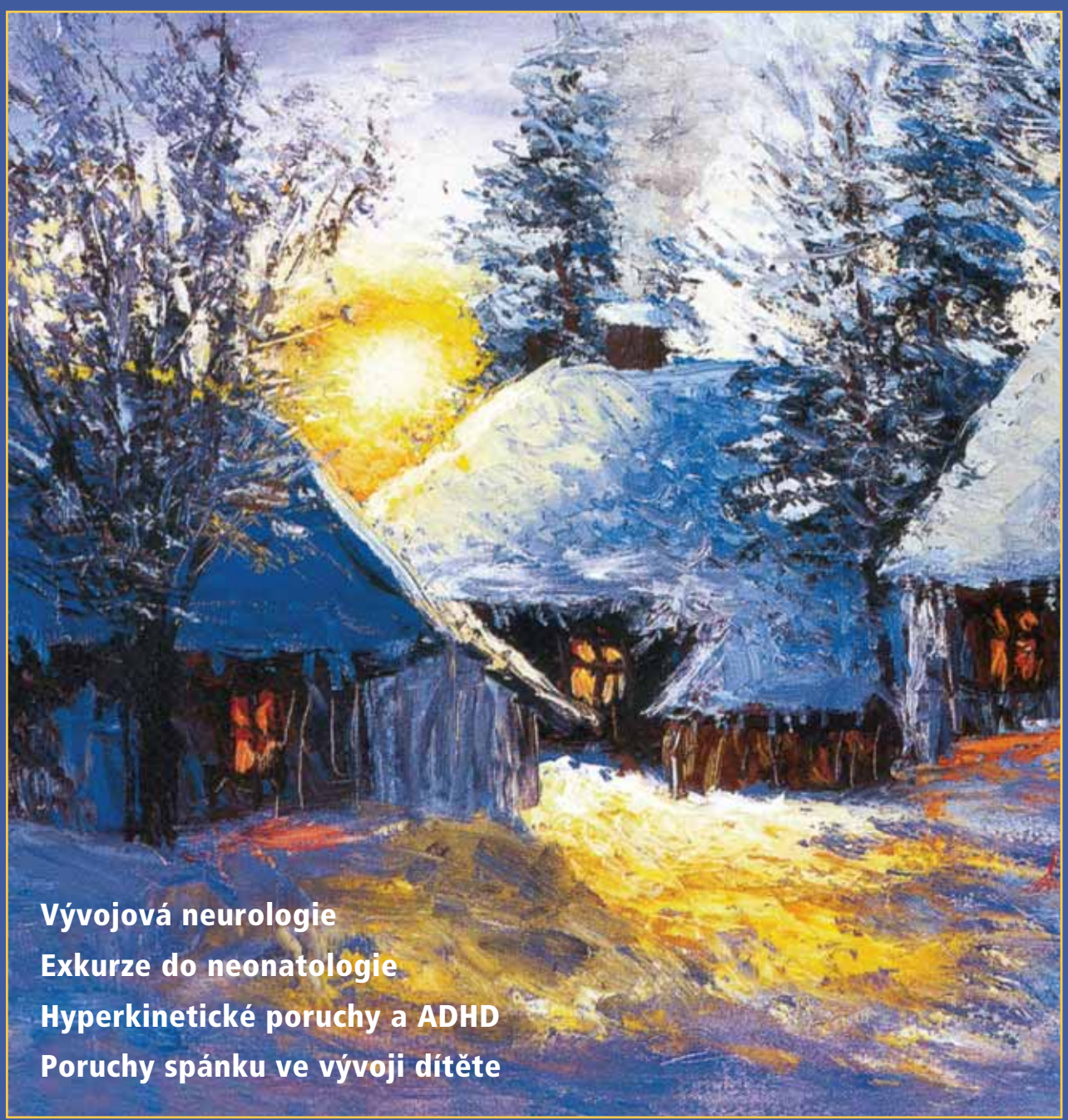
# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

prosinec 2005 ■ číslo 10 ■ ročník 5



Vývojová neurologie
Exkurze do neonatologie
Hyperkinetické poruchy a ADHD
Poruchy spánku ve vývoji dítěte

SPLDD ČR
ČESKÁ SPOŘITELNA
ZENTIVA®
OSPDL ČLS JEP

## tiráž...


# VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

**www.detskylekar.cz**

**Adresa redakce:**
**U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10**
**sekretariát:**
**tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050**
**redakce VOX:**
**tel.: 267 184 065, 267 184 047**
**e-mail: centrum@detskylekar.cz**

**Časopis garantován**
**Sdružením praktických lékařů**
**pro děti a dorost ČR**
**zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem**
**ve spolupráci s Odbornou společností**
**praktických dětských lékařů ČLS JEP**
**zastoupené MUDr. Hanou Cabrnochovou.**



**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 vložených tiskovin.

**Inzerce:**
VOX PEDIATRIAE - Ing. Veronika Drahovzalová
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10
tel.: 267 184 065, GSM: 605 281 665 - jen pro inzerenty
e-mail: centrum@detskylekar.cz
e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz



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


## obsah...


**Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc listopad** 5

**Koalice soukromých lékařů a další události** 6

**Výpis z jednání XIV. celorepublikové konference SPLDD ČR 19.11.2005 v Brně** 11

**Usnesení XIV. celorepublikové konference** 13

Prim. MUDr. J. Dort a kol.
**Exkurze do neonatologie** 14

MUDr. D. Marková
**Komplexní problematika dětí s perinatální zátěží** 17

MUDr. D. Marková
**Vývojová neurologie** 20

MUDr. P. Uhlíková
**Hyperkinetické poruchy a ADHD** 22

MUDr. I. Příhodová
**Poruchy spánku ve vývoji dítěte** 24

PhDr. D. Sobotková, CSc.
**Hodnocení psychomotorického vývoje dětí raného věku a jeho význam** 25

PaedDr. I. Zounková
**Fyzioterapie ve vývojové neurologii** 27

MUDr. B. Procházka a kol.
**Výživa dětí v prvním roce života** 32

MUDr. C. Kozderka
**Kazuistika: Leukodystrofie** 38

**Zajímavosti ze světa odborné literatury** 40

**Aktuality** 42

**Řádková inzerce** 46



NAKLADATELSTVÍ UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun


Obrázek na titulní straně namaloval ústy a nohou Stanislaw Kmiecik

## editorial...

*Vážené kolegyně, vážení kolegové,*

*blíží se konec roku 2005 a na mne padá smutek. Za těch x let, co díky Vaší přízni stojím v čele našeho Sdružení, jsem tolik nepropadal beznaději jako v těchto dnech. Je mi velmi smutno, když poslouchám vyjádření současného ministra zdravotnictví. V následujících řádcích se Vám pokusím vysvětlit proč tomu tak je.*

*Resort zdravotnictví nikdy nepatřil, a asi nikdy nebude patřit, mezi resorty, kde bude vládnout klid a pohoda. Na scéně je příliš mnoho hráčů a hodně velký „balík peněz". Našemu zdravotnictví „stačila" k zajištění zdravotní péče v období kolem tzv. „sametové revoluce" částka kolem padesáti miliard. Pak jsme se otevřeli světu, přišli nové technologie, nové léky, nové léčebné a diagnostické postupy. To vše vedlo k tomu, že se roční rozpočet šplhá k částce dvě stě miliard.*

*Není tedy divu, že se někdy dějí „podivné" věci. Že se po 16 letech od sametové revoluce dočkáme takové situace, kdy atmosféra strachu a nátlaku, osobních obvinění a osobní msty stane denní normou, to jsem opravdu nečekal. Slušné meze byly již dávno překročeny. Místo činnosti, která by měla vést k pomyslnému světýlku na konci tunelu, se setkáváme s arogancí, obviňováním a destrukcí. Jsou rušena jednání pracovních komisí, jsou odkládána řešení palčivých problémů vzdělávání, řešení akreditací pracovišť. Na místo toho jsou prezentována obvinění bez jasných důkazů...*

*Kde je pak klid k práci? Co nás asi čeká? Chystá se úhradová vyhláška, která stanovuje limity péče. Vyhláška říká, že přistoupím-li na „hru" pacientů, a proto předepíšu víc léků, byť odůvodněně, nebo že budu pacienty vyšetřovat, zase odůvodněně, budu „po zásluze odměněn". Překročím-li administrativně stanovený limit, překročení bude vůči mně uplatněno formou stoprocentní regulace.*

*Opravdu si to necháme všechno líbit? Opravdu budeme čekat s nadějí, že třeba právě mne to nepostihne? Opravdu přistoupíme na hru, že rozhodnutí čistě politická převezmeme na svá bedra? Opravdu chceme, aby naši pacienti byli proti nám? Opravdu se raději budeme hádat mezi sebou? Budeme si dopisovat se specialisty, s nemocnicemi, co kdo měl vlastně udělat? Nebo se opět sejdeme v ulicích a dáme hlasitě najevo - tohle opravdu nechceme!!!*

*Pokud zvolíme tu poslední uvedenou variantu, jsem připraven spolu s ostatními kolegy a kolegyněmi z Výboru a Předsednictva, ale i s kolegy z Koalice soukromých lékařů, stát v čele našeho šiku.*

*Pokud chcete klid a pohodu v novém roce, bude potřeba Vaše podpora.*

*Hezké vánoce Vám všem přeje*

*MUDr. Pavel Neugebauer*
*předseda SPLDD ČR*

**Upozornění:**
**V tomto čísle naleznete plakát „Novoroční dárek MUDr. Ratha všem pacientům", který je určen jako první informace Vašim pacientům.**
**Vyvěste ve svých čekárnách!**

## v příštím čísle...

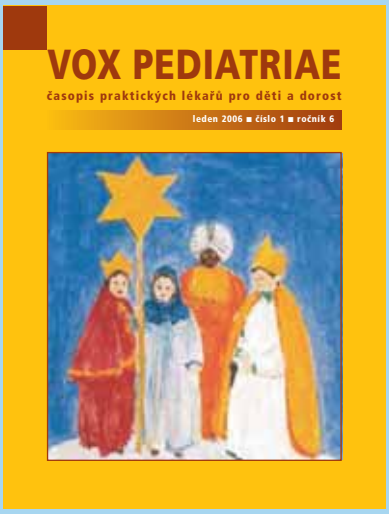
**Bolesti hlavy u dětí**

**Neurologická etiologie bolestí hlavy u dětí**

**Psychogenní příčiny bolestí hlavy v dětském věku**

**ORL a bolest hlavy**

**Fluoridace kuchyňské soli**




## seznam inzerujících firem

ASP CZECH
AVENT
BOEHRINGER INGELHEIM
BOIRON
BOOTS HEALTHCARE
ČESKÁ SPOŘITELNA
HERO
HIPP
NESTLÉ
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
15,00 - 18,00 - MUDr. Eva Vitoušová

**Středa**
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnochová
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 listopad 2005

**MUDr. Pavel Neugebauer**
předseda SPLDD ČR

**Měsíc listopad se nesl především v duchu dopadů dohod uzavřených na Úřadu vlády mezi zdravotními pojišťovnami a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Pominu-li konkrétní dopad na náš segment, o kterém píšeme i na jiném místě, půjde jistě o významné omezení v poskytování zdravotní péče s tím, že vysvětlení občanům bude zcela na straně zdravotnických zařízení, tedy na nás. 100% regulace na straně zdravotnického zařízení při překročení stanovených limitů a nulová regulace na straně pacienta nevěstí pro příští rok nic dobrého. A to nevíme, co přinese uvalení nucené správy na VZP. Myslím, že příští období bude pro mnohé z nás hodně obtížné.**

**2.11.** - v Hradci Králové jsem se zúčastnil na pozvání podologické společnosti a europoslankyně MUDr. Roithové jednání na téma certifikace dětské obuvi. Jednání bylo zakončeno tiskovou konferencí, na které mimo jiné zaznělo:

*„Jak je možné, že téměř třetina prvňáčků přichází do školy s různými vadami nohou, když se podle lékařských studií rodí skoro všechny děti zdravé? Odborníci se shodují: děti nosí nevhodnou obuv, která pochází především z Číny. Aby této alarmující skutečnosti zabránili, rozhodli se zástupci lékařů, výrobců obuvi a členové Sdružení obrany spotřebitelů na schůzce v Hradci Králové prosadit povinnou certifikaci dětské obuvi v celé Evropské unii.*

*Podle poslankyně Evropského parlamentu Zuzany Roithové by měly být stanoveny přesné požadavky na kvalitu materiálu a konstrukci dětských bot. „Obuv musí mít pevnou patu a podrážka by měla být taková, aby na tvrdém povrchu ochránila dítě před nárazy," řekla poslankyně.*

*Účastníci schůzky se dohodli, že uspořádají veřejné slyšení v Evropském parlamentu, kde by měli vystoupit také odborníci z ostatních zemí Unie. Pokud se dohodnou, mohl by do konce příštího roku existovat návrh směrnice pro zavedení certifikace."*

**4.11.** - na Úřadu vlády byl úspěšně představen projekt elektronických zdravotních knížek společnosti IZIP

**4.11.** - prezident republiky jmenoval novým ministrem zdravotnictví MUDr. Davida Ratha

**4.-5.11.** - v Darové u Rokycan proběhla další z konferencí Českého zdravotnického fóra na téma: *„Chybí českému zdravotnictví leadership a nebo jen schopnost se domluvit?"*. V rámci této Konference proběhlo další z představení koncepčních záměrů senátora Julínka.

**8.11.** - na pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů. O tomto jednání a dalších souvisejících informujeme na jiném místě našeho časopisu.

**9.11.** - na MZ ČR proběhlo jednání na téma rozporování dohody o cenách segmentu praktických lékařů na první pololetí 2006. Jednání se účastnili krom nás zástupci ministerstva a zdravotních pojišťoven. Bylo nám oznámeno, že je nutno zapracovat do dohody o cenách na uvedené období „nové regulační mechanismy" - omezení preskripce ve výši 98%, omezení předpisu komplementu ve výši 100% a „zastropovat" celkovou úhradu do segmentu ve výši 103%. Tento požadavek byl zároveň odeslán svolavateli dohodovacího řízení s žádostí o svolání mimořádného jednacího dne

**11.11.** - ministr zdravotnictví MUDr. David Rath uvaluje nucenou správu na VZP. Nuceným správcem jmenoval MUDr. Antonína Pečenku, který ještě před několika dny před vyhlášením nucené správy vykonával právě ve VZP funkci vrchního ředitele úseku zdravotní péče

**15.11.** - na VZP proběhlo jednání mimořádného jednacího dne dohodovacího jednání o cenách s tím, že v našem segmentu nebyla dohodnuta žádná změna již uzavřené dohody (minimální kapitace 34,50 Kč, hodnota bodu 0,97 Kč, stávající regulace a bonifikační systémy). Pouze segment lázeňské péče přistoupil na objemovou limitaci úhrady a pozměnil svou dohodu v tomto duchu, v žádném jiném segmentu ke změnám nedošlo.

**19.11.** - tentokráte v Brně proběhla výroční Konference našeho Sdružení. Usnesení najdete v plném znění na jiném místě. Krom každoročního hodnocení činnosti přinesla tato konference několik novinek. Předně se jí poprvé za historii zúčastnil úřadující ministr zdravotnictví. Nepřísluší mi asi nyní hodnotit jeho vystoupení, nicméně delegáti konference si svůj obrázek o hlavních záměrech ministra mohli určitě udělat. Oponentem byli ministrovi senátor MUDr. Julínek a výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven ČR Ing. Gajdáček. Další významnou změnou bylo odsouhlasení navýšení členských příspěvků do Sdružení (1.800,- Kč, resp. 500,- Kč)

**21.11.** - na půdě MZ ČR proběhlo další z řady setkání zástupců poskytovatelů s ministrem. Tentokráte již byl předložen návrh úhradové vyhlášky pro první pololetí 2006. Nejen v nás to vyvolalo značné zděšení. Krom toho, že jsme byli uvedeni jako nedohodlý segment, byla nám fakticky zrušena bonifikace a zavedeny již uvedené nové regulace na preskripci a indikaci komplementu. Něco pak bylo ústy ministra zmírněno, především to, že bude uvedeno, že změny v našem segmentu byly provedeny ve veřejném zájmu (což ale za zmírnění rozhodně nepovažuji), že nebylo záměrem zrušit nám bonifikace (text vyhlášky by měl být v tomto duchu upraven), nicméně nové regulace že musí zůstat, podrobnější informaci zveřejňujeme na jiném místě.

# Koalice soukromých lékařů a další události

**Měsíc listopad rozhodně nebyl na události skoupý. Předkládaný chronologický přehled Vám snad alespoň trochu pomůže vytvořit si představu, co asi můžeme v následujících dnech a měsících očekávat. Razantní nástup ministra, uvalení nucené správy na VZP, zasahování do cenových dohod, vznik atmosféry strachu, četná obvinění a žaloby, to vše měsíc listopad přinesl v našem zdravotnictví.**

## I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 8.11.2005

**1. Návrhy zákonů o zdravotnickém zařízení a neziskových zdravotnických zařízeních**

V současné době projednává Poslanecká sněmovna tři návrhy zdravotnických zákonů:

a) **vládní návrh zákona o zdravotnických zařízeních** - tisk 1149 (1. čtení 13. 10. 2005, přikázán k projednání ve výboru pro sociální politiku a zdravotnictví)

b) **novela zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních** - tisk 810 (prošel 2. čtením, další projednávání navrženo na pořad 51. schůze od 22. 11. 2005)

c) **vládní návrh zákona o veřejném zdravotním pojištění** - tisk 1150 (1. čtení 18. 10. 2005, další projednávání navrženo na pořad 51. schůze od 22. 11. 2005).

Je třeba získat a prostudovat poslední verze návrhů a připravit připomínky.

**2. Zavedení nucené správy ve VZP ČR**

Členové Koalice se dohodli, že pokud k nucené správě dojde, projednají další postup dle vývoje situace.

**3. Nejnovější verze koncepce zdravotnictví senátora Julínka**

Členové Koalice se připojili ke stanovisku SAS ČR k materiálu „Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století". Dohodli se přepracovat tento materiál jako stanovisko Koalice soukromých lékařů a seznámit s ním senátora MUDr. Tomáše Julínka a následně média.

**Stanovisko Koalice soukromých lékařů ve znění Stanoviska Sdružení ambulantních specialistů ČR k materiálu „Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století":**

Koalice soukromých lékařů spolu s Radou Sdružení ambulantních specialistů podporuje základní principy uvedené v materiálu „Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století", má však objektivní připomínky k části 3 - „Zvýšení kvality a efektivity poskytování zdravotních služeb", zejména ke způsobu výběru a uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami.

Odůvodnění:

V obchodních soutěžích, které budou v procesu navazování smluvních vztahů mezi poskytovateli a plátci vypisovány, nemohou jednotliví drobní ambulantní poskytovatelé obstát bez určité institucionální ochrany před finančně i organizačně silnějšími velkými společnostmi provozujícími zdravotní péči i „nákupčími" zdravotní péče, tedy zdravotními pojišťovnami.

O tom, že je i vztah mezi pojišťovnami a malými poskytovateli nerovnoprávný, se můžeme přesvědčit i v současnosti, kdy jsou privátní ambulance jednotlivých lékařů vůči zásahům pojišťoven často naprosto bezbranné. Bezprostředním příkladem je například současné jednostranné vypovídání smluv Oborovou zdravotní pojišťovnou, které lze považovat za nežádoucí i vůči jejím klientům - pacientům.

Tento nerovnovážný vztah, by se jistě, v případě posílení pravomocí pojišťoven, akcentoval, a to zejména:

a) v oblasti regulací kvantity poskytované péče,

b) v nárocích na technické a personální vybavení zdravotnických zařízení,

c) v nárocích organizačně - provozních.

Neopodstatněné nároky na malá soukromá zdravotnická zařízení by mohla být ze strany „nákupčích" péče teoreticky vznášena i účelově, s cílem redukovat počet drobných privátních poskytovatelů a zvětšovat prostor pro působení poskytovatelů protekčních - či „lukrativních".

Současná situace a vývoj napovídají, že se za takzvaně „lukrativní" mohou označovat ti poskytovatelé, kteří mají přístup k veřejným finančním prostředkům (státní zdravotnická zařízení, krajské nemocnice či akciové společnosti ve vlastnictví krajů) nebo jsou dotovány velkými investory (například průmyslovými podniky či finančními skupinami).

**Tyto praktiky však považujeme za nekalou konkurenci.**

Dále společně konstatujeme, že by vyřazením drobných privátních ambulancí a komplementárních pracovišť došlo k neadekvátnímu útlumu potřebné konkurence v oblasti regulovaného trhu, a to se všemi známými dopady (zvyšování cen, zvyšování provozních nákladů včetně personálních, pokles kvality a etiky péče).

Soutěž mezi zbylými „velkoposkytovateli" - ať už by se jednalo o krajské nemocnice či soukromé řetězce, by totiž byla minimální, a to zejména ze dvou důvodů:

- díky topografické hustotě velkoposkytovatelů, která by v důsledku regulace zdravotním pojištění byla podstatně nižší, než-li je to ve sféře služeb pojištěním neregulovaných
- existovala by jistá přirozená spádovost, jejímž důsledkem by bylo, že by pojištěnci nevyhledávali „cenu", kvalita by díky standardizaci v jednotlivých zařízeních mohla být obdobná.

Není tedy jen lobbistickým konstatováním, nýbrž i ekonomickou nutností, aby byla konkurence posilována i existencí drobných ambulancí či komplementárních pracovišť.

Je nesporné, že otázka „ceny" služeb by se neměla odvíjet pouze od nabídky poskytovatelů, neboť neexistují tak účinné mechanismy kontroly, které by s jistotou dokázaly odhalit „dumping".

Cena by měla akceptovat povinnost plnění minimálních standardů technického a personálního vybavení; jsou -li stanoveny minimální standardy, lze stanovit i minimální cenu, popřípadě podrobit nabídky podezřelé z dumpingu nezávislému ekonomickému auditu.

Jen za splnění těchto podmínek lze definitivně opustit „Sazebník" výkonů.

V ceně ambulantně poskytované zdravotní péče musí být zahrnuty i odpisy, financování investic i jiné finanční dotace z jiných zdrojů, včetně veřejných rozpočtů.

Nadstandard by měl pacient hradit přímo - popřípadě z osobního účtu či připojištění.

**Souhrnně:**

**1.** Aplikace mechanismu obchodní soutěže na získání smluvního vztahu s pojišťovnou

v podobě, která je popsána v koncepčním materiálu, bez mechanismu zabezpečujících rovnoprávné postavení poskytovatelů, jak je to obvyklé ve většině zemí EU, povede bez jakýchkoli pochyb k zániku podstatné části privátní ambulantní a komplementární péče.

**2.** Materiál nepostrádá principy „eliminace výběru lukrativních pojištěnců" zdravotními pojišťovnami, postrádá však principy „eliminace nekalé konkurence a dumpingu mezi zdravotnickými zařízeními". Za nekalou konkurenci považujeme i jakoukoli cenovou nabídku obsahující dotaci ceny „z jiných zdrojů" (popsáno výše). Absence tohoto mechanizmu je z dlouhodobého hlediska nebezpečná i pro pacienty a stát.

**3.** Vzhledem k tomu, že je možné jasně definovat nepodkročitelné technické a personální vybavení, požadujeme stanovit i minimální nepodkročitelnou cenu, která musí být v obchodních soutěžích akceptována. V případě pochybností o objektivitě ceny by měl následovat nezávislý ekonomický audit.

**4.** Při uzavírání smluv v rámci určitého pojistného plánu by měla hrát roli „ombudsmana" malých poskytovatelů demokraticky volená sdružení, tak jak je tomu v některých dalších demokratických státech (například v SRN).

**5.** Doporučujeme zahrnout do Koncepce logické a demokratické principy obsažené v materiálu „Stanovisko sdružení ambulantních specialistů k problematice tvorby sítě zdravotnických zařízení v České republice" z února 2005, který byl autorům Koncepce poskytnut.

**4. Kongres ODS**

ODS nabídla Koalici soukromých lékařů prezentovat své materiály na kongresu ODS, který se bude konat 26. - 27.11. 2005 v Brně. Dr. Pekárek jedná se jejich zástupci o způsobu prezentace. Kolice se přiklání k osobnímu vystoupení před účastníky kongresu. Jedním z bodu vystoupení by mohlo být společné stanovisko Koalice k reformě zdravotnictví ODS.

**5. Dohoda MZ ČR se zdravotními pojišťovnami**

MZ ČR a zdravotní pojišťovny uzavřely dohodu, ve které z důvodu rozporu s veřejným zájmem zpochybnily výsledky dohodovacího řízení. Na MZ ČR nyní probíhají jednání o úhradách zdravotní péče mimo rámec zákona se subjekty, které nejsou právoplatnými zástupci poskytovatelů v Dohodovacím řízení.

**6. Aktuální situace**

- **Diskuse k cenovým dodatkům** smluv se zdravotními pojišťovnami na 1. pololetí 2006
- **Diskuse k jednání 27. 10. 2005** na ministerstvu zdravotnictví na podnět 1. náměstka MZ ČR Dr. Davida Ratha se zástupci poskytovatelů zdravotní péče. Součástí programu je mimo jiné diskuse o navýšení mzdových indexů. Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora nebyly k jednání přizvány.

**7. Protestní akce praktických lékařů (pro dospělé i pro děti a dorost)**

Protestní akce praktických lékařů byla zástupci Koalice velmi kladně hodnocena. Demonstrace před budovou MZ ČR byla dobře organizačně připravena a splnila dva ze tří hlavních cílů, které její organizátoři sledovali:

1. odvolání Dr. Emmerové z funkce ministryně zdravotnictví
2. zahájení diskuse o legislativních změnách ve zdravotnictví

Zbývá splnit 3. úkol - prosadit stažení nevyhovujících zdravotnických zákonů, které jsou v PSP ČR v 1. čtení.

■

## II. Tiskové prohlášení stínového ministra zdravotnictví ODS Tomáše Julínka ze dne 10. 11. 2005

**Nucená správa VZP je snahou zakrýt připravované omezení zdravotní péče**

Za snahu zakrýt razantní omezení zdravotní péče, které v těchto dnech chystá ministr zdravotnictví David Rath za podpory předsedy Paroubka, označil dnešní vyhlášení nucené správy nad VZP stínový ministr zdravotnictví Tomáš Julínek: „Ministr zdravotnictví si vzal za oběť především vážně nemocné pacienty, kteří v následujících týdnech přijdou o současnou úroveň zdravotní péče. Například moderní léky na rakovinu nedostane více než 20% nemocných, jen velmi malý počet lidí může v příštím pololetí získat umělou kyčel." Julínek zároveň upozorňuje na fakt, že nucená správa byla vyhlášena v rozporu se zákonem. Tato vláda dokonce sama ve svém usnesení ze srpna letošního roku potvrdila, že VZP je svázána státními vyhláškami a smluvními vztahy do té míry, že nemá žádný prostor pro snižování nákladů, a tedy i dluhů," připomíná Julínek.

„Uvalení nucené správy nad VZP je krok, který problémy českého zdravotnictví nevyřeší, naopak je může prohloubit," konstatuje Julínek a zároveň dodává, že jako pojištěnec VZP zvažuje odchod do některé ze zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven: „Od dnešního dne nespravuje moje peníze na zdravotní pojištění nezávislá instituce, ale úzká skupina lidí okolo ministra Ratha, o jejichž čistých úmyslech vážně pochybuji!"

■

*Předseda senátního klubu ODS a stínový ministr zdravotnictví Tomáš Julínek*

## III. Protokol z jednání zdravotních pojišťoven a skupiny praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost pro období I. pololetí 2006

*Datum konání: 15. listopadu 2005*
*Místo konání: VZP, Na Perštýně 6, Praha 1*
*Svolavatel jednání: Unie fyzioterapeutů ČR*

Jednání se uskutečnilo v souladu s „Jednacím řádem dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění."

