být trvale pozitivní. Klinicky mohou exacerbace probíhat jako ataky APN, a jsou také tak léčeny.

### ■ Hospitalizace

O nutnosti hospitalizace dítěte s IMT se vedou diskuze. S ohledem k problematice APN patří kojenci a malé děti alespoň v počátku choroby na lůžko dětského oddělení. Indikací k příjmu je ze-

jména dehydratace, zvracení, nízký příjem tekutin a odmítání perorální terapie. Hospitalizaci je možno ukončit zpravidla po poklesu teplot u dítěte, které dobře užívá antibiotika. U větších dětí je třeba postupovat individuálně. V každém případě při neúspěchu léčby patří každé dítě s APN na nemocniční lůžko. Naproti tomu děti s IMT dolních močových cest se léčí převážně ambulantně.

### ■ Prevence IMT a režim

U dítěte po IMT se snažíme zabránit recidivě uroinfekce. Pro prevenci recidiv je nezbytná léčba anatomických a funkčních anomálií urotraktu. Kontroly moči jsou nutné. Přísná osobní hygiena je nezbytná. Je nutno dodržovat dostatečný pitný režim. Zároveň je nutno dbát o pravidelné močení a řádné domočování. V případě obstrukce je nutná úprava stravy. Je vhodná ochrana před prochlazením, ale dítě nemůže nadměrným oblékáním zchoulostivět. Sport, tělesná námaha a cestování je nutno posuzovat individuálně.

Včasným stanovením IMT a rychlým zahájením léčby se snižuje riziko možných následků. Na druhou stranu se správným odběrem moči zabrání zbytečné léčbě antibiotiky a mnohdy i zbytečnému vyšetřování dětí, které IMT nemají. Po APN a při recidivujících IMT vyžaduje dítě vyšetření u dětského nefrologa, dětského urologa a případně dalších odborníků.

### Literatura

1. American Academy of Pediatrics: *The Diagnosis, Treatment, and Evaluation of the Initial Urinary Tract Infection in Febrile Infants and Young Children*. Pediatrics, 103, 1999, s. 843-852.
2. Bauer H., Rahlfs V., Lauener P., Blessman G.: *Prevention of recurrent urinary tract infections with immuno-active E.coli fractions: a meta-analysis of five placebo-controlled double blind studies*. Int. J. Antimicrob. Agents, 19, 2002, s. 451-456.
3. Downs S.M.: *Technical report: Urinary tract infections in febrile infants and young children*. Pediatrics, 103, 1999; (4), e54.
4. Finch R.G.: *General principles of the treatment of infection in Greenwood D.: Antimicrobial Chemotherapy*. Oxford, 2001, Oxford Press.
5. Hansson S., Jodal U.: *Urinary Tract Infection*. In: *Pediatric Nephrology*. Ed: Barrat T.M., Avner E.D., Harmon W.E.. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
6. Hoberman A., Wald E., Hickey R. et al.: *Oral Versus Initial Intravenous Therapy for Urinary Tract Infection in Young Febrile Children*. Pediatrics, 104, 1999, s. 79-86.
7. Lambert H., Coulthard M.: *The child with urinary tract infection*. In: *Clinical Paediatric Nephrology 3rd Edition*, Ed: Webb N., Postlethwaite. Oxford, Oxford University Press, 2003.
8. Lochmann O., Bálint O., Kolský A. et al.: *Zásady racionální antibiotické terapie infekcí močových cest*, Praha, Mediforum, Glaxo Wellcome, 1998.
9. Shaw K., Gorelick M.: *Urinary Tract Infections in the Pediatric Patient*. *Pediatr. Clin. of North Am.*, 46, 1999, s. 1111-24.
10. Šašinka M., Filka J., Podracká L.: *Tubulointericiální nefritida a infekce močového traktu*. In: *Pediatrica*. Ed: Šašinka M., Šagát T., Košice, Satus, 1998.
11. Teplan V., Horáčková M., Běbrová E., Janda J. a kol.: *Infekce ledvin a močových cest v dospělém a dětském věku*. Praha, Grada Publishing, 2004.
12. Velemínský M., Janda J.: *Infekce močových cest u dětí a jejich včasná diagnostika*. Praha, Avicenum, 1978.

# **Nutricia - Hamijars**



# Kurzy snižování nadváhy pro děti s rodiči založené na kognitivně behaviorální terapii

PhDr. Iva Málková

Společnost STOB

## ■ Kognitivně behaviorální přístup (KBT)

Obezita je definována jako zvýšené množství tukové tkáně. Pokud by tato definice přesně vystihovala problematiku obezity, měla by být terapie doménou somatické medicíny a somaticky orientovaných léků, a bohužel zatím tomu tak často je. Obezitu je však třeba pojímat komplexněji, není to jen porucha týkající se nevhodného složení těla, ale je to též odlišnost kognicí a emocí obézních, kteří často v důsledku černobílého myšlení prožijí život „ve jménu hubnutí“. Společnost STOB uplatňuje kognitivně behaviorální psychoterapii obezity v kurzech snižování nadváhy pro dospělé, které jsou organizovány v 90 měsících České republiky. V r. 2004 navázala na aktivity z r.1987, kdy byl zrealizován dětský kurz snižování nadváhy ve spolupráci s MUDr. B. Kalvachovou na Dětské klinice IPVZ v Thomayerově nemocnici. Zkušenosti z tohoto ročního kurzu spolu s těmi, které jsme získali na táborech pro obézní děti, nás definitivně přesvědčily, že je nutné zahrnout do terapie celou rodinu.

Pokud se obezita vyskytuje v rodině, je obtížné změnit chování jednoho člena rodiny - navíc dítěte, jestliže ostatní členové rodiny podporují chování, které se má odstranit. V terapii dětské obezity se nám z těchto důvodů osvědčily kurzy rodinné. Bohužel je nutné zkonstatovat, že o tento typ kurzů je ze strany rodičů menší zájem než o kurzy, kam docházejí pouze děti a od rodičů se v podstatě nevyžaduje žádná aktivní činnost. V rodinných kurzech se rodič nebo oba rodiče (případně prarodič) aktivně spolu s dítětem účastní změny životního stylu, a jestliže je rodič obézní, redukuje hmotnost společně s dítětem. Velkým pozitivem kurzů je i vzájemné poznávání rodiče a dítěte a upevňování rodinných vztahů. Vždyť v běžném životě není mnoho příležitostí k tomu, aby rodič viděl, jak se dítě chová nebo jak reagují ve společnosti vrstevníků a při společném setkávání taková možnost je. Cílem kurzu je nejen změna životního stylu, ale i vyřešení problémů, které nadbytečné kilogramy vnášejí do vztahu dítěte a zejména štíhlých rodičů.

## ■ Průběh kurzů snižování nadváhy

Kurzy jsou zatím určeny pro děti ve věku od 9 do 14 let za doprovodu matky, otce nebo prarodiče. Jsou tříměsíční a probíhají ve 12 lekcích, 1 lekce týdně. Lekce se skládá z 1 hodiny cvičení přizpůsobeného možnostem dítěte i rodiče a 1,5 - 2 hodin skupinové terapie (je vypracovaný strukturovaný program pro rodiče a pro děti (stejná témata přizpůsobená věku dítěte). Terapie probíhá jak v oddělených skupinách dětí a rodičů, tak pohromadě rodiče s dětmi, kdy se dělají různé smlouvy apod. Děti jsou pro zvýšení motivace pravidelně hodnoceny pomocí bodového systému. Při bodování vycházíme z obecných zásad, že každý závodí sám se sebou, každý občas vyhrává a prohrává - byla snaha obměňovat hry a soutěže, tak, aby nebyly „hvězdy a outsideri“ a volili jsme převážně pozitivní odměňování. Děti jsme hodnotili zejména za plnění úkolů na daný týden, za vlastní iniciativu, za pohybovou aktivitu. Vytvořila se dobře fungující skupina, která dokázala vytvořit atmosféru sounáležitosti a z ní vyplývající podpory jednotlivců při hubnutí. V současné době se děti, které absolvovaly základní kurz, scházejí na samostatné cvičení s vážením a od září probíhá další cyklus.

Cílem společnosti STOB je rozšířit ve spolupráci s MUDr. Kalvachovou a dalšími odborníky rodinné kurzy snižování nadváhy do dalších měst České republiky, optimálně v návaznosti na lázeňskou léčbu v indikovaných případech.

V Praze zahajuje další cyklus rodinného kurzu 28. února v gymnáziu Na Vítězném pláni u metra C Vyšehrad od 17 do 19.30 hodin. Cena pro jednoho účastníka je 1300,-Kč. Přivítáme, pokud budete o této možnosti terapie obezity informovat rodiče. Na vyžádání Vám zašleme podrobnější informace.

Další informace na [www.stob.cz](http://www.stob.cz) nebo na tel 241673 451.



LUHAČOVICE, hotel ADAMANTINO  
sobota, 26. únor 2005

Program lékařské a sesterské sekce bude probíhat v oddělených sálech paralelně v dopoledním a odpoledním bloku. Po každé přednášce následuje 15 minut diskuze.

Registrace účastníků od 9,00 hod.  
v DK Elektra

### Lékařská sekce:

1. MUDr. S. ČERVENKA, MUDr. P. KOMÍNEK,  
Oční ordinace Otrokovice,  
ORL odd. Frýdek-Místek

### Slezíci a hlenící oko v dětském věku

2. MUDr. P. PEŠÁK, KBN DO Zlín

### Bolesti dolních končetin

3. MUDr. J. ŠTĚRBA, FDN Brno

### Úskalí časné diagnostiky nádorových onemocnění dětského věku - co přinesl rok 2004

4. MUDr. J. BARÁKOVÁ, MUDr. J. PETRŽELKA, DO  
Uh. Hradiště

### Cévní mozková příhoda u 13 letého chlapce

5. MUDr. T. DVOŘÁKOVÁ, MUDr. M. DOLEČKOVÁ,  
DO Kroměříž

### Žilní trombozy v dospívání

6. MUDr. R. JENÍČ, DO Kroměříž

### Inaparentní myokarditis

7. MUDr. P. HEJDUŠEK, DO Valašské Meziříčí

### Opakovaná respirační onemocnění u dětí

### Sesterská sekce:

1. MUDr. D. KOVAŘÍKOVÁ, KBN Novorozenecké  
odd. Zlín

### Co chcete a potřebujete vědět o kojení

2. MUDr. D. VURMOVÁ, Praha

### Novinky v očkování

3. MUDr. L. ŤOUKÁLKOVÁ, KBN DO Zlín

### Výživa dětí - co je a co není moderní a správné

#### 4. Problematika dětské kosmetiky

(konkrétní přednáška bude upřesněna)

Příhlášky zasílejte na obdrženém formuláři  
v 1. informaci resp. e-mailem na adresu  
produkční agentury:

### BOŘEK/PROCHÁZKA/PRODUKCE

Dětská 4617, 760 05 Zlín 5

### Provozovna:

Březnická 1529, 760 01 Zlín 1

tel.: 577 219 803, fax: 577 001 465,

e-mail: [prochazka@bpp.cz](mailto:prochazka@bpp.cz), [produkce@bpp.cz](mailto:produkce@bpp.cz)

### Účastnický poplatek:

lékař: 250 Kč; sestra: 120 Kč (cena vč DPH)



# K otázkám diagnostiky vývojové dysfázie

PaedDr. Lenka Pospíšilová

Demosthenes, Centrum komplexní péče, Ústí nad Labem

Ve světě stoupá počet dětí s odchylkami ve vývoji, což si vysvětlujeme jednak jako civilizační daň - např. narůstajícími nároky na člověka, dále pokroky v neonatologii a také faktem, že se těmito vývojovými odchylkami více zabýváme, a proto je umíme stále lépe diagnostikovat. Mezi těmito dysfunkcemi jsou vysoce zastoupeny děti s **vývojovými poruchami řeči**, proto v poslední době stále více slyšíme o diagnóze s názvem vývojová dysfázie (dále jen VD). Z etiologického hlediska je předpoklad, že typickou příčinou je **pre-, peri- i postnatální difúzní postižení CNS**, zasahující tedy celou centrální korovou oblast, a podle vážnosti postižení se manifestuje různou hloubkou řady symptomů:

- opožděný řečový vývoj
- psychomotorický neklid
- deficit pozornosti
- motorické deficity - zejména poruchy jemné motoriky rukou či poruchy motoriky mluvidel
- percepční deficity, zejména poruchy fonologického systému na úrovni rozlišování distinktivních rysů hlásek
- znaky organicity v kresbě postavy
- diskrepance mezi verbálními a neverbálními schopnostmi
- těžkosti s prostorovou a časovou orientací
- porucha vnímání, zapamatování a napodobení rytmu
- narušení paměťových funkcí, zejména porucha krátkodobé verbální paměti, která způsobuje v řečovém vývoji nedokonalou fixaci vzorců a komplikuje terapii řeči
- jazykové deficity:
  - redukce stavby věty
  - přehazování slovosledu
  - omezení slovní zásoby
  - odchylky ve frekvenci výskytu jednotlivých slovních druhů
  - nesprávné koncovky při ohýbání slov
  - vynechávání slov - zejména předložek a zvratných částic
  - nápadná výrazná patlavost až nesrozumitelnost s častou redukcí hlásek a slabik ve slově
- specifické deficity v učení
- latence při odpovědích

Všechny uvedené symptomy se později v různé míře promítají do těžkostí ve škole, kde jsou dysfatické děti znevýhodněné z několika důvodů:

- klasifikace se provádí většinou na základě ústního zkoušení
- porucha řeči vede systémově ke specifickým poruchám učení - dyslexie, dysgrafie, dysortografie
- nedostatečné porozumění čteného textu ztěžuje u starších dětí učení z učebnic

Přestože se od klasického dělení na **motorickou a senzickou dysfázii** pomalu upouští, **oba typy** se totiž vyskytují **propojeně**, má je význam představit zvláště jednak pro přehlednost a jednak proto, že se nadále vyčleňují tyto dvě formy v MKN.

## ■ Expresivní typ

- převažují obtíže v logomotorické oblasti - (v koordinované pohybové aktivitě mluvních orgánů při artikulované řeči)
- používá několik málo nebo více slov, ale vždy méně, než je norma, velká diskrepance mezi aktivním slovníkem a úrovní porozumění slovům a větám
- někdy těžko rozpoznatelné, zda přesně rozumí delším složitým souvětím (diagnostikuje se např. pomocí Token testu)
- věty chudé a stereotypní, zápor bývá umístěn za slovesem, slovesa často v infinitivu, nápadná je dlouhodobá absence zvratných zájmen a tvarů slovesa být, převaha substantiv
- poruchy v řazení slabikových sledů (přesmyky, redukce víceslabičných slov na 1-2 slabičná výrazy)
- dysgramatismus - nesprávné použití pádů po předložkách, záměny vidů
- při vyprávění nedokáží udržet dějovou linii
- latence při vybavování si pojmů - obtíže při hledání vhodného slova, časté obsahové nepřesnosti
- dlouho spoléhá na neverbální komunikaci pomocí gest, mimických výrazů
- verbální dyspraxie (nápadná neobratnost při opakování slov)
- při dobré vnitřní řeči se brzy objevuje tendence číst nebo i psát (zejména pomocí počítače)

## ■ Receptivní typ

- porucha chápání složitějších logicko-gramatických struktur - obtíže v rozumění slovům a chápání jejich obsahu
- poruchy ve sluchové percepci - významně snížený fonemický sluch (dále jen FS), poruchy slu-

chové analýzy a syntézy, sluchové paměti

- těžkosti i s diferencováním běžných zvuků, tzv. akustická dysgnózie (s přiřazováním akustických vjemů ke zdroji)
- v těžkých případech vážne rozvoj vnitřní řeči, čímž se utlumuje psychický vývoj dítěte, tedy intelekt

V současnosti víme, že porucha má systémový charakter a v různé míře zasahuje percepční a expresivní oblast ve všech jazykových rovinách. Řeč se vyvíjí ve změněných podmínkách, a vykazuje tak odchylky od normálního vývoje. Léze může vzniknout na jakémkoliv úrovni organizace verbálního aktu ve složce senzické nebo motorické.

Anamnestická data nepotvrzují ani nevylučují genetický faktor, často měl však někdo z rodiny nějaký i zcela banální problém s osvojováním řeči. Podle výzkumu Mikulajové a Rafajdusové se asi 30 % dysfatických narodí z rizikové gravidity, 35 % matek udává komplikace během porodu a 40 % komplikace poporodní (součet samozřejmě nedává 100 %). Získávání dat o raném psychomotorickém a řečovém (i předřečovém) vývoji je obtížné a zavádějící, nicméně lze předpokládat, že signifikantní je pouze údaj opožděného vývoje řeči, a to od samotného prvopočátku projevů verbality. Pro slovení prvního slova (nikoliv porozumění tomuto slovu) buď nastupuje později než do 12 měsíců (podle Mikulajové u 60 % dysfatických, z toho u 25 % do 24 a u 15 % do 36 měsíců) a pak pokračuje pomalý vývoj slovní zásoby s popsányými projevy, anebo je nástup prvních jednoslovných vět v předpokládaný čas (1-5 slůvek), v té chvíli se vývoj jakoby zarazí a významně zpožďuje.

Z hlediska úspěšnosti terapie se jeví jako nezbytná **včasná a týmová diagnostika**, která je v tomto případě záležitostí dětské neurologie, foniatrie, klinické logopedie a psychologie.

**Neurologický nález** může být buď v rámci širší normy, jindy může EEG vykazovat nález vlna - hrot bez manifestních projevů epilepsie. Někdy bývají typické lokalizované abnormity, které se projevují většinou v oblasti spánkového laloku. Pokud je specifický epileptický nález, i když nejsou jinak klinické projevy epilepsie, praxe ukazuje, že je vhodné vyzkoušet anti epileptickou léčbu, která je v určitém procentu provázena zlepšením. Neurologický nález může být zcela negativní, dokonce





i u těžké vývojové dysfázie, tíže postižení tedy nemusí být v souladu s neurologickým postižením. Charakter neurologických nálezů u dysfatických dětí je ve většině případů shodný s charakterem neurologických zpráv u dětí se syndromem lehké mozkové dysfunkce: lehký hypotonický syndrom vyjádřený podle věku, opoždění ve zrání mozečkových funkcí a v některých případech lehký choreatický dyskinetický syndrom nebo známky pyramidové iritace. Celkově mají děti maximum problémů v oblasti svalové koordinace, v hrubé a jemné motorice, grafomotorice. Zobrazovací metody CNS (CT, magnetická rezonance) neposkytují další možnost dělení vývojové dysfázie a vysvětlení její etiopatogeneze. Vzhledem k tomu, že v období zhoršení EEG dochází ke zhoršení rozumění řeči, lze předpokládat, že abnormity v EEG z oblastí řečových a sluchových center způsobují poruchu v oblasti časového zpracování akustického signálu a poruchy integračních sluchových a řečových spojů.“

Na pražské foniatrické klinice prováděli výzkum, kde sledovali 100 dysfatických různých starých dětí, 83 mělo abnormní EEG, z toho 49 s epileptickými grafoelementy. Domníváme se, že k zobecnění těchto výsledků, tzn. k úvaze o procentuálním zastoupení abnormit EEG v populaci dysfatických je zde nezbytné podotknout, že zmíněný výzkum byl prováděn pouze s pacienty kliniky. Z toho usuzujeme, že pozitivní neurologický nálezh bude všeobecně méně častý, než ukazují data špičkového pracoviště.

Moderní **foniatrie** řadí VD mezi poruchy centrálního sluchového zpracování zvukových signálů - jako poruchu zpracování řečového signálu. K posouzení oblasti řečové percepce je proto nutné foniatrické vyloučení poruchy sluchu a dále cílené sledování centrálních sluchových funkcí. Provádí se vyšetření indexu vnitřní informace řeči podle Sedláčka a dětský percepční test podle Nováka. Významný přínos představují elektrofyziologické metody, které potvrzují centrální sluchové postižení v oblasti časového zpracování zvukových podnětů i řeči - při vyšetření kmenových evokovaných sluchových potenciálů je nálezh stranově symetrický, někdy s mírně prodlouženými latencemi, a u korových potenciálů se objevuje absence primárního korového komplexu na slovní podnět, na tónový je zachován.

Současná **česká klinická logopedie** označuje termínem VD specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. Posuzuje hloubkovou a povrchovou strukturu řeči, provádí test fonematického sluchu podle Škodové, přičemž výsledky fonia-

trického vyšetření vnitřní informace řeči korelují s testem vyšetření distinktivních rysů hlásek (běžně užívaných v ambulancích klinické logopedie). Důležitými ukazateli jsou koncentrace pozornosti, motorické funkce - úroveň celkové motoriky významně koreluje s motorikou řečových orgánů - více než vlastní pohyb mluvidel je porušena koordinace pohybu (např. vždy vážně elevace jazyka jako cíleného pohybu), orientace v prostoru a čase, zkouška sluchové analýzy a syntézy, zraková percepce, lateralita, grafomotorika a především úroveň řečové percepce a exprese. Moderní chápání vývoje jazykových struktur zahrnuje Heidelbergský test vývoje řeči a odpovídá na otázky, na jaké úrovni se vývoj právě nachází, jaká je strategie zpracování verbální informace a jaké pokroky lze očekávat.

Z **psychologického hlediska** je v popředí nerovnoměrné rozložení celkových rozumových schopností dítěte, kdy je výrazný nepochtě mezi složkou verbální a neverbální. Psychologické testy u většiny dětí potvrzují známky lehké mozkové dysfunkce. Porucha intelektu zásadně není součástí klinického obrazu VD, a pokud je přítomna, jde o další přidruženou poruchu a v podstatě se jedná o kombinované postižení. Klinický obraz naopak dokresluje psychické poruchy a změny v chování - zejména snížená schopnost soustředit se. Difuzní postižení se projevuje specifickým rozptylem výkonů paměti, koncentrace pozornosti apod. Typická je nízká úroveň kresby lidské postavy (chudá, schematická, neživá), velmi špatné výsledky mají téměř všechny dysfatické děti ve zkoušce obkreslování.

Z **hlediska diferenciální diagnostiky** je nutno od VD odlišit Landau-Kleffnerův syndrom, opožděný řečový vývoj při mentální retardaci, vývojovou dysartrii, autismus, mutismus, opožděný řečový vývoj prostý s nastupující těžkou sensorikomatorickou dyslálií (tady bývá záměna nejčastější).

#### Stupně vývojové dysfázie:

##### 1. Nemluvnost

- komunikuje hlasem a pohybem
- při postižení percepce stagnuje i rozumový vývoj
- při postižení exprese dochází k rozvinutí vnitřní řeči, pokud se řeč nerozvíjí, je třeba užít alternativní a augmentativní komunikace

##### 2. Částečná nemluvnost - těžká dysfázie

- velmi pomalý, deformovaný rozvoj řeči
- vývoj se může zastavit

##### 3. Dysfázie

- závažné nedostatky ve slovní zásobě, gramatice, větě stavbě a artikulaci

##### 4. Dysfatické rysy

- jen některé znaky VD

Z praxe je známý **nejednotný přístup k diagnostice** VD, který se projevuje od terminologické nejednotnosti přes různé závěry podle testovacích nástrojů, schopnosti a orientace odborníka. Přestože např. testy intelektových schopností neobsahují pouze verbální části, ale také neverbální, přece jen obtížně postihují danou problematiku a mohou proto testovaného s centrální poruchou sluchu znevýhodňovat. Navíc psycholog nemá vzdělání řečového specialisty, nicméně testy rozumových schopností může provádět pouze on, z toho plyne nezbytná úzká spolupráce těchto dvou ambulancních specialistů již v diagnostické fázi. Foniatrický přístup je obecně při vyšetřování méně podrobný, popisovaný pochází ze špičkového pracoviště kliniky a postupem doby si teprve bude nacházet své místo v dalších foniatrických ambulancích. Neurolog by zase jistě rád přivítal ke svým diagnostickým úvahám již hotové zprávy od kolegů z týmu. Domníváme se, že by situaci napomohlo vypracování standardního diagnostického materiálu. Vzhledem k tomu, že masivní projevy této vývojové dysfunkce jsou především v řečové oblasti, měla by to být výzva právě pro moderní klinickou logopedii. Klinický logoped je ten, který se setkává s dysfatickem a jeho rodinou nejčastěji - jeho dlouhodobá terapie vychází nejen ze závěrů vlastního vyšetření, ale neobejde se bez řady vyšetření jmenovaných oborů. Měl by proto v týmu převzít ústřední roli jejich iniciátora (včetně opakování těchto vyšetření) a také informátora mezi specialisty, praktikem a rodinou. Dítě je třeba dlouhodobě sledovat interdisciplinárně a vyměňovat si informace (např. zda se vůbec a s jakým časovým odstupem po zahájení neurologické terapie valproátem zlepšuje řečová percepce apod.).