Důvodem svolání tohoto jednání je konstatování ministra zdravotnictví MUDr. Davida Ratha, že: .... *„U dohodnutých segmentů praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, lázeňské péče a dopravy raněných, nemocných a rodiček, zdravotnické záchranné služby a lékařské služby první pomoci nejsou zohledněny finanční možnosti financování systému z veřejného zdravotního pojištění v roce 2006, jak o nich bylo jedná-*

*no na různých úrovních mezi poskytovateli zdravotní péče, zdravotními pojišťovnami, zástupci Ministerstva zdravotnictví a dalších subjektů pověřených k těmto jednáním předsedou vlády, přičemž tyto zásady jsou obsaženy v dohodách z jednání na Úřadu vlády dne 3.6.2005 a 18.10.2005.....*

*....V souladu s ustanovením zákona č.48/1997 Sb., §17, odst. 10 Vás proto jako svolavatele tohoto kola dohodovacího řízení o způsobu a výši úhrad zdravotní péče v 1. pololetí 2006 vyzývám ke svolání jednání dohodovacího řízení s cílem odstranit shora uvedené formální i věcné nedostatky.....“*

Zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven se na základě výše citovaného oslovení sešli na mimořádném jednání Dohodovacího řízení dne 15.11.2005 a konstatují, že na tomto jednání nebylo nalezeno žádné řešení, se kterým by souhlasily obě strany. ■

## IV. Stanovisko Sdružení praktických lékařů ČR a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost k dohodám z jednání na Úřadu vlády ze dne 3.6.2005 a 18.10.2005

**Na den 9.11.2005 byli na ministerstvo zdravotnictví ČR pozváni zástupci praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost k projednání následující problematiky:**

Uvedení Dohody o cenách na 1. pololetí 2006, uzavřené v rámci řádného dohodovacího řízení o cenách na uvedené období, do souladu s dohodami z jednání na Úřadu vlády ze dne 3.6.2005 a 18.10.2005.

Jednání se dále účastnili: za ministerstvo zdravotnictví Ing. Sláma a Ing. Nikoličová, za zdravotní pojišťovny MUDr. Pokorný (VZP ČR) a Ing. Zajícová (ZP ŠKODA), za Aprimed Ing. Král.

Zástupci poskytovatelů byli na tomto jednání informováni ze strany zástupců Ministerstva zdravotnictví, že jejich dohoda se zdravotními pojišťovnami byla ministerstvem rozporována z pozice veřejného zájmu, a byli vyzváni, aby byly provedeny příslušné korekce této dohody.

Konstatováno bylo především to, že by dohoda měla reflektovat:

1. Zastropování maximální výše úhrad předepsaných léčiv, ZUM a ZULP včetně těch, které byly schváleny revizními lékaři ve výši 98% srovnatelného období předchozího kalendářního roku.
2. Zastropování péče indukované praktickým lékařem ve výši 100% v porovnání se srovnatelným obdobím.
3. Celková úhrada v segmentu musí být zalimitována 103% v porovnání se srovnatelným obdobím předchozího kalendářního roku.

Technika provedení těchto zastropování byla ponechána na jednání mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami.

**Přítomní zástupci ministerstva neodpověděli na přímé otázky:**

1. Jaká varianta je pro zajištění uvedených limitací připravena ze strany ministerstva pro chystanou vyhlášku?
2. V čem uzavřená dohoda ohrožuje systém veřejného zdravotního pojištění?
3. V čem mají úpravy naplnit tzv. veřejný zájem, to jest co je podstatou deklarovaného veřejného zájmu?

**Zástupci praktických lékařů předložili na tomto jednání své následné stanovisko:**

1. Praktičtí lékaři jsou lékaři prvního kontaktu pacienta se systémem zdravotní péče a jakékoliv limitace mohou mít přímý dopad na kvalitu a dostupnost zdravotní péče.
2. Praktičtí lékaři nejsou ti, kteří způsobují neadekvátní počet kontaktů občanů se zdravotnictvím, bez limitace na straně občana se nic podstatného v objemu čerpání zdravotní péče nezmění, odmítají proto převzít zodpovědnost za neřešení tohoto problému na svá bedra.
3. Limitace objemů péče poskytované na lůžkách či v ambulancích specialistů se nepochybně odrazí na nárůstu objemu péče včetně indukované (komplement) u praktických lékařů.
4. Obdobný efekt bude mít i limitace objemu předepsaných léčiv, ZUL, ZUM a PZT, do kterých se navíc započítávají i léky schválené revizními lékaři.
5. Praktičtí lékaři odmítají spolufinancovat systém zdravotní péče, již dnes dochází ke snižování podílu objemu financí do jejich segmentu neodpovídající úloze a poslání primární péče jako takové.

**Zástupci praktických lékařů se proto obracejí na zástupce ministerstva zdravotnictví s žádostí, aby přehodnotili svůj přístup k zavedení uvedených limitací v jejich segmentu. Obávají se, že při zavedení takových limitací by mohlo dojít k výraznému omezení kvality a dostupnosti základní zdravotní péče poskytované občanům, až k následnému rozpadu základního článku celého zdravotnictví, kterým primární péče nepochybně je.**

V Praze dne 15.11.2005. ■

*Za SPL ČR:*
*MUDr. Václav Šmatlák, předseda*
*Za SPLDD ČR:*
*MUDr. Pavel Neugebauer, předseda*

## V. Pracovní návrh vyhlášky, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2006 - výňatek z textu

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 11 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 459/2000 Sb. (dále jen „zákon“):

**§ 1**

**Tato vyhláška stanoví v případech, kdy není výsledkem dohodovacího řízení dohoda podle § 17 odst. 8 zákona**

*a) výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení*

1. poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných a zdravotnických zařízení vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami [1)] (dále jen „seznam výkonů"),

2. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících hemodialyzační péči,

3. poskytované praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost,

4. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči,

5. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 222, 801 - 807, 809, 812 - 823 podle seznamu výkonů,

6. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících domácí zdravotní péči,

7. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 902 a 918 podle seznamu výkonů.

8. poskytované v rámci zdravotnické záchranné služby, dopravy a lékařské služby první pomocl

*b) výši úhrad při poskytování neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních.*

**§ 2**

(1) Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost se v 1. a 2. čtvrtletí 2006 hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením

a) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou,

b) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace, nebo

c) podle seznamu výkonů.

(2) Výše kapitačně výkonové platby podle odstavce 1 písm. a) se vypočte podle počtu registrovaných pojištěnců s příslušným věkovým indexem násobeným základní sazbou ve výši 34,50 Kč na měsíc před uplatněním degresního koeficientu. Výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce se hradí podle seznamu výkonů, přičemž cena bodu sjednaná ve 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.[3)]

(3) Výše kapitačně výkonové platby s dorovnáním kapitace podle odstavce 1 písm. b), včetně úhrady za výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce, se vypočte podle odstavce 2.

(4) Zdravotní péče podle odstavce 1 písm. c) se hradí do limitu času nositele výkonu podle § 41 zákona. Cena bodu pro úhradu této péče sjednaná ve 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.3)

(5) Podmínky pro dorovnání kapitace podle odstavce 1 b) a regulační omezení úhrady podle odstavce 1 písm. a), b) a c) se stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.

(6) Celková výše úhrady podle odstavce 1 vypočtená podle odstavce 2, 3 a 4, která nepřevýší 103 % celkové úhrady v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku, bude navýšena koeficientem stabilizace a koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Koeficienty stabilizace a změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny jsou definovány v příloze č. 8 k této vyhlášce.

(7) Jiný způsob úhrady, než který je uveden v odstavci 1, není možný.

**§ 3**

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem vyhlášení.

Ministr:

Příloha č. 5 k vyhlášce č..../2005 Sb.

**Podmínky pro dorovnání kapitace podle § 5 odstavce 1 b) a regulační omezení úhrady podle § 5 odstavce 1 písm. a), b) a c)**

**A) Podmínky pro dorovnání kapitace:**

1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst.1 zákona.

2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný praktický lékař uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto praktického lékaře. Tento typ úhrady se týká ordinací praktických lékařů, kterým byl Komisí pro malé praxe přiznán statut malé praxe.

**B) Regulační omezení:**

3. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané a vykázané konkrétním zdravotnickým zařízením v 1. popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, se zohledněním věkových skupin, převýší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané a vykázané v 1. popřípadě ve 2. čtvrtletí 2005, včetně léčivých přípravků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, uplatní pojišťovna srážku ve výši 100 % z překročení.

4. Pokud celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce převýší 5% celkové úhrady za registrované pojištěnce v 1., popřípadě 2. čtvrtletí 2006, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku ve výši 50% z překročení. Tento regulační mechanismus se netýká péče pro neregistrované ošetřené pojištěnce v rámci řádného zástupu a nebude uplatněn v případě úhrady zdravotní péče podle § 5 odstavce 1 písm. c).

5. Pokud průměrná úhrada v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006 za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 822 ***na jednoho ošetřeného pojištěnce,*** se zohledněním věkových skupin, převýší 100 % průměrné úhrady v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2005, ***uplatní*** zdravotní pojišťovna srážku ve výši 100 % překročení. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky se výkony vyžádané péče jak v referenčním, tak i v hodnoceném období ocení v odbornosti 809 podle seznamu výkonů ***hodnotou bodu 1,04 Kč a v ostatních od-***

***bornostech podle seznamu výkonů hodnotou bodu 0,86 Kč.*** Zdravotní péče autorské odbornosti 823 je obsažena ve smluvní odbornosti 807.

6. Pokud průměrná úhrada za poskytnutou zdravotní péči na jednoho ošetřeného neregistrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší o více než o 10% průměrnou úhradu v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2005 a zároveň o více než 20% konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za zdravotní výkony, nebo za předepsané léky a zdravotnické prostředky, nebo za vyžádanou péči, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, v odbornostech 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 822), může zdravotní pojišťovna uplatnit srážku do výše 25% z překročení.

Příloha č. 8 k vyhlášce č..../2005 Sb.

**Výpočet koeficientu stabilizace a koeficientu změny příjmů a výdajů dané zdravotní pojišťovny podle § 4 odstavce 7, § 5 odstavce 6, § 8 odstavce 3, § 9 odstavce 5, § 10 odstavce 3, § 11 odstavce 3 a § 12 odstavce 3**

Koeficient stabilizace se vypočte následujícím způsobem:

$$K_S = 1 + (ZZF / VD) \times 0,5$$

kde:

ZZF = zůstatek základního fondu příslušné zdravotní pojišťovny k 30.9.2005

VD = součet věcných dávek zdravotní péče příslušné zdravotní pojišťovny za 1. pololetí 2005

Koeficient změny příjmů a výdajů dané zdravotní pojišťovny se vypočte následujícím způsobem:

$$K_{pv} = (P / VD) - 0,03$$

kde:

P = příjmy dané zdravotní pojišťovny za 1. pololetí 2006 po přerozdělení

VD = součet věcných dávek zdravotní péče dané zdravotní pojišťovny za 1. pololetí 2006.

Koeficient $K_{pv}$ bude uplatněn pouze za podmínky, když pro příslušnou zdravotní pojišťovnu bude v hodnoceném období platit, že poměr P/V bude větší než 1,03.

[1)] *Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů*

# VI. Připomínky Sdružení praktických lékařů ČR a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost k návrhu textu vyhlášky o úhradách v 1. pololetí 2006.

**Obě Sdružení setrvávají na svém stanovisku ze dne 15.11.2005.**

K návrhu vyhlášky - pracovní verze pro jednání dne 21.11.2005, pak konstatujeme následující :

**1. Máme za to, že k úpravě výše a způsobu úhrad v segmentu praktických lékařů vyhláškou není dán zákonný důvod. Dohoda učiněná v rámci řádného dohodovacího řízení není v rozporu s veřejným zájmem či právními předpisy. K popisu takovéhoto případného rozporu ve smyslu ustanovení §17 odst.10 zákona č.48/1997 Sb. ze strany MZ ČR pak vůbec nedošlo.**

*Naše stanovisko je tedy takové, že by segment praktických lékařů neměl být vůbec vyhláškou upraven a navrhujeme jeho vyjmutí z textu vyhlášky.*

**2. Pokud MZ ČR trvá na tom, že pro segment praktických lékařů upraví vyhláškou výši úhrad hrazené péče včetně regulačních omezení pro 1. kalendářní pololetí 2006, ve smyslu ustanovení §17 odst.11 písm.b) zákona č.48/1997 Sb., měla by tato úprava vypadat takto:**

**V části úpravy výše úhrad by měla kopírovat dohodu učiněnou v rámci dohodovacího řízení. Výše úhrad nejenže není v rozporu s veřejným zájmem ani právními předpisy, ale samo MZ ČR při předchozích jednáních opakovaně konstatovalo, že v této části nespatřuje žádný problém, neboť nepřesahuje parametry dohod MZ ČR se zdravotními pojišťovnami, které byly učiněny v rámci jednání na Úřadu vlády dne 3.6.2005 a 18.10.2005.**

*Naše stanovisko je tedy takové, že případná úprava ve vyhlášce musí plně korespondovat s dohodou učiněnou v rámci dohodovacího řízení. Spíše za omyl, než úmysl považujeme úpravu ustanovení §5 odst.2, které znemožňuje diferencovanou kapitační platbu.*

*Pokládáme za nutné tuto chybu odstranit a upravit předmětné ustanovení takto:* „Pro výše úhrad zdravotní péče podle odstavce 1 písm.a) platí výše úhrad sjednané pro 2. pololetí 2005 a uveřejněné ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, s tím, že výše základní sazby pro výpočet kapitačně výkonové platby se navyšuje o 0,50 Kč.“

**K ustanovením přílohy č. 5 návrhu vyhlášky můžeme pouze konstatovat, že plně odkazujeme na předchozí stanoviska, na kterých setrváváme.** Nově zaváděné regulační mechanismy samozřejmě i nadále striktně odmítáme s tím, že primární péče poskytovaná praktickými lékaři je péčí základní. Je nejen linií prvního kontaktu pacienta se zdravotnictvím, ale zároveň představuje i jakousi záchytnou síť. Nelze proto připustit, a to právě v souladu s veřejným zájmem, aby na této úrovni došlo k tak dramatickému snížení objemu péče, jaké představuje návrh ministerstva.

Pokud má dojít k úpravě regulačních mechanismů vyhláškou, doporučujeme jednoznačně úpravu regulačních mechanismů ponechat ve znění odpovídajícím dohodě učiněné v rámci dohodovacího řízení.

V Praze dne 22.11.2005

*Za SPL ČR:*
*MUDr. Václav Šmatlák, předseda*
*Za SPLDD ČR:*
*MUDr. Pavel Neugebauer, předseda*

# VII. Vystoupení prezidenta Stomatologické komory MUDr. Jiřího Pekárka na XVI. Kongresu ODS 26.11.2005

Vážený pane předsedo, vážení přátelé,

v programu stojí psáno pozdravy hostů a tak dovolte, abych popřál hezký podvečer tomuto adventnímu kongresu ODS. Je to vlastně poprvé, co má Česká stomatologická komora a také Koalice soukromých lékařů, za které mám právo zde mluvit, možnost mluvit na tak významném politickém fóru. Komorám nebyla dána do vínku političnost, jsme apolitickou, nejsme stranou, a právě proto nebo z tohoto důvodu se zajímáme o politické programy, zejména o koncepty zdravotnických reforem. Když jsem si před nedávnem dovolil kritizovat koncepci Ministerstva zdravotnictví, vzkázala mi paní ministryně, bývalá paní ministryně, že je to komorám zakázáno a ať si proto vytvořím svou vlastní stranu. Vážení přátelé, dovedete si představit stranu složenou ze samých zubních lékařů? Tak, jako vy, mají všichni ze zubařů strach, taková strana by byla nevolitelná. I když znám jednu stranu, ze které jde taky strach a naši voliči nepoučeni historií, ji nadále ve značné míře volí.

Ale zpátky ke zdravotnictví, co těch téměř dvacet tisíc soukromých lékařů chce? Co chceme? Nadále vlastnit a svobodně nakládat se svými soukromými praxemi. Nabízet své služby zdravotním pojišťovnám na trhu služeb, kde nejsou zvýhodňována a upřednostňována taková zdravotnická zařízení jen proto, že jsou nezisková nebo že jsou zakládána státem. Chceme mít rovné smlouvy a mít dostatečně a včas zaplaceno. Zatím naše zdravotnictví je v dezolátním stavu a připomíná spíše dálnici D1, po které jste mnozí z vás do Brna na tento kongres přijeli. Je dlouho zásadně nerekonstruovaná, denně na ní umírají lidé, musím říci, že zbytečně, a ti, kteří přežijí, terorizuje gang dálničních lupičů. Máme z takovéto cesty strach a nemyslím jenom dálnici D1. Síly komory ani Koalice soukromých lékařů na změnu nestačí. Čekáme, že některá strana, a mám na mysli vás, řekne: „Známe vaše problémy, umíme je jednoduše pojmenovat a budeme je řešit.“ Takovou stranu bude většina z dvaceti tisíc lékařů volit a vyzveme k tomu i naše pacienty, to je naše společná šance.

Děkuji.

■

*Pro VOX připravil:*
*MUDr. Pavel Neugebauer*

# Výpis z jednání XIV. celorepublikové konference SPLDD ČR 19.11.2005 v Brně

**1. Zahájení konference - MUDr. Neugebauer**

- volba návrhové a mandátové komise

**2. Zpráva o činnosti SPLDD ČR za období 13.11.04 - 19.11.05 - MUDr. Neugebauer**

- MUDr. Neugebauer předložil podrobný souhrn událostí a kroků za uplynulé období:

■ představení reformy MZ ČR - krátkodobá stabilizační opatření ve zdravotnictví bývalé ministryně MUDr. Emmerové, základní body reformy a stanoviska ČR

■ nucená správa nad VZP - zvažováno vydání prohlášení SPLDD ČR k této situaci

■ informace o elektronických zdravotních knížkách IZIP

■ dohodovací řízení o cenách 2005 - východiska pro cenová jednání na 2. pololetí 2005 - základní kalkulace, srovnávací údaje a závěry

■ dohodovací řízení o cenách 2006 - představení „Všeobecné dohody o opatřeních v systému poskytování zdravotní péče ze dne 3.6.2005“ - stanoviska premiéra Paroubka. Dohodnutá hodnota bodu na pololetí 2006 je 0,97 Kč, kapitace 34,50 Kč

■ „Dohoda o patřeních k zajištění stabilizace v systému veřejného zdravotního pojištění“- vysvětlení, význam a dopady na PLDD

■ práce Analytické komise - bonifikační systémy, ekonomika praxí PLDD, katalog služeb poskytovaných PLDD, účetní sestavy - ukázky statistik a kalkulací systému zdravotního pojištění

■ spolupráce s ČLK o.s. - problematika cenových jednání, střet zájmů

■ práce „Koalice soukromých lékařů“ - určení cílů této koalice, koncepce MZ ČR, problematika Úhradové vyhlášky, spolupráce se zdravotními pojišťovnami

■ představení práce „Českého zdravotnického fóra“ - SPLDD je členem, letos se jednalo o hlavních pilířích zdravotnictví

■ právní problematika - způsoby omlouvání žáků, úhrady cestovného vůči SPLDD

■ „Protest 6.10. 2005“ - průběh, příprava a zhodnocení situace, včetně řešení selhání distribuce plakátů, reakce na tento protest

■ souhrnné představení dalších znaků a činností SPLDD ČR - např. demografie PLDD, vzdělávání, mediální obraz SPLDD

**3. Zpráva o hospodaření SPLDD ČR za rok 2004 a 2005 - MUDr. Dvořáková**

- MUDr. Dvořáková, pokladník SPLDD ČR, přednesla základní principy získávání financí SPLDD ČR, příjmy a výdaje Sdružení vysvětleny prostřednictvím tabulek a grafů související s hospodařením SPLDD ČR, odpovědnosti za hospodaření, přehled příjmů centra, přerozdělení z centra na regiony

■ náklady SPLDD - činnost kanceláře, časopis VOX PEDIATRIAE, regionální náklady, fond vzdělávání

■ návrh rozpočtu na rok 2006

■ předpokládané příjmy SPLDD ČR se zvýší díky schválenému navýšení členských příspěvků

■ SPLDD ČR se stalo v roce 2004 plátcem DPH

**4. Revizní komise SPLDD ČR - MUDr. Dufka**

- MUDr. Dufka přednesl zprávu Revizní komise SPLDD ČR

**5. Diskuse k předneseným zprávám**

- návrh navýšení členských příspěvků ze 100,- Kč na 500,- Kč pro nepracující důchodce, ženy na mateřské a studenty, a hlasování o zvýšení členských příspěvků řádných členů z 1500,- Kč na 1800,- Kč - při hlasování bylo šest lidí „proti“, pět lidí se „zdrželo“ - zvýšení

členských příspěvků bylo přijato

- návrh rozpočtu na rok 2006 - dva lidé byli „proti“, čtyři se zdrželi hlasování - návrh rozpočtu na rok 2006 byl schválen

**6. Panelová diskuse s hosty**

- MUDr. Neugebauer přivítal hosty: ministra zdravotnictví MUDr. Ratha, senátora MUDr. Julínka, Ing. Gajdáčka za Svaz zdravotních pojišťoven ČR, MUDr. Cabrnochovou předsedkyni OSPDL

- hosté nabídli témata k diskusi

- MUDr. Cabrnochová za vedení OSPDL navrhla témata, která se týkají očkovacích látek hexavakcíny na příští rok, otázku akreditačních komisí, nucené správy VZP atd.

- hlavními navrhovanými tématy k diskusi byly: problematika nucené správy VZP, smluvní politika, síť neziskových nemocnic, Dohody o stabilizaci

**- ministr Rath se k těmto tématům vyjádřil:**

- *k otázce smluv* - v nejbližší době by mělo být svoláno dohodovací řízení o rámcové smlouvě zástupců primární a specializované péče se zdravotními pojišťovnami. Pokud se zástupci primární a specializované péče dohodnou s pojišťovnami, tak tyto dohody bude ministr akceptovat

- *k otázce hexavakcíny* - pokud budou peníze, tak ministr nemá zájem pozastavovat finance na vakcíny, o problému ovšem nemá veškeré informace

- *k otázce očkovacích průkazů* se ministr nevyjádřil, protože nemá veškeré informace

- *k otázce akreditačních komisí* - o pozastavení akreditačních komisí pan ministr také nemá veškeré informace

- *k otázce nucené správy VZP* - nucená správa VZP by měla pomoci při stabilizaci VZP. Ambicí ministra je sehnat apolitickou osobu - schopného manažera. Konkrétní jméno nenavrhl. Doba nucené správy závisí na ředitelce VZP a jejím odstoupení. Finančních toků vůči zdravotnickým zařízením se nucená správa nedotkne. Cílem je kontrola některých zdravotnických zařízení a smluv mezi nimi a VZP.

- *k otázce sítě neziskových nemocnic* - vytvoření specifické právnické osoby „nezisková nemocnice“, toto téma je předmětem právnických diskusí

**Další dotazy z pléna**

- Dr. Neugebauer se ministra ptá na to, jak se nemocnice dostanou do sítě, co se stane s těmi, které nebudou chtít být v síti

- problematika nucené správy VZP a jejího nuceného správce dotaz zněl, proč je touto osobou někdo, kdo byl sám v managementu VZP

- vysvětlení toho proč a jak by vypadaly smlouvy na dobu neurčitou

- MUDr. Julínek - zásadní rozhodnutí se sedm měsíců před volbami nedělají

MUDr. Rath navrhuje po volbách inspiraci rakouským modelem zdravotnictví. České zdravotnictví v porovnání cena - výsledky je na světovém poli na velmi vysoké úrovni. Osud dalších nemocnic - neziskové nemocnice bez ohledu na formu vlastnictví budou mít formu obdobnou neziskovým

- smlouvy na dobu neurčitou a vypovězení smluv pouze za určitých podmínek, které budou pevně dány

Ing. Gajdáček - zdravotním pojišťovnám je jedno, jakou mají zdravotnická zařízení právní formu, je jen nutné vykonávat odpovídající péči

Další dotazy: zástupci sdružení by měli mít otevřenou cestu na MZ ČR

Dr. Rytíř - poukázal na chyby západoevropských systém zdravotnictví

Dr. Kozderka - jak se pan ministr postaví k novému seznamu výkonů

Dr. Cabrnochová - otevřela problematiku penalizace za navýšení předpisů léků

MUDr. Rath - odpovědi na dané otázky:

Hrubě nesouhlasí s tím, že důvody nucené správy jsou mlhavé. Jeden důvod za všechny - pojišťovna má 14 mld. dluh. Úhradové vyhlášky za to nemohou, protože stejně nejsou aplikovány.

Otázka léků - kategorizace je cenotvorba (úhradotvorba)

- síť - směrná čísla sítě nikdy nebyla podepsána a i když existují

- seznam výkonů -trvá na tom, aby byl podepsán, protože dosud nehoráznou cenu práce lékaře 130,- Kč chce navýšit na 460,- Kč, ale neví, kdy to přesně bude

- náklady na léky - není jasná analýza, proč tak vzrostl letos dluh VZP za léky. V příštím roce nutno nenavýšit předpisy na léky - což není nerealizovatelné

Ing. Gajdáček - bankovní pojišťovna do systému přerozdělení dává ze všech nejvíce, protože má nejvíce pojištěnců ze všech zaměstnaneckých pojišťoven. Platnost stávajících smluv končí o půl roku dříve než u ostatních pojišťoven.

- přerozdělením v příštím roce „dopadne“ na zaměstnanecké pojišťovny

Další otázky: má lékař suplovat politiky a říkat jim, že mají platit u lékaře - gatekeeping jako jedna z možností omezení pohybu pacienta systémem

Dr. Svítilová neziskové nemocnice budou daňově zvýhodněny, to je nespravedlivé

MUDr Procházka - proč existují léky, které by si pacient rád koupil,ale jsou jen na předpis

Dále: Jak se dívá ministr na souběhy praxí? Doplácení hexavakcíny? Likvidace odpadů?

MUDr. Rath: Říkat si o placení jako lékaři nejsme zvyklí, ale politici také nechtějí lidem říci, že by měli v ordinaci platit. Zamezení volného pohybu pacientů v systému - je možné zavést např. poplatky za návštěvu specialisty bez doporučení atd. To je možné zavést ale až po volbách, za sedm měsíců není možné, podpora ekonomického gatekeepingu.

Zvýhodnění daní a nemocnic - všude ve světě „not for profit“ organizace mají určitá daňová zvýhodnění, peníze, které vydělají, musí utratit za svůj provoz.

Regulace, limity - měly by být individuálně řešeny, zvlášť mimořádně nákladní pacienti.

Souběh úvazků - vede se diskuse o tom, že součet úvazků by neměl převyšovat 1 nebo 1,2. Je předmětem dalších diskusí.

Financování hexavakcíny - někdo by musel navrhnout úhradu vakcíny státem. Peníze na to nejsou. Ministr nezná přesně problém.

*Zapsala Bc. Petra Roškotová*

# Usnesení Celorepublikové konference SPLDD ČR

**Konference zvolila:**
- Mandátovou komisi ve složení: MUDr. Ropková, MUDr. Holdšvendová, MUDr. Sedláčková
- Návrhovou komisi ve složení: MUDr. Kotowská, MUDr. Kozderka, MUDr. Soukup, MUDr. Zavřelová, MUDr. Rytíř, MUDr. Pukovec, MUDr. Gricová, MUDr.Němeček

**Konference vzala na vědomí:**
- Zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedou SPLDD ČR MUDr. Neugebauerem.
- Zprávu o čerpání rozpočtu v roce 2005 přednesenou MUDr. Dvořákovou.
- Zprávu Revizní komise přednesenou MUDr. Dufkou.

**Konference schválila:**
- Zprávu o hospodaření za rok 2004 přednesenou MUDr. Dvořákovou.
- Návrh rozpočtu SPLDD ČR na rok 2006.
- Zvýšení ročních členských příspěvků SPLDD od r. 2006 a to na 1800,- Kč, resp. 500,-Kč (včetně čestného prohlášení).

**Konference konstatuje:**
- Zneklidnění PLDD stávající situací v resortu, zrušení jednání Komise péče o dítě, přerušení jednání akreditačních komisí do února 2006, nevyjasněnost koncepčních otázek. S obavou sledují projednávání dvou zásadních legislativních novel (zákon o zdravotním pojištění a o veřejné síti neziskových nemocnic).
- Zásadní nesouhlas PLDD s navrženým řešením systému úhrady zdravotní péče, kde základní myšlenkou je penalizace PLDD za překročení nákladů na léky nad limit pouhých 98 % za srovnatelné období. Varují, že tuto regulaci pocítí pacienti, bohužel v tomto případě zejména chronicky nemocné děti.
- Znepokojení PLDD nečekanou změnou názoru MZČR v otázce úhrady hexavakcíny. Nadále tak musí kojencům jejich rodiče tuto očkovací látku kupovat, aniž jim stát kompenzuje alespoň částečně tyto finanční prostředky. V současnosti se jedná o cca 20 % dětí narozených v roce 2005. Takováto situace neexistuje v žádném z vyspělých států Evropy!
- S obavami sledujeme uvalení nucené správy nad největší zdravotní pojišťovnou. Ukončení nucené správy podmíněné odstoupením její ředitelky naznačuje personální důvody pro tento postup. PLDD se obávají další destabilizace systému a opožďování plateb za zdravotní péči.
- Se znepokojením vnímáme situaci nestability, ale také ztráty dialogu právě před blížícím se koncem platnosti stávajících rámcových smluv mezi lékaři a zdravotními pojišťovnami. Obáváme se atmosféry strachu a možných zániků našich stávajících smluvních zařízení.
- PLDD nesouhlasí s posilováním role státu v systému veřejného zdravotního pojištění, chybějící koncepce je nahrazována centralizací, snahou po ovládnutí největšího plátce zdravotní péče a radikální regulací výdajů, které pocítí PLDD i jejich pacienti!

**Konference:**
- Vítá kandidaturu MUDr. Otty Herbera na funkci prezidenta České lékařské komory.
- Podporuje návrh na rovnocenné obsazování křesel v představenstvu ČLK zástupci jednotlivých segmentů.

**Konference ukládá:**
- Výboru SPLDD ČR neprodleně zahájit jednání o formě a podmínkách nových smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami.
- Výboru SPLDD ČR dopracovat ve spolupráci s právníky otázku cestovného členům SPLDD ČR.
- Výboru SPLDD ČR nadále hledat další generální partnery SPLDD ČR.
- Všem členům SPLDD ČR neustupovat od bodů prezentovaných praktickými lékaři při protestní akci v Praze dne 6.10.2005.

**Konference doporučuje:**
- uspořádat konferenci v měsíci říjnu 2006
- vyčkat s penalizací VZP podle dalšího vývoje.

*Za návrhovou komisi:*
*MUDr. Milan Rytíř*

*Vážení přátelé,*

*čas hraje v našem životě obdivuhodnou roli. Pro každého z nás má hodina 60 minut, ale jsme rozdílní v tom, co a jak během hodiny dokážeme prožít či udělat.*

*Nový rok vyměří každému z nás 8 760 hodin, ve kterých nás čeká řada důležitých úkolů v osobním i pracovním životě. Bohužel je málo dnů v roce, které můžeme věnovat svým nejbližším, rodinně a přátelům. Právě s nimi můžeme prožít chvíle osobního štěstí a naplnění pocitu souladu a klidu.*

*Dovolte nám, abychom Vám jménem pracovníků redakce poděkovali za přízeň, kterou nám věnujete četbou tohoto časopisu.*

***Přejeme Vám příjemné prožití vánočních svátků a v novém roce hodně osobních i pracovních úspěchů a více času pro odpočinek v kruhu Vašich nejbližších.***

*Vaše redakce*

# Exkurze do neonatologie: časná, pozdní morbidita a dlouhodobé sledování rizikových novorozenců

**Prim. MUDr. Jiří Dort, MUDr. Eva Dortová, MUDr. Hana Tobrmanová**

Neonatologické oddělení Fakultní nemocnice Univerzity Karlovy v Plzni

Začátky péče o nedonošené a nemocné novorozence, a tedy oboru neonatologie, byly položeny koncem 19. století, kdy se objevily první inkubátory a začala vznikat oddělení pro nedonošené. Tam se ošetřovatelská péče zaměřovala na klid, vlídné zacházení, teplo a výživu. Ošetřovatelská péče vycházela z principů, které stanovila Florence Nightingale. Samotný pojem neonatologie byl použit poprvé v roce 1960 profesorem Schafferem. V Československu vyšla v roce 1938 učebnice Fyziologie a patologie novorozence, autorem byl profesor Švejcar. V 60. letech se začaly používat elektronické monitory, antibiotika, výživu bylo možné podávat sondou. Do léčby hyperbilirubinemie byla zavedena fototerapie. V 70. letech se péče o nedonošené děti dále zkvalitňovala, začaly se používat katetry pro intravenózní výživu, zrodila se éra umělé plicní ventilace, která spolu s objevem surfaktantu a možností měření saturace kyslíku oximetry v 80. letech zásadním způsobem snížila novorozeneckou úmrtnost na respirační selhání. Díky ultrazvuku a CT vyšetření se zásadně změnila diagnostika řady vrozených vad včetně vrozených vad srdce i patologických nálezů v mozku i v jiných orgánech. 90. léta jsou ve znamení zájmu o intaktní přežití, hovoří se o dekádě mozku.

Období 1990-2000 bylo velmi úspěšné z hlediska snižování neonatální mortality v České republice, kdy došlo k jejímu poklesu na třetinu a hodnota 2,1 promile v roce 2004 odpovídá hodnotám v zemích s nejnižší neonatální mortalitou na světě jako je Švédsko nebo Japonsko. Na tomto úspěchu se podílel zejména pokles mortality ve skupině novorozenců bez vrozených vývojových vad s porodní hmotností pod 1500 g. Za tímto úspěchem stojí systémová opatření, jak organizačního, tak zdravotnického charakteru. V České republice se profiloval třístupňový systém péče, tvořený sítí perinatologických a intermediárních center, ustavených v roce 1995 a pracovišti základní péče. Během zmíněného období došlo rozhodnutím České neonatologické společnosti ke snížení hranice viability z 28 na 24 týdnů gravidity. V důsledku toho se zvýšila incidence extrémně nezralých novorozenců (PH pod 1000 g) v populaci na přibližně 0,4% a současně vzrostla jejich centralizace na perinatologická centra. Další zlepšování výsledků spočívá v pravidelném vytipování perinatálních rizikových faktorů, které nepříznivě ovlivňují mortalitu a morbiditu, a stanovení priorit péče. (7). Centralizace rizikových těhotných do perinatologických center, transport plodu in utero, antenatální podávání steroidů matkám k indukci plicní zralosti plodů, léčba infekčních komplikací u těhotných a podávání surfaktantu dětem po porodu je považováno za hlavní faktory, které příznivě ovlivnily výše uvedené výsledky.

S narůstajícím přežíváním novorozenců s velmi a extrémně nízkou porodní hmotností se v odborné i laické veřejnosti stále častěji objevuje otázka týkající se kvality života extrémně nezralého novorozence, jehož úmrtí jsme v perinatálním období odvrátili. V angloamerické literatuře byla již publikována řada studií, která porovnávala výskyt neurosenzorických postižení (DMO, slepota, hluchota, mentální deficit) u silně a extrémně nezralých novorozenců. Všechny se shodují v závěru, že při klesající mortalitě se nezvyšuje procento těžce postižených dětí, které se udává 19-25% v nejnižší hmotnostní skupině, t.j.pod 750 g (1,3,4,5,6,8). Většina hrubého postižení, které závažným způsobem nejen snižuje kvalitu života dítěte, ale dopadá na život jeho celé rodiny, vzniklého jako komplikace extrémní nezralosti, je patrná v průběhu prvních dvou let života. Méně zřejmé a lehčí poruchy jako je motorická neobratnost, problémy s chováním a učením ve smyslu poruch pozornosti a aktivity ( ADHD) se odkrývají až v pozdějším věku, **ale vztah těchto nálezů k perinatálnímu období je často již problematický.**

Epidemiologické studie poruch psychomotorického a neurosenzorického vývoje novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností (od 1500 g) stanovily rizikové perinatální faktory. Jsou to funkční a morfologické změny placenty, růstová retardace plodu, hypoxie a perinatální infekce. Celostátně je v České republice sledována časná neonatální morbidita - respiratory distress syndrom (RDS), bronchopulmonální dysplazie (BPD), perinatální poškození mozku - intraventrikulární hemoragie (IVH) III. a IV. stupně, cystická periventrikulární leukomalacie (cPVL) a retinopatie nedonošených (ROP) 3. a vyšších stupňů. Jejich výskyt ukazuje tabulka č. 1.

**Léčba RDS** je na jednotkách intenzivní a resuscitační péče úspěšně zvládána pomocí umělé plicní ventilace a podáváním surfaktantu. Významným faktorem je prenatální maturace plic fetu podáním betametazonu matce před předčasným porodem. **Bronchopulmonální dysplazie** je chronické plicní postižení vzniklé poškozením nezralé plicní tkáně s následnou reparací tkáně se zmnožením vaziva a výslednou poruchou alveolo-kapilárního vývoje. Je definována jako dependence na podávání kyslíku nebo ventilační podpoře ve stáří 36 týdnů postkoncepčního věku. Na RTG plic je typický nález. Výskyt u dětí pod 1500 g je 19% (9). Většina novorozenců s diagnózou BPD postupně ztratí závislost na kyslíku a plicní funkce se reparují. Přidělení domácí léčby tekutým kyslíkem umožňuje časnější propuštění novorozence s touto diagnózou do domácí péče. V posledních letech spolu s vyšším počtem přežívajících ELBW novorozenců se objevuje nová forma BPD, charakterizována zástavou vývoje plic v kanalikulárním stadiu a poruchou tvorby alveolů, ale současně také kapilární sítě s následným vývojem plicní hypertenze, která je příčinou pozdního úmrtí těchto dětí, často až za několik měsíců po narození, což je pro rodinu velmi traumatické.

**Intraventrikulární hemoragie** (IVH) III.a IV. stupně dle Papilové může vzniknout u VLBW a ELWB novorozenců v prvních dnech života z důvodů nestability cirkulace, nezralosti regulačních mechanizmů a poruch hemokoagulace. Diagnostikuje se ultrazvukem. Rizikem je rozvoj posthemoragického hydrocefalu, který vyžaduje neurochirurgickou intervenci - zavedení ventriku-

*tab. č. 1*

**Časná morbidita dětí pod 1500 g v ČR (ročníky 1999-2000)**

| Morbidita | incidence (%) |
|---|---|
| RDS | 53 |
| BPD | 19 |
| IVH III.+VI.st. | 11 |
| cPVL | 12 |
| ROP ≥ III.st | 8 |

loperitoneální drenáže. Je vysoké riziko dlouhodobých neurologických následků, a to zejména u IVH IV. stupně (intraventrikulární krvácení velkého rozsahu spojené s hemoragickým infarktem v přiléhající tkáni mozku), kde je těžké vývojové postižení prakticky nevyhnutelné. Dalším velmi závažným sonografickým nálezem je cystická periventrikulární leukomalácie - fokální ischemická nekróza bílé hmoty dorzálně a laterálně od postranních komor. Příčinou je zranitelnost nezralé mozkové tkáně, snížená schopnost autoregulace mozkového průtoku, anatomie cév, hypoxie a infekce. Výskyt u novorozenců pod 1500 g je 12% (9). Existuje velmi vysoké riziko rozvoje těžkých forem dětské mozkové obrny DMO.

**Retinopatie nedonošených 3. a vyšších stupňů** je vazoproliferativní postižení sítnice vznikající na neúplně vaskularizované sítnici silně nezralých novorozenců. Rizikové faktory jsou kromě nezralosti infekce, kyslíková terapie, transfuze krve. Výskyt je u VLBW novorozenců 8% .

Kromě časné morbidity je celostátně sledována pozdní neurosenzorická morbidita: **dětská mozková obrna (DMO)**, psychomotorická retardace, porucha zraku pro ROP, eventuelně centrální slepota, porucha sluchu, porucha růstu.

Výskyt DMO roste s klesající porodní hmotností a gestačním věkem, incidence v ČR je relativně vysoká, v období 1997-2000 byl výskyt ve skupině novorozenců s porodní hmotností pod 1500 g 13% (500-999 g 22%, 1000-1499 g 10%). U VLBW novorozenců se nejčasněji vyskytuje spastická diplegie. Mezi rizikové faktory DMO patří těžká nezralost, hypoxie - ischemie CNS, perinatální i postnatální infekce, sonografické nálezy IVH III. a IV stupně, cPVL. Incidence psychomotorické retardace se udává u dětí s porodní hmotností pod 1500g 8% (1000 -1499g 6%, 500-999g 13 %), často se vyskytuje společně s DMO. V literatuře je popisována souvislost s BPD a podáváním kortikoidů postnatálně.

Rizikové faktory vedoucí k těžkým poruchám sluchu jsou těžká prematurita spolu s hypoxií, závažnou hyperbilirubinemií, podávání ototoxických léků. Porucha sluchu se vyskytuje u 1% dětí s porodní hmotností pod 1500 g , těžká porucha sluchu u 2-3 % dětí s porodní hmotností pod 1000 g. Velmi důležitý je časný záchyt vyšetřováním otoakustických emisí u rizikových novorozenců. Porucha zraku po těžkých formách retinopatie nedonošených (3. a vyšších stupňů) je definována jako zbytky zraku, světlocit eventuelně nevidomost, jejíž incidence je 5% dětí s porodní hmotností pod 1500 g (500 - 999g 10%, 1000-1499 g 2%).

Současné priority péče o VLBW novorozence směřují k zachování nebo zlepšení stávajících hodnot perinatální a neonatální mortality, dále je kladen velký důraz na časnou a pozdní morbiditu, konkrétně na snížení incidence DMO. Toho lze dosáhnout včasným záchytem známek hrozícího předčasného porodu, intrauterinní infekce, placentární patologie a důsledným prováděním antenatální indukce plicní zralosti. Důležitá je prevence nejen časné ale i pozdní cerebrální morbidity včetně přísně individuální indikace léčby BPD kortikoidy.

Další rizikovou skupinou z hlediska rozvoje neurosenzorické morbidity jsou novorozenci s porodní hmotností 2000 g a větší (donošení nebo skoro donošení) po těžké porodní asfyxii s diagnózou **hypoxicko-ischemické encefalopatie** stupně 2-3 (dle Sarnata). HIE 2. stupně je charakterizována letargií, hypotonií nebo rozvojem křečí, změny na EEG bývají nespecifické. Až 80% dětí má normální vývoj. HIE 3. stupně charakterizuje stupor až kóma, výrazná hypotonie až atonie, křeče a chybění novorozeneckých reflexů. Na EEG je patologický nález. Prognóza je velmi špatná. Mortalita se udává 50%, u přežívajících je výskyt DMO 90%, PMR 50-60%, epilepsie 35-40% a poruchy zraku 10%.

Vzhledem k uvedeným skutečnostem je třeba, aby se perinatologická centra v rámci svých neonatologických oddělení věnovala důslednému dlouhodobému sledování rizikových novorozenců po propuštění. V rámci Neonatologického oddělení Fakultní nemocnice v Plzni se podařilo vybudovat Centrum vývojové péče (CVP), které je tvořeno specializovanou neonatologickou ambulancí pro rizikové novorozence, včetně možnosti ultrazvukového, rtg a laboratorního vyšetření,

**Nurofen**

dětskou psychologickou ambulancí, rehabilitační, neurologickou a oftalmologickou péčí. Další úzkou spolupráci má CVP s oddělením foniatrie ORL kliniky, ortopedem a podle potřeby s dalšími specialisty a superspecialisty pediatrie a dalších oborů, zastoupených ve Fakultní nemocnici. Pro pacienty, kteří dojíždějí z celého Plzeňského a Karlovarského kraje, proběhnou příslušná vyšetření pod jednou střechou ve spolupráci všech odborníků. Vyšetření ve 2 letech věku standardně zahrnuje klinické zhodnocení stavu, somatometrii, dále posouzení nálezů dětského neurologa, oční nálezu a vyšetření sluchu. Součástí prohlídky je vyšetření psychologem metodikou podle Bayleyové. CVP spolupracuje také s dalšími státními i nestátními organizacemi zabývajícími se péči o děti s postižením vývoje jako jsou Speciálně pedagogická centra v Plzni a Karlových Varech, Ústav sociální péče, Středisko rané péče v Plzni, Sdružení David a Goliáš atd.

Naším společným cílem je co nejlepší integrace dítěte s postižením neurosenzorického vývoje do vzdělávacího procesu a později do společnosti, a co největší pomoc rodině, která se o dítě stará.

Smyslem neonatologické péče je tedy prevence a léčba komplikací poporodní adaptace, sledování vývoje rizikových novorozenců a vhodná vývojová intervence při známkách jeho narušení tak, aby každému dítěti bylo dopřáno dosažení co nejvyšší kvality života.

***Abecední seznam použitých zkratek:***

*ADHD - porucha aktivity a pozornosti*
*BPD - bronchopulmonální dysplazie*
*cPVL - cystická periventrikulární leukomalacie*
*CVP - centrum vývojové péče*
*DMO - dětská mozková obrna*
*ELBW - extrémně nízká porodní hmotnost*
*HIE - hypoxicko-ischemická encefalopatie*
*IVH - intraventrikulární hemoragie*
*JIRP - jednotka intenzivní a resuscitační péče*
*RDS - respiratory distress syndrom*
*ROP - retinopatie nedonošených*
*VLBW - velmi nízká porodní hmotnost*
*PH - porodní hmotnost*

*Literatura:*

*1. Cooke R.W.I: Improved outcome for infants at the limits of viability, Eur. J. Pediatr (1996) 155, 665-667*
*2. Dort J., Chvojková E., Hejdová A.: Příčiny a výskyt pozdní neurologické morbidity nezralých novorozenců. Neonatologické listy 2, 1996, č.4, str. 272-281*
*3. Doyle LW: Outcome to five years of age of children born at 24-26 weeks´gestational age in Victoria. The Victorian Infant Collaborative Study Group, Med J. Aust., 1995 Jul , 3, 1163 (1), 11-40*
*4. Hack M, Wilson-Costello D: Neurodevelopment and predictors of outcomes of children with birth weights of less than 1000 g : 1992-1995 , Arch Pediatr Adolesc Med 2000 Jul, 154 (7), 725-31*
*5. Sethi VD, Marfarlane PL : Neurodevelopmental outcome at age two years amongst very low birth weight infants: results from a district general hospital , Public Health 1996 Jul, 110 (4), 211-4*
*6. Wood N.S. and col.: Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth, New England Journal of Medicine Aug 10, 2000 ( 6) Vol. 343, 378-384*
*7. Štembera Z., Velebil P.: Jsou priority zaměřené na snižování perinatální úmrtnosti před 10 roky platné ještě dnes pro zlepšování perinatální péče?, Neonatologické listy 6/2000 č.4 143-149*
*8. Vohr BR and col.,: Neurodevelopmental and functional outcomes of extremely low birth weight infants in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network , 1993-1994. Pediatrics 2000 Jun, 105(), 1216-1226*
*9. Zoban P.: Neuromotorická a senzorická morbidita dětí s porodní hmotností do 1500 g jako ukazatel kvality perinatální a neonatální péče. Čes.-Slov Pediatrie 2004, roč. 59, č.12, str. 610-614*

## Rath sepisuje recept plný škrtů

**Ministr Rath ordinuje úspory ambulancím, nemocnicím i lékárnám. Pocítí to i pacienti**

Nový nucený správce Všeobecné zdravotní pojišťovny Antonín Pečenka má těžký úkol: během několika měsíců obrátit ztrátové hospodaření instituce, jejíž schodek za poslední léta nastřádal už na 14 miliard korun. „V pojišťovně musíme začít s úsporami, které zastaví nárůst dluhu. Ten jen za letošek dosáhne čtyř miliard a dál akceleruje," prohlásil ministr zdravotnictví David Rath.

Zároveň však dodal, že úspory v samotné pojišťovně nestačí a měnit se bude řada pravidel, jež se týkají i dalších pojišťoven a celého zdravotnického systému. Řadu z nich pocítí i pacienti bez ohledu na to, u koho jsou pojištěni.

**Léčba doktora Ratha**

Co chce razantní ministr prosadit? Stát má začít víc mluvit do toho, s kým Všeobecná zdravotní pojišťovna uzavírá smlouvy, aby neproplácela zbytečné či fiktivní služby. Opakovat by se tak už neměly případy, kdy pojišťovna uzavře novou smlouvu s ordinací, jež koupila drahý přístroj, přestože stejné vyšetření je schopno poskytovat sousední zdravotnické zařízení se starším vybavením.

Rathovi lidé v pojišťovně mají prověřit smlouvy s lékaři a nemocnicemi. „Musí skončit úlety, kdy jeden lékař vykazuje tři pracovní úvazky nebo pojišťovně účtuje za týden 175 hodin, i když týden má těch hodin jen 168," řekl nucený správce Pečenka. Nové smlouvy s ordinacemi a nemocnicemi se nemají v příštích měsících uzavírat vůbec. Ministr chce také změnit pravidla určující, jaké léky zaplatí pacient a které se budou hradit z pojištění. Rath upřednostňuje, aby stát platil takzvaná generika, tedy léky, u kterých vypršela patentová ochrana a jež jsou levnější než originální léky. Výdaje na léky u nás ročně rostou o 11-15 procent, to by mělo podle Ratha skončit.

Další škrty plánuje ministr v preventivní péči. Nechce například, aby pojišťovny proplácely antikoncepci či preventivní pobyty dětí u moře. „Výlety k moři nejsou žádná prevence, stejně jako antikoncepce. Přitom na jejich úkor se škrtají úhrady na péči o vážně nemocné pacienty," tvrdí Rath.

Další zemětřesení má přijít v polovině příštího roku, až budou pojišťovny uzavírat nové smlouvy s ordinacemi. Rath prosazuje, aby se od zdravotního pojištění odstřihla lůžková oddělení či ambulance, které nejsou dostatečně vytížené. Znamenalo by to, že řada nemocnic zavře některá oddělení, na něž jsou lidé zvyklí. Je však otázka, zda se to ministrovi podaří prosadit. Premiér Paroubek se takového kroku v době voleb obává.

Rathovým hlavním cílem je udržet financování zdravotního systému v příštích dvanácti měsících na současné úrovni. „Naší ambicí je, aby se v roce 2006 utratilo pouze asi o 60 miliard více než letos. Představovalo by to sice stejný nárůst výdajů jako v letošním roce, tuto sumu ale pokryje zvýšený výnos ze zdravotního pojištění," říká Rath. Výnos roste jednak díky rostoucím mzdám a vyšší zaměstnanosti, jednak díky tomu, že stát bude platit vyšší sumy za státní pojištěnce.

Zda se podaří Rathovi uskutečnit všechny jeho plány, vůbec není jisté. Jisté zatím není ani to, zda obstojí nucená správa ve Všeobecné zdravotní pojišťovně. Objevují se pochybnosti o tom, zda je vůbec legální.

Podle Vladimíra Grose, bývalého správce několika kampeliček a jedné komerční pojišťovny, neměl stát na uvalení nucené správy na pojišťovnu právo. Jak Gros včera řekl pro Český rozhlas, ministerstva zdravotnictví a financí měla nejdříve konstatovat protiprávní stav v pojišťovně a dát jí lhůtu na odstranění chyb. „Naši právníci proces uvalení nucené správy zkoumají. Zatím nemáme zcela jasno, zda tu právní vady jsou, ale pokud se potvrdí, podáme proti rozhodnutí ministerstva rozklad," řekl mluvčí pojišťovny Jiří Suttner.

**Odvrácení kolapsu nestačí**

I kdyby se Rathovi podařilo zastavit propad českého zdravotnictví, problém vyřešen není. Světová banka už loni upozornila, že má-li být systém financování českého zdravotnictví dlouhodobě udržitelný, neobejde se bez důkladné reformy. Její návrh zatím předložila pouze ODS, která počítá s postupným zvyšováním finanční spoluúčasti pacientů.

„ČSSD zatím na alternativním konceptu nepracuje, je ale možné, že se na tom začne pracovat v rámci předvolebního programu," řekl Rath.

# Komplexní problematika dětí s perinatální zátěží

**MUDr. Daniela Marková**

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

## Souhrn

**V posledních 20 letech výrazně stoupá počet extrémně nezralých novorozenců se závažnou perinatální anamnézou, vyžadujících následnou multidisciplinární péči.**

### Příčiny nárůstu počtu živě narozených dětí s nízkou porodní hmotností

1. Perinatální péče v ČR zaznamenala v posledních letech vynikající výsledky - celková perinatální úmrtnost v roce 2002 dosáhla 4,4 promile, novorozenecká úmrtnost se pohybuje v současnosti kolem 2,3 promile. Těchto výsledků bylo možno docílit na základě optimální organizace systému perinatální péče, koncentrované do 12-ti perinatologických center. Vysoká kvalita poskytované péče v těchto centrech snížila díky nejmodernějším diagnostickým a terapeutickým postupům viabilitu plodu na 24. gestační týden a umožnila tak přežití dětem nejnižších hmotnostních kategorií (Extremely low birth weight - ELBW, tzn. děti hmotnostní kategorie pod 1000g. Ročně tento počet v ČR činí asi 350 - 390 dětí. Narůstá rovněž kategorie Incredibly low birth weight - ILBW, tzn. děti hmotnostní kategorie pod 750g).

2. Díky včasné prenatální diagnostice se „transportem in utero" daří zachránit děti s prenatálně rozpoznaným postižením, které by v řadě případů neměly šanci přežít.

3. Narůstá počet těhotenství vznikajících na základě asistované reprodukce, která je již sama predispozicí ke vzniku vícečetných těhotenství, vyúsťujících často v předčasné porody.

4. Posun koncepce do vyšších věkových kategorií přinášejících zvýšené riziko výskytu vrozených vývojových vad - (VVV) a tím i předčasného porodu.

### Nezralý novorozenec a kriteria hodnocení dlouhodobého vývoje

Narůstá i počet dětí z extrémně nízkých gestačních týdnů. Tyto děti bezesporu pro svojí celkovou fragilitu, vulnerabilitou, a častou polymorbiditu zasluhují větší pozornost při sledování PMV v rámci celkového multidisciplinárního přístupu. Vzhledem k častému postižení různých systémů, vzrůstajícímu přímo úměrně s klesajícími gestačními týdny při narození, dochází velmi často současně k vzájemnému ovlivňování patologických symptomů různé etiologie, resp. různých systémů. Vyplývající obtíže, mezi než patří i opožděný nebo jinak odchylný PMV, je pak nutné řešit komplexním, ale přesto individuálním pohledem na problematiku každého jednotlivce. (podrobněji viz. následující kapitola)

Nezdá se pravděpodobné, že by se počet novorozenců nízké porodní hmotnosti, který se drží v posledních letech na hladině 6% z celkového množství živě narozených dětí, mohl do budoucna zásadně snižovat. Zatímco hlavním kriteriem hodnocení úspěšnosti perinatální a neonatální péče byla v minulosti **„mortalita"**, nyní se do popředí zájmu dostává kriterium hodnocení dlouhodobé kvality života **„morbidita"**. Ve vztahu k mortalitě je nejsledovanějším ukazatelem porodní hmotnost, která u kategorie pod 1000g (což je extrémně nízká porodní hmotnost) koreluje s přežitím. Nemusí však vždy korelovat se stupněm zralosti, proto z pohledu predikce mortality ale i morbidity, se jako významnější faktor jeví gestační stáří. Porod novorozence před 26. gestačním týdnem je považován za extrémní nezralost. Ve výhledu půjde o veliký nárůst dětských pacientů se závažnou perinatální zátěží, kteří budou vyžadovat stejnou míru specializovaného a individuálního přístupu lékařů, jako tomu je na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Tato péče bude dlouhodobá a bude vyžadovat multidisciplinární přístup.