Nejodjedinele, že pro známou variabilitnost vývoje komunikace jsou raně řečové deficity bagatelizovány, což posouvá zahájení kvalitní dlouhodobé terapie VD a snižuje její úspěšnost. Moderní výzkumy nás přesvědčují, že z hlediska odhalení mnoha závažných onemocnění je nezbytné věnovat **pozornost ranému psychomotorickému vývoji. Vývoj komunikačních schopností** (neverbální, preverbální a verbální) jako vývoj nejvyšších mozkových činností i přes svoji variabilitnost **může být zajímavým ukazatelem** dalšího vývoje dítěte. Z pohledu VD by bylo účelné odeslat dítě na odborné logopedické vyšetření ve chvíli, kdy rodiče sdělí pochybnosti, či při nejistém vývoji řeči do 3 let věku (Kotagal datuje včasnou diagnostiku do věku 30.- 36.měsíce). Klinický logoped pomůže praktickému pediatrovi se zvážením potřeby vyšetření dalšími specialisty a rodiče současně instruuje o vhodné stimulaci (včasnosti zachycení

# **Avent - VIA system**



může bránit mylná, možná bohužel i ojediněle pravdivá, představa praktika o tom, že 2-3leté jinak zdravé dítě bude zbytečně častým účastníkem logopedické terapie). S odstupem doby pak provádí kontrolní vyšetření a zacvičování rodiny. Ve fázi poznání skutečného dysfatického vývoje (tedy vyloučení zejména opožděného řečového vývoje prostého s nástupem těžké senzorykomotorické dyslálie) sám posoudí četnost terapií, zvolí postup a nadále komunikuje s ostatními členy interdisciplinárního týmu. Všichni specialisté by měli být v problematice více školeni, včetně nezbytné-

ho interdisciplinárního průniku. I přes pokrok v diagnostických možnostech bývá kompenzace vývoje obtížná, přesto jistě není pochyb o nutnosti interdisciplinární spolupráce v jejím průběhu (např. psycholog s logopedem při výběru vhodného školního zařízení).

#### Literatura:

- 1) Dlouhá, O.: Vývojová dysfázie - centrální porucha sluchu, ZN LL 16/2003
- 2) Komárek, V., Zumrová, A. a kol.: Dětská neurologie. Vybrané kapitoly. Karolinum, Praha 2000
- 3) Kotagal, S.: Základy dětské neurologie, Triton, Praha 1996

- 4) Kutálková, D.: Opožděný vývoj řeči. Dysfázie. Metodika, reedukace, Septima, Praha 2002
- 5) Langmeier J., Krejčířová, D.: Vývojová psychologie, Grada Publishing, Praha 1998
- 6) Lechta V. a kol.: Diagnostika narušené komunikační schopnosti, Osveta, Martin 2002
- 7) Mikulajová, M., Rafajdusová, I.: Vývinová dysfázie. Špecificky narušený vývin řeči. Bratislava 1993
- 8) Preiss, M., a kol.: Klinická neuropsychologie. Grada Publishing, Praha 1998
- 9) Řičan, P., Krejčířová, D. a kol.: Dětská klinická psychologie, Grada Publishing, Praha 1995
- 10) Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M.: Psycho-diagnostika dětí a dospívajících, Portál, Praha 2001
- 11) Škodová, E., Jehlička, I. a kol.: Klinická logopedie, Portál, Praha 2003

## Zkušenosti a acebutololem v léčbě juvenilních hypertenzí

J. Liška, M. Kepková, P. Bošina, V. Holeček

Mulačova nemocnice s.r.o., Plzeň

Na naší ambulanci se dlouhodobě zabýváme léčbou juvenilní hypertenze (VOX 2, 2002). Při jejím vyšetřování provádíme mimo vyšetření krevního biochemismu funkční vyšetření ledvin, vyšetření tukového biochemismu, většinou i kyseliny vanylmandlové a kyseliny hydroxyindolctové v moči, plasmatické reninové aktivity v séru a aldosteronu v séru v klidu a po námaze, kortizolu v séru v klidu a po námaze, EKG, případně ECHO, vyšetření očního pozadí, sono ledvin, nadledvin a štítné žlázy. U některých pacientů ještě vyšetření katecholaminů v séru a v moči. U všech pacientů je nutné před léčbou vyšetření bicyklové ergometrie a Holterovo měření tlaku po dobu 24 hodin (ABPM).

V minulých letech z dostupných vyšetření prokázáno zvýšení hladin plazmatické reninové aktivity po zátěži u 50% pacientů, adrenalinu u 40% a noradrenalinu u 30% pacientů. Hladiny v moči byly zvýšené u nad udávanou normu u 20% pacientů, stejně jako hodnota kortizolu. U 25-30% pacientů zjištěny určité nálezy na očním pozadí a při ECHO vyšetření. Ve skupině juvenilních hypertenzí byla také v 54% zjištěna elevace lipidogramu. Patologické nálezy při bicyklové ergometrii především ve smyslu hyperreaktivity převážně systolického tlaku na zátěž zjištěny u 52% pacientů. Při kontinuálním 24hodinovým měření tlaku zjištěny patologické nálezy jen u 15% pacientů.

Ve 30% jsme zjišťovali anamnesticky zátěž z hlediska hypertenze u rodičů adolescentů.

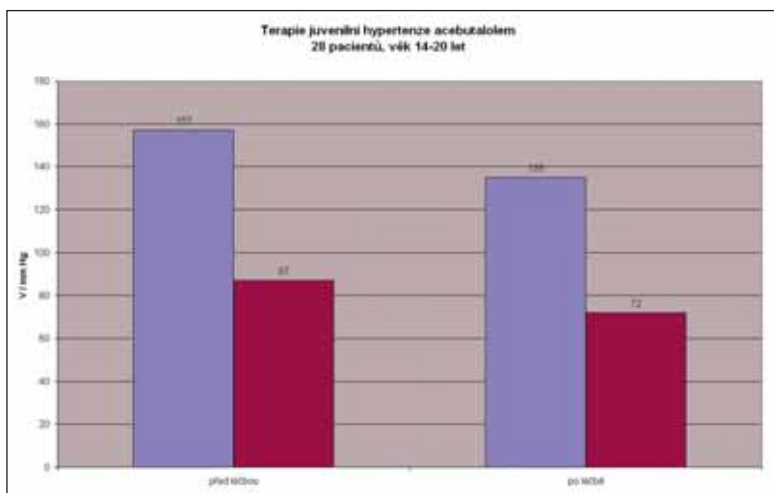
Standartní léčbou juvenilní hypertenze je nadále redukce obezity, případně nadváha a aktivní uplatňování dynamické sportovní aktivity (běh, kolo, pla-

vání, v zimě běžky). Nejsou doporučovány sporty v posilovnách.

Dříve se v léčbě užívaly neselektivní blokátory (trimopranol), v dalším období pak selektivní blokátory. Někteří pacienti si však při jejich užívání stěžovali na určité potíže při provádění dynamické sportovní aktivity i v běžném životě včetně pozorované hraniční bradykardie. Proto jsme využili selektivní beta-blokátory s ISA (vnitřní sympatomimetickou aktivitou). Rozhodli jsme se proto v posledních třech letech používat preparát acebutanol (Acebirex, Acecor).

Tímto preparátem jsme do současné doby léčili 28 pacientů, nezaznamenali jsme žádné vedlejší účinky, u preparátu Acebirex jsme využívali dávkování po 200-400mg bez nutnosti dělení. Efekt léčby je uveden v přiloženém grafu (vychází z hodnot po 6 měsících léčby).

Dovolili jsme si předložit naše zkušenosti z ambulantní léčby pro primární péči. Z výše uvedených vyšetření proto považujeme za nutné mimo opakovaná měření tlaku po klidu standartně pro-



vádět vyšetřování krevního biochemismu včetně lipidogramu a hormonů štítné žlázy, sonografické vyšetření, vyšetření očního pozadí a EKG. Ostatní specifická vyšetření uvedená v práci jsou mimo rámec standartních výkonů. Podle možnosti ponecháváme na zvážení provádění bicyklové ergometrie v příslušné laboratoři.

Lze očekávat, že při současné snížené tělesné aktivitě části mladé populace se budou dětští lékaři v primární péči častěji setkávat s juvenilní hypertenzí. Vzhledem k tomu, že v pracích autorů České společnosti pro hypertenzi je poukazováno na fakt, že část hyperteniků středního věku má již začátek onemocnění v dospívání, je nutné soustředit naši pozornost na toto věkové období.



## Ze zahraničního tisku

### **Dráždivý útrobní syndrom - společné příčiny recidivujících břišních bolestí u dětí.**

*Irritable bowel syndrome: the commonest cause of recurrent abdominal pain in children.*

**Eur. J. Pediatr (2004), Vol. 163, str. 584-588.**

Hlavním problémem dětí s recidivujícími bolestmi břicha pro dětského lékaře je odlišit organickou a neorganickou příčinu těchto potíží. Vyšetřili proto skupinu 103 dětí (60 děvčat a 43 chlapců) průměrného věku 10 let, které svými potížemi naplňovaly kritéria stanovená na sjezdu v Bristolu, tzn. tři nebo více záchvatů bolestí břicha za období 3 měsíců, které velmi narušily aktivitu dítěte. Z této skupiny bylo 76 dětí z gastroenterologické ordinace a 27 od praktiků. Všechny děti měly provedena tato vyšetření: kompletní vyšetření moče, stolice na kultivaci i na parazity, okultní krvácení, Ko DIFF včetně retikulocytů, případné vyšetření erytrocytů k vyloučení srpkovité anémie a následné hemolytické krize, CRP, základní krevní biochemismus, amylasy, sérové IgA a screening celiakie, tj. protilátky proti gliadinu a endomysialní protilátky, serologické vyšetření protilátek proti *Helicobacter pylori* a sonografické vyšetření břicha. Zcela výjimečně prováděny invazivní výkony, jako gastrointestinální endoskopie, případně výjimečně kolonoskopie při opakovaném krvácení, hypoalbuminémii a abnormálních patologických zánětlivých ukazatelích při předpokládaném onemocnění tenkého nebo tlustého střeva. Děti s podezřením na gastroezofageální reflex měly prováděnou 24-hodinovou jícnovou pH monitoraci. Výsledkem těchto vyšetřování by-

lo konstatování, že 70% dětí nemělo žádnou organickou příčinu bolestí. Ve 30% nalezena organická patologie - GER v 8,7%, *H. pylori* v gastritis v 7,8%, Crohnova onemocnění v 6,9%, celiakie v 3,6% a po 1% duodenální vřed, potravinová alergie a intolerance laktózy. Všechny děti s celiakií měly pozitivní obě serologická vyšetření, Crohnova choroba zase zánětlivé ukazatele. Dalšími zajímavými ukazateli u onemocnění organického charakteru jsou noční bolesti spojené s probuzením a pro neorganický charakter je zase zajímavá periumbilikální lokalizace bolestí, pocit neúplného vyprázdnění a zmírnění potíží po vyprázdnění. Závěrem se autoři shodují, že recidivující bolesti břicha by neměly být brány jako primárně psychogenní záležitost, ale praktičtí lékaři spolu s případnou GIT ordinací by měli mít snahu o definitivní vyloučení organického charakteru potíží.