Podstatná část novorozenců velmi nízké porodní hmotnosti (VLBW), což je porodní hmotnost pod 1500g, se může po stránce somatické i psychomotorické vyvíjet normálně. Existuje však část dětí, zvláště pak skupina extrémně nezralých, u kterých se v průběhu vývoje objeví odchylky v různém rozsahu a míře postižení. Tato postižení se týkají nejen poruch somatických, ale i neurosenzorického vývoje, psychických poruch a poruch kognitivních a behaviorálních funkcí.

Z těchto důvodů Evropská asociace perinatální medicíny (EAPM) stanovila v roce 1996 ke sledování pozdní morbidity následujících 7 ukazatelů. Tyto ukazatele hodnotí však pouze nejtěžší formy postižení dítěte do 2 let věku.

Kromě uvedených nejzávažnějších kategorií jsou rovněž stanovena kritéria pro tzv. „nezpůsobilost", představující daleko méně závažnou formu postižení, přesto však handicapující daného jedince. Mimo tyto doporučené oblasti se každé postižené dítě sleduje přísně individuálně, protože charakter jeho

*tab.:*

| Indikátory pozdní morbidity | Indikátory „nezpůsobilosti" |
|---|---|
| 1) DMO | 1) Neschopnost sedět bez opory |
| 2) ROP III.-IV.st. | 2) Neschopnost jíst pomocí rukou |
| 3) Kortikální slepota | 3) Reakce pouze na světlo |
| 4) Senzorineurální hluchota | 4) Potřeba sluchových pomůcek |
| 5) Těžká retardace vývoje | 5) Potřeba kyslíku nebo ventilační podpory |
| 6) Těžká retardace růstu | 6) Potřeba speciálního zajištění výživy |
| 7) Vrozená těžká luxace kyčelního kloubu | 7) Stupeň vývoje ve 2 letech < rok |

postižení je vyjádřen v různé míře a často se symptomy překrývají, potencují, nebo naopak mají jenom přechodný charakter. Hodnocení dynamiky nálezu má však zásadní význam. Z našich zkušeností je nutné přidat do dlouhodobě sledovaných parametrů pozdní morbidity i problematiku bronchopulmonální dysplazie (BPD) a attention deficit hyperaktivity disorder (ADHD), představující hyperaktivitu a poruchu pozornosti.

## Vyšetření v rizikové poradně

Novorozenec NPH je v současné době propouštěn do domácí péče většinou při dosažení ukončeného 36. gestačního týdne s hmotností nejméně 1900 g. Musí být bez nutnosti monitorace, ve stabilizovaném stavu po stránce vitálních funkcí, termoregulace, bez apnoických pauz, na kompletním perorálním příjmu stravy, s plynulými hmotnostními přírůstky a se stabilizovaným nálezem na očním pozadí. Jako první se setkává s novorozencem po jeho propuštění z neonatologického oddělení jeho praktický lékař, na jehož prevenci ale i kurativě spočívá další péče a sledování dítěte.

Existují doporučená kriteria, podle kterých by novorozenec s perinatální zátěží měl být dlouhodobě sledován ve specializované rizikové poradně. Ta má svou jednoznačnou roli při koordinaci nezbytného multidisciplinárního přístupu. V návaznosti na specializovaná pracoviště se podílí na řešení akutních stavů vyžadujících podrobnější vyšetření a následnou léčbu, eventuelně hospitalizaci.

Základem pro vyšetření i další vyšetřovací postup jsou informace z propouštěcí zprávy. U dětí pod 36. gestační týden je doporučena věková korekce do 2 let věku.Při extrémní nezralosti se zvažuje zavedení korekce některých somatických parametrů ještě déle. V rámci vyšetření se stanovují vždy krátkodobé a dlouhodobé vyšetřovací programy s periodickými prohlídkami v jednotlivých odborných poradnách. Péče o NNPH představuje většinou problematiku asociovanou - tj. týkající se vždy několika systémů, které se vzájemně kombinují a ovlivňují. Vyžaduje tak nezbytně týmovou spolupráci různých specialistů z oboru: neurologie, pneumologie, kardiologie, nefrologie, hematologie, endokrinologie, gastroenterologie, oftalmologie, otorinolaryngologie, foniatrie, logopedie, imunologie, osteologie, psychologie, dermatologie.

**Kriteria pro sledování dětí v rizikové poradně:**

1. Porodní hmotnost pod 1500 g gestační stáří pod 34.g.t, IUGR (intarauterinní růstová retardace)
2. Postižení CNS (asfyxie,PVL- periventrikulární leukomalacie, IKK-intrakraniální krvácení, meningitidy)
3. Respirační problematika (BPD-bronchopulmonální dysplazie,CLD- chronické onemocnění plic)
4. GIT problematika (NEC-nekrotizující enterokolitida, neprospívání)
5. Neurosenzorická postižení očí (ROP-retinopatie ) a sluchu
6. Komplexní problematika (stavy po sepsích, vrozené vývojové vady)

*Fyzikální vyšetření* vychází z celkového pediatrického vyšetření se zaměřením na určité specifické projevy nezralého novorozence. Posuzujeme vždy somatický nález, PMV a výživové parametry, které korigujeme k porodní hmotnosti a věku (dle tabulek). Při vlastním vyšetření hodnotíme periferní prokrvení, (častěji mramorovaná kůže). Na celkově senzitivnější kůži bývají patrny jizvičky po odběrech a nitrožilních nebo arteriálních vstupech z období vyžadujícího intenzivní péči. Ve zvýšené míře vidíme i hemangiomy různého rozsahu. Pro nezralého novorozence bývá typický dolichocefalický tvar lbi, přechodně může být měkčí záhlaví, sklon k predilekčnímu držení hlavy a strabismus. Při CNS postižení může přetrvávat „centrální“ vysoce laděný pláč a nadměrná dráždivost nebo apatie.

Po dlouhodobých orotracheálních intubacích se častěji setkáváme s postintubačním stridorem, zatímco po nasotracheálních intubacích nebo sondování se setkáváme s iritací nosní sliznice a s hypersekrecí. U extrémně nezralých dětí nebo u dětí po centrálním postižení může přetrvávat porucha koordinace sání a polykání, někdy hypersalivace. U hypotonického dítěte může hypersalivace přetrvávat až do kojeneckého období. Po dlouhodobých orotracheálních intubacích bývá zřetelnější klenuté patro s hlubokým patrovým žlábkem. Při erupci dentice vidíme častěji diskoloraci skloviny, nebo její defekty.

U dětí s bronchopulmonální dysplázií mohou být patrny známky respiračního dyskomfortu, projevující se tachypnoí, nebo dyspnoí. V důsledku hyperinflace plic a následného snížení polohy bránice se u těchto dětí setkáváme s relativní hepatosplenomegalií. Přítomný srdeční šelest je způsoben spíše anemií než přetrváváním otevřených fetálních spojek (foramen ovale apertum, Botallova dučej).

Pro břišní stěnu bývá typická diastáza přímých svalů břišních, umbilikální, inguinální hernie a hydrokely. Jizva po laparotomii vypovídá většinou o proběhlé nekrotizující enterokolitidě, neřešitelné konzervativně, jizva po levostranné thorakotomii o chirurgické ligaci dučeje.

## Komplexní pohled na nezralého novorozence

V obecném komentáři je třeba zmínit, že patologické neurologické projevy, např. nadměrná dráždivost dítěte, nemusí být zapříčiněna jenom postižením nervového systému. Například stavy spojené s BPD, stejně jako výrazný gastroesofageální reflux (GER), mohou vést k hyperexcitabilitě, posturálním a tonusovým odchylkám ve smyslu hypertonie se sklonem k opistotonu.. Pozitivní ovlivnění základních diagnóz následně vede ke zlepšení nebo normalizaci neurologického nálezu. Někdy není nutné ani zahájení původně indikované fysioterapie.

*Problematika gastroenterologická*

Odpovídající růst dítěte záleží na typu výživy a adekvátním perorálním příjmu. Velmi často se setkáváme s obtížemi při krmení, resp. polykání. Kolem 34. gestačního týdne začíná dítě tolerovat perorální stravu, s kojením se začíná kolem hmotnosti 1500g. V tomto období je za normálních okolností vytvořen adekvátní sací a polykací reflex. Dítě by mělo být schopno tyto dva reflexy postupně zkoordinovat. Nezřídka však u extrémně nezralých dětí a po CNS postižení přetrvává diskoordinace těchto reflexů, což následně vede i k výrazným problémům při snaze dosáhnout odpovídajícího perorálního příjmu. Dostatečné nutriční krytí potřeb rostoucího organismu je u nezralých dětí zásadní. Energetický požadavek se mění s věkem, v počátečním období představuje asi 110-130 kcal/kg/den, tj. množství kolem 150-180 ml/kg/den. Pokud není dítě krmeno fortifi-

kovaným vlastním mateřským mlékem, bývá do 3,5 kg jeho hmotnosti doporučeno speciálně upravené, kaloricky bohaté mléko (Nenatal LCP), do 5 kg hmotnosti lze pokračovat Alpremem. V dalším období je již možné dítě převést dle tolerance na některou z počátečních nebo hypoalergenních formulí. Dobře tolerován bývá částečně upravený preparát Omneo s parciálně hydrolyzovanou bílkovinou a nižší laktózou. Pouze v určitých indikacích je doporučen přípravek s vysoce nebo plně hydrolyzovanou bílkovinou. Zmíněné problémy při krmení u nezralých dětí mohou být důsledkem často přítomného GER, nebo vznikají kombinací problémů gastrointestinálních a neurologických. Léčba GER spočívá v aplikaci antirefluxních přípravků v kombinaci s antirefluxním režimem. Pouze ve výjimečných případech indikujeme prokinetickou medikaci. Neléčený reflux vede k opakovanému ublinkávání, nebo zvracení, bolestivé esofagitidě a k celkovému neprospívání. Zvyšuje riziko aspirace a apnoických pauz a vyvolává hyperexcitabilitu dítěte. Může být rovněž jednou z příčin kolikovitých bolestí břicha v kojeneckém věku. Následkem všech těchto patologických stavů dochází k negativní emoční reakci na jídlo ze strany dítěte (taktilní obrana a averze k jídlu). Vznikají tak stresové situace, a to jak pro dítě tak pro matku. Výsledkem může být bludný kruh, končící až negativní interakcí mezi matkou a dítětem. Respekt k individuálním potřebám dítěte s výběrem nejvhodnějších typů mléka podávaných v optimálních dávkách a frekvencích krmení, nakonec uspokojí nejen dítě, ale i matku.

Speciální přístup při krmení vyžadují rovněž děti s projevy BPD, které pro respirační obtíže hůře zvládají doporučenou dávku . I tyto obtíže se však dají po pečlivém monitorování situace příznivě ovlivnit, ať už úpravou ve stravovacím režimu nebo medikací dle individuálních potřeb. Naštěstí jen velmi nízké procento případů neumožňujících přirozenou orální výživu vede k zavedení dlouhodobé nasogastrické nebo gastrostomické sondy. Výše jmenovaná témata jsou pouze částí z celého komplexu obtíží, kterými je třeba se zabývat při péči především o extrémně nezralého novorozence. Nezbytný je též individuální přístup k očkování, vycházející ze stavů po závažném organickém postižení CNS, nebo z předpokládané neadekvátní imunitní odpovědi celkově nezralého organismu.

**Péče o děti s perinatální zátěží má svá specifika. Komplexní péče vyžaduje, jak již bylo zmíněno, multidisciplinární přístup v dlouhodobém sledování, které by mělo podle výsledků posledních zahraničních studií pokračovat až do věku 20 let.. Otázkou zůstává, jakým způsobem by měla být tato péče organizována v podmínkách našeho zdravotnického systému.**

*Literatura u autorky*

Boehringer Ingelheim - Mucosolvan

# Vývojová neurologie

**MUDr. Daniela Marková**

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

**Souhrn:**

**Přestože kapitola vývojové neurologie představuje jen malý usek dětské neurologické problematiky, patří jí vzhledem k možnosti ovlivnit budoucí psychomotorický vývoj (PMV) dítěte významné místo. Včasná diagnostika odchylného vývoje může zásadně změnit rozvíjející se patologii. Cílem tohoto textu je přiblížit nezbytnost komplexního náhledu na dítě s perinatální zátěží, jehož nedílnou součástí je i neurologické vyšetření a posouzení psychomotorického vývoje.**

## Hlavní principy vývoje

1. Závislost na maturaci nervového systému
2. Pokračování od početí do období zralosti
3. Směr vývoje vzpřimování je kraniokaduální
4. Pořadí vývoje je stejné u všech jedinců (variace)
5. Faktory ovlivňující geneticky zakódované behaviorální projevy a vzory jsou zevní a vnitřní

Vlastní vývoj jednotlivce probíhá na základě principů vývojového gradientu:

1. Kefalokaudální směr- ovládání těla od hlavy dolů
2. Proximodistální směr- od pletence přes zápěstí k akrální části
3. Ulnoradiální směr- vývoj úchopu

Vývoj CNS probíhá po stránce morfologické a funkční, odrazem jeho normálního vývoje je fyziologický vývoj psychomotorický. Hlavním orgánem koordinace a integrace je mozek. Zajišťuje věkově závislý komplex reakcí a reflexních mechanismů postury, jejichž cílem je vertikalizace a antigravitační poloha. Strukturální maturace nervového systému probíhá kaudokraniálním směrem. Myelinizace postupuje od páteřní míchy přes mozkový kmen, basální ganglia, mozeček až k mozkové kůře. Mozeček patří mezi struktury, které dozrávají nejpozději. Podle toho v jaké fázi zralosti je CNS v době probíhajícího centrálního inzultu (krvácení nebo hypoxie), se následně projeví typ neurologického postižení. Extrémně nezralé děti jsou častěji vystaveny vzniku intrakraniálního krvácení. To rozdělujeme podle tíže do 4 stupňů. Nejvyšší stupeň krvácení má vždy za následek těžké neurologické postižení, nejčastěji ve formě DMO/CP. Dříve typické klinické projevy hypoxicko- ischemické léze ve formě spatické diparezy však postupně mění svůj klinický obraz. V současné době dochází k modifikovaným projevům, měnlivému obrazu, někdy i bez typických známek DMO. Vývoj probíhá většinou s harmonickým opožděním a s větším postižením ve složce psychické než motorické (častější výskyt ADHD syndromu). Děti zralé jsou vystaveny spíše následkům hypoxie, jejímž výsledkem může být v nejzávažnější formě postižení nazývané hypoxicko-ischemická encefalopathie.

## Indikace k neurologickému vyšetření v novorozeneckém věku

Závažné perinatální komplikace jsou křeče, asfyxie, intrakraniální krvácení, periventrikulární leukomalácie, hypoxicko-ischemická encefalopatie,adnátní infekce. Mezi příznaky, které je třeba v novorozeneckém období posoudit, patří především apatie, hyperexcitabilita, abnormální svalový tonus, abnormální postura a spontánní hybnost, abnormální růst obvodu hlavy, apnoické pauzy, poruchy termoregulace a poruchy rytmu spánku a bdění.

## Vyšetřovací metody vývojové neurologie

Mezi významné představitele zabývající se vývojovou neurologií patří především Vlach, Vojta, S.A. D'Argassies, A.Tisson, Prechtl, Dubowitz. Každý z nich přistupuje k vývojovému hodnocení svým osobitým způsobem, se zdůrazněním některého z následně jmenovaných parametrů. Hodnotí novorozenecké reflexy, spontánní a provokovanou hybnost, posturu, svalový tonus a polohové testy. Spontánní hybností se zabývá prof. Prechtl, hodnocením provokované hybnosti v polohových testech prof. Vojta. Novorozenecké reflexy je třeba posuzovat v závislosti na postkoncepčním věku, jsou-li symetrické a mají li odpovídající intenzitu. I přes udávanou variaci ve výskytu novorozeneckých reflexů uvedu dobu výskytu alespoň několika základních. Do konce 3. měsíce by již neměly být výbavné následující reflexy: reflexní úchop na HK, Moro reflex, chůzový automatismus, vzpěrná reakce a patní reflex. Od 3. měsíce by měl být pozitivní reflex optikofaciální, od 6. měsíce střemhlavá reakce. Reflexní úchop na DK mizí individuálně s vertikalizací dítěte. Přetrvávání některých vývojových reflexů nebo jejich nevýbavnost signalizuje opoždění resp. neurologickou odchylku.

Stejně tak posuzování svalového napětí, které se mění od fysiologické hypertonie novorozence k normotonii v průběhu prvního roku života, je vždy časově specifické.

Při posouzení spontánních projevů je varovnou známkou otáčení dítěte již ve 2. měsíci života z břicha na záda, které je v té době pouze projevem instability- patologického mechanismu otáčení přes opistotonus, jehož etiologie může být různá. K fysiologickému přetočení dochází později.

V případě patologického nálezu doplňujeme vyšetření o další vyšetřovací metody (UZV, MR, CT, EEG, polygrafie, evokované potenciály), abychom tak získali ucelený pohled na postižení CNS a možnost co nejpřesnějšího diagnostického závěru. Výsledkem vyšetření je informace o morfologii a funkci CNS a diagnóza případné patologie.

## Hodnocení PMV v ordinaci praktického lékaře

Základem zůstává i nadále vyšetření vývoje skriningem dle Vlacha. Zezuláková uvádí nejčastější varovné příznaky, které by měly být indikací k dalšímu sledování a neurologickému vyšetření dítěte.

Do 2. měs.: sporná fixace zrakem, není reaktivní usměv, přetrvává flekční držení končetin, fixující se predilekce hlavy, asymetrie ve spontánní a provokované hybnosti, reklinace nebo opistotonické držení hlavy, vývojové reflexy vykazující novorozeneckou intenzitu, četné Moroovské reakce

Do 4. měs.: chudý sociální kontakt, nestabilní poloha na zádech, neodpovídající napřímení, přetrvávající pěstičky, asymetrie v hybnosti, převládající asymetrické tonické šíjové reflexy

Do 6. měs.: nejistá reakce na zvuk, přetrvávající asymetrie, nezvládnuté napřímení, dyskinetické projevy, malá motivace ke hře

Do 8. měs.: převažující poloha na zádech, nejistá hra, třes, chybějící rotace ze zad na břiško a zpět, chybění opory o extendované HK a dlaně, nedostatečná motivace k lokomoci

Do 10. měs.: absence lezení, stavění se na špičky, asymetrie a dyskinezy v jemné i hrubé motorice

Do 12.měs.: progrese retardace

Obecně lze říci, že varovné příznaky odchylného vývoje jsou věkově vázané. V rámci PMV je vždy nutné současně s respektováním vývojové variability posuzovat nejenom kvantitu ale i kvalitu vývoje. Je třeba správně stimulovat, ale zároveň nepředbíhat vývojové etapy a posuzovat vždy dynamiku nálezu s komplexním pohledem na dítě. Při zjištění odchylného vývoje včas odeslat k odbornému vyšetření, aby podle výsledků mohl být stanoven další postup léčby a vhodná rehabilitace. Jen takovým přístupem je možné zcela zásadně pomoci dítěti s perinatální zátěží a minimalizací nebo úplným odstraněním vývojových odchylek přispět k jeho zařazení mezi zdravé vrstevníky.

*Literatura u autorky*

# Nestlé - BEBA HA

# Hyperkinetické poruchy a ADHD

**MUDr. Petra Uhlíková**

Psychiatrická klinika 1. LF a VFN Praha, Centrum dorostové a vývojové psychiatrie

## Historie ADHD

První klinický výzkum hyperkinetické poruchy se datuje do roku 1902. Od té doby se mnohokrát změnilo pojetí poruchy od volní inhibice morální kontroly přes syndrom duševních poruch mozku ve 40. letech, lehkou dětskou encefalopatii v 50. letech, nedávné cerebrální dysfunkce, lehké či minimální mozkové dysfunkce (LMD, MMD) až po současné hyperkinetické poruchy v ICD-10 a onemocnění ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) v DSM-IV. Vzhledem k odlišnostem mezi oběma diagnostickými systémy jsou v českých výzkumných projektech používána diagnostická kritéria DSM-IV a diagnóza ADHD.

## Etiologie ADHD

Etiologii ADHD se postupně pokoušely vysvětlit modely, vycházející z jednotlivých možných příčin onemocnění. **Kognitivní** model zdůrazňuje chybný informační proces. Děti s ADHD podle této teorie netrpí neobvykle rychlou reakcí, ale primární jsou pomalé útlumové mechanismy. **Neurobiologický** model vychází z výsledků zobrazovacích metod, popisuje strukturální odchylky a funkční změny bazálních ganglií a dalších struktur CSN. **Genetický** model sleduje korelace polymorfních alel genů neurotransmiterových systémů s klinickými příznaky. Vychází z poznatku, že mezi příbuznými prvního stupně dětí s ADHD se hyperkinetický syndrom vyskytuje až pětkrát častěji než v jiných rodinách. **Biochemický** model zdůrazňuje poruchy v metabolismu neurotransmitterů a jejich změny při farmakoterapii, významné je snížení aktivity dopaminbetahydroxylázy (DBH) v séru a v moči a nízká hladina homovanilové kyseliny (HVA) v mozkomíšním moku. Nízké hladiny DBH korelují nepřímo se závažností hyperkinetického syndromu u dětí.

Každý z těchto modelů akcentuje jedinou příčinu a jejich využití je spíše teoretické. Pro klinické pochopení ADHD a jeho léčbu je nutné zdůraznit **polykauzalitu onemocnění** a patologii posuzovat komplexně, protože u každého pacienta genetické dispozice, biochemické a strukturální odchylky a sociokulturní prostředí působí ve vzájemné interakci.

**Základní symptomy onemocnění** lze rozdělit do několika skupin podle psychické kvality, kterou postihují. Jde především o **poruchy kognitivních funkcí:** distraktibilitu pozornosti, nežádoucí zapojení motoriky do jiných aktivit, neschopnost selekce podnětů, poruchu analýzy a syntézy informací, poruchy exekutivních funkcí, poruchu motivace, sníženou prostorovou představivost, poruchu slovní a pracovní paměti. Druhou skupinou příznaků jsou **poruchy motoricko-percepční:** hyperaktivita, neschopnost relaxace, dysforie při inaktivitě, motorická neobratnost, porucha vizuomotorické koordinace a neurologické „soft sign“ (dysrytmické pohyby, porucha symetrie pohybů a taktilní diskriminace, porucha pravolevé orientace, neobratnost či neschopnost při chůzi po špičkách, po patách, po čáře, stoji na jedné noze, poskakování, skákání panáka, čtení písmen psaných na záda, na dlaň). Třetí skupinou příznaků jsou **poruchy emocí a afektů:** emoční labilita, dysforie, pocit nudy, vyšší iritabilita a explozivita (pacienti se někdy bojí sami sebe), snížená sebekritika i sebehodnocení. Další skupinou jsou příznaky **impulzivity:** ukvapené závěry, neschopnost odložit akci, dítě dříve jedná než myslí (realizuje nápad dříve, než si vzpomene na následky, nepoučí se z trestu ani úrazu). **Malá schopnost sociální adaptace** se projevuje chyběním stenické reakce a sebekontroly, vyskytuje se familiárnost, neschopnost souhry s vrstevníky, dítě je sociálně málo úspěšné a bývá častějším terčem šikany. Snížená tolerance ke stresu vede k frustraci, dítě trvale vyžaduje pozornost a ocenění a tím více je okolím odmítáno.

**Onemocnění ADHD patří mezi vývojové poruchy,** jejichž příznaky se mění se zráním jedince. Hyperkinetické dítě lze někdy poznat již **prenatálně** podle vyššího počtu intrauterinních pohybů. Hyperkinetický **novorozenec** mívá nepravidelný režim, někdy inverzi spánku, jeho signály, kterými komunikuje s matkou, bývají obtížně srozumitelné. Jako **batole** bývá toto dítě neklidné, živé, někdy s rychlejším psychomotorickým vývojem, mívá řadu nápadů, kterými udivuje okolí a někdy bývá za svou „čipernost“ pozitivně hodnoceno. Ve **školním věku** trvá neklid, neustálá aktivita, zvýšená kreativita a nepozornost, které brání úspěšné adaptaci na školní režim, zhoršují školní výkon a přijetí vrstevníky. V **adolescenci** se mohou začít rozvíjet poruchy chování a významné poruchy

## Diagnostická kritéria ADHD

*Pro dg ADHD musí být splněny podmínky A, B, C*

**A) Přítomno alespoň 6 příznaků z první a 6 z druhé skupiny**

*1) Nepozornost*

chyby z nedbalosti
potíže s udržením pozornosti (např. ve škole, při práci, při hře)
potíže se sledováním instrukcí, vypadá, že neposlouchá
potíže s dokončením zadaného úkolu, nedočte zadání úkolu do konce
problémy s organizováním činnosti
vyhýbání se duševně náročným úkolům
časté ztráty věcí
snadné rozptýlení tím, co se děje kolem
zapomnětlivost

*2) Hyperaktivita, impulzivita*

vrtí se na židli, neklidné ruce a nohy
vstávání ze svého místa v nevhodných okamžicích (např. utíkání ze židle během vyučování)
pocity neklidu, neustálé pobíhání
hlasité vyrušování
stále v pohybu, jakoby „hnaný motorem“, pocit nadbytku energie
nadměrné mluvení
kvapné odpovědi dřív, než byla dovyslovena otázka
působí obtíže čekat, až přijde na řadu
přerušování jiných (např. skákání do řeči)

**B) Obtíže trvají alespoň 6 měsíců**

**C) Začaly před 7. rokem života**

emocí, provázené vysokým rizikem suicidia. Asi u třetiny pacientů onemocnění přetrvává do **dospělosti** v podobě nesoustředěnosti, emoční lability a hyperaktivity, dospělý pacient je ale schopen tyto příznaky lépe kontrolovat vůlí a kompenzovat některými návyky nebo s pomocí rodiny a může být klinicky nenápadný, i když subjektivně si své problémy uvědomuje.

Komorbidity ADHD se vyskytují u 50-80% pacientů, nejčastěji jde o poruchy chování (40 až 80% pacientů), depresivní poruchy (15-20%), úzkostné poruchy (5%) a specifické vývojové poruchy školních dovedností (20%).

## Terapie ADHD

Prokazatelně nejefektivnější metodou léčby je **kombinace farmakoterapie a psychoterapie**. Součástí komplexního přístupu je i prevence, cílené hledání nebo léčba komorbidních psychických poruch, především poruch chování a afektivních poruch. Je nutné zdokonalit schopnost přizpůsobení a seberegulace pacienta, podporovat jeho akademické a sociální vzdělání a zmenšit zátěž rodiny. V tomto směru bývá velmi účinná edukace rodiny, na kterou může navazovat rodinná psychoterapie. Cílem spolupráce s rodinou by měla být schopnost rodiny pochopit onemocnění a reagovat na jeho příznaky tak, aby se maximálně omezil negativní dopad na školní výkon a sebehodnocení dítěte, které je trvale frustrované řadou subjektivních i objektivních neúspěchů a ztrácí pak motivaci ke změně chování.

Z psychoterapeutických směrů se nejčastěji využívá kognitivně-behaviorální psychoterapie, zaměřená na trénink školních dovedností a vizuomotorické koordinace, nácvik sebeovládání, sebekontroly, sebekritiky a zvýšení sebevědomí. Pro posílení sebekontroly lze využít videomonitoring a EEG - biofeedback, i když tyto metody nepodporuje dostatek kontrolovaných studií. Pro děti s ADHD je vhodný strukturovaný program, rozdělení školní práce do kratších úseků, je vhodné omezit množství rušivých vlivů z okolí a na dítě dohlížet a citlivě je usměrňovat, aby práci úspěšně dokončilo a mohlo být pochváleno.

Ve **farmakoterapii** by metodou volby měla být **stimulancia,** v ČR je k dispozici pouze **metylfenidát** (Ritalin). Druhým doporučeným lékem je **atomoxetin** (Strattera), selektivní inhibitor reuptaku noradrenalinu, v ČR ale dosud není registrován.

**Metylfenidát** je doporučen od 6 let, dávka se od 5 mg ráno postupně zvyšuje podle potřeby až na 60 mg/d. Maximální účinek bývá asi 1 hodinu po podání a trvá 3-4 hodiny, proto je žádoucí podat druhou dávku kolem 10-11 hodiny, tedy v době vyučování, což vyžaduje dobrou spolupráci rodičů a školy. Kontraindikací podávání metylfenidátu jsou tiky, anxiozita, suicidalita a drogová závislost. U epilepsie a autismu je nevhodný pro zhoršení iritability a stereotypního chování, zde je indikované podávání lithia a antiepileptik. Cíleně je nutné pátrat po nežádoucích účincích léčby: poklesu spontaneity, přítomnosti deprese, změně kvality spánku, výskytu insomnie a výskytu tiků. Při dlouhodobé medikaci se 1x ročně léčba přerušuje, obvykle na letní prázdniny, kdy bývá obtížné zajistit podávání stimulancií. K monitorování účinku léčby lze využít CPQ, CTQ (Connersové škálu pro rodiče a pro učitele). Při nedostatečném efektu léčby lze využít augmentaci SDA neuroleptiky nebo tymoprofylaktiky, k podpoře maturace CNS lze podávat nootropika a vitamin B6.

**Délka terapie** je idividuální, několik měsíců až několik let. Na **komplexní terapii**, zahrnující farmakoterapii, psychoterapii a režimová opatření, by se měli podílet všichni, kteří jsou angažování ve výchově dítěte - nejen terapeut a rodič, ale i učitel, prarodiče, trenér a další blízké osoby.

*Literatura u autorky*

Boehringer Ingelheim - Silomat

# Poruchy spánku ve vývoji dítěte

**MUDr. Iva Příhodová**

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Poruchy spánku se vyskytují nejméně u 30% dětí. Některé jsou vázány na určité věkové období a posléze vymizí (např. primární noční enuréza, náměsíčnost, noční děsy). Jiné jsou však spojeny s nedostatečně dlouhým anebo nekvalitním spánkem a mají důsledky pro další, především psychický, vývoj dítěte: způsobují poruchy kognitivních funkcí (paměti, pozornosti, celkové intelektové výkonnosti), poruchy chování (především hyperaktivitu), poruchy nálady a emocí (např. úzkost, depresi, agresivitu). Syndrom spánkové apnoe může mít za následek i somatické příznaky - neprospívání, malý vzrůst, plicní hypertenzi a srdeční selhávání.

Nekvalitní, přerušovaný spánek je u předškolních a školních dětí spojen především s těmito poruchami: **syndrom spánkové apnoe, syndrom neklidných nohou, syndrom periodických pohybů končetinami ve spánku. Syndrom spánkové apnoe** je charakterizován opakovaným přerušením nebo omezením dýchání ve spánku (apnoe/hypopnoe) v důsledku částečné nebo úplné obstrukce horních cest dýchacích (syndrom obstrukční spánkové apnoe). Nejčastější příčinou je u dětí zvětšení nosní mandle a krčních mandlí. Jako další faktor se uplatňují drobné odchylky struktury a funkce horních cest dýchacích. Nejvýraznějším příznakem bývá chrápání, přerušované zástavami dechu (až 20% chrápajících dětí má apnoické pauzy). Spánek je neklidný, děti zaujímají zvláštní polohy k uvolnění dýchacích cest (např.záklon hlavy), hodně se v noci potí, častěji se u nich vyskytují různé parasomnie. Ráno jsou nevyspalé, stěžují si na bolest hlavy, sucho v ústech. Během dne bývají hyperaktivní, nesoustředěné, ve škole mají špatný prospěch. Apnoické pauzy způsobují opakovaná krátká probouzení a vedou k chronické intermitentní hypoxii. Podobné důsledky má zřejmě i prosté chrápání bez apnoických pauz. **Syndrom neklidných nohou** se projevuje nucením k pohybu dolními končetinami spojeným s nepříjemnými pocity (např. mravenčením). Pohyb přináší úplnou nebo částečnou úlevu. Potíže se objevují při delším klidu během dne (např. při delším sezení) nebo typicky po ulehnutí, kdy mohou výrazně ztěžovat usínání. Motorickým neklid během dne pak napodobuje příznaky poruchy koncentrace s hyperaktivitou (ADHD). Syndrom neklidných nohou mívá často genetický podklad a v 80% je sdružen se **syndromem periodických pohybů končetinami ve spánku**, kdy jsou usínání a spánek rušeny opakovanými, rytmickými flekčními pohyby dolních končetin (flexe v kotníku, koleni event. i kyčli). Po obou syndromech je potřeba při příznacích nespavosti či nekvalitního spánku aktivně pátrat. V etiologii se uplatňuje porucha přenosu dopaminu v bazálních gangliích, deficit železa a transferrinu.

Změny celkové délky spánku během dne představuje jednak **nespavost (insomnie)** a jednak **nadměrná denní spavost (hypersomnie)**. Nespavost se projevuje prodlouženým usínáním, opakovanými nočními probouzeními či časným ranním vstáváním. Velmi častá je v kojeneckém a batolecím věku (u 30-50% dětí). Predispozicí je struktura spánku odlišná od starších dětí a dospělých (hodně REM spánku a spánkových cyklů). Insomnie v této věkové kategorii je z 80% dána nesprávným režimem dítěte a chybnými výchovnými postupy rodičů. Roli hraje také genetická dispozice, emoční stav matky, způsob výživy. Při **poruše spánku a naučených asociací** si dítě vytvoří nežádoucí spojení mezi usínáním a např. kojením, uspáváním v náručí matky a při nočních probouzeních, kterých může být značný počet, vyžaduje pro usnutí stejné podmínky. Některé děti vyžadují během nočních probuzení konzumaci většího množství tekutiny, což je označováno jako **syndrom nočního upíjení**. Od 2 let věku je typickou insomnií **porucha spánku z nedostatku režimu** - oddalování doby usnutí vyžadováním her, čtení pohádek atp. Závažnější příčinou nespavosti je gastroesofageální reflux, potravinová alergie (zejména alergie na kravské mléko), chronická otitida. Nespavost může být v tomto věku i první předzvěstí ADHD.

Zvýšená denní spavost může být u školních dětí a dospívajících příznakem **narkolepsie**. Na rozdíl od dospělých nemusí být patrný imperativní ráz usínání, ale je spíše celkově zvýšená potřeba spánku. Dalším projevem tohoto onemocnění s výraznou genetickou predispozicí jsou stavy náhlé atonie svalové (kataplexie) vázané na emoční podněty (nejčastěji smích), např. pokles v kolenou až pád, pokles hlavy. Při usínání a probouzení se mohou objevovat stavy tzv. hypnagogických halucinací (živé snové představy většinou nepříjemného rázu) a stavy spánkové obrny (neschopnost pohybu při ochrnutí svalstva celého těla kromě dýchacího a okohybného trvající několik vteřin až minut). Bývá patrná také změna osobnosti dítěte, zhoršování školního prospěchu, noční spánek je přerušovaný, úzkost z halucinací či obrny může vést ke strachu z usínání.

U předškolních a školních dětí se také často setkáme s tzv. **parasomniemi** (abnormální projevy během spánku). Nejčastější jsou noční děsy (pavor nocturnus) a náměsíčnost (somnambulismus), které jsou označované jako parasomnie s poruchou probouzecích mechanismů z NREM spánku. Jsou vázány na vývojové období, kdy je hodně hlubokého spánku a vysoký práh probuzení. S věkem jejich výskyt ustupuje. Objevují se typicky v první třetině noci v období hlubokého NREM spánku, kdy dochází k nedokonalému probuzení bez dosažení bdělosti. Noční děsy jsou spojené s křikem, výrazem úzkosti, vegetativní doprovodem (bušením srdce, rozšířením zornic). Při pokusu o probuzení je dítě zmatené. Náměsíčnost je charakterizovaná automatickým motorickým chováním (např. chůzí po bytě, přerovnávání věcí atp.). Stavy trvají obvykle několik minut až půl hodiny. Typická je ranní amnesie na noční událost. V některých případech mohou podobně vypadat noční epileptické záchvaty. Z REM spánku, obvykle k ránu, se objevují noční můry- děsivé sny, spojené s okamžitým probuzením, plnou bdělostí a vzpomínkou na sen.

## Vyšetření poruch spánku

Ke stanovení diagnózy některých poruch spánku (syndromu spánkové apnoe, periodických pohybů končetinami, narkolepsie, v některých případech i parasomnií) je nutná noční polysomnografie. Během vyšetření probíhá videomonitorace, sledují se parametry nutné k odlišení jednotlivých spánkových stadií, ventilace, transkutánní oxymetrie, elektromyogram svalů bérce a elektrokardiogram. Test mnohočetné latence usnutí slouží k objektivnímu hodnocení zvýšené denní spavosti (měří se průměrná latence usnutí během dne v 5 testech). Psychologické vyšetření je často nutné při insomnii, zvýšené spavosti i u parasomnií. ORL vyšetření a ortodontické vyšetření je indikováno při syndromu spánkové apnoe. K odlišení parasomnie a noční epilepsie je někdy nutná i video- EEG monitorace.

## Léčba poruch spánku

V případě insomnie je nutná důsledná úprava režimu spánku a bdění, postupné odstranění chybných návyků. Na krátkou dobu lze podat antihistaminika. Syndrom neklidných nohou a periodických pohybů končetinami se léčí suplementací železem, podáváním benzodiazepinů, agonistů dopaminu či levodopy. Při apnoických pauzách je nejčastější léčbou odstranění zvětšených mandlí. Spavost u narkolepsie ovlivňují stimulancia (methylfenidát) a modafinil, kataplexii antidepresiva. Noční děsy a somnambulismus nejčastěji léčbu nevyžadují, u náměsíčnosti je nutné zabezpečení prostředí proti úrazu, přechodně lze podat benzodiazepiny.

*Literatura u autorky*

# Hodnocení psychomotorického vývoje dětí raného věku a jeho význam

**PhDr. Daniela Sobotková, CSc.**
Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

**Souhrn:**

**V popředí zájmu vyspělých společností je kvalitní péče o zdravý vývoj nových generací. V zemích s nízkou novorozeneckou a kojeneckou mortalitou, mezi které patří i Česká republika, se přesouvá důraz na snižování dětské morbidity. Je proto nezbytné zajistit včasnou identifikaci dětí s opožďujícím se vývojem, včetně vývoje psychomotorického, a zahájit zavčas rehabilitační a stimulační programy. Čím dříve se podaří intervenci zahájit, kdy nervový systém dítěte je nezralý a plastický, tím je šance na úspěch větší.**

## Diagnostika psychomotorického vývoje: metoda BSID-II

Abychom mohli děti s opožďujícím se vývojem v raném období života podchytit, potřebujeme mít především vhodné diagnostické nástroje, které by opoždění spolehlivě signalizovaly. V naší republice není v současné době oficiálně vydávána žádná metoda, vhodná pro kvalitní hodnocení psychomotorického vývoje dětí v prvních letech života. Pokusili jsme se proto přispět ke zlepšení této situace a provedli standardizaci revidované verze vývojových škál Bayleyové (the Bayley Scales of Infant Development - Second Edition, BSID-II) za finanční podpory IGA MZ ČR (Sobotková et al., 2003). V rámci tohoto projektu provedlo 9 psychologů z Čech a 6 psychologů z Moravy 1963 vyšetření dětí raného věku, abychom zjistili vhodnost této metody pro českou dětskou populaci.

Metoda BSID-II, (Bayley, 1993) patří k celosvětově nejrozšířenějším vývojovým testům pro děti ve věku 1-42 měsíců. Je účinnou metodou k co nejranější identifikaci dětí s vývojovým opožděním. Vyšetřující získá pomocí mentální a motorické škály, jakož i škály chování, velké množství informací o vývojovém stavu dítěte a může porovnat jeho výkon s výkonem stejně starých vrstevníků. Taková porovnání jsou usnadněna tím, že výsledky testu se uvádějí pomocí tzv. vývojových indexů: mentálního (MVI) a psycho-motorického (PVI). Průměrná hodnota vývojových indexů je 100 bodů, standardní odchylka (SD) je 15 bodů. Vývoj dítěte je hodnocen jako normální, pohybuje-li se v rozmezí ±1 SD od průměru, tj. v rozmezí 85-114 bodů. Jestliže dosahuje hodnoty vyšší než 1 SD nad průměrem (tj. 115 bodů a více), je vývoj považován za urychlený. Pokud se výkon dítěte pohybuje pod průměrem v rozmezí 1-2 SD (tj. v rozmezí 70-84 bodů), je vývoj považován za mírně opožděný. Dosahuje-li výkon hodnot nižších než 2 SD pod průměrem (tj. 69 bodů a méně), je pokládán dle originálního manuálu BSID-II za významně opožděný. V našich podmínkách užíváme hodnocení mírnější a v souhlase s Evropskou asociací perinatální medicíny (EAPM) pokládáme vývoj za významně opožděný tehdy, když vývojový index je nižší než 50 bodů.

## Hodnocení mentálního a motorického vývoje ve skupině dětí s velmi nízkou porodní hmotností

Jelikož jednu z největších skupin rizikových dětí, jejichž vývoj je ohrožen, tvoří děti narozené předčasně, zmínili bychom se stručně o mentálním a motorickém vývoji skupiny dětí narozených s porodní hmotností nižší než 1500 g. Jedná se konkrétně o skupinu 75 dětí narozených v ÚPMD v Praze s průměrnou porodní hmotností 1150,7 (±264,7) g a gestačním stářím 30,0 (±2,4) týdnů těhotenství. Psychomotorický vývoj těchto dětí byl hodnocen pomocí mentální a motorické škály metody BSID-II. Výsledky

*tab. č. 1*

**Zastoupení (v %) 4 kategorií hodnocení mentálního a motorického vývoje při užití korigovaného a kalendářního věku**

| 4 kategorie hodnocení | Širší norma | | | | Vážnější problémy | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | V normě (>84) | | Lehké opož. (84-70) | | Střední opož. (69-50) | | Význam. opož.(<50) | |
| | kor. v. | kal. v. | kor. v. | kal. v. | kor. v. | kal. v. | kor. v. | kal. v. |
| Mentální vývoj | 71,6 | | | | | | | |
| | 33,8 | 14,9 | 39,2 | 9,5 | 18,9 | 4,1 | 8,1 | |
| Motorický vývoj | 36,5 | 12,2 | 40,5 | 31,1 | 16,2 | 41,9 | 6,8 | 14,9 |

*kor. v. - korigovaný věk, kal. v. - kalendářní věk*

tohoto hodnocení uvádíme v tabulce. Průměrný kalendářní věk dětí při vyšetření byl 25,0 (±7,1) měsíců, průměrný korigovaný věk vzhledem k nedonošenosti byl 22,7 (±7,2) měsíců.

Z tabulky vyplývá, že při užití korigovaného věku byl hodnocen mentální vývoj v normě u 71,6% dětí, zatímco při užití kalendářního věku to bylo pouze u 33,8%. V motorickém vývoji spadalo do normy i při věkové korekci jen 36,5% dětí a bez věkové korekce dokonce pouze 12,2% dětí. Více než 40% dětí však bylo v motorickém vývoji hodnoceno vzhledem ke korigovanému věku jen jako mírně opožděné, takže celkem v širší normě zde bylo hodnoceno 77% dětí. Potěšitelné je, že významně opožděných dětí jsme shledali pouze kolem 4% v mentálním vývoji a necelých 7% v motorickém vývoji při užití korigovaného věku. Počítáme-li však věk kalendářní stoupne výskyt dětí s významným opožděním na dvojnásobek v obou oblastech hodnocení.

## Závěr

Přestože mentální a motorický vývoj je jeden s druhým v raném období života velice úzce svázán, nemusí dítě vždy nutně dosahovat stejné vývojové úrovně v obou oblastech, jak dokládají i uvedené výsledky či další práce (Sobotková, Ditrichová 2003). Domníváme se proto, že psychologické vyšetření, včetně posouzení chování dítěte i vztahu matka-dítě, hraje u dětí raného věku důležitou roli jak v komplexním posouzení stavu dítěte i rodiny, tak zejména při nápravě případných odchylek (Jahnová, Sobotková 2004). Zároveň bychom rádi poukázali na vhodnost věkové korekce, zejména u dětí s velmi nízkou či extrémně nízkou porodní hmotností i po dosažení 2. roku života.

*Literatura*

*Bayley N.: Bayley Scales of Infant Development, Second Edition. San Antonio, American Psychological Corporation 1993.*

*Jahnová, H., Sobotková, D.: Péče o rizikového novorozence propuštěného do domácí péče pohledem klinického psychologa. Pediatrie pro praxi, 4, 2003, s. 226-228.*

*Sobotková D. et al.: Psychometrické ověření a národní standardizace metody Bayleyové (BSID-II) pro hodnocení vývoje dětí raného věku. Závěrečná zpráva (reg. č.: NF/6237- 4) pro IGA MZ ČR 2003.*

*Sobotková, D., Dittrichová J. et al.: Narodilo se s problémy a co bude dál? Grada Publishing, 2003.*

**VII. Teyschlův pediatrický den**

Téma:

**ORTOPEDICKÉ PROBLÉMY V PEDIATRII**

Datum konání:
**sobota 18. února 2006,**

Pořádají:
**I. dětská interní klinika LF MU v Brně a FN Brno,**
**Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie LF MU v Brně a FN Brno,**
**Česká pediatrická společnost ČLS JEP.**

Místo konání:
**Aula SKM MU, Brno, Vinařská 5**

Program:

**Úvodní přednáška:**
▪ Chirurgie a mezioborová spolupráce (P. Gál, LF MU a FN Brno)

**Odborný program:**
▪ Spolupráce mezi dětským chirurgem a pediatrem
▪ Diferenciální diagnostika bolestí kloubů v dětském věku
▪ Kloubní a kostní záněty u dětí
▪ Vrozené vady kyčlí, jejich prevence a léčení
▪ Získaná onemocnění nohou, plochonoží
▪ Aseptické kostní nekrózy a jejich léčení
▪ Ortopedické léčení neurologických onemocnění dětského věku
▪ Vady páteře
▪ Onemocnění kyčelního kloubu
▪ Rehabilitace dětí po ortopedické operaci a dětí s postižením pohybového aparátu
▪ Nádory a nádorům podobné afekce v dětském věku
▪ Předoperační pediatrické vyšetření
▪ Pooperační komplikace a úloha pediatra při posuzování pooperačních komplikací
▪ Důležitá prevence per-operačních a pooperačních komplikací
▪ Domácí pooperační péče a rehabilitace
▪ Kazuistiky z oboru dětské ortopedie
▪ Diskuze

Sekce SZP bude mít stejné téma.

**Konferenční poplatek:**
Lékaři do 28.1.2006 ve výši 400 Kč, později a při prezenci 450 Kč
SZP a studenti do 28.1.2006 ve výši 200 Kč, později a při prezenci 250 Kč
**Poplatek je možné uhradit složenkou nebo převodem na účet u:**
KB Brno-město, Nám. Svobody 21, č. účtu: 85636621/0100, var. symbol: 1124 0001 05.
Přihlášky a dotazy, prosím, zasílejte na adresu: Sekretariát I. dětské int. kliniky, FN Brno, Černopolní 9, 625 00 Brno, tel: 532 234 237, fax: 532 234 238
E-mail: vvalouskova@fnbrno.cz, ichromko@fnbrno.cz, vlangr@med.muni.cz.

*Akce je registrována ČLK a hodnocena v rámci vzdělávání lékařů i sester.*

# Fyzioterapie ve vývojové neurologii

**PaedDr. Irena Zounková**

Odborný asistent, lektor, Klinika rehabilitace 2. LF UK, FN Motol, Praha

Léčebná rehabilitace u nezralých dětí je nedílnou součástí celkové terapie. Vyžaduje vysokou odbornost, úzkou spolupráci s neonatologem a dalšími zdravotnickými odborníky ošetřovatelského týmu.

Léčebná rehabilitace je v době hospitalizovaného nezralého dítěte ve zdravotnickém zařízení indikována ošetřujícím lékařem, v ambulantní péči pediatrem, neurologem nebo jiným odborníkem.

Je indikována v době, kdy jsou u dítěte stabilizovány základní životní funkce.

**Nezralost dítěte** je hlavní příčinou **funkčních poruch**. Typickým projevem nezralosti je porušená **funkce dýchacího systému**, ve spontánní pohybové aktivitě **porucha postury a pohybu - instabilita, inkoordinace, svalová dysbalance**, tvorba **náhradních pohybových vzorů.**

**Fyzioterapie musí vycházet ze:**

1. základní **péče o funkci dýchacího systému** včetně hygieny dýchacích cest
2. vyšetření a následné **ovlivnění motoriky**

Vycházíme ze znalostí vývoje motorických funkcí a na nich závislých funkcí ostatních systémů, které se realizují zráním centrálního nervového systému v raných fázích vývoje. Ve fyzioterapii používáme k ovlivnění funčních poruch reflexní techniky.Aktivujeme kvalitní svalové synergie geneticky preformované v pohybových programech. Jsou to tyto reflexní fyzioterapeutické postupy :

- **expektorační bezpoklepové techniky kontaktního dýchání**
- **respirační handling**
- aktivační systém **reflexní lokomoce** dle **Vojtova principu**
- **aktivní senzomotorické učení - Bobath koncept**

**Hlavním úkolem fyzioterapie u nezralých dětí je včas zajistit:**

- podporu funkce dýchání a kvalitní tvorbu dechově-pohybových vzorů
- podporu kvalitního ontogenetického vývoje, stavbu normálních pohybových vzorů hrubé a jemné motoriky a příslušejících funkcí a tím
- podporu na nich závislých funkcí ostatních systémů (dýchací, trávicí, močový ....)

Terapií posilujeme a modifikujeme přirozené neuroplastické děje,výsledkem je nejenom kvantita, ale především **kvalita motorického projevu**.

## Mezníky normálního vývoje

Pro volbu terapie je rozhodující znalost motorického vývoje dítěte.Principy vývojové kineziologie hovoří jasně :

1. **stabilní poloha**, zajištěna jistou **opěrnou bází**, umístěním těžiště; následné
2. **vpřímení páteře + cílený pohyb** tělesného segmentu; po splnění prvních dvou bodů dosažení
3. **lokomoce**, tzn. pohybu těla z jednoho místa do místa druhého

Celý proces je uskutečněn **přesnou zákonitou časoprostorovou sekvencí** pro daný kalendářní věk.Období **od 4. týdne do 6. měsíce života dítěte** je rozhodující pro budoucí kvalitní sed a jeho variability,stoj na 4, koordinované lezení, kleky, stoj a chůzi. Dosažené vzory hrubé motoriky ovlivní nástup motoriky jemné, zvláště budoucí rozmanité úchopy ruky.

**Do 6. měsíce** života musí dítě provést a umět :

- **symetrie** polohy
- **oporu** o rozevřené dlaně
- **oporu ve zkříženém vzoru** o loket a nakročené koleno
- nákroky končetin **+ úchop**
- **otáčení ze zad na břicho**
- **krátkodobé vzpřímení v poloze na boku**

**Zkřížené opora o jeden loket a nakročené koleno** se zdokonaluje až **do polohy na 4. Otáčivý proces** končí v **7.- 8. měsíci v jisté opoře o stejnostranné končetiny, v jisté poloze na boku s následným vzpřímením do šikmého sedu a v 8.-9. měsíci v poloze na 4.** Začíná **start plynulého otáčení z břicha na záda.**

## Projevy kvalitativních odchylek postury a pohybu

**Časoprostorové uspořádání** celého **pohybového vzoru** má charakter:

- **asymetrie**
- **neplynulá sekvence** pohybu
- **prodloužená latence** na poskytovaný podnět
- při pokusu o změnu držení těla a pohybu **vysoká četnost návratu do původního chybného držení a pohybu**
- **instabilita** v poloze
- **tvorba náhradních chybných poloh a pohybů**

## Fyzioterapeutické postupy

V českých zemích jsou používány 2 cvičební systémy, **Vojta princip** (metoda reflexní lokomoce), **Bobath koncept** (aktivní senzomotorické učení). Oba autoři definovali tyto postupy v polovině minulého století. Systémy se na základě empirických zkušeností, nových poznatků neurofyziologie, biomechaniky a anatomie nadále rozvíjejí. Přizpůsobují se také nejnovějším pokrokům léčebných metod v medicíně.

**Vojta princip (reflexní lokomoce)**

K redukci nežádoucích pohybových projevů využívá tento cvičební systém 2 základních reflexních modelů, **reflexního plazení a reflexního otáčení**.Přesná **výchozí poloha těla** (pro reflexní plazení poloha na břiše, pro reflexní otáčení poloha na zádech a na boku), přesné nastavení tělesných segmentů vůči sobě, **tlak** na určitá místa na těle přesným směrem, **odpor** kladený pohybu, vyvolají **streč** na svalové skupiny. Zóny na těle a končetinách se kombinují.Tím jsou pro daný věk vyprovokovány **svalové souhry**, které se mění z nefyziologických ve fyziologické, šíří se po celém těle. Zajistí **stabilní polohu** těla.Vyprovokují první **vzpřímení páteře** v celé její délce. Zároveň zajistí **opěrné a kročné** (úchopové) **funkce** hlavy a končetin.

**Oba** využívané **modely** ovlivní **budoucí nástup vyšších poloh a pohybů**, které jedince dovedou **k samostatné lokomoci - chůzi.**

**Reflexní plazení** ovlivní uskutečnění prvního **vzpřímení** v poloze na břiše, přes pohybový **vzor zkřížené opory o koleno a loket** až do polohy **kleku a stoje**. Zajistí základní provedení **chůze ve zkříženém vzoru** jako předpoklad vyzrálé chůze pro dospělý věk.

**Reflexní otáčení** zajistí základní předpoklady pro dosažení lokomočního procesu **otáčení ze zad na břicho a naopak.** Vyprovokuje **jistou polohu na boku a oporu o stejnostranné končetiny** a z ní vzpřímení do **šikmého sedu, sedu bočného a přímého.** Zároveň dovede jedince **do polohy na 4**, koordinovaného **lezení** a **do chůze stranou** podél nábytku.

Cvičením je ovlivněna budoucí **hrubá** a **jemná motorika** dítěte. Mimo ně ovlivní tento způsob cvičení i další systémy:

- **Dýchací** (koordinace dechových pohybů hrudníku s vývojovými polohami a pohyby)
- **Trávicí** (včetně úchopu, polykání a zpracování potravy,)
- **Vylučovací** (střevní peristaltika, úprava vyprazdňování)
- **Vegetativní** (emoční projevy, pocení, prokrvení)
- **Orofaciální hybnost** (vokalizace, artikulace, vývoj řeči)

## Výhody reflexní lokomoce

Charakteristické pro reflexní lokomoci je to, že se dítě **pohybům neučí**. Jde o **automaticky** vyprovokované **základní „stavební kameny"** pohybových projevů jedince. Ovlivní **přesné řazení výstavby postury a pohybu.** Opakováním stimulace snižuje reflexní lokomoce tvorbu nežádoucích pohybových vzorů, zvyšuje budování kvalitních neurálních spojů.Těch

řídící systém motoriky (mozek)spontánně využije, je otevřena cesta k provedení fyziologičtějšího motorického projevu.

Je výbavná po **celý život** jedince. Proto se dá aplikovat **nezávisle na věku**. Je nejvýrazněji výbavná od **novorozeneckého věku a v 1. roce** života jedince, tedy v období nejmohutnějšího **vyzrávání centrálního nervového systému**. Přesným provedením ovlivní tvorbu **základních předpokladů kvalitní motoriky člověka**. Pouhé **2 modely a jejich modifikace** vyprovokují svalové souhry, které dovedou dítě přes všechny vývojové stupně do **vzpřímeného vertikálního držení těla,** do **pohybu vpřed**. Ten vrcholí zvládnutím samostatné vyrovnané **chůze**. Výhodou terapie je, že **nevyžaduje vědomou spolupráci** s dítětem. Proto může být použita už v **časném novorozeneckém a kojeneckém věku.**

## Délka, frekvence, intenzita cvičební jednotky

**Délka** cvičení se řídí stářím a konstitucí dítěte, u **novorozence trvá 5 minut s opakováním 4x až 6x za den, se staršími dětmi až 20 minut 2x - 3x za den.** Spíše **než na minuty** je vhodnější zaměřit se na **přesné provedení cviku**. Lépe je provádět dva, tři cviky, ale spolehlivě a přesně.U dětí **školního věku** se **doba cvičební jednotky prodlužuje, frekvence cvičení se snižuje**, přizbůsobuje se dennímu režimu dítěte, jeho školním a mimoškolním aktivitám, řídí se schopností jeho kontroly nad prováděnou motorickou činností. U **těžších postižení** však dodržujeme aplikaci cvičení **2x denně**.