\* \* \*

### **Synkopy u pediatrických pacientů, kteří byli hospitalizováni na emergency oddělení.**

*Syncope in pediatric patients presenting to an emergency department.*

**J. Pediatr 2004, Vol. 145, str. 223-228**

V práci analyzovány synkopy u 226 pediatrických pacientů, kteří prošli oddělením v letech 1998-2003. Jejich věkové rozmezí se pohybovalo mezi 0-16 lety. Z hlediska diagnostické kategorizace se jednalo o pacienty s neurokardiogenní synkopou a neurologickou poruchou. Sem řazeny také syndrom posturální ortostatické tachykardie, cerebrální synkopa, chronický únavový syndrom a situační synkopa. Dále pak trau-

ma, meningitis, migrény, krvácení do CNS. Z kardiologických onemocnění arytmie, obstrukce výtokové oblasti levé komory, tumor, myokarditis, koronární arteriální abnormality, plicní hypertenze, perikardiální effuze. Z psychogenních potíží sem řazeny hysterie, deprese, panická ataka, dechová psychogenní ataka. Z intoxikací pak tablety, drogy a intoxikace oxidem uhelnatým. Z ostatních zavazovaných diagnóz samozřejmě hypoglykémie, hypokalcémie, akutní anémie, hypoxie a respirační onemocnění. Je zajímavé, že EKG nebylo provedeno u 58% pacientů s těmito dg. Neurokardiogenní synkopa byla hlavní dg. v 80% klinických obrazů. Neurologické problémy, převážně křeče, mělo 9% pacientů, jen jeden pacient měl epilepsii. Z kardiálních výše uvedených problémů mělo jedno dítě poruchu pacemakeru, jeden pacient pak sick sinus syndrom a třetí syndrom prodlouženého QT intervalu se sekundárním AV blokem. Z neurokardiogenní skupiny pacientů mělo provedeno EEG 94 pacientů, CT mozku 33 pacientů, toxikologické vyšetření 16 pacientů, 26 pacientů vyšetřeno pomocí ECHO, Tilt test pak proveden u 8 pacientů, Holter EKG u 14 pacientů, Holter EEG u 15 dětí, psychologické vyšetření u 18 dětí a vyšetření krevního biochemismu u 122 dětí. Nebylo nalezeno žádné organické onemocnění, kde by tato synkopa byla prvním ukazatelem. Také v rodinné anamnéze pediatrických pacientů se synkopami nebyly zjištěny žádné pozoruhodnosti. Prognóza se jevila vesměs jako velmi dobrá.

Pro VOX PEDIATRIAE  
připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.





## Postgraduální vzdělávací akce pro PLDD a další zájemce, pořádané Klinikou dětí a dorostu 3. LF UK a FN Královské Vinohrady ve spolupráci s katedrou pediatrie IPVZ v 1. pololetí 2005

**Místo konání:** Klinika dětí a dorostu UK-3.LF a FN Královské Vinohrady, Praha 10, Vinohradská 159

**Přihlášky:** přes katedru pediatrie IPVZ, tel. 241 721 238 (nikoliv přímo na Kliniku dětí a dorostu)

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

**kurz č. 220008**

(vždy ve středu od 17 do 18 hodin)

- 16.2.2005: Obezita u dětí (dr. Finková)
- 9.3.2005: Neprospívající kojeneček (as. Votava)
- 13.4.2005: Dětská kardiologie v praxi (prim. Čeřovská)
- 18.5.2005: Krvácení z gastrointestinálního traktu u dětí (as. Volf)
- 15.6.2005: Alergická rýma (dr. Srbová)

### **Gastroenterologie v pediatrické praxi - 2.4.2005 (sobota) 9-16 hodin**

**kurz č. 220009**

- Enterorhagie u dětí (as. Volf)
- Diferenciální diagnostika bolestí břicha u dětí - aktualizované algoritmy (as. Marx)
- Chronická zánětlivá onemocnění střevní - novinky v ultrazvukovém obraze (dr. Zikmund)
- Diagnostika zánětlivých střevních onemocnění pomocí radionuklidových metod (dr. Chroustová)
- Úskalí léčby chronické zácpy z pohledu dětského chirurga (prim. Kryl, dr. Dittertová)
- Poruchy metabolismu mědi u dětí (dr. Jirsa)

### **Aktuality v dětské endokrinologii - 9.4.2005 (sobota) 9-16 hodin**

**kurz č. 220010**

- Dětské autoimunitní tyreopatie (prof. Hníková)
- Sonografie v dětské endokrinologii (dr. Zikmund)
- Diabetes mellitus u novorozenců a kojenců (as. Průhová)
- Septo-optická dysplázie - syndrom nejen z učebnic (dr. Vosáhlo)
- Obezita u dětí - stav v roce 2005 (dr. Finková)
- Novinky v diagnostice a léčbě kongenitální adrenální hyperplázie (as. Votava)

### **Odborná stáž: Dětská endokrinologie - 1 týden (leden-červen)**

**stáž č. 220034**

strukturovaná stáž, zaměřená zejména na součinnost s dětskou endokrinologickou ordinací - určeno pro lékaře s atestací 1. stupně z pediatrie se zájmem o dětskou endokrinologii (školitel: prof. Lebl a spolupracovníci)

Konkrétní termín možno dojednat na sekretariátu Kliniky dětí a dorostu, tel. 267 162 561

### **Odborná stáž: Sonografie v dětské endokrinologii - 4.4.2005 - 8.4.2005**

**stáž č. 220033**

praktický nácvik ultrazvukového vyšetřování endokrinních orgánů se zvláštním zaměřením na štítnou žlázu - určeno pro lékaře s atestací 1. stupně z pediatrie, zabývající se dětskou endokrinologií (školitel: dr. Zikmund)

**Firma Orion Diagnostica a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD)  
ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL) vyhlašuje**

## **SOUTĚŽ O CENY**

**Podmínkou účasti v soutěži je zaslání kazuistiky, kde měření CRP v ordinaci praktického dětského lékaře mělo zásadní význam pro rychlé stanovení diagnózy nebo pro rozhodnutí o dalším léčebném postupu.**

**Kazuistiku je třeba doručit na adresu SPLDD nejpozději do 31. 3. 2005.**

**Ceny budou uděleny odbornou komisí navrženou výborem SPLDD a výborem OSPDL.**

**Kazuistiky doporučené odbornou komisí vyjdou tiskem jako Supplementum časopisu VOX PEDIATRIAE.**

**SPLDD ČR, U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10  
Orion Diagnostica, Bělohorská 57, 169 00 Praha 6**

**Nestlé**

# Důležitost kvalitativních aspektů ve výživě dětí

L. Kužela

S rozvojem moderních poznatků dochází v poslední době ke změně, či spíše řečeno k upřesnění požadavků na optimální výživu dospělých, ale i dětí. Před řadou let byl v popředí spíše **kvantitativní aspekt** výživy, kdy základním požadavkem byla potřeba zajistit dostatek základních živin, aby nedošlo ke vzniku celkové malnutrice, kterou je stále možno vidět v rozvojových zemích. Do popředí se nyní oprávněně dostává **kvalitativní aspekt**, konkrétně je to snaha, aby ve výživě člověka, jak dospělého, tak tím spíše i dítěte nedocházelo k žádným nutričním nedostatkům, tedy k žádným projevům malnutrice celkové, ale rovněž ani ne parciální.

O tom, že z hlediska kvality výživy nemůžeme být v České republice spokojeni, svědčí řada indicií, kde obecně je známý nedostatek vlákniny, dále v poslední době se stále více zdůrazňuje také nedostatek antioxidantů, nedostatek kyseliny listové a podobně. U dospělé populace tyto skutečnosti bereme již na vědomí, i když z hlediska prevence jsou tyto stále podceňovány. Většinou se o deficitech začíná mluvit až při klinicky manifestních projevech, jako je například vysoké riziko kolorektálního karcinomu nebo při důsledcích hyperhomocysteinemie, která je samostatným nezávislým rizikovým faktorem akutních srdečních či mozkových cévních příhod.

Stále je ale věnováno málo pozornosti stavům, kde deficit určitého nutrientu vyvolá či napomůže vzniku určitého chorobného stavu a tím přinejmenším zhorší kvalitu života, ale v popředí nejsou akutní hrožící důsledky. S těmito nutričními deficity se většinou počítá až v kategorii starších osob nebo až přímo v seniu. Máloukdo si však vůbec připustí, že nutriční deficity, rovněž s nepříznivými důsledky, mohou být i v dětském či časném dětském věku. Je to proto, že stále je v popředí kvantitativní aspekt výživy, většinou si nepřipouštíme, či spíše ani nechceme připustit možné kvalitativní dysnutrice, či přímo deficitu i v této věkové kategorii. Přitom řada nových poznatků v nutriciologii prokazuje, že výživa velké části dětí zdaleka není skutečně optimální.

Jednou z oblastí, kde v současné době je řada nových, často překvapivých poznatků, je vztah výživy a imunitního systému. Nejedná se jen o známou skutečnost, že v období zvýšeného rizika dbáme na dostatečné zásobení vitamínem C, ale problém je obecnější, jedná se o vztah ne zcela dostatečné výživy a dobré imunitní odezvy organismu. V oblasti léčebné výživy se již několik let mluví o tzv. **imunonutrici**. U osob se závažnými, často až septickými stavy je v řadě studií prokazováno zřetelné zlepšení, jestliže v nutričně plnohodnotné výživě je dostatek polyenových mastných kyselin jak řady n-3, tak n-6, dále jsou tam přítomné nukleotidy a arginin (Bertolini a spol., 2003). Kemen a spol (1996)

prokazují výrazný ekonomický dopad takovéto výživy u nemocných v časných postoperačních obdobích. U závažných pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče vedlo zajištění optimální péče v oblasti léčebné výživy ke snížení celkových nákladů až o 1/3.

V zcela recentním období se sice objevily určité nejasnosti, zda přítomnost zvýšeného, či relativně vysokého obsahu argininu je žádoucí či nikoliv (Heyland a spol., 2001), jedná se však o závažné kritické stavy a o vysoký obsah argininu. Důležitost polynenasycených mastných kyselin a nukleotidů pro zvýšení imunity je však opakovaně potvrzena (Soeters, P.B., Sobotka, L., 2000, Zadák, Z., 2000), v žádném případě nebyla nikdy zpochybněna. V současné době je možno i na našem trhu se setkat s přípravky pro náhradní mléčnou kojeneckou výživu obohacené nukleotidy. Takovým výrobkem je např. kojenecké mléko SUNAR Baby. Také proto je věnována značná pozornost dostatečnému množství polynenasycených mastných kyselin, event. i nukleových kyselin rovněž v kojenecké výživě, zejména při přípravě výživy určené pro tato časná období růstu.

Optimální složení mastných kyselin má však příznivý vliv nejen na stav imunitního systému, ale projevuje se i v jiných oblastech, např. podporuje optimální růst dítěte (Rump, P. et al., 2001), nebo má vliv na vývoj mozku a zraku (Birch, E. et al.: 2002, Decsi, T. et al.: 2000) či na stereotaxi dítěte v pozdějším věku (Williams a spol., 2001).

Podobně při zamyšlení nad kvalitativním aspektem výživy člověka, zejména v dětském věku, není možno zapomenout na potřebu zajistit optimalizaci střevní mikroflóry, a to jak pomocí probiotik, tak také prebiotik (Pedone, C. et al., 1999). K prebiotikům patří nutrienty, které jsou řazeny do skupiny rozpustné vlákniny a jsou vlastně substrátem pro růst lactobacilla a dalších probiotických bakterií. V této souvislosti je vhodné připomenout, že při bakteriální kolonizaci tenkého střeva, která bývá u dysmikrobií běžná (Lin, H.C., 2004), je vlastně v zánětlivě postižené části tenkého střeva rovněž narušené vstřebávání řady důležitých nutrientů. Při rozsáhlejších či déletrvajících postižení tyto změny mohou být důležitým faktorem pro vznik parciální malnutrice i při zajištění kvalitní a plnohodnotné stravy per os.