**Intenzita** cvičení má být taková, aby si dítě uchovalo po celou dobu **bdělost, pozornost**, reagovalo se **stupňující správnou odpovědí na opakované stimuly.** Důležité je sledování únavy při cvičení (dumlání prstů, usínání, pláč, ztráta kontaktu apod.). **Po cvičení** by mělo zůstat dítě **bdělé až 40 minut** z důvodu přetrvávání změněné mozkové aktivity.Tak jedině si může osvojit změněnou propriocepci s následující kvalitativní stavbou zaujmuté polohy, pohybu a jejich variabilitu.

## Průvodní jevy při cvičení

**Lehké zvýšení kožní teploty, zapocení, zčervenání** nejsou na závadu. Nikdy správně provedené cvičení dítě nepoškodí, nikdy dráždením zón **nevzniknou zlomeniny** apod..

**Pláč** dítěte je častým projevem při cvičení. Ten většinou odrazuje rodiče od cvičení a vyvolává pochybnosti, zda dítěti neubližují. Pro vysvětlení pláče se uvádějí hypoteticky nejčastěji **2 důvody:** prvním je změna **aktivace řídícího systému hybnosti** (aktivita mozku). Druhým je reakce dítěte na technické provádění terapie. **Odpor** jako jeden z tlumících a usnadňujících terapeutických prostředků vyvolá žádoucí pohyb. Dítě ho vnímá jako bránění, omezování. **Nejde o bolestivou stimulaci**, dítě nic nebolí, pouze se brání omezování svého pohybu. Bezprostřední utišení pláče po cvičení bývá normální reakcí.

**Pláč** však může být také **indikátorem vlivu terapie**. Charakter pláče dává informaci nejenom o únavě, bolesti, či jenom vzdoru. Tak např. přítomnost pláče u dříve „tichého a klidného“ dítěte napovídá o jeho „probuzení“, zlepšení vnímání. Naopak u hyperexcitabilního „uplakaného“ dítěte vyvolá terapie snížení četnosti plačtivého nespokojeného projevu. Pláč by neměl být pro dítě vyčerpávající natolik, aby přestalo reagovat na poskytovaný podnět či začít usínat.

## Změna dýchání, jaká ano, jaká ne

Jako u každého cvičení, dochází i při aplikaci jmenovaných metod ke změně dýchání. Změna dechových vzorů musí být vždy v koordinaci s provokovanou motorickou hybností. **Normální sled pohybů** je: bez vlivu pláče nástup **prohloubených dechových pohybů, po několikrát opakovaném vdechu a výdechu prodloužený výdech, kratická až 5ti vteřinová pauza a následné opakování celé sekvence.**

**Nesmí** dojít k **apnoické nefyziologické pauze,** která se projeví „zajíkáním“, **dlouhodobým zadržením dechu se současným křikem a nežádoucím pohybovým projevem ostatních částí těla** např. silným prohnutím trupu, napětím končetin, snaze dítěte vymanit se z držení rukou terapeuta. Náchylné tomuto projevu jsou děti s těžkou bronchopulmonální dysplazií (BPD). Neznamená to, že u dítěte s BPD je motorická stimulace kontraindikována Každý terapeut a rodič musí být srozumněn s anamnézou dítěte, na základě anamnestických dat předvídat možné reakce na cvičení. Podle toho pak řídit plochu manuálního kontaktu, jeho tlaku, trvání. Ruka terapeuta musí přizpůsobit dané techniky metody. Možné to je a musí být.

## Vhodná doba pro léčení pohybem

Musí odpovídat dennímu rytmu dítěte, který rodiče dobře znají.Nejvhodnější je dopoledne, časné odpoledne, vždy asi hodinu před jídlem. Nedoporučuje se cvičit těsně po jídle, při horečce či jiné chorobě, v průběhu očkování.

## Indikace/kontraindikace

Indikace:

- Cerebrální paréza - všechny formy
- Periferní paréza - vrozená či získaná forma
- Asymetrické (skoliotické) držení těla novorozence, kojence, dítěte předškolního, školního věku
- Torticollis
- Skolióza
- Dysplázie kyčelního kloubu
- Pes equinovarus
- Degenerativní neurologická onemocnění
- Stavy po poranění mozku

Kontraindikace:

- Doba očkování
- Epilepsie - maligní.forma
- Průběh akutní virózy či infekce
- Průběh zánětlivého onemocnění
- Praemedikace před lékařským vyšetřením
- Lékařské vyšetření či zákrok např. lumbální punkce, MRI, chirurgická či ortopedická intervence, po ní potřebná doba hojení

**Absolutní kontraindikace neexistuje.** Metoda disponuje technickými prostředky, které kvalifikovaný terapeut musí přizpůsobit danému stavu a reakci dítěte. Ať už jde o dítě hospitalizované v nemocničním zařízení nebo vedené v ambulantní péči.

## Bobath koncept (aktivní senzomotorické učení)

Je nedílnou součástí léčebného pohybového režimu. Využívá prostředků měnlivého zevního prostředí (světlo, zvuk, barvy, manuální kontakty na těle dítěte) k motivaci dítěte provést určitou motorickou účelnou polohu a pohyb v ní. Jsou vypracovány manuální kontakty (**klíčové body na těle** jako je prsní kost, ramena, kyčelní klouby...), kterými je pohyb usnadňován a zároveň **aktivně** dítětem vykonáván. Jde o tzv. **handling.**

**Handling** se zaměřuje nejenom na podporu **kvalitní polohy a pohybu,** ale i na **potlačení nežádoucích pozičních a pohybových projevů.** Využívá kombinace vyprovokované **automatické hybnosti** (reakce vzpřimovací, rovnovážné, obranné) a **aktivní hybnosti** prováděné samotným dítětem, která je terapeutem sledována a korigována. **Inhibiční a stimulační techniky** (tlak, tapping, vedení pohybu.....) podporují **tvorbu normálních vývojových motorických projevů hrubé a jemné motoriky,** jejich časoprostorové provedení. Soustavným opakováním technik je dána dítěti možnost prožít **senzomotorickou zkušenost na kvalitativně vyšší úrovni.** Dítě ji posléze samo podvědomě využije. Je připraveno své pohybové jednání lépe přizpůsobit měnícímu se vnitřnímu a zevnímu prostředí. Základní pohybové projevy rozvíjí v **rozmanitější** pohybové stereotypy.

Kvalitní motorický projev je podporován využitím **podpůrných pomůcek**. Usnadňují nejenom už vybudované motorické projevy, ale zároveň stimulují funkce na ně navazující. **Jejich cílem je: regulace svalového napětí, vzájemné nastavení tělesných segmentů do osy, zvýšení mobility a aktivity dítěte, fyziologický pohyb, změna senzomotorické zkušenosti, zlepšení tělesného schématu.** Jsou to: klíny, válce, gymnastické míče,různé labilní plochy, přiměřený cvičební nábytek. U těžších postižení pak podpůrné funkční dlahy,cvičební „sádry“, cvičební „tejpy“, lokomoční pomůcky - vozík, kozičky, berle, obuv, trupové korzety apod. Vždy jsou přizbůsobeny vývojovému věku a fyzickému růstu dítěte. Fyzioterapeut konsultuje a navrhuje jejich využití společně s ergoterapeutem a lékařem, který zodpovídá za koordinaci činností jednotlivých odborníků celého týmu.

Charakteristickým prostředkem pro rozvíjení motoriky, senzorických a kognitivních procesů je **hra**. Ta učí dítě rozhodovat o tom, že potřebuje něco udělat, z čeho má radost. Učí ho **prozkoumávání, plánování činnosti** (začátek, průběh, konec), **samostatnosti, spolupráci, poznávání okolí.**

## Výhody handlingu

Cvičební systém je vypracován pro **všechna vývojová období,** od novorozeneckého věku (baby handling), pro věk kojenecký, batolecí, předškolní, školní až pro věk dospělého jedince.

Techniky cvičebního systému jsou vypracovány a používány pro **jednotlivé funkce**: hrubá motorika a její rozmanitost, jemná motorika s vývojem přizpůsobení úchopu, podpora funkce orofaciální oblasti (kojení, krmení) jako předpoklad verbální komunikace. Jsou zakomponovány do **aktivit všedního dne**: polohování, chování, zvedání, ukládání,mytí, krmení, oblékání, svlékání, základní hygiena. Podporují školní a mimoškolní činnosti(psaní, čtení, kreslení, pohybová aktivita, hry apod.)

## Frekvence cvičebního systému

Je aplikován po celý den, mluvíme o **24 hodinovém** působení na všechny funkční systémy, které s motorickým projevem úzce souvisí: kognitivní, percepční, senzorický. Jedná se o aktivní senzomotorické učení , které má za cíl, aby dítě samo kontrolovalo přípravu pro pohyb, přípravu pro posturu a funkční aktivitu. Pokud je terapeutický handling používán všemi profesionály a členy rodiny, potom má dítě největší šanci pohybovat se s „více normálním“ napětím. To samé platí i pro pohybové vzory, které, jestli-že jsou dostatečně opakovány, se včlení do repertoáru motorického chování.

**Při cvičení platí:**

- vědět, co dělám, proč to dělám,
- dítě musí být schopno vykonávat daný cíl,
- změna v tonusu musí být cítěna a viděna,
- čekat na odpověď dítěte,
- dát mu čas.

## Proč ne „Klubíčko“?

Bobath koncept v dnešní podobě je terapie dynamická, vyhýbá se statickým výdržím, manuální kontakty vedou k odbourání nežádoucího svalového tonusu a zároveň stimulují aktivní pohyb dítěte.

V dlouhodobé praxi je používána poloha při chování hyperexcitabilního dítěte - „klubíčko“.Jaké jsou důvody, proč ho nepoužívat? Znalost sekvence nástupu pohybových vzorů:

- **do 6. měsíce věku je fyziologické napřímení páteře.** Autoři na základě znalostí kineziologie novorozence a kojence prosazují tzv. **alignment**, tzn. držení páteře v podélné ose bez zvýšené pohybové komponenty flexe nebo extenze.
- **Antigravitační práce se v pozici sedu** buduje **od 6. měs. věku**
- **Dítě** se zvýšenou flekční pohybovou komponentou - **flekčním vzoru = klubíčko, nepracuje proti gravitaci,** naopak vlivem jí

Není hrubou chybou, když se „klubíčko“ u neklidného, hypertonického dítěte použije. Terapeut však musí svými manuálními kontakty současně v průběhu odbourávání nežádoucího svalového tonusu podporat aktivní reakci dítěte jiného ač vzdáleného tělesného segmentu. Nejde o PASIVNÍ DRŽENÍ, ale o AKTIVNÍ REAKCI .

## Indikace/kontraindikace

Indikace:

Cerebrální parezy - všechny formy
Periferní parézy
Motorické symptomy nedonošeného dítěte
Ostatní neurovývojová onemocnění

Kontraindikace:

**Absolutní kontraindikace neexistuje.** Cvičební systém obsahuje dostupné terapeutické prostředky , které lze přizpůsobit danému pohybovému projevu neurovývojové poruchy.

## Zahájení, průběh a ukončení fyzioterapeutického programu

Neurovývojové vyšetření dle Vojty či Vlacha nabízí zjištění kvantitativní

# Oscillococcinum

a kvalitativní odchylky od motorického vývoje už v novorozeneckém věku. **Zahájení fyzioterapie** má být indikováno co nejčasněji, než dojde ke změně a dalšímu vývoji držení těla, následujících funkcí končetin , změně svalových aktivit. Tzn. od **4. týdne nejpozději do 12. týdne života dítěte.** U lehkých forem **centrální koordinační poruchy (CKP)** dochází k úpravě kvality prováděných poloh a pohybů už v průběhu prvních 4 - 8 týdnů po zahájení fyzioterapie. Přesto platí: **neukončit léčebný program před 1. rokem života.** Často se pak stává, že rodiče přestávají cvičit a fyzioterapie je ukončena v době, kdy dítě dosáhne lezení po 4. Děti se do dvou let života vyrovnají svým vrstevníkům v počtu pohybových dovedností. Ale gravitační pole je neúprosné. Stává se často jevem, že dítě, které si stoupne a začne chodit, vykazuje znovu chyby, které byly pozorovány na začátku jeho terapie: asymetrické zatížení končetin s následným plochonožím, úklony hlavy a asymetrie páteře apod.. Proto se děti cvičí až do doby, než dosáhnou vyrovnané chůze, tzn. **do 2. roku života,** při přetrvávání chybného držení těla až do 4. roku života i déle. Fyzioterapie nabízí **posturální terapii na bázi vývojové kineziologie, senzomotorické učení s využitím hry, labilních ploch,** apod. Frekvence terapie se snižuje- stačí cvičení **1x - 2x za den nebo je rozloženo do celého dne.** Rodiče jsou vedeni k tomu, aby podněcovali dítě k **všestranné pravidelné pohybové aktivitě v předškolním a školním věku.**

**Vyšetření stoje a rozmanitosti chůze, dalšího rozvoje jemné motoriky jsou žádoucí i po ukončení pohybové terapie,** zvláště pak **po nástupu do základní školy.** Poskytne je pediatr, rehabilitační lékař, či jiný odborník.

V případě rozvoje obrazu **dětské mozkové obrny, centrální parézy (DMO, CP), či diagnostice jiného neurovývojového onemocnění se stává fyzioterapie celoživotním programem.**

## Frekvence odborných konzultací u fyzioterapeuta

Pravidelné návštěvy ve zdravotnickém zařízení jsou zpočátku časté. **V prvních 2 měsících 1 - 2x týdně.** Po zvládnutí základních terapeutických cviků se doba jednotlivých kontrol prodlouží na **1x za 14 dní či 3 týdnů i déle.** Rozhodující je **znalost prováděného cvičení, zručnost rodičů, jejich jistota či pochybnost.** Rodiče jsou poučeni o nežádoucích projevech v průběhu léčení a jak jim předcházet. Fyzioterapeut se stane jejich průvodcem, vztah mezi rodiči a jím se stává partnerským. Rodič se může kdykoliv přihlásit o radu, pakli-že se stane nejistým v průběhu léčení v mezidobí další plánované kontroly.

## Edukace rodičů, dítěte

Fyzioterapie je delegována na rodiče dítěte. **Proč a proč včas, opakovaně?** Rozhodující je neurofyziologický důvod: **neuroplasticita** centrálního nervového systému v **časném věku** dítěte. Zkušenosti z neurorehabilitace potvrzují, že např. pro znovuobnovení motorické dovednosti - chůze po poranění mozku u dospělého člověka je nutnost až 6ti hodinového tréninku denně specifickým cvičením.Tak podobně je tomu i v dětském věku.Mozek novorozence má výhodu nezafixovaných nesprávných paměťových stop naučeného pohybu.Opakovaným „cvičením mozku“ budíme náhradní či nefunkční neuronální spoje, jejich trvání. Proto je nutné opakovat cvičení několikrát denně.Jaké jsou další rozhodující důvody ?:

- Rodič své dítě nejlépe zná
- Rodič dokáže přizpůsobit dítěti režim dne
- Rodič dokáže do režimu dne časově začlenit jednotlivá cvičení
- V domácím prostředí se cítí dítě bezpečně
- Zručnost a jistotu rodič = terapeut získává snadněji, když cvičí s dítětem od novorozeneckého věku; vždy je těžší začínat cvičit s větším dítětem a měnit už zafixované nesprávné motorické projevy
- Rodič=terapeut dokáže to samé co terapeut=profesionál: schopnost předvídat pohyb dítěte svýma očima, rukama.Umí rozpoznat „chybný krok“ poskytovaného podnětu, umět ho vzápětí opravit a naučit se variabilitě cvičení podle reakce dítěte.

**Co edukované dítě?**

- Získává kontrolu nad sebou samým
- Má radost, že něco nového umí a může využít k vlastním funkčním aktivitám
- Stává se nezávislým na pomoci druhých osob
- Poznává, že mu cvičení prospívá a stane se průvodcem jeho života.....

## Zpětné mechanismy o vlivu fyzioterapie

Zpětnou vazbou fyzioterapeuta o kvantitě a především **kvalitě** základních a rozvíjejících se motorických projevů je:

- distribuce posturálního svalového tonusu
- fyziologické svalové synergie
- zkrácená latence na aferentní podnět
- pohotovost svalového aparátu reagovat plynule na změnu prostředí
- vyrovnání retardačního kvocientu
- vyšší lokomoční stadium

## Pomůcky k přemístění dítěte

Jedním z trendů současnosti je nabídka pomůcek pro transport dětí. Jsou to šátky, baby vaky, klokanky, autosedačky, přenosné tašky, kočárky.Jejich konstrukce je přizpůsobena pro určitý věk(novorozenecký až po více než věk 1 ročního dítěte), současně podporuje motorický a psychický vývoj dítěte.Jestliže se jedná o motoricky zdravé dítě, není jejich používání chybné. Jinak je tomu u dětí s funkční poruchou hybnosti. Ty neumí některé polohy nabízené pomůckou vlastní aktivitou zajistit. Jedná se hlavně o polohy vertikální. V takovém případě je **konsultace s fyzioterapeutem o používání pomůcky nezbytná.** Pro podporu kvalitní polohy a pohybu dítěte jsou důležité:

- **Konstrukce** transportní pomůcky, **účel** transportní pomůcky, **délka času**, kterou v pomůcce dítě stráví U dětí s poruchou hybnosti obecně platí: použití pomůcky pro **dobu nezbytně nutnou.** Např. využití autosedačky pouze za účelem transportu v autě, využití pomůcky pro zklidnění dítěte, pro navození spánku.

Podobně je tomu při použití pomůcek, které podporují stoj a chůzi, typu hopsadla, chodítka.Rozhodující je, zda už dítě samo aktivně ovládá základní pohybové vzorce stoje a chůze zvláště kvalitu jejich stavby.Platí : neuvádět dítě do poloh,v kterých není jisté, **žádná pomůcka nenahradí senzomotorickou pohybovou zkušenost získanou vlastními silami.**

## Obecné zásady při stimulaci dítěte

Zásady principů psychomotorického vývoje jsou respektovány ve fyzioterapeutické praxi. Měly by být respektovány i při stimulaci dítěte motoricky zdravého.

Mnohé už byly v článku popsány, k nezanedbatelným patří **biomechanika terapeuta/rodiče,** zajištění dostatečných vhodných stimulů zevního prostředí.

**Poloha a pohyb** stimulujícího **předmětu či osoby** má být:

- Ve středu zorného pole dítěte, má být dítětem viděno
- Ve směru plánovaného pohybu i v případě podnětu dotykového

Nábytek, kterého dítě využívá k podpoře polohy a pohybu má být:

- Pevný, nepohyblivý
- Povrch podlahy neklouzavý, pro vývoj senzomotoriky nohy obměňován rozmanitými podložkami

Při dosažení stoje a chůze má být kotník zajištěn **pevnou lehkou botou,** senzomotorika nohy a balanční schopnosti podněcovány už zmíněnou **rozmanitostí podložky a střídáním obuvi,** různých typů **ponožek** (protiskluzné, normální).

Práce s dítětem, jak všichni rodiče dobře znají, vyžaduje trpělivost. K ní bezesporu patří **vyhovět přání dítěte, podněcovat ho k aktivitě, dát mu čas na její vykonání.**

## Pohybové aktivity

Mateřská centra dnes nabízejí cvičení rodičů s dětmi na **ball gymnastických míčích, plavání kojenců.** Dle zkušeností autorky článku je kvalita hodin těchto aktivit na takové odborné úrovni, že nenarušují vliv fyzioterapie a jako doplňkový program naopak psychomotorický vývoj podpoří.

## Co říci na závěr?

Fyzioterapie nabízí zasahovat **včas** do pohybového vývoje dítěte. Léčba pohybem je pro rodiče a celou rodinu dítěte časově a psychicky náročná. Stojí však za motivaci, kterou jistě rodiče mají : vychovat potomka a postavit ho do samostatného života s co nejlepším vybavením.

*Literatura u autorky*

# HIPP - Mléka + kaše

# Výživa dětí v prvním roce života

**MUDr. Bohuslav Procházka, MUDr. Helena Halašková, MUDr. Marcela Procházková**

Prospektivní studie v ordinacích PLDD

**Souhrn:**

**Dnes již nikdo nepochybuje o zásadním významu výživy dítěte v kojeneckém období pro jeho optimální tělesný, duševní i sociální vývoj v dalším průběhu života. Naše studie prováděná v roce 2000 ukázala na dětech narozených v roce 1999 to, co vidíme každý den ve svých ordinacích - prosazování kojení jako zásadní složky výživy v prvním roce života. Zavádění ostatních složek jídelníčku též prokázalo významný posun k lepšímu ve smyslu respektu k doporučení odborné veřejnosti, na rozdíl od zvyklostí ještě nedávno platných.**

**Zda nešlo pouze o nahodilá zjištění a jaký je trend v posledním roce mělo ukázat pokračování naší studie pouze s malými obměnami.**

## Metody

Jednalo se opět o dotazníkovou, nyní ale prospektivní studii. Dotazník obsahoval údaje o matce (věk, vzdělání, rodinný stav, pořadí dítěte v rodině), dítěti (porodní váha, gestační věk, pohlaví, dobu prvního přiložení k prsu), výživě dítěte při propuštění z porodnice,o celkové době kojení, o době zavedení dokrmu, o době zavedení čaje, zeleniny, ovoce a kaše do výživy, důvod zavedení dokrmu u dítěte, výskyt atopického ekzému a přítomnost event. alergie na bílkovinu kravského mléka.

Tento dotazník byl prostřednictvím regionálních zástupců předán kolegům, kteří se účastnili studie. V roce 2003 byl dotazník postupně vyplňován v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost u dětí v tomto roce narozených. Počátkem roku 2004 byly všechny dotazníky shromážděny u autorů a zpracovány. Na rozdíl od minulé studie byl tento dotazník koncipován na údaje s přesností jednoho týdne.

## Výsledky

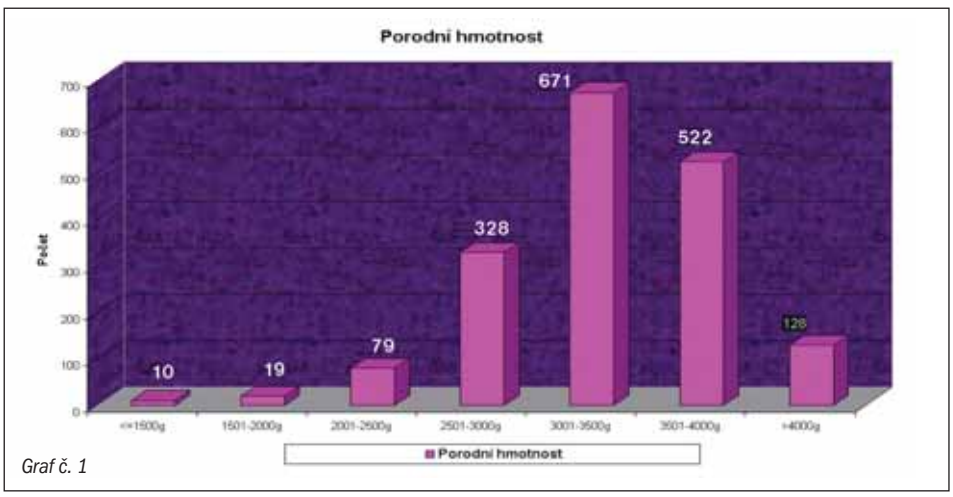
Podařilo se nám získat **celkem 1765 vyplněných dotazníků** ze všech regionů ČR (nejvíce Západní Čechy - 480 a nejméně Severní Morava -33).

**Průměrný věk matky** při porodu dítěte byl 28 let a 3 měsíce - nejmladší maminky byly 15 ti leté (4x), nejstarší porodila ve věku 48-ti let ! .

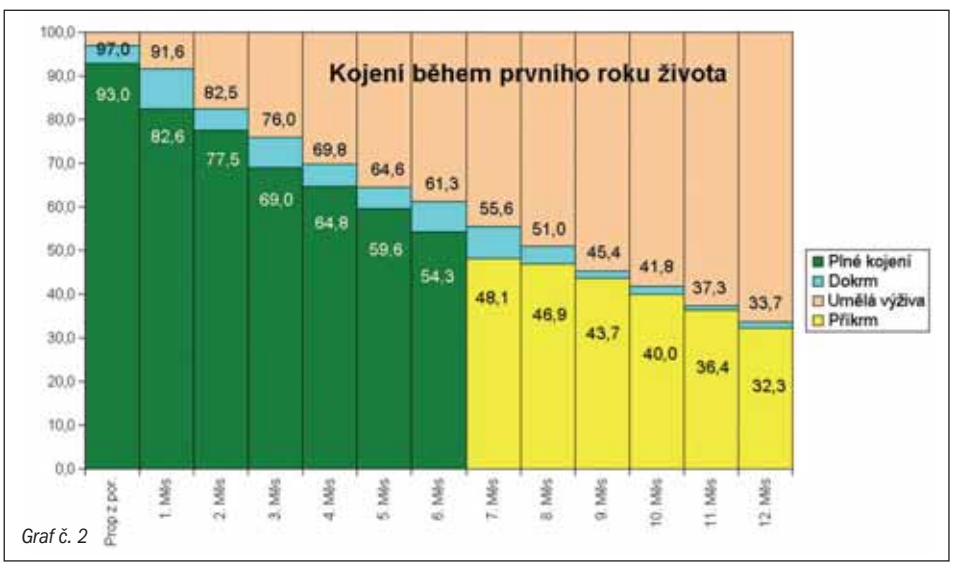
**Vzdělání:** 55% matek mělo v době porodu střední vzdělání, 17% maminek bylo vyučených, 15% mělo vysokoškolské vzdělání a 12% jen vzdělání základní.

Vdaných maminek bylo 77%, svobodných 17%, rozvedených jen 5% .

Ze všech dětí bylo 49,3% chlapců

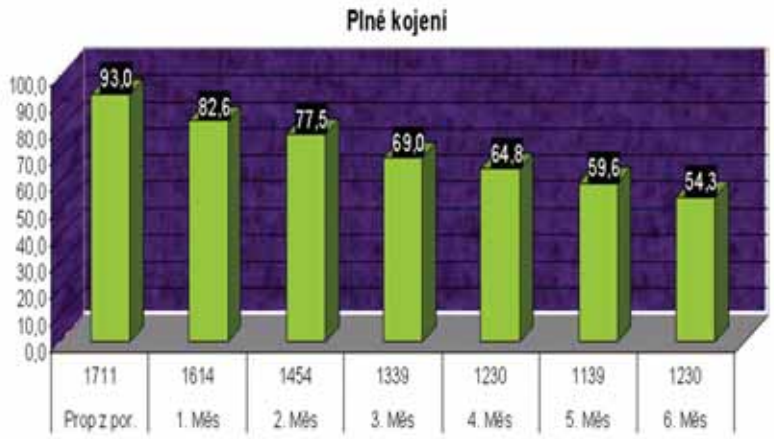



Graf č. 1

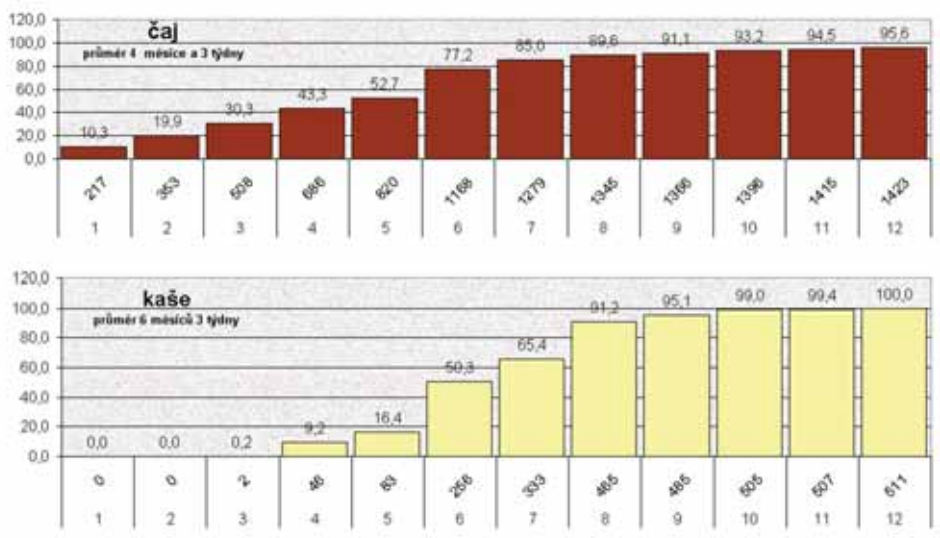



Graf č. 2

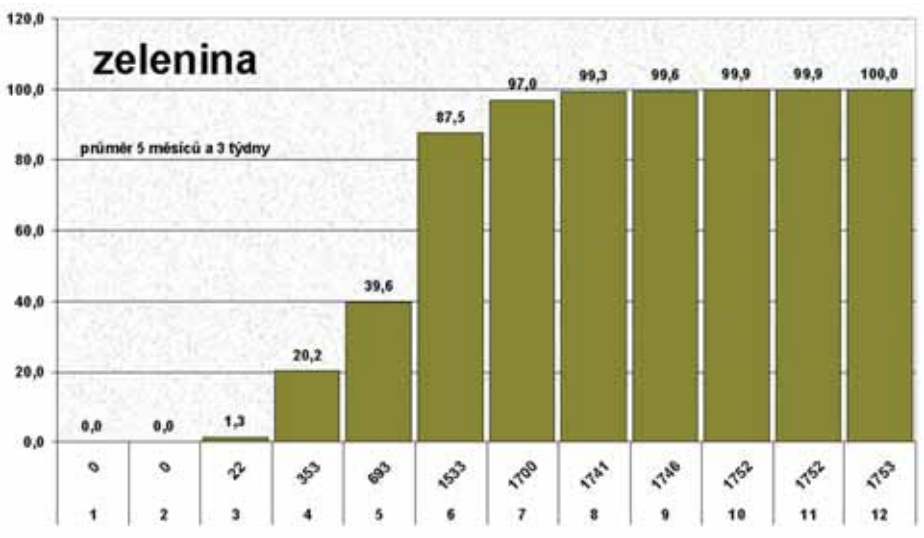
# Avent - AGS Sport




*Graf č. 3*




*Graf č. 4*




*Graf č. 5*

a 50,7% děvčat, průměrná **porodní hmotnost byla 3 333 g** (u chlapců 3 383g a 3 290g u děvčat). Nejnižší porodní hmotnost byla 580 g a nejvyšší 4910 g (zastoupení jednotlivých váhových skupin ukazuje graf č.1).

**Průměrná délka byla 49,8 cm** (49,6 u děvčat, 50,1 u chlapců).

**Gestační věk byl průměrně 39,3 týdne** bez většího rozdílu mezi pohlavími (nejnižší 24 týdnů, nejvyšší 44 týdny).

51 % dětí se narodilo jako první v rodině (901), 36% dětí jako druhé v pořadí (636), 7% jako třetí(152), 3% jako čtvrté (44), 1% jako páté (13), 9 dětí jako šesté, 3 děti jako sedmé a jedno jako deváté.

59% dětí bylo **přiloženo k prsu** do 2 hodin po porodu, 32% mezi 2 a 12 hodinami po porodu, 5% dětí mezi 12 a 24 hodinami a 5% za dobu delší než 24 hodin po porodu.

**Při propuštění z porodnice** bylo plně kojeno 93% dětí, s dokrmem byla propuštěna 4% novorozenců.

**Průměrná doba kojení celkem** (včetně krmení s dokrmem) byla 7 měsíců a 1 týden, v 6 měsících kojily maminky 61% dětí, v roce ještě 34 % dětí - graf.č.2.

Průměrná doba **plného kojení** byla 6 měsíců a 3 týdny, v 6 měsících věku je plně kojeno 54,3% dětí - údaje v jednotlivých měsících ukazuje graf č.3

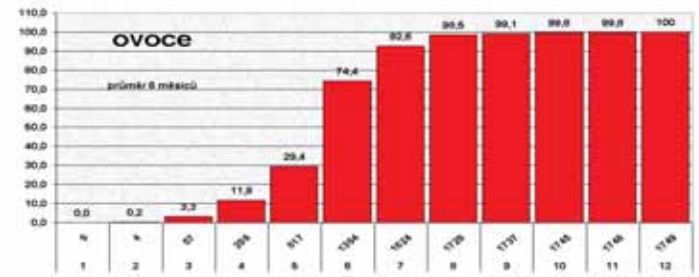
Děti z naší studie **byly plně kojeny** v průměru **6 měsíců a 3 týdny**.

V **6 měsících** je plně kojeno **54% dětí**. Situaci v jednotlivých měsících ukazuje **graf č. 3.**

**Čaj** byl do výživy kojenců zaveden průměrně ve věku **4 měsíců a 3 týdnů,** postupné zavádění čaje v jednotlivých měsících ukazuje **graf č.4**, dále je také znázorněno zavádění **kaše** do výživy a to průměrně **v 6 měsících a 3 týdnech.**

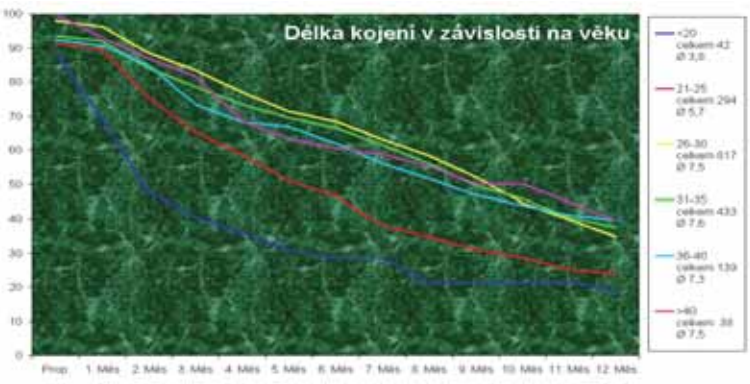
K zavedení **zeleniny** do výživy dětí dochází průměrně **v 5 měsících a 3 týdnech,** zavádění v jednotlivých měsících znázorňuje **graf č. 5**

Zavedení **ovoce** do výživy dětí nastává průměrně ve věku **6 měsíců**, jaká je situace v jednotlivých měsících prvního roku života ukazuje graf č.6.




Graf č. 6

Graf č. 7




Graf č. 8

Graf č. 9

**Příčinou zavedení dokrmu** je nejčastěji obraz tzv. „hladového dítěte“a to v 58% případů, neprospívání dítěte je uvedeno jako příčina dokrmování v 21% případů, v 10% je příčinou onemocnění matky, v 6% onemocnění dítěte a v 5% je dokrm zaveden z profesních důvodů matky.

**Atopický ekzém** byl diagnostikován v naší studii u 233 dětí, což je ve 14%.

**Alergie na bílkovinu kravského mléka** byla popsána pouze u 10 dětí, což odpovídá výskytu **0,6% případů.**

Celková doba kojení závisela na **věku matky** a jejím **vzdělání** (čím vyšší byl věk a dosažená úroveň jejího vzdělání, tím delší byla doba kojení jejího dítěte). **Vysokoškolsky** vzdělané maminky kojily v průměru **8,9 měsíců**, naproti tomu maminky pouze se **základním** vzděláním kojily pouze **4,4 měsíce,** výsledky jsou přehledně na **grafu č. 7.**

Při porovnání **věku matky** a celkové délky kojení jsme zjistili, že nejméně kojily matky mladší než 20 let - 3,8 měsíce, matky ve věku 20-25 let kojily v průměru 5,7 měsíce, kdežto v ostatních věkových skupinách bylo doba kojení přibližně stejná - **graf č.8.**

Celková doba kojení se nelišila v závislosti na pohlaví dítěte ani na pořadí dítěte v rodině.

Nejdelší průměrná doba kojení byla v Praze - 8,1 měsíce, ve Středočeském regionu 7,4 měsíce, u ostatních krajů se pohybovala průměrná doba kojení od 6,4 (JM) do 6,9 (VC, ZC). Průměrný věk matky při porodu dítěte je však v Praze téměř o 2 roky vyšší, než v ostatních regionech.

Závislost **porodní hmotnosti** dítěte a délky kojení ukazuje následující **graf č.9** - děti s nižší hmotností než 2 000 g jsou kojeny 5,8 měsíců, ve skupině 2000- 3000 g 6,3 měsíce a ve skupinách 3000-4000 g a přes 4000 g v průměru 7,3 resp.7,6 měsíce.

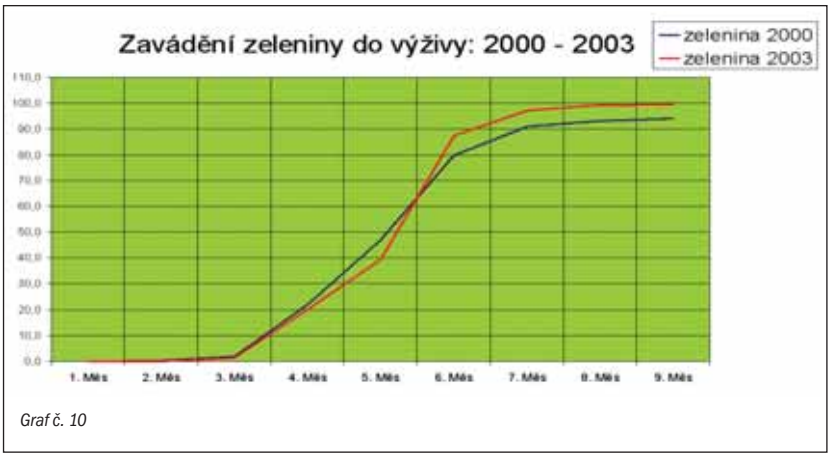
**Vdané** matky kojily v průměru 7,5 měsíce, maminky svobodné 6 měsíců a rozvedené kojily 5,6 měsíce.

Délka kojení v závislosti na **času přiložení k prsu** - děti, které byly přiloženy do 0,5 hodiny (58%) byly kojeny v průměru **7,5 měsíce**, děti přiložené v období 0,5-2 hodiny stejně jako v období 2-24 hodiny (32% resp. 5%) po porodu, byly kojeny **7 měsíců**, významně méně byly kojeny děti přiložené za více než 24 hodin po porodu (5%dětí) - pouze **5,6 měsíce**.

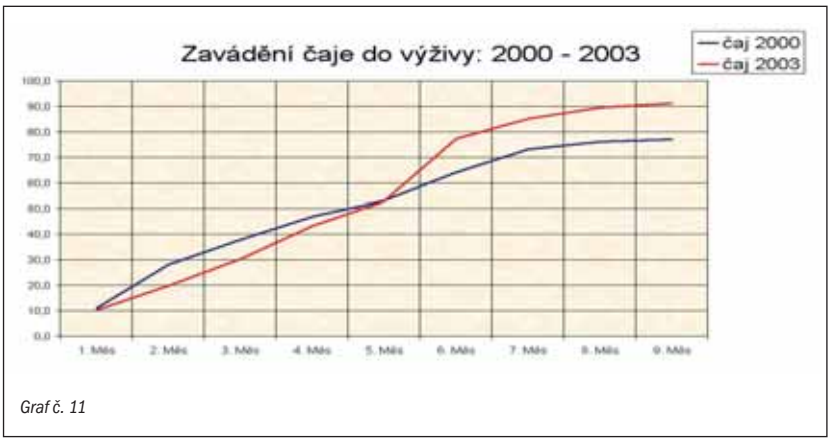
## Diskuse

Ke zpřesnění výsledků jsme, oproti minulé práci, změnili udávání časových období na měsíce a týdny, a dále byl charakter studie jsme změněn na prospektivní. Díky nevšední podpoře z regionů jsme získali vyšší celkový počet dotazníků ze všech krajů, v minulé studii nebyly získány údaje z Jihočeského kraje.

Od doby minulé studie došlo k posunu průměrného věku matky při porodu dítěte na 28 let a 3 měsíce oproti stavu před 4 lety, kdy byl průměrný věk 27,5 roku. Oproti mi-

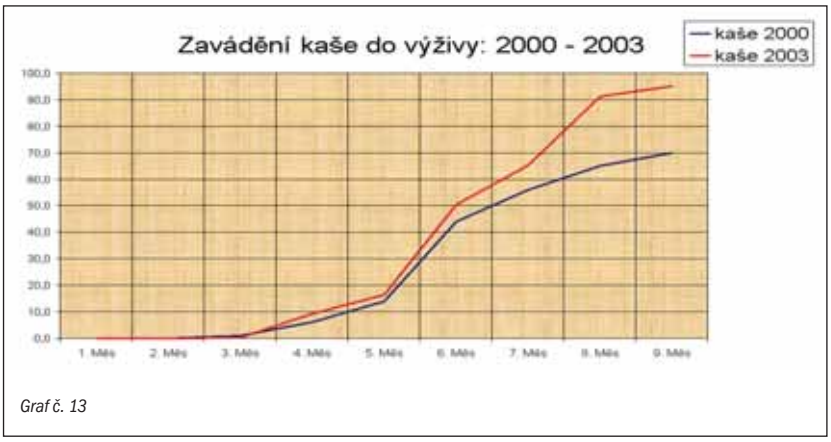



*Graf č. 10*




*Graf č. 11*

*Graf č. 12*




*Graf č. 13*

nulé době ubylo maminek pouze se základním vzděláním (1999 - 18%).

Poměr maminek vdaných, svobodných a rozvedených zůstává stejný.

V r. 2003 byla průměrná hmotnost o 50 g nižší než v roce 1999, především nárůstem dětí ve váhové skupině 2000-3000g.

Pouze minimální byly rozdíly ve výživě při propuštění z porodnice(v roce1999 plně kojeno 91% oproti 93% dětí v r. 2003. Při porovnání výsledků z jednotlivých regionů jsme zjistili, že průměrná doba kojení je obdobná ve všech regionech s výjimkou Prahy, kde matky kojí o 2 týdny déle, což však souvisí s vyšším průměrným vzděláním v věkem matky při porodu dítěte (30 let a 2 měsíce vs. 28 let a 3 měsíce)

**Celková doba kojení se prodloužila celkem o 11 dnů oproti roku 1999.**

Mírně se prodloužila průměrná doba **zavedení čaje, zeleniny a ovoce,** pouze u **kaše** zůstala průměrná doba zavedení do výživy nezměněna- viz **grafy 10-13.**

Nejčastějším a převažujícím důvodem k **zavedení dokrmu** je subjektivní obraz tzv. **hladového dítěte - 58%,** ostatní příčiny, které jsou určitým způsobem objektivizovatelné, jsou v menšině: **neprospívání dítěte v 21%, onemocnění matky v 10%, onemocnění dítěte v 6% a profesní důvody** ze strany matky pouze v **5% případů.**

## Závěr

Výsledky naší studie potvrdily výsledky naší první práce z roku 2000.

Došlo k mírnému prodloužení doby kojení, dále k mírnému posunu v zavádění zeleniny a ovoce do výživy kojenců, bohužel tento pozitivní trend se netýká zavádění kaše. Kojení jako základní složka výživy malých dětí - to není idea jen současnosti. Dokladem historicky uznaného významu kojení i inspirací pro dnešek jsou slova stanov Nemocenského ústavu dělnictva c. k. továrny na tabák v Českých Budějovicích, kde se roku 1910 mj. píše: „‚šestinedělky, které samy kojí, rovněž šestinedělky, které z nezaviněných důvodů sami kojiti nemohou, obdrží, bez ohledu na přináležející jim plat nemocenský, denní příspěvek ve výši poloviční nemocenské podpory **(premie za kojení)**.“

***V závěru bych rád moc a moc poděkoval všem kolegům, kteří přes své pracovní vytížení věnovali spoustu energie a času vyplňování dotazníků a tím umožnili vznik takto rozsáhlé a reprezentativní studie. Díky.***

*Literatura u autorů*

# AAM - Protexin - P.R. + A5 inzerce

# Kasuistika: Leukodystrofie

**MUDr. Ctirad Kozderka**
PLDD Kralovice

Chlapec T.J. narozený 15.3.1997 z II. gravidity II. porodu zdravých rodičů. Starší sestra zdráva. V pokrevním příbuzenstvu anamnesa bez závažných dat. **V 6. měsíci gravidity matka prodělala varicellu,** bez komplikací. **Porod v 38. týdnu spont., záhlavím, ph 3.850 g/ pd52 cm, Apgar 10-10-10 bb.** Novorozenecká hyperbilirubinemie bez nutnosti terapie spontánně odezněla do 3 týdnů. Kojen 10 dnů, pak matka podává odstříkané mateřské mléko, od 1. měsíce Sunar baby. Profylaxe rachitis dle doporučení. Preventivní sono vyšetření kyčlí na novorozeneckém odd. hodnoceno vpravo Ib a vlevo IIa a doporučeno abdukční balení, ve 3. měsíci uzavřeno jako normální nález. Chlapec má blond vlásky, jemné, šedomodré oči, bledý kolorit kůže bez známek anemie v KO. **V 1. měsíci** se u chlapce objevuje stridor laryngis congenitus, tremor, neklid, hypotonie, nystagmus horizontální s rotační složkou, nelze vyvolat příznak loutky. Na hmotnosti přibývá velmi pomalu, dle matky špatně pije. ORL vyšetřením prokázána laryngomalacie jako podklad stridor laryngis cong. Následovala hospitalizace k celkovému vyšetření: neurologické vyšetření - hypertonicko-hyperexcitabilní sy., oční vyš.- nystagmus horizontalis, susp. aplasie papil n. opticus bilat., kardiologické vyš.: FOA 2 mm, **MR mozku:** kromě známek nedokončené myelinizace žádné patologické změny, **genetika:** karyotyp 46 XY, metabolické vyš.: patologie nezjištěna, virologie na VZV IgM neg. **Ve věku 3 měsíců** přijat na dětské neurologické odd. s následnými rehospitalizacemi a pravidelnými kontrolami, které absolvuje dosud. Hodnocen jako těžká centrální tonusová porucha s rozvojem centrální spastické diparesy s kvadrusymptomatologií, vysloveno podezření na **leukodystrofii Pelizaeus-Merzbacherova typu, ale liquor tomu neodpovídal (normální bílkovina). Proto zvažován též vliv varicelly ve II. trimestru, ale tomu neodpovídaly sérologické parametry na VZV.** Evokované potenciály potvrdily poruchu vedení vzruchu v oblasti tractus opticus a také hrubou patologii sluchu v oblasti kmene. K verifikaci leukodystrofie byl odeslán materiál k molekulárně genetickému vyšetření tehdy ještě mimo republiku (Dánsko), ale vyšetření se nezdařilo. Byla zahájena řízená rehabilitace, podávána nootropika. V r. 2002 absolvoval lázeňskou léčbu v doprovodu matky. Od r. 2002 je chlapec v evidenci ortopeda pro vysokou luxaci kyčlí bilat. neurogeního původu a coxa valga anterotata neurog.l.utq., který doporučuje operativní řešení. To se uskutečňuje v 6/2005 - je provedena tenotomie adduktorů kyčlí a prolongace mediálních flexorů kolenních kloubů obou DK. Operační zákrok chlapec zvládl bez komplikací. Po operaci je doporučena lázeňská léčba. Návrh odeslán, zatím se čeká na vyjádření revizního lékaře.

Chlapec je průběžně sledován psychologem v rámci péče speciálního školství. **Ve věku 7 let** je chlapec ležící, inkontinentní, sedí pouze s oporou. Vleže na břiše se plazí se vzpřímenou hlavou. Přetáčí se. Úchop neobratný, dlaňový. Navléká kroužky na tyčku. Pokynům rozumí, snaží se úkoly plnit, ale vzhledem k motorickému postižení často selhává. Chlapec reaguje mimikou na nonverbální i verbální podněty, řekne několik jednoduchých slov odpovídající časnému batolícímu věku (bába, máma, veliký, zvuky zvířat...), čmárá tužkou, atetické pohyby horními končetinami, trvá nystagmus, ale předmět sleduje (hlavou hledá nejlepší úhel pohledu) a vztahuje k němu ruce. Polyká dobře, žvýká pomalu, pije z hrnečku s přidržením nebo z kojenecké lahve sám, nutno používat pomůcky pro inkontinentní, ohlásí, že je pomočený. Spontánní vertikalizace není možná. Není schopen ani základní sebeobsluhy a vyžaduje kompensační pomůcky - kočár s opěrkami apod. Všeobecné rozumové schopnosti se pohybují orientačně v pásmu středně těžké mentální retardace. Pro výrazný handicap bylo již dříve zahájeno řízení na LPK OSSZ, kde přiznán statut těžce zdravotně postiženého dítěte a přiznány mimořádné výhody a další sociální příplatky. Matka zůstává dosud v domácnosti se zajištěním celodenní péče. Od r. 2004 navštěvuje chlapec na 4 hodiny denně v okresním městě speciální mateřskou školu, kde se pod vedením speciálních pedagogů daří u chlapce rozvíjet jeho psychické a motorické funkce, i když vůbec nelze uvažovat v dimenzích zdravého dítěte. Ale každý, i drobný pokrok, je dítětem a zejména matkou vnímán jako velký skok kupředu. V 6 letech proveden odklad školní docházky, od 7 let je zařazen do rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy.

Dosud nebylo zahájeno očkování, krom BCG vakcinace v novorozeneckém věku. Po konzultaci s neurologem nejsou u tohoto typu onemocnění žádné zkušenosti s aktivní imunizací a předpokládá se zvýšené riziko zhoršení neurologického statutu, proto je trvale kontraindikována. V případě rizika onemocnění neurolog doporučuje pasivní imunizaci, jež zatím nebyla nutná.

Nemocnost chlapce je relativně nízká, pouze ve 2 letech prodělal akutní mastoiditidu vlevo, pro níž byla provedena atticoantromastoidectomie. Jiné vážnější interkurentní onemocnění neměl. Zatím neprodělal konvulsivní příhodu.

Hmotnost, výška a BMI dítěte se pohybuje od 8. měsíce věku trvale pod 1. percentilem, Obvod hlavy je od 18. měsíce též pod 1. percentilem (mikrocefalie).

V 6/2005 přišla zpráva z **molekulárně genetického vyšetření** z materiálu odebraného v 2/2004. U chlapce byla prokázána **mutace proteolipidového genu v intronu 5PLP1 genu IVS 5+1G na A v homozygotním stavu,** což potvrdilo diagnozu leukodystrofie typu Pelizaeus-Merzbacher. U matky byla prokázána stejná mutace v heterozygotním stavu. Je doporučeno molekulárně genetické vyšetření sestry probanda a sestry matky. Při pozitivním nálezu téže mutace je 50% riziko přenosu na mužské potomky.

**Komentář:** Leukodystrofie je zařazována do skupiny neurometabolických a neurodegenerativních onemocnění. Tato skupina chorob většinou vzniká na genetickém podkladu a vede k poruchám metabolismu (zejména enzymopatie) v oblasti CNS. Klasifikace těchto onemocnění je zatím limitována současnou znalostí metabolických poruch a proto se spíše používá klasifikace dle klinické symptomatologie:

- poliodystrofie - geneticky podmíněná onemocnění postihující zejména šedou hmotu korovou známé pod názvem thesaurismosy (sfingomyelinosy např. Niemann-Pick, glukocerebrosidosy např. Gaucher, gangliosidosy, lipofuscinosy)
- leukodystrofie - geneticky podmíněná onemocnění postihující bílou hmotu poruchou metabolismu myelinových vláken
- difusní encefalopatie - vznikají na podkladě metabolického poškození nebo peroxisomálních poruch či poruch mitochondrií
- degenerativní onemocnění s převahou postižení subkortikální šedé hmoty s extrapyramidovými symptomy (např. Huntingtonova choroba, Wilsonova choroba, Rettův sy.)
- degenerativní onemocnění na úrovni spinocerebelární (např. Friedrichova ataxie)
- onemocnění postihující motoneuron (např. Werdnig-Hoffmann, amyotrofická laterální sklerosa)
- hereditární neuropatie - postižení periferních neuronů (senzitivní, motorický, autonomní)

Leukodystrofie se projevují spasticitou a při postižení periferního neuronu též chabou paresou, mozečkovou symptomatologií, vzácně i dyskinesami. Často je s tímto onemocněním spojena senzorická porucha (zrak, sluch), kognitivní porucha, porucha chování a epilepsie.

**Skupinu leukodystrofií dělíme na:**

- metachromatickou dystrofii - tesaurisace sulfamidu v lysosomech s autosomálně recesivním přenosem
- adrenoleukodystrofii - nejčastější leukodystrofie postihující pouze mužskou populaci s neurologickou symptomatologií v kombinaci se symptomy adrenální insuficience, recesivně gonosomálně vázaná porucha metabolismu lipidů se zvýšenou hladinou mastných kyselin s velmi dlouhým řetězcem
- Krabbeho choroba - autosomálně recesivní porucha odbourávání galaktocerebrosidu
- Canavanova choroba - autosomálně recesivní porucha s deficitem aspartoacetylázy s hromaděním N-acetylaspartátu. Častý výskyt je v židovské populaci.
- Pelizaeus-Merzbacherova choroba - vzácné onemocnění vázané na X-chromozom podmíněné mutací proteolipidového genu, který zodpovídá za tvorbu proteolipidu jako základního strukturálního proteinu myelinu.

**Diskuse:** V uvedeném případě je tedy již molekulárně genetickým vyšetřením diagnosa stanovena. Prognosa onemocnění je nepříznivá, průběh je však vleklý po desetiletí. Kauzální terapie zatím není známa, proto je léčba na symptomatologické úrovni (zejména rehabilitace motorická a edukační, a to nejen pacienta samého, ale i celé rodiny). Pro pokrevní příbuzné (sestra chlapce) ve fertilním věku je důležité genetické prenatální poradenství.

Otázkou zůstává, jakou roli mohlo sehrát onemocnění matky varicellou na pomezí II. a III. trimestru gravidity. Vzhledem k prokázané mutaci proteolipidového genu se zřejmě vliv viru VZV neuplatnil (ani serologické vyšetření nesvědčilo pro infekční etiologii postižení), ale v zahraničních studiích je poukazováno na závažné postižení plodů při infekci neimunní matky v graviditě se závažným neurologickým postižením (77% případů má psychomotorickou retardaci, 68% oční anomálie). V současné době se naskýtá možnost aktivní imunizace dívek s prokazatelně neprodělaným onemocněním resp. dívek bez specifických protilátek před koncepcí, např. vakcínou Varilrix.

**Olej zdolal genetickou chorobu**

Léčbu, kterou vymysleli zoufalí rodiče, nyní přijal také vědecký svět.

Lorenzův olej vyvolává v lékařském světě posledních dvacet let rozporuplné názory. S jeho pomocí se podařilo vyléčit závažné onemocnění centrální nervové soustavy zvané adrenoleukodystrofie (ALD). Až donedávna však neexistovala seriózní studie, která by účinek terapie ověřila.

Problém se pokusil vyřešit Hugo Moser z Univerzity Johna Hopkinse v Baltimore, který nedávno publikoval výsledky svého dlouhodobého výzkumu v časopisu The Archives of Neurology. V červenci zprávu o studii zveřejnil Nature.

Skepse vědců ohledně léčby ALD má své důvody. Terapii s pomocí Lorenzova oleje totiž vymysleli před dvaceti lety naprostí laikové. Manželé Augusto a Michaela Odonovi z USA neměli v té době jinou volbu. Jejich syn Lorenzo trpěl nevyléčitelnou genetickou chorobou, se kterou si lékaři nedovedli poradit. Metoda manželů Odonových je až překvapivě jednoduchá a Lorenzo díky ní dodnes žije.