Není záměrem informativního článku vyjmenovávat pozitivní či negativní dopady optimální nebo deficitní výživy nejen u dospělém, ale i v dětském věku, ale upozornit na důležitost kvalitativního aspektu výživy ve všech věkových kategoriích. Na rozdíl od stále přezívajících názorů, že v naší populaci se malnutrice prakticky nevyskytuje, je třeba si uvědomit či přiznat modernější pojetí výživy právě

se zdůrazněním kvantitativní stránky. Tak např. Meyer (2000) udává, že 25 - 75 % všech hospitalizovaných pacientů má prokazatelné projevy malnutrice, podobné závěry byly prokázány i na jiných pracovištích a i u dětí. Tláskal a kol. (2004) udávají, že v době zahájení hospitalizace ve Fakultní nemocnici Motol mělo v letech 1998 - 1999 protein-energetickou malnutrici 14,5 % dětí. Toto číslo vlastně udává incidenci celkové malnutrice, nikoliv deficity některých jiných nutrientů. Je ale velmi pravděpodobné, že u izolované malnutrice některého z nutrientů se bude jednat o vyšší hodnoty. I tyto dodatky potvrzují, že incidence malnutrice je v naší republice výrazně vyšší, než se většinou předpokládá, samozřejmě je možno počítat s tím, že nežádoucí důsledky tohoto stavu rovněž nebudou zanedbatelné. Tím spíše je ale nutno výživě věnovat podstatně větší pozornost, a to zejména, jak bylo již uvedeno, z kvalitativního aspektu.

## Literatura:

- 1) Alpers, D.H., Stenson, W.F., Bier, D.M.: pp. 397-463 in: *Manual of Nutritional Therapeutics. Fourth edition.*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2002
- 2) Bertolini G, Lapichino G, Radrizzani D et al. Včasná enterální imunovýživa u pacientů v závažném septickém stavu: výsledky prozatímní analýzy randomizované klinické zkoušky realizované ve více střediscích. *Int Care Med* 2003; 29: 834-40.
- 3) Birch, E. et al.: A randomized controlled trial of long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation of formula in term infants after weaning at 6 wk of age. *Am.J.Clin.Nutr.*, 75: 570-580; 2002
- 4) Decsi, T., Kelemen, B., Minda, H. et al.: Effect of type early infant feeding on fatty acids composition of plasma lipid classes in full-term infants during the second month of life. *J.Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*: 30: 547-51; 2000
- 5) Heyland DK, Novak F, Drover JW et al. Měla by se u kriticky nemocných pacientů zavést imunovýživa jako rutinní praxe? Systematický přehled shromážděných materiálů. *JAMA* 2001; 286: 944-53.
- 6) Kemen, M., Senkal, M., Mumme, A., Kolling, E., Zumtobel, V.: Early postoperative immunonutrition: clinical outcome and cost-benefit analysis. *J.Parent.Nutr.*, 20; 24 S, 1996
- 7) Lin, H.C.: Small Intestinal Bacterial Overgrowth. A Framework for Understanding Irritable Bowel Syndrome. *JAMA*, 292 : 852-858; 2004
- 8) Meyer, R.: Prevalence of malnutrition. pp. 19 - 21 in: *Basics in Clinical Nutrition. Editor-in-Chief: L.Sobotka, Galén, Praha, 2000.*
- 9) McCowen KC, Bistran BR. Imunovýživa: záležitost problematická či naopak problémy řešící? *Am J Clin Nutr* 2003; 77: 764-70.
- 10) Rump, P., Mensing, R.P., Kester, A.D.M., Hornstra, G.: Essential fatty acid composition of plasma phospholipids and birth weight: a study in term neonates. *Am.J.Clin.Nutr.*, 73: 797-806; 2001
- 11) Soeters, P.B., Sobotka, L.: Malnutrition and the reaction to acute illness or trauma. pp. 27 - 29 in: *Basics in Clinical Nutrition. Editor-in-Chief: L.Sobotka, Galén, Praha, 2000.*
- 12) Suchner U, Heyland OK, Peter K. Imunomodulační působení argininu u kriticky nemocných pacientů. *Br J Nutr* 2002; 87: 5121-32.
- 13) Taylor, R.M., Baker, A., Cheeseman, P., Preedy, V., Barlett, F., Grimble, G.: Can adult enteral formulae be given to critically ill paediatric patients. *Intensive Care Med.*, abstr. 1997.
- 14) Tláskal, P. a kol.: Skóre nutričního rizika u dětí. Str. 26 - 30 v: *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů. Editor: P.Kohout, Maxdorf, Praha, 2004.*
- 15) Williams, C., Birch, E.E., Emmet, P.M. et al.: Stereoacuity at age 3,5 y in children born full-term is associated with prenatal and postnatal dietary factors; a report from populati-on-based cohort study. *Am.J.Clin.Nutr.*, 73: 316-322; 2001
- 16) Zadák, Z.: Special Formulas. pp. 98 - 100 in: *Basics in Clinical Nutrition. Editor-in-Chief: L.Sobotka, Galén, Praha, 2000*



## Aktuality

### ■ Jahn musí ustoupit, spoluúčast nebude

Dvě různé vize dalšího fungování zdravotnictví se možná ocitnou na jednacím stole kabinetu Stanislava Grosse, pokud ministryně Milada Emmerová nezpracuje do své koncepce návrhy připravené ekonomickými experty. Návrh na zavedení spoluúčasti pacientů ještě v tomto volebním období však recepty na řešení ekonomické krize zdravotního pojištění nebude.

Zvýšit zapojení pacientů do financování zdravotnictví formou administrativních poplatků za návštěvu odborného lékaře bez akutních potíží či za vystavení receptu navrhoval vicepremiér Martin Jahn jako prevenci nadměrného užívání zdravotní péče v ambulantním sektoru.

Za návštěvu lékaře by se podle jeho představ o konsolidaci zdravotnictví mělo platit 50 až 80 korun, o něco méně by stálo vystavení receptu. S tím ale nesouhlasil premiér Stanislav Gross. „Chceme udělat taková opatření, která povedou ke stanovení dlouhodobé strategie ve zdravotnictví a která zajistí, že systém bude stabilní letos i v letech následujících. Přičemž nebudeme muset sahat k tomu zatěžovat naše spoluobčany nějakým zvýšením spoluúčasti,“ prohlásil po dvouapůlhodinovém jednání s ekonomickými ministry, odbory, zaměstnavateli a zástupci dalších zájmových skupin.

Podle Grosse je zapotřebí nejprve zaručit vyšší hospodárnost. „Jsou segmenty, které vykazují velkou neefektivitu. V tuto chvíli není možné a zodpovědné do systému vkládat více peněz od lidí, protože tím systémem protečou a budou na tom více profitovat jen ti, kteří na takto fungujícím systému profitují,“ řekl premiér.

#### Škromach: Spletl si vládu

O zavedení vyšší spoluúčasti ministři zdravotnictví z řad ČSSD uvažovali už dříve. První nesmělý pokus učinila Marie Součková, ale po drtivé kritice spolustraníků návrh na zavedení poplatků za recepty a lůžka v nemocnicích rychle stáhla. Razantněji o něm hovořil ve své koncepci Jozef Kubinyi. S návrhem však přišel už v beznadějně situaci - po pádu vlády Vladimíra Špidly v době, kdy bylo jasné, že v novém kabinetu již nezasedne.

Proti programovému prohlášení vlády, které se zvyšováním plateb pacientů nepočítá, neměl šanci ani Jahn. Trefně to charakterizoval ministr práce a sociálních věcí Zdeněk Škromach: „Pan vicepremiér Jahn si zřejmě spletl vládu,“ prohlásil nad jeho návrhem. Podle Škromacha by se Jahn „měl zabývat hospodářskou koncepcí vlády, a nikoli zdravotnictvím, které nespadá do jeho kompetence“.

Podle informací LN se Jahn na jednání ani nesnažil spoluúčast nějak hájit a ani ministr financí Bohuslav Sobotka za ni nebojoval. „Námi navrhovaný přístup k reformě zdravotnictví nestojí ani nepadá s případným neprosazením spoluúčasti pacienta,“ uvedl Jahn posléze.

Mezi jeho nápady zůstalo třeba striktní vymezení plně hrazené péče a zavedení komerčního připojištění na nadstandardní péči. Připlatit si na ni zatím zákony neumožňují. Jahn také žádá zvýšit pravomoci zdravotních pojišťoven a omezit časté souběhy lékařských praxí, kdy je lékař zaměstnancem nemocnice a zároveň má i soukromou ordinaci.

Návrhy předložené Jahnem a Sobotkou má nyní dopracovat zvláštní expertní skupina. Pokud je pak Emmerová do své koncepce nezahrne, bu-

dou podle informací LN předloženy na vládě jako samostatný materiál. Premiér Gross chce mít vizi dalšího fungování zdravotnictví k dispozici v únoru.

### ■ Stresované matky ohrožují své děti

Pokud těhotná žena trpí stresem a depresemi, negativně ovlivňuje své nenarozené dítě. Nová americká studie dokazuje, že takové děti mají ve svém dalším životě daleko více problémů než děti, které se narodily veselým a šťastným ženám.

Jak studie dokazuje, tyto děti mohou mít problémy s učením i s chováním. Podle vědců také mohou mnohem častěji trpět depresemi nebo úzkostmi. Veřejnost o tom informoval americký list New York Times.

Vědci upozorňují, že výsledky studie jsou zatím předběžné. Stres nebo deprese v průběhu matčina těhotenství jsou jen jedním z mnoha druhů faktorů, které ovlivňují rozvoj dítěte.

#### Děti mají v těle více stresového hormonu

Účinky stresu na plod byly velmi kvalitně zdokumentovány při pokusech na zvířatech. U lidí pak existují přesvědčivé důkazy, že matky, které trpí stresem v těhotenství, jsou více náchylné k předčasným porodům a jejich děti se rodí s nízkou porodní hmotností.

Studie, která byla letos publikovaná v časopise Infant Behavior And Development (Chování kojenců a jejich vývoj), srovnávala sedmdesát těhotných žen trpících depresemi se sedmdesáti ženami, které tento problém neměly.

V porovnání s dětmi zdravých matek měli novorozenci žen s příznaky deprese vyšší hladinu stresového hormonu kortizolu a nižší hladinu dopaminu a serotoninu, tedy hormonů, které přispívají k dobré náladě a chrání člověka od depresivních stavů.

„Novorozenci, jejichž matky prožívaly větší stres, měli rovněž méně rozvinuté schopnosti učit se, byli méně vnímaví a jejich rodiče museli vynaložit větší úsilí na to, aby je utišili,“ konstatovala doktorka Tiffany Fieldová, autorka studie. Vědci už v minulosti zjistili, že to, co se v těle nenarozeného dítěte odehrává, pak přetrvává i v dětství.

#### Úzkostná matka - nepozorné dítě

Ve studii publikované v roce 2002 v The British Journal of Psychiatry, se vědci tázali 7448 žen z Velké Británie na to, jakou mírou stresu v těhotenství trpěly. Ženy pak měly zhodnotit, jak se chovaly jejich děti do čtyř let.

A výsledky? Studie přesvědčivě dokázala, že děti, jejichž matky uváděly vyšší úroveň úzkosti v pozdním stadiu těhotenství, měly častěji problémy s chováním. Mezi nimi přitom nejvíce s udržováním pozornosti.

### ■ Šeřík odhalí Alzheimerovu chorobu

Pokud člověk nedokáže správně rozeznat jisté pachy, může se jednat o počáteční projev demence.

Vůně šeříku, citronu či kouře patří mezi desítku pachů, které vědci určili jako klíčové pro brzké rozpoznání Alzheimerovy choroby.

Alzheimerova choroba je závažné onemocnění, mezi jehož hlavní projevy patří zapomínání, nezvyklá roztržitost, deprese a změny osobnosti. Nemoc, kterou v Česku trpí zhruba 80 tisíc lidí, poprvé popsal německý





neurolog Alois Alzheimer v roce 1907. K jejímu rozpoznání se tradičně využívaly paměťové a genetické testy a skenování mozku. K těmto metodám nedávno přistoupilo i testování čichu.

Badatelé z Kolumbijské univerzity v New Yorku teď sestavili desítku vůní, které lékařům dokážou prozradit, zda má člověk sklon k rozvoji demence. Podle BBC se jedná o pach jahod, citronu, šefíku, hřebíčku, kouře, mentolu, ananasu, zemního plynu, mýdla a kůže.

Vědci prověřovali během pětiletého experimentu čichové schopnosti sto padesáti osob s malým či středním poškozením poznávacích schopností. Ukázalo se, že u té části osob, která nebyla schopna bezpečně určit zmíněné vůně, se později rozvinula Alzheimerova choroba. Výsledky testů byly mimořádně přesné. Navíc se ukázalo, že se značně shodují i s výsledky ověřování paměťových schopností zkoumaných osob a s výsledky počítačového snímání jejich mozků.

Autoři experimentu věří, že jejich postup přispěje k včasné diagnóze onemocnění. Ta je pro pacienta nesmírně důležitá - čím dříve se začne léčit a dostane odpovídající léky, tím více se podaří chorobu zpomalit.

Ostatní experti se shodují, že pokus amerických vědců je přínosný. Upozorňují ale na některá úskalí, která mohou objektivitu čichových testů zkreslit. Mezi takové faktory patří například nachlazení zkoumané osoby - rýma schopnost čichu ovlivňuje. Svou roli hraje i doba, v níž k testu dochází. Kupříkladu před jídlem je čich mnohem citlivější než po vydatném obědě či večeři. Dále je nutné uvědomit si, že zapomínání může být i přirozeným důsledkem stárnutí. Někteří starší lidé sice vůni cítí, ale nejsou ji schopni pojmenovat obvyklým názvem. Podle odborníků je proto důležité kombinovat čichové testy s dalšími diagnostickými metodami. Pokud tedy člověk necítí mýdlo, nemusí se hned děsit, že ho postihla Alzheimerova choroba.

### ■ Nedostatek spánku přispívá k obezitě

Málo spánku znamená vyšší riziko obezity. K tomuto závěru dospěli američtí vědci. Badatelé z kolumbijské univerzity zjistili, že lidé, kteří spí denně čtyři hodiny a méně, mají o 73 procent vyšší pravděpodobnost než ostatní, že budou obézní.

Vědci analyzovali údaje o 18 000 osobách ve věku od 32 do 59 let a vzali v úvahu takové faktory, jako jsou deprese, fyzická aktivita, konzumace alkoholu, věk, pohlaví, etnický původ a vzdělání.

Zjistili rovněž, že lidé, kteří spí pět hodin, mají o 50 procent větší riziko obezity než osoby, jež spí obvyklou dobu, a u těch, kteří spí šest hodin, je toto nebezpečí o 23 procent větší. Předchozí vědecké studie ukázaly, že nedostatek spánku je spojen se zvýšením hladiny hormonu leptinu, který reguluje chuť a váhu a rovněž informuje mozek o tom, kolik je v těle energie. Nedostatek spánku ale zároveň podle amerických vědců vede ke vzrůstu hladiny hormonu grehlinu, který zvyšuje chuť k jídlu.

James Gangwish, který vědecký tým vedl, je přesvědčen, že důvod tohoto účinku je třeba hledat v prehistorické době. Metabolický regulační systém zřejmě motivoval předchůdce člověka, aby přijímal více potravy v létě, kdy noci jsou kratší a kdy si bylo možno snadněji obstarat potravu, aby se tak připravil na přežití v zimě.

### ■ Za předčasné stárnutí může stres

Americká studie dokazuje úzký vztah mezi stavem mysli a organismu člověka.

Vědci z Kalifornské univerzity v San Francisku tvrdí, že objevili první přímý důkaz toho, že emocionální výkyvy mají vliv na stárnutí lidského organismu. Stres dává tělu pořádně zabrat, to si ostatně vyzkoušel každý z nás alespoň v zaměstnání nebo ve škole. Ještě méně ale organismu prospívá stres permanentní. Ten totiž prokazatelně narušuje imunitní systém, vystavuje nás riziku srdeční příhody a dalším nepříjemnostem.

Nyní ale vědci zřejmě přišli na to, proč tomu tak je: Stres, nebo lépe řečeno jeho každodenní prožívání, zřejmě mění základní genové molekuly v buňce. Informoval o tom kalifornský deník San Francisco Chronicle.

Vědci z univerzity v San Francisku a z jiných týmů k tomuto výsledku došli poté, co dlouhodobě sledovali stav matek starajících se o chronicky nemocné děti. Matky, které si uvědomovaly, že jsou pod stálým psychologickým tlakem, biologicky zestály o celých deset let. Jejich buňky byly totiž poničeny vlastními receptory stresu. „V rámci našeho experimentu jsme rozdělili zkoumané ženy do dvou skupin. V jedné bylo 39 žen, které se staraly o děti s autismem a mozkovou obrnou, v druhé potom 19 žen, jež měly v péči zdravé děti,“ vysvětluje vedoucí výzkumného týmu, mikrobioložka Elizabeth Blackburnová. „Ty matky, které se staraly o nemocné děti, trpěly každodenním stresem. Čím déle jejich stres trval, tím více se projevovalo jejich biologické stárnutí,“ dodává Blackburnová.

#### Jak to v těle vypadá s telomerem

Při výzkumu se vědci zaměřili na základní molekuly proteinu v buněčném těle. Nazývají se telomery a tvoří koncovou oblast ramene chromozomu. Dále se zaměřili na enzym jménem telomeráza, který má na starost prodlužování těchto telomerů. A k čemu dospěli? Pokaždé, když se buňky dělí tak, jak mají, jejich telomery se zkracují. Když se telomery zcela rozplynou, buňka umírá. Enzym telomeráza umí délku telomeru postupně prodlužovat a na tomto základě se potom buňka může dělit neomezeně. Postupné zkracování telomeru až do úplného rozdělení buňky slouží v podstatě jako hodiny, které měří biologický věk těla buňky.

#### Stres ovlivňuje odumírání buněk

Studie Elizabeth Blackburnové, jež je známa mimo jiné pro objevení aktivity telomeru, a Elissy Epelové, psychiatričky, která studuje vztah mezi emocí a nemocí, byla publikována v odborném periodiku *Proceeding of the National Academy of Sciences*.

„Každý se snažil přijít na to, co vlastně předčasné stárnutí zavinuje,“ říká Dennis Novack, který studuje emoce a jejich vliv na zdraví na Drexler University School of Medicine.

„A všichni už nyní víme, že za to může i stres. Jen se podívejme na naše prezidenty, co s nimi udělá čtyřleté volební období,“ dodává s tím, že tato studie dokazuje, že od sebe prostě nelze oddělit psychickou a fyzickou stránku těla.

Zkoumání telomerů na chromozomech buněk bílých krvinek ukázalo, že tyto maličké proteiny se viditelně zkracovaly s tím, jak matky cítily tlak a stres kvůli tomu, že se starají o nemocné děti.

Proti tomu některé matky tak silný stres nepocítily a jejich telomery se nezkrátily. „Nikdo z nás si nebyl úplně jistý, co jsme vlastně objevili. Ale nechali jsme za nás mluvit čísla, která nám dokázala, že dlouhodobý stres opravdu vliv na stárnutí buněk má,“ konstatuje Elissa Epelová.

#### Náchylnost k poruchám imunitního systému

Za měření telomerů a aktivity enzymů u všech matek byl během studie odpovědný Dr. Richard Cawthorn, genetik z Univerzity v Utahu.

Cawthornova čísla ukázala, že aktivita enzymu telomerázy se snižovala nejvíce u matek, které se vytrvale staraly o své děti po dlouhou dobu - s výsledkem, že se jejich telomery zkrátily a buňky zestály. Následující



výzkum může také potvrdit, že tyto ženy jsou proto také náchylnější k chorobám srdce a imunitního systému.

Vědecký tým pod vedením Elissy Epelové se chce do budoucna věnovat dalším podobným výzkumům. Podle slov Epelové tým zajímá především vliv jógy a meditace na aktivity telomerázy vedoucí ke zpomalení zkrácení telomerů.

### ■ **Pojišťovny: Emmerová nás potopí**

Návrh nové ministerské vyhlášky o úhradách zdravotní péče prý povede k razantnímu zvýšení zadlužení.

Velcí rivalové se spojili, aby společně protestovali proti novému ministerskému nařízení. Novou úhradovou vyhlášku ministryně zdravotnictví Milady Emmerové svorně odmítají zaměstnanecké pojišťovny i VZP.

Nedozírné finanční problémy a možná dokonce rozvrat celého systému placení zdravotní péče prý může způsobit návrh nové vyhlášky ministryně zdravotnictví Milady Emmerové o výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro první polovinu příštího roku.

Podle názoru Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) i Svazu zdravotních pojišťoven ČR, který zastupuje zaměstnanecké pojišťovny, vyhláška uvolňuje dosavadní regulační mechanismy, což způsobí neúnosný nárůst výdajů zdravotních pojišťoven především do nemocnic a zvýší finanční problémy pojišťoven.

Ředitelka VZP Jiřina Musílková odhadla ve svém dopise Emmerové, který jako první citovaly Hospodářské noviny, nárůst výdajů způsobený zásahem ministerstva na pět až sedm miliard korun. Ministryně například zavádí do nemocnic platbu výkonovým systémem namísto současných paušálů. To podle Musílkové povede ke snahám zvyšovat výnosy, a nikoli šetřit. Výši úhrad navíc Emmerová navrhuje meziročně zvýšit o tři procenta. „Takový návrh je v příkrém rozporu se snahou stabilizovat finanční situaci systému veřejného zdravotního pojištění,“ upozornila Musílková.

#### Vyhláška nabourá plány

Emmerová vyhláškou nabourává rozpočty pojišťoven stanovené zdravotně pojistnými plány, ačkoli se ve svém návrhu koncepcie zdravotnictví zavazuje tyto klíčové dokumenty důsledně dodržovat. V důsledku nové vyhlášky se podle pojišťoven úhrady nezvýší o tři procenta, jak tvrdí ministerstvo, ale o pět až patnáct procent. To by podle pojišťoven mohlo vést až ke zhroucení financování zdravotní péče, neboť se prodlouží už tak neúměrná doba splatnosti faktur ordinacím.

„Tato vyhláška ruší prakticky veškeré zákonné regulace výdajů a stává se bezbřehou. Budeme muset zaplatit všechno, co nám zdravotnická zařízení vykážou, a to povede ke kolapsu systému financování. VZP to zhorší už tak špatnou platební morálku a do finančních problémů se mohou dostat i ostatní zdravotní pojišťovny, které se až dosud drží nad vodou,“ usoudil výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven ČR Jarmír Gajdáček.

#### Ministryně prý překračuje své pravomoci

Zástupci pojišťoven také poukazují na právní spor, který je veden i u Ústavního soudu o to, zda je ministerstvo vůbec k vydání takové vyhlášky oprávněno. „Ministerstvo nemá k vydání této vyhlášky zmocnění. To už několikrát potvrdila i legislativní rada vlády,“ uvedl Gajdáček. Emmerová podle názoru pojišťoven nemá právo vyhláškou například stanovovat cenu bodu ani paušální úhrady léčivých přípravků.

„Navíc byla tato vyhláška připravena ministerstvem tajně, za našimi zády, abychom nemohli vůči ní vznést připomínky,“ rozčililo Gajdáčka.

„Dostali jsme ji až ve chvíli, kdy už byla podána na legislativní radu vlády. To považují za krajně nestandardní postup. Ministerstvo prostě nechtělo, abychom do toho mluvili.“ Na totéž si stěžuje i VZP a žádá po Emmerové, aby návrh vyhlášky stáhla.

Ministerstvo ale tvrdí, že je vše v pořádku. Podle náměstka pro zdravotní pojištění Petra Slámy došlo ke změně z „neprůhledného“ paušálního systému na výkonový „v zájmu zprůhlednění způsobů úhrad“. Ke zvýšení úhrad o tři procenta prý opravňuje posílení ekonomické stability pojišťoven v letošním roce. Jen na účtu VZP přitom má na konci roku chybět asi šest miliard korun.

### ■ **Vědci vyzkoušeli na myších lék, který je zbavil nádoru na mozku**

Němečtí vědci oznámili další z objevů na cestě k léčbě rakoviny. Tým Michaela Wellera z univerzity v Tübingenu oznámil, že se mu podařilo zastavit růst mozkových nádorů u myší s pomocí mobilizace jejich imunitního systému.

Nejde sice o objev spolehlivého léku proti rakovině, ale na internetových stránkách týdeníku Der Spiegel jsou pokusy označeny jako „průlomové“. Buňky zhoubných mozkových nádorů jsou nebezpečné především tím, že oslabují imunitní systém pacienta, a tím ztěžují zásahy proti nemoci. Němečtí vědci nyní zjistili, že za tento mechanismus odpovídají molekuly bílkoviny zvané TGF-beta, a podařilo se jim zastavit vytváření zmíněných molekul v nádorových buňkách.

Tým poté připravil experimentální lék, který chrání zdravé buňky před účinky bílkoviny TGF-beta. Poté co ho vědci podali myším, molekuly bílkoviny již nedokázaly blokovat imunitní systém a zhoubnost nádorů se snížila.

Dosavadní způsoby léčby jsou zatím považovány za nedostatečné. Wellerův tým má nyní ambice na základě svého objevu zahájit práci na vývoji nového způsobu léčby mozkových nádorů.

### ■ **Máme vakcínu proti SARS, tvrdí Čína**

Čínská státní média včera oznámila, že tamní vědci vyvinuli vakcínu proti syndromu akutního respiračního selhání (SARS). Přípravek prý i úspěšně vyzkoušeli na dobrovolnících v prvním kole klinických testů. Tato zpráva povzbudila naději na možnost preventivní ochrany před virem, který od počátku svého řádění v roce 2002 zabil do dneška kolem osmi stovek lidí.

Vakcína byla před necelými dvěma měsíci naočkována šestatřiceti dobrovolníkům - osmnácti mužům a stejnému počtu žen ve věku od 21 do 40 let. Žádné abnormální reakce u nich nebyly zaznamenány, naproti tomu u čtyřiaadvaceti z nich se po očkování vyvinuly protilátky proti smrtícímu viru.

Vědci ovšem zdůrazňují, že bude zapotřebí minimálně ještě dalších dvou kol zkoušek, které prokáží bezpečnost a účinnost vakcíny. Teprve poté bude moci vakcínu začít používat veřejnost. Nemoc SARS, která se vyznačuje náhlým selháním dýchání a na kterou zatím není spolehlivý lék, se objevila v čínské provincii Kuang-tung v listopadu 2002. Brzy se rozšířila do třiceti zemí světa, v nichž bylo nakaženo zhruba osm tisíc osob. V dubnu letošního roku se tato choroba znovu objevila v Pekingu a provincii An-chuej, kde lékaři zaznamenali osm nemocných; jeden z nich zemřel. Čínská vláda bývá viněna z toho, že výskyt nemoci zpočátku utajovala.



### STUDIE: Flavonoidy, které jsou v kakau, působí proti volným radikálům

Látky obsažené v čokoládě mohou prospívat srdci.

Čokoláda není jen zakázaným ovocem pro lidi, kteří si hlídnou váhu. Pokud totiž jíte čokoládu kvalitní a v přiměřeném množství, není to na závadu. Nejlepší je čokoláda hořká, protože obsahuje látky mající příznivý vliv na srdce.

Od dob, kdy se čokoláda dostala do Evropy, je předmětem mnoha zajímavých diskusí. Je to všelék, nebo naopak příčina mnoha zdravotních potíží? Ani dnes nelze s určitostí odsouhlasit ani jednu z těchto variant. Pro každou z nich ale existují vědecky podložená pro a proti.

Jisté je, že čokoláda obsahuje flavonoidy. Tyto rostlinné látky působí jako antioxidanty a mohou podle vědců omezovat nebezpečí, které tělu hrozí od takzvaných volných radikálů. Ty se uvolňují v buňkách při přeměně kyslíku v energii.

Flavonoidy hrají důležitou roli při ochraně buněčných membrán, tím snižují riziko srdečních onemocnění. Podporují činnost srdce, oběhového systému, snižují riziko krevních sraženin, které jsou příčinou srdečních infarktů či mozkových mrtvic.

„Stále více nás výsledky výzkumů přesvědčují, že čokoláda, která obsahuje množství flavonoidů, má tyto příznivé účinky. Výsledky prokázaly nejen zvýšené množství antioxidantů v lidském těle po požití čokolády, ale také schopnost některých složek působit na krevní cévy“, říká Carl Keen, odborník na výživu z Kalifornské univerzity v Davisu.

Flavonoidy také podle dalších studií snižují riziko vzniku rakoviny, onemocnění kůže a předčasného stárnutí. Podporují i vylučování špatného cholesterolu a podobně škodlivých tuků z organismu.

#### Kakao působí jako aspirin

Doktor Carl Keen se svým lékařským týmem provedli tento pokus. U skupiny dobrovolníků, kteří jedli 25 gramů čokolády s vysokým obsahem flavonoidů, sledovali krevní vzorky. Druhá skupina sledovaných jedla jen chléb. Po dvou a šesti hodinách po zkonzumování jídla, lékaři měřili hodnoty odebraných vzorků. Zjistili, že lidé z první skupiny, tedy z té, co jedla výše uvedené malé množství čokolády, měli nižší aktivitu krevních destiček. To znamená i menší srážlivost krve. U skupiny dobrovolníků, kteří jedli chléb, nebyl prokázán žádný pozitivní účinek.

Své výsledky představila skupina lékařů na konferenci organizace British Association for the Advancement of Science v Glasgow. Doktor Keen dodal ještě jedno zajímavé zjištění. Podle něj totiž ve studii potvrdili předchozí zjištění, že kakao obsažené v čokoládě působí podobně jako aspirin podávaný v nízkých dávkách, který pomáhá snižovat ucívání cév.

Organizace British Heart Foundation také potvrzuje přítomnost užitečných flavonoidů v čokoládě. Upozorňuje však, že je v čokoládě mnoho tuku a cukru. „Ovoce a zelenina také obsahují vyšší dávky flavonoidů, které tělu prospívají, a navíc v nich není tuk“, vysvětlují. A tak vzkazují lidem: dopřejte si klidně čokoládu, ale jen občas. V každém případě jezte pět porcí ovoce a zeleniny denně. „Mezi čokoládami totiž existují velké rozdíly. Záleží na způsobu jejich zpracování. Během toho je totiž mnoho flavonoidů zničeno“, říká doktor Harold Schmitz. A navíc, mnoho studií a poznání o prospěšnosti čokolády jsou představovány jejími výrobci.

#### Rozhodně hořkou

„V poslední době se opravdu často setkáváme s tvrzením, že čokoláda obsahuje řadu antioxidantů, látek, které dokáží zabránit vzniku nemoci srdce a cév a rakoviny. Tyto články můžou mít jistý komerční podtext a s tímto vědomím k nim musíme přistupovat. Čokoláda, která se pro-

dává za cenu kolem deseti korun v diskontech toho se zdravím mnoho společného nemá“, říká lékařka Václava Kunová ze společnosti STOB a členka Fóra zdravé výživy.

Která čokoláda tedy může mít příznivé účinky? Rozhodně hořká, shodují se lékaři. V ní je totiž vyšší podíl kaka a než například v mléčné čokoládě. Oblíbená bílá čokoláda není třeba skutečnou čokoládou. Obsahuje sice kakaové máslo, ale již žádný kakaový prášek. Ten je nahrazen sušeným mlékem a cukrem.

Kakao je zdrojem antioxidantů ze skupiny katechinů. „Tyto látky jsou přítomny i v čaji, zejména v zeleném, ovšem v menším množství. Kakaová hmota tvoří u kvalitních druhů čokolády až 70 procent hmotnosti, ve výjimečných případech až 96 procent. „Kakao je spojeno pravým kakaovým máslem, lehce doslazeno a voní jen přírodní vanilkou. S výjimkou lecitinu se již žádná další ingredience v takové čokoládě nenachází. Takovou čokoládu je možno s klidem prohlásit za zdravou potravinu“, dodává lékařka.

#### Sledujte údaje na obalech

A jak poznat v obchodě kvalitní a dobrou čokoládu? „První věc, které byste si měli před nákupem všimnout, je obsah kakaových složek v procentech. Pokud je obsah kaka vysoký, uvidíte číslo velkým písmem na první pohled. Čím bude obsah nižší, tím drobněji a nenápadněji - nebo vůbec - bude vyznačen“, říká Václava Kunová.

V seznamu ingrediencí jsou použité suroviny podle množství uvedeny tak, že na prvním místě je ta z nich, které je nejvíce. „Pokud je tedy na prvním místě cukr, je z celkové hmotnosti cukru nejvíce. Čím je čokoláda levnější, tím nižší je kvalita použitého tuku. Tuk může být rostlinný, to však automaticky neznamená, že je zdravější - může a nemusí obsahovat trans kyseliny. Vanilka je syntetická, a pokud je čokoláda mléčná, může obsahovat i sušené mléko a mléčný tuk“, vysvětluje Václava Kunová.

#### Zábál z hořké čokolády obnovuje pokožku

Jak vypadá taková masáž a zábaly s využitím kávy a čokolády? „Tato úprava je kombinací peelingu těla jemně rozemletou kávou a zábalu do rozpuštěné horké čokolády“, říká fyzioterapeutka Marcela Kašparová z centra Cybex v Praze. Stala se hitem letošní sezóny ve světovém lázeňství a od jara je možné ji využít i v Praze. Při peelingu je rozemletá káva smíchána s olejem a touto směsí pak masérka postupně čistí pokožku celého těla.

Obličej je záměrně vynecháván, protože na jemné obličejové buňky by byla směs příliš agresivní. Kávový peeling se také využije v boji s celulitidou. Přírodní kyseliny (jsou podobné ovocným kyselinám) obsažené v kávě odplavují toxiny usazené kolem tukových buněk, zlepšují krevní oběh a metabolismus kůže.

Po peelingu kávou se provádí zábál do čokolády. Používá se klasická hořká čokoláda. Masérka pomalu roztírá teplou rozpuštěnou čokoládu po celém těle a tváři. „Čokoláda obsahuje vitamíny A a E, které zajišťují obnovu a regeneraci kůže. Jejich antioxidantní a hydratační účinky působí proti stárnutí, vyhlazují jemné vrásky a pomáhají redukovat strie“, dodává Marcela Kašparová.

Pro optimální vstřebávání všech aktivních látek se nechává zábál dvacet minut působit. Kúra není vhodná pro lidi s obzvlášť citlivou pleť a nevyhledávají ji ani alergici.

### STUDIE: Zelenina chrání tělo před infarktem, nikoliv však před nádory

Účinky ovoce a zeleniny byly prý přeceňovány

Odborníci již léta hlásají, že konzumace velkého množství ovoce a zele-



niny chrání před kardiovaskulárními chorobami a před vznikem rakoviny. Toto tvrzení však podle řady vědců nelze považovat za prokázané, protože se většinou opírá o výzkumy menšího rozsahu. Studie amerických vědců, která byla zveřejněna v nejnovějším čísle odborného lékařského časopisu Journal of the National Cancer Institute, dokonce dospěla k opačnému závěru: účinnost ovoce a zeleniny při prevenci rakoviny je prý pravděpodobně zcela přeceňována.

Walter Willett a jeho kolegové z Harvardské školy veřejného zdraví v Bostonu na rozdíl od dřívějších studií mají k dispozici výsledky jednoho z nejrozsáhlejších dlouhodobých výzkumů, který byl prováděn mezi sto tisíci americkými zdravotními sestrami a ošetřovatelkami. Účastnice tohoto výzkumu v pravidelných časových odstupech zaznamenávaly do dotazníků přesnější údaje o svých stravovacích zvyklostech a popisovaly také svůj zdravotní stav.

Při přesnější analýze doktor Walter Willett konstatoval, že každá osoba, která v hojně míře - pět porcí denně a více - konzumovala ovoce a zeleninu, mohla snížit riziko kardiovaskulární choroby o dvanáct procent.

Při přesnějším posuzování byl prokázán především pozitivní účinek listové zeleniny proti arterioskleróze nebo srdečnímu infarktu. Naproti tomu nebyl prokázán žádná statisticky měřitelný vliv hojného užívání ovoce a zeleniny na ochranu proti rakovině



### Spor o vyhlášku Emmerové nabírá obrátek

Bitva velkých slov, zdánlivě jednoznačných argumentů, různě vykládaných čísel a faktů se vede o důležitou vyhlášku ministerstva zdravotnictví, která by měla stanovit, kolik bude stát zdravotní péče.

Nová vyhláška o úhradách zdravotní péče, kterou chce ministryně zdravotnictví Milada Emmerová příští týden podepsat, vzbuzuje velké emoce. Česká lékařská komora na její podporu svolává novináře, ačkoli je otázkou, zda právě toto patří do náplně práce stavovské organizace. Zdravotní pojišťovny, odpůrci návrhu, zase bombardují redakce tiskovými prohlášeními a narychlo pořádají „kontratiskovky“.

Ministryně a vedení komory tvrdí, že vyhláška zabrání dalšímu zadlužování zdravotního pojištění a bude prospěšná pro lékaře i pacienty. Pojišťovny naopak tvrdí, že týž dokument pošle financování do mnohem větších dluhů, část ambulantních zdravotnických zařízení zlikviduje a pacienta poškodí.

Obě strany přitom šermují čísly, tabulkami a občas se uchylují k přibarvování faktů. Slovním ekvilibristou je prezident ČLK David Rath. Tvrdí třeba, že v letech, kdy se úhrady řídily vyhláškami ministerstva, byla finanční bilance pojišťoven prakticky vyrovnaná. „Loni ale vykázala VZP deficit osm miliard za rok. Přitom poslední dva roky jí do hospodaření stát žádnými vyhláškami nezasahoval. Platila podle toho, jak se rozhodla,“ uvedl.

#### Šermování miliardami

Rath ale už zamlčel, že jde o kumulovanou ztrátu, která ve srovnání s rokem 2003 vzrostla „jen“ o necelé tři miliardy. „Neřekl jsem, že to bylo o osm miliard. Měl jsem tím na mysli, že se loni nárůst schodku dramaticky zvýšil,“ učinil posléze únik hodný Copperfielda.

V předchozích letech se však roční ztráta VZP zvyšovala zhruba o stejné sumy, a to od chvíle, kdy do systému necitlivě zasáhl svou vyhláškou ministr Bohumil Fišer. Zákon navíc jasně říká, že výši úhrad si pojišťovny samy určit nemohou. Jsou buď výsledkem dohody s poskytovateli péče, nebo (když k ní nedojde) platí pravidla daná poslední vyhláškou ministerstva.

Rath má jasno i v tom, kdo jsou odpůrci vyhlášky. „Počítáme s tím, že se kritika objeví. Ale budou to ti, kteří neoprávněně vydělávají obrovské peníze. A také zdravotní pojišťovny, kterým současný systém vyhovuje. Jejich úředníci mohou individuálně rozhodovat o výši úhrad tomu kterému zdravotnickému zařízení. Proč? Kvůli sympatiím?“ ptá se prezident ČLK. A hned si i odpovídá: protože jsou zkorumpovaní! „Ale to jsou jen spekulace,“ dodává pro jistotu.

Ale i VZP má svá čísla a své představy „qui bono“. Vyhláška počítá s nárůstem výběru pojistného o pět až šest procent. Výdaje ale mají podle ministerstva stoupnout jen o tři procenta. To je podle VZP značně podhodnocený údaj. „Neplatí, že čtyři procenta v příjmech jsou totéž co čtyři procenta ve výdajích,“ tvrdí ředitelka Jiřina Musílková.

„Vyhláška by prospěla jen vedení lékařských odborů,“ prohlásil její podřízený Pavel Hroboň. Podle Musílkové není vyhláška dílem ministerstva, ale silné lobby, která si v důsledku přeje likvidaci systému veřejného zdravotního pojištění.

Napovědět, kdo má v tomto sporu blíže k výhře, může tento týden vláda. Na programu má schválení finančních plánů pojišťoven na letošní rok. Pokud je odsouhlasí, mělo by to zároveň znamenat konec vyhlášky, protože plány s jejími důsledky nepočítají.



### Zvýšené doplatky za léky mnohé pacienty zaskočily

Zvýšené doplatky za léky mnozí pacienti ostře kritizují a tvrdí, že významně zasáhnou do jejich rodinného rozpočtu. Jsou to zejména starší občané, ale i maminky s dětmi, které nyní budou platit za všechny formy sirupů pro děti.

„Je to pro mne neúnosné. Budu měsíčně platit asi o 300 korun víc,“ řekl Právu pětadesátiletý muž z Prahy. „Vláda by zvýšení měla penzistům kompenzovat.“ Další pacienti, s nimiž jsme včera v lékárnách hovořili, většinou z nových doplateků byli překvapeni, ale vzali je klidně. „Co mám dělat, když lék potřebuji, tak se uskrovním jinde,“ řekla 70letá Marie L. z Prahy, která si přišla pro lék oxis na astma, za který zaplatila o 50 korun víc než dřív.

#### V každé skupině jeden lék plně hrazen

„V každé skupině léků (je jich 300 - poz. red.) je vždy jeden plně hrazený a lékař může na takovýto lék pacienta převést. Pak nezaplatí nic,“ sdělila Právu mluvčí ministerstva zdravotnictví Věra Čarná.

Lékaři to ale tak jednoznačně nevidí. „Každému vyhovuje určitý druh léku a ten, který je na pojišťovnu, mu třeba může způsobovat vážné komplikace. Proto není možné všechny lidi automaticky převést na takovýto lék,“ soudí dětský lékař z Prahy Milan Kudyn.

I když lékař má možnost požádat revizního lékaře o souhlas s vydáním určitého léku, který je pro pacienta nutný, protože jiný, ten lacinější, by mu dělal problémy, Kudyn se domnívá, že lékař se může dostat do tzv. lékové regulace, kdy za překročení lékového limitu bude pojišťovnou sankcionován.

„Tak vlastně se vystavujeme nebezpečí, že ač chceme dobro pacienta, budeme postižení my,“ uvádí Kudyn.

Zvýšený doplatek je i na lék lokren, a to z 18 na 63 korun. Tento lék používají pacienti na snížení vysokého krevního tlaku. Docent Richard Češka, vedoucí lékaře Centra preventivní kardiologie pražské Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí, se ale nedomnívá, že kvůli zvýšení doplatku ho lidé přestanou brát.

„Myslím si, že ho budou užívat dále. Pokud vím, bude i jeho generická





varianta, a to znamená, že tento lék by potom byl bez doplatku," říká Češka. Doplatky stouply i na léky pro psychiatrické pacienty. Ambulantní psychiatr z Prahy 6 očekává problémy u pacientů se schizofrenií a mani-depresivní psychózou, kteří z invalidního důchodu na doplatek 500 korun měsíčně asi mít nebudou.

„Mnohdy se to stydí říci, vezmou si recept, ale lék si nevyzvednou. Jejich zdravotní stav se zhorší, jsou tři měsíce hospitalizováni a stojí to stokrát víc," uvedl lékař.

### ■ Ve zdravotnictví vzplanul boj o moc

#### Příčinou je připravovaná resortní úhradová vyhláška

Ve zdravotnictví se v pondělí naplno rozhořel boj o peníze ze zdravotního pojištění a o moc, kdo s nimi bude hýbat. Na jedné straně jsou zdravotní pojišťovny, na druhé ministerstvo zdravotnictví, k němuž se přidala lékařská komora a Lékařský odborový klub.

Předmětem sporu je chystaná nová úhradová vyhláška ministerstva zdravotnictví, která stanovuje, že lůžkovým zařízením i ambulancím se přidávají tři procenta peněz.

Zatímco Česká lékařská komora si myslí, že vyhláška musí být vydaná, protože - jak včera prohlásil její prezident David Rath - „naprostá volnost v rozhodování zdravotních pojišťoven uvrhla VZP do velkých dluhů, které přenáší na zdravotnická zařízení“, zdravotní pojišťovny jsou tvrdě proti vydání vyhlášky. Podle nich by ohrozila kvalitu péče.

Nemocnice by dostaly o 3 procenta peněz víc než loni v případě poskytnutí alespoň 90 procent loňských výkonů. „Vůbec ale není stanovena povinnost zachovat strukturu péče a pořízování zdravotnických prostředků, které tvoří významný podíl nákladů nemocnic," prohlásila včera Jiřina Musílková, generální ředitelka Všeobecné zdravotní pojišťovny.

„Celý spor je o moc ve zdravotnictví. Zdravotní pojišťovny si v podstatě až dosud mohly dělat, co chtěly, a teď stát chce vyhláškou rozhodnout, že tomu má být jinak," prohlásil v pondělí Milan Kubek, předseda Lékařského odborového klubu.

Dodal, že když nemocnice dostanou 103 procent loňské úhrady, získají tak dvě a půl miliardy navíc a mohou přitom ještě ušetřit dvě miliardy korun na nákladech na léky.

Pojišťovny ale tvrdí, že veřejné zdravotní pojištění „není zdrojem mzdových prostředků pro zdravotnický personál". Vyhlášku považují za technicky nerealizovatelnou s tím, že pokud by se měla naplnit, deficit pojištění se jen u VZP prohloubí ze současných 8,5 na 13,1 miliardy.

„To znamená, že budeme zdravotníkům platit mnohem později než dosud se všemi dopady, které to bude mít," prohlásila Musílková.

Vláda má ve středu rozhodnout o zdravotních plánech zdravotních pojišťoven. Podle Ratha by je měla odmítnout a požadovat, aby do nich pojišťovny zapracovaly novou vyhlášku. Pojišťovny si ale myslí, že by je naopak měla schválit.

Podle Ratha vyhláška vytváří prostor pro stabilizaci dluhu VZP a pro ozdravení hospodaření nemocnic.

Svaz zdravotních pojišťoven je stejně jako VZP proti vyhlášce a dokonce pohrozil ministryni zdravotnictví ústavní stížností či žalobami, pokud bude vydána.

Jak spor o peníze dopadne, zda vyhláška vyjde či ne, a jak rozhodne vláda v případě zdravotních plánů, by mělo být jasné během několika dní. Dnes se schází premiér Gross se zdravotníky a určitě o tom bude řeč.

## 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.**

### Hledám kolegy ze studijního kruhu

Hledám kolegy ze studijního kruhu - promoční ročník 1975 - FDL. MUDr. Ivan Macháček, PLDD, B. Němcové 806, 398 11 Protivín tel.: 382 251 138

### Přijmu asistentku do ordinace PLDD

Přijmu asistentku - asistenta - do ordinace PLDD v Praze na úvazek 0,5. Jednání o převzetí praxe možné, nástup ihned. Tel.: 737 413 564

### Nabízím práci dětskému lékaři

Nabízím práci dětskému lékaři do samostatné ordinace v Praze 4. Tel.: 602 249 020

### Nabízím místo asistenta

Nabízím místo asistenta do ordinace v Praze 2. Pozdější přenechání ordinace možné. Tel.: 222 560 086 večer po 18. hodině.

### www stránky pro pediatry

Upozorňujeme PLDD, že začala fungovat webová stránka Pediatrické společnosti [www.cpsjep.cz](http://www.cpsjep.cz), kde jsou vyvěšována abstrakta domácích akcí, očkovacího dne a pracovních dnů dětské nefrologie. Na webových stránkách [www.unepsa.org](http://www.unepsa.org) najdete abstrakta kongresu Europediatrics Prague 2003 i abstrakta světového kongresu pediatriů v Pekingu 2001.

### ALMEDA přijme lékaře - pediatra

ALMEDA, a.s., provozovatel Městské nemocnice v Neratovicích přijme na zajištění služeb sekundárního lékaře s I. atestací z pediatrie nebo v přípravě na ni na novorozenecké oddělení. Nástup ihned nebo dle dohody.

Kontakty:

telefon: 315 637 111 - ústředna; 315 637 337 - personální oddělení; fax: 315 684 212, e-mail: [nemocnice@almeda.cz](mailto:nemocnice@almeda.cz)

### Přenechám pediatrickou praxi

Přenechám dobrou praxi PLDD 40 km od Brna. Tel.: večer 604 373 235.

### Hledáme PLDD

Hledáme další praktické lékaře pro děti a dorost, kteří jsou ochotni zastupovat v ordinacích PLDD v Praze a okolí Prahy. Jedná se o zástupy krátkodobé i dlouhodobé. Totéž se týká i zastupování dětských sester v ordinacích PLDD. Kontakt: MUDr. Alena Rejdová, tel.: 274 814 880 (zázn.) nebo 606 612 447.