ALD vzniká na genetickém základě a napadá především centrální nervovou soustavu. Symptomy jsou velmi rozmanité od zvýšené agresivity až po hluchotu, špatnou artikulaci řeči nebo demenci. Pacienti většinou umírají během několika let. S takovou prognózou se nechtěli Lorenzovi rodiče smířit a pátrali po tom, co přesně chorobu způsobuje.

ALD doprovází nadměrná akumulace velmi dlouhých řetězců mastných kyselin především v nervové soustavě člověka. Za jejich syntézu jsou zodpovědné chybně fungující enzymy. Odonovi prostudovali množství literatury a došli k závěru, že enzymy musí „zaměstnat" natolik, aby nestačily vytvářet dlouhé řetězce mastných kyselin. Svému synovi proto dávali dávky upraveného řepkového oleje. Léčba zabrala a zdravotní stav tehdy malého Lorenza se postupně stabilizoval.

Primitivnímu medikamentu se začalo říkat Lorenzův olej. Jeho masovému nasazení však bránila absence jakýchkoli průkazných výsledků, které by doložily, že léčba skutečně funguje. Až donedávna existovaly pouze nepřímé důkazy. Hugo Moser vedl více než deset let studii, jejíž výsledky měly vnést do celého případu jasno. Závěry jsou povzbudivé.

Lorenzův olej podávali vědci pacientům, u kterých se doposud nerozvinuly negativní příznaky choroby. Jedna dávka léku zastoupila zhruba 20 procent denního příjmu potravy. Z etických důvodů výzkum nepočítal se srovnávací skupinou, které by se podávalo jenom placebo. U většiny ze všech 89 zkoumaných pacientů léčba fungovala, u čtvrtiny došlo v průběhu let k patologickým změnám mozku a pouze u 11 procent propuklo onemocnění naplno. Podle předpokladů lékařů by se měla choroba bez jakékoli léčby plně rozvinout u přibližně poloviny postižených. Ze závěrů studie také vyplývá, že pravidelné dávkování Lorenzova oleje zvýšilo účinnost léčby.

Seriózní výzkum však poukázal i na negativní vedlejší účinky terapie. U mnoha pacientů poklesl počet krevních destiček, a tím se zhoršila srážlivost krve.

Studie Huga Mosera dala mnoha pacientům naději, že léčbu, která vznikla tak atypickým způsobem, konečně přijmou i odborníci.

# Zajímavosti ze světa odborné literatury

## Akutní pankreatitis s Kawasakiho nemocí

Kawasakiho nemoc (KN) je považována za multisystémový nepořádek zatím neznámého původu. Je popisována kazuistika batolete-chlapce, který byl přijat pro diagnózu KN. Z anamnézy se zjistilo, že pět dní před tím byla u něj diagnostikována influenza. Při dalších kontrolách byla patrná zvýšená hladina sérové amylázy s převládajícím pankreatickým izoenzymem, na sonu bylo patrné zduření pankreatu. Pacient při prvé diagnóze dostal Oseltamivir, při symptomech KN intravenózně gamaglobulin 2g/kg/denně. Následně propuštěn bez komplikací. Zpětně autoři dohledali u 138 pacientů s diagnózou KN všechny zvýšené hodnoty amyláz. Toto zvýšení zjištěno celkem 12x. Izoenzym však byl vždy původu ze slinných žláz. Není jasné zda u tohoto posledního pacienta zvýšená pankreatického enzymu byla reakcí na preparát Oseltamivir. Celkově si musíme uvědomit možné postižení pankreatu při KN mladých pacientů.

*Eur. J. Pediatr 2005/164: 180-181*

* * *

## Infekce kůže virem Herpes simplex po rotavirové gastroenteritidě u kojence

Jedná se o devítiměsíčního kojence, děvče, které bylo původně přijato pro akutní gastroenteritis a u kterého se během hospitalizace infekce Herpes simlex typu I. K celkovému klinickému obrazu je nutné konstatovat, že tato dívka byla při příjmu ve fázi těžké dehydratace. Nálezy vykazovaly prerenální azotemii, hypernatremii a metabolickou acidósu. Stolice byla pozitivně testována na rotavirovou infekci. Bezprostředně po příjmu byla zahájena rehydratace. Úprava nastala po devíti dnech. Třetí den hospitalizace se objevila komplikace, o které referujeme. V oblasti perianální je patrná závažná dermatitis s progresí až k perineu. Postupně se výsev mění v závažnou ulcenaci a desátý den hospitalizace se objevují teploty vezikuly a vezikopustuly poskytující i neafektovanou kůži. V ústech a na rtech nebyl patrný žádný nález ve smyslu stomatitidy. PCR a serologie potvrdila akutní HSV infekci. Při vyšetření buněčné a humorální imunity nebyla patrná žádná větší odchylka. Lehce snížená hladina zinku, kterou vztahujeme ke gastroentritidě, se normalizovala čtyři dny poté. Z léčby podáván perorálně acyclovir 10 mg/kg/8 hodin po dobu 10-ti dnů. Tato terapie respektive její včasnost je velmi důležitá. K dané infekci predisponuje narušení kožní integrity. Tento článek je překládán především proto, že neonatologové varují před vzrůstem počtu pacientek - matek s HSV infekcí, která u nich probíhá latentně nebo zcela inaparentně. Například v USA je infikováno 10% žen a je tudíž nutné po porodech počítat s tím, že až kolem 8.-11. dne, tzn. po propuštění, se mohou u novorozenců objevit herpetiformní efloresence. Pokud se nezahájí rychle účinná léčba a následuje 7-10-ti denní prodlení, je tento novorozenec ohrožen generalizovanou herpetiformní infekcí a i možným vývojem encefalitidy.

*Eur. J. Pediatr. 2005/ 164/175-176*

* * *

## Meningokoková meningitida a defekt VI. složky komplementu asociovaná s okulokutánním albinismem

Je zde popisována kazuistika dvou sourozenců, 7-mi letého děvčete a jejího 5-ti letého bratra, kteří byli na klinice léčeni pro meningitis způsobenou *Neiseria meningitis*. Všechny parametry buněčné a humorální imunity nevykazovaly odchylek mimo CH 50 a jeho VI. složku. Oba pacienti měli zároveň generalizovanou hypopigmentaci a oční abnormality. V práci jsou rozváděny možné genetické vazby. Podstatná však je složka komplementu, kdy v současné době infekcionisté prezentují, že děti s těžkými průběhy meningitidy mívají výrazný deficit některé části komplementového systému, pravděpodobně kongenitální. Tuto informaci považujeme za důležitou zvláště pro lékaře, kteří se setkají s pacienty s těžkým průběhem meningitidy a jsou pak vystaveni možnému tlaku rodičů.

*Eur. J. Pediatr 2005/164: 180-181*

* * *

## Lipomatosa penisu a perinea u 6-ti letého chlapce

Lipomatosa je vzácné onemocnění a obvykle postihuje obličej, CNS a pánevní oblast. Tento chlapec byl prvním dítětem nepříbuzných rodičů. Již po porodu byly nalezeny velmi malé noduly v oblasti balanusu po porodu, nebylo však o diagnostice nebo léčbě uvažováno. Jak chlapec rostl, balanusové noduly se zvětšovaly, infiltrovaly dorsum jeho penisu a rozšiřovaly se na perineum. Tato masa ale neafektovala močení. Při fyzikálním vyšetření byla nalezena asymetrická zvětšenina na perineu vpravo, skrotu, pravé hýždi a na dorsu penisu, zapřičiňující velkou penilní deformitu a dilataci análního sfinkteru. Kůže nad těmito útvary měla normální barvu. Vyšetření krve a moči bylo v mezích normy, hladina hormonů ACTH, FSH, LH, kortisolu, testosteronu a estrogenu byla normální, stejně jako ECHO a karyotyp. Sonografie odhaluje difusní masy hyperechogenní, extendující z perinea ke skrotu. MR potvrzuje excesivní tukovou tkáň.

Excise tukové tkáně pro primární léčbu lipomatosy je prováděna, ačkoliv rekurence je poměrně vysoká. Prevence narušení reproduktivní funkce z progresivně akumulované tukové tkáně se řeší chirurgickou excisí. Lipomatosa je u kojenců často spojena s vývojovými deformitami. Chybění pravého kavernozního tělesa je možné a je spojeno s vývojovou deformitou.

*Eur.J. Pediatr. 2005, 164, 115-116*

*ve spolupráci s firmou MUCOS zpracoval MUDr. J. Liška, CSc.*

# Prevence alergie na bílkoviny kravského mléka u novorozenců a kojenců s vysokým rizikem alergie

**Doc. Ing. Miroslav Dědek, CSc.**

Aplikace hypoalergenní výživy u kojenců s rizikem alergie na bílkoviny kravského mléka podporuje preventivní účinky rozvoje alergických onemocnění, jak dokládají výsledky řady studií. Moderní pediatrie doporučuje proto podávat hypoalergenní mléčné přípravky nejen v případě rodinné potravinové alergie, ale i v případech jiných alergických onemocněních rodičů i sourozenců.

Je všeobecně známo, že k nejvýraznějším alergenům v kojenecké výživě náleží bílkoviny kravského mléka. Mléčné bílkoviny jsou aglomeráty řady bílkovinných frakcí, a to jak kaseinových tak i frakcí bílkovin mléčného séra. Kasein representují především nejvíce zastoupené frakce nazývané alfa, beta, gama a kapakasein, stejně jako bílkovinu mléčného séra reprezentují především betalaktoglobulin, alfalaktalbumin, sérový bovinní albumin, imunoglobuliny a další frakce. Podíl veškerých bílkovin z celkového množství sušiny mléka tvoří pouze cca 3,2%. Rozhodující podíl tvoří frakce kaseinu. Nejvyšší alergenicitu ale vykazují frakce betalaktoglobulinu a laktalbuminu. Jejich podíl na celkovém množství bílkovin kravského mléka je zcela minoritní a činí pouze 3,9 g v 1 litru mléka.

Podstatou přípravy hypoalergenních mléčných přípravků je proto snaha o snižování alergenicity všech frakcí mléčné bílkoviny. Ta spočívá v jejich štěpení na nižší bílkovinové štěpy, polypeptidy a peptidy o nižší molekulové hmotnosti. Technologickým postupem pro tuto operaci je enzymová a tepelná hydrolýza vedená za přísných podmínek. Proto je hypoalergenicita prokazována neexistencí reziduí betalaktoglobulinu a alfalaktalbuminu. Na tomto průkazu je založena i kontrola hloubky enzymové a tepelné hydrolýzy a požadovaného stupně hypoalergenicity.

Nutriční vhodnost hydrolyzovaných bílkovin byla opakovaně prokázána v modelových pokusech na zvířatech, ale především klinickými zkouškami, jejichž výsledky prokazují oprávněnost používání hypoalergenních mléčných přípravků jako vhodné alternativní výživy pro rizikové skupiny kojenců, kteří nemohou být kojeni. Uskutečňování prevence výživou předpokládá i optimální nutriční příjem. Zejména při podávání pokračovací hypoalergenní mléčné výživy je třeba, aby v kombinaci s vhodnými příkrmy byl zabezpečen optimální přívod všech nutrientů v požadovaných hladinách, které odpovídají výživovým nárokům pro toto věkové období.

Uvedeným nárokům odpovídá kompletní řada hypoalergenní mléčné kojenecké výživy **Sunar HA 1** a **Sunar HA 2**. Předností této řady je skutečnost, že výživa je k dispozici ve variantách počáteční a pokračovací výživy, což umožňuje lépe optimalizovat složení živin pro obě věkové skupiny. **Sunar HA 2** je dále vhodný pro přípravu cereálních nemléčných kaší (např. Sunarka rýžová) což přispívá k zajišťování nezbytného přívodu vápníku z mléka. Klinické zkoušky s oběma přípravky potvrdily, že kojenci je velmi dobře přijímali a na nich prospívali. Na těchto výsledcích se podílí i příznivá akceptance senzorických vlastnosti těchto hydrolyzovaných preparátů, dosahovaných stanovenými technologickými parametry a podmínkami výroby. Oba preparáty jsou určeny k prevenci nikoli k terapii.

**Sunar HA1 a HA2**

# Aktuality

## Musílková: téměř politický proces

V pátek oznámila ředitelka Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiřina Musílková, že odstoupí ze své funkce. Byla viditelně vyčerpaná a možná i nakrátko psychicky zlomená.

Abdikaci Musílkové předcházela soustředěná kampaň doktora Ratha, který nejprve z postu prezidenta lékařské komory, později ministra zdravotnictví a možná i korunního prince ČSSD vytrvale usiluje o ovládnutí zdravotních pojišťoven. Do VZP poslal ministerskou kontrolu. Ta neproběhla obvyklým způsobem, kdy má kontrolovaný možnost se ke každému podezření vyjadřovat a podávat námitky. Místo toho byl hlavní kontrolor zbaven mlčenlivosti a může tak všem sdělovat své závěry a podle libosti manipulovat veřejným míněním. O to tu totiž ve skutečnosti jde.

Podrobit si pojišťovny

Naprostá neschopnost sociálnědemokratických ministrů zdravotnictví skutečně řídit, jejich koncepční impotence a populistické kroky, kterými dovedli zdravotnictví do krize, to vše má být přehlušeno vítězným tažením proti fiktivnímu nepříteli. Pojišťovny je třeba sjednotit a podrobit si je. To je cesta k rozpočtovému modelu zdravotnictví, které ovládnou úředníci.

Vrátíme se do doby nedosažitelnosti některých léků i léčebných metod. Vrátíme se k „rajonům“ (v koncepci ČSSD se jmenují spádová území), omezíme nebo zrušíme svobodnou volbu lékaře, soukromé lékaře postavíme do podřadné role polozaměstnanců státu řízených úředníky a ručících za jejich chyby vlastním majetkem. To je vize, kterou nám současní mocní servírují s optimismem na tváři a příslibem lepších zítřků.

Aby mohli provést své dílo zkázy, musí odstranit některé překážky. Jednou z nich byla i ředitelka pojišťovny, která jednala, alespoň kolik zákon dovoloval, na státu nezávisle a racionálně. Bylo třeba ji očernit a zostudit.

Dlouhý a statečný boj

Nepovedlo se to ani obžalovací řečí ministra Ratha v Poslanecké sněmovně, která si v mnohém nezadala s obžalobami politických procesů, nepovedlo se ani odvolání ředitelky správní radou VZP, do které vláda předem najmenovala nové členy připravené tento úkol splnit. Nepomohlo domlouvání, možná ani příslib nějaké ekonomické pobídky k odstoupení (tzv. bolestného). Musel tedy stoupat psychický tlak, koncentrované dusno, rány pod pás i nehorázné lži. Strach zlomí po nějaké době téměř každého. Nemá-li ho o sebe, začne se bát o rodinu a podvolí se. Ředitelka VZP bojovala dlouho a statečně. Snažila se bránit nekompetentním zásahům mocných, kteří z politických pohnutek dělají škody.

Teď tedy může nastat „normalizace zdravotnictví“.

Jistě se objeví šokující zprávy o zločinech bývalého managementu VZP. Jeho obhajobu už nikdo neuslyší. Pak bude vydán nějaký dokument, řekněme „Poučení z krizového vývoje VZP“. Možná, že až v povolební koalici s komunisty vydá ČSSD „generální linii konsolidace zdravotnictví“ a pro její realizátory „příručky s opatřeními k odstraňování přehmatů a omylů“. Odstraňování těch, kteří se mýlili a přehmatávali, se třeba ujmou zrovna ti, kterým teď nevadí, že současný ministr zdravotnictví zanechal po svém vládnutí lékařskou komoru bez prestiže a zmítanou konflikty a pochybnostmi.

Co na tom, že i jeho vlastní podnikatelské aktivity budí přinejmenším vážná podezření? Co na tom, že komoru zpolitizoval a udělal z ní pro lékaře povinnou odborovou organizaci nepokrytě kolaborující s politickou stranou, která mu nyní dala funkci a moc?

Paní inženýrka Musílková odvedla velký kus práce, když se pokoušela tuto morální ubohost do VZP nevpustit. Nedivím se jí, že odstoupila. Asi je lepší odstoupit než třeba vypadnout z okna Černínského paláce.

## Rathova hůl na nepřátele

Ministr zdravotnictví ve svém projevu před poslanci v řadě případů účelově překroutil fakty.

Na tento okamžik čekal David Rath mnoho let. Konečně se mu dostalo příležitosti předstoupit před poslance a za značného zájmu médií z pozice ministra vychrlit vše, co mu leželo v žaludku. Tématem osmdesátiminutového vodopádu slov nebylo hledání nápravy rozklíženého zdravotnictví, ale cílená dehonestace ředitelky VZP Jiřiny Musílkové a dalších nepřátel především z řad politiků ODS.

Důkladný rozbor projevu výrazně přesahuje rozsahové možnosti tohoto textu. Ponechme tedy stranou některé osobní výpady, například poměrně ubohé poukazování na to, že ředitelka VZP pobírá na české poměry velmi slušný plat a má k dispozici služební automobil, a pojďme se pokusit uvést do souvislostí alespoň některé zvláště vypečené výroky.

Za prvé. Tvrzení, že management VZP za nic nemůže, je jen klišé. VZP rozhoduje o tom, kdo bude a kdo nebude v síti zdravotnických zařízení, nebo o uplatňování regulací. Na úhradách se může s poskytovateli péče dohodnout, ale vyjednává příliš tvrdě (!), a tak k dohodě nedojde a musí zasáhnout ministerstvo.

Vytvoření zdravotnické sítě si vzali na svá bedra ministři zdravotnictví ČSSD. Přes halasné proklamace ale zatím „skutek utek“. Pokud tedy Rath kritizuje, že někde v regionu jsou nasmlouváni dva kardiologové na sto tisíc obyvatel a jinde pět, měl by se zamyslet nad prací svých úředníků. Nikdo totiž závazně neřekl, kolik jich správně má být! VZP nemá právo to rozhodnout. Navíc když už k nějakému konsenzu třeba s odbornou společností došlo, bylo to právě ministerstvo, které do dohody často zasahovalo.

Jako učebnicový příklad se hodí třeba program mamografického screeningu, do něhož ministryně Emmerová rozhodla přes protesty VZP a odborníků zařadit další pracoviště, a to jen proto, že ji o to požádala kolegyně ze sněmovny pro svého manžela!

Podobné je to i s uplatňováním regulací.

Ve chvíli, kdy k nim VZP přistoupila, strhla se bouře. Klasickým příkladem je kauza záchranných služeb.

Když se jim VZP rozhodla strhnout peníze, které vyinkasovaly na zálohách podle pojišťovny neoprávněně, zasáhla ministryně Marie Součková. Spor musel rozseknout až Nejvyšší soud ČR a ten dal za pravdu VZP.

A co se týče dohodovacího řízení: až do roku 2001 probíhala v relativním poklidu. Pak ale přišel ministr Bohumil Fišer (na nátlak Rathovy ČLK) s opakovaným razantním zvýšením platů v nemocnicích, a ty následně hledaly, z čeho to zaplatit. Když jim VZP odmítla přidat, dohodu nepodepsaly a Fišer jim pak vyhláškou razantně přilepšil. Od té doby už nemocnice neměly snahu se s VZP dohodnout, protože se pro ně ukázalo výhodnější lkát u ministrů.

Že je to ministerstvo, které do hospodaření VZP výrazně zasahuje, a že jeho vyhlášky nejsou to pravé, dokládají i nezávislé expertizy. Tady je citace jedné z nich, vypracované Fakultou financí a účetnictví VŠE v Praze: „Ministerstvo zdravotnictví při vydávání vyhlášek direktivně vstupuje do vztahu zdravotní pojišťovna versus zdravotnické zařízení, a tím nastavuje podíl výdajů na úhradu zdravotní péče, který neodpovídá tempu růstu příjmů zdravotních pojišťoven... Tato právní regulace nevytváří prostor pro vybilancování příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven.“ Konec citátu.

Za druhé. VZP plýtvá na přímých nákupech drahých léků. Léky za 1,5 miliardy jsou nakupovány zbytečně draho. Tvrdí to i ředitelé fakultních nemocnic. Těžko říci, co všechno jsou schopni ředitelé přímo odvolatelní Rathem potvrdit, aby nepřišli o své posty. Oproti jejich tvrzení ale existují i jiná. Na-

příklad místopředseda České endokrinologické společnosti Jan Lébl tvrdí, že zrušení centrálních nákupů prodraží a ohrozí léčbu dětí s nedostatkem růstového hormonu. Pokud budou tyto specifické a ultradrahé léky nakupovány pro každé pracoviště zvlášť, ztratí zdravotnictví výhodu množstevních slev a hrozí, že si k této vyšší ceně ještě přisolí přirážku distributoři.
Za třetí. VZP toleruje nemocnicím zřizování dceřiných společností, které pak „rejžují“ na překupnictví léčiv a zdravotnického materiálu.
Velmi zajímavé. A co třeba společnost Stylmed H, a. s., kterou právě pro nákup léčiv a dalších zdravotnických propriet využívá ministerstvem (teď tedy panem Rathem) řízená Nemocnice Na Homolce? Ředitel Homolky Oldřich Šubrt je jedním z nejbližších Rathových poradců. Funkcionáři této akciovky jsou vysoce postavení lékaři Homolky Milan Ročeň, Petr Niederle a František Tovaryš. Shodou okolností (?) jsou táž jména spolumajiteli další obchodní firmy PMC spol. s. r. o. (s čím obchoduje?), v níž je společníkem i sám Šubrt. Zasáhnete, pane ministře, stejně razantně jako proti VZP? Nebo tady jde o kamarády, a tak to nevadí?
A tak by se dalo projevem ministra Ratha probírat dál a dál. Třeba další útok proti internetovým knížkám, jejichž financování VZP Rathovi vadí. A co papírové knížky ministryně Emmerové? Pravda, IZIP stál řádově více peněz, ale alespoň funguje a denně ke všeobecné spokojenosti slouží tisícům lékařů a pacientů, zatímco od počátku nesmyslné knížky Emmerové nejspíš hnijí v nějakém skladu. Bude za toto prokazatelné vyhození statisíců oknem někdo potrestán, pane ministře?
Z celého Rathova projevu (a je to na rozdíl od mnoha politiků zdatný rétor, to se musí uznat) čiší jedno: snaha za každou cenu, třeba i překrucováním faktů a zveličováním marginálií, dosáhnout svého - zničit nepřítele. Kdo chce psa bít...
Z celého Rathova projevu čiší jedno: snaha za každou cenu, dosáhnout svého - zničit nepřítel

## Jak daleko ještě zajde David Rath

Před dvěma týdny ministr Rath uvalil nucenou správu na VZP. Nepochybuji o tom, že je to protizákonný a ničím nepodložený akt.
David Rath nucenou správu využil k tomu, aby obešel zákon a pomocí sprostého nátlaku se zbavil ředitelky Jiřiny Musílkové.
Odvolat ji řádným způsobem se mu nepovedlo ani po kompletní výměně deseti členů správní rady VZP. Ředitelka Musílková rezignovala až po osobních výhrůžkách ze strany ministra Ratha a premiéra Paroubka. Jasně se potvrdilo, že šlo o vyřizování osobních účtů, a ne o start koncepce, směřující k nápravě věcí ve zdravotnictví.
Ovládnutím VZP si doktor Rath jen rozšířil manévrovací prostor k mocenským hrám a personálním čistkám, které má v oblibě. Rath bez skrupulí manipuluje s veřejností. Servíruje překroucená fakta, bez důkazů obviňuje, koho může, vytrhává věci ze souvislostí a označuje marginálie jako zásadní skutečnosti.
Opusťme rovinu osobních konfliktů a přejděme ke čtyřem důvodům, pro které byla nucená správa na VZP uvalena.
Kumulovaný deficit hospodaření VZP na konci roku 2005 skutečně dosáhne částky 10 až 12 miliard korun. Sama vláda premiéra Paroubka ale ve svém usnesení na začátku roku přiznala, že tento deficit vznikl z důvodu úhradových vyhlášek ministerstva zdravotnictví.
Rezervní fond VZP dlouhodobě není naplněn v souladu s usnesením vlády, která rozhodla, že jeho naplnění není prioritou, a dala přednost platbě zdravotnickým zařízením. Je VZP skutečně černou ovcí mezi veřejnými organizacemi ve zdravotnictví? V roce 2004 ministerstva financí a zdravotnictví schválila všem nemocnicím změnu pravidel účtování, jež umožnila převést odpisy do výnosů (tedy je nenaplnit), a zlepšit tak opticky své hospodaření. Nenaplněné fondy reprodukce majetku má se souhlasem vlády většina nemocnic přímo řízených ministerstvem zdravotnictví! Příkladem může být Fakultní nemocnice U Svaté Anny v Brně, řízená nově zvoleným náměstkem ministra Pohankou.
VZP skutečně vlivem popsaného deficitu proplácí své závazky vůči některým svým dodavatelům se zpožděním 20 až 45 dnů. Vědí však premiér a ministr zdravotnictví, že některé ministerstvem řízené nemocnice platí svým dodavatelům se zpožděním 300 až 400 dnů? Tyto státem řízené instituce (např. fakultní nemocnice) spotřebují každý rok prostředky ve výši desítek miliard a představují nejrychleji rostoucí nákladový segment ve zdravotnictví. A opět Pohankou řízená nemocnice U Sv. Anny - ta platí dodavatelům s více než ročním zpožděním!
Sedmého listopadu 2005 posílá premiér ředitelce VZP dopis, ve kterém děkuje za její vstřícný přístup k řešení zásadních otázek v oblasti zdravotního pojištění a hospodaření pojišťovny. Píše, že je přesvědčen, že dohoda o opatření, jež budou přijata, povedou k poklesu dluhu. Citujme: „Věřím, že naše budoucí spolupráce bude velmi dobrá.“ Tento Paroubkův dopis sám o sobě diskvalifikuje údajnou nespolupráci VZP jako argument pro nucenou správu.
Zastrašování, vydírání, krachy
Uvalení nucené správy a donucení ředitelky Musílkové k rezignaci je jenom začátek toho, co MUDr. Rath chystá českému zdravotnictví. V tomto okamžiku ovládá Rath rozpočet ministerstva zdravotnictví, několikamiliardový rozpočet na investice ve zdravotnictví a hlavně 110 miliard VZP. Při mocenském propojení funkce ministra a „jeho člověka“ ve vedení VZP nemůže být žádné výběrové řízení na získání smlouvy na lůžkovou péči nezávislým hodnocením, což znamená možnost vydírání zvláště krajských nemocnic.
V rámci subjektivních revizí a účelových interpretací např. technických a hygienických podmínek lze již dnes zastrašovat vybraná zdravotnická zařízení, která by se např. postavila proti nekorektní úhradě pro druhé pololetí roku 2005, která byla Rathem na poslední chvíli změněna těsně před koncem roku.
Odhlasováním novely zákona o veřejném zdravotním pojištění dosáhne ministr na zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (ZZP). V případě finančních problémů může na tyto ústavy vyhlásit konkurs, v rámci novely je i možnost odvolání ředitelů, což umožňuje osobní vydírání. Vydáním úhradové vyhlášky zajistí protiústavní nerovné platební povinnosti ZZP, kterým tak vyprázdní rezervní fondy, což ve spojení s okamžitým stoprocentním přerozdělením pojistného ve prospěch VZP povede k dalším krachům.
Krajské a soukromé nemocnice se stanou vazaly ministerstva zdravotnictví, jakmile vstoupí v platnost komunisty podporovaný zákon o neziskových zdravotnických zařízeních, podle něhož budou mít majitelé „právo“ pouze hradit ztráty.
Totéž se týká soukromých lékařů: v první polovině příštího roku budou sjednávány nové smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Je paradoxní, že Rath chce revidovat i síť praktických lékařů. Přitom jich máme nejmíň oproti západní Evropě. Lze spekulovat, že je třeba si došlápnout např. na šéfy organizací praktiků, kteří ho vyhnali z pódia před MZ při jejich protestu, a na to se u Ratha nezapomíná.
Chce ještě rychle vydat i lékovou vyhlášku, aby mohl splnit závazky některým farmakologickým firmám a vydírat zase jiné. A to přesto, že EK zahájila s ČR řízení pro neprůhlednost procesu kategorizace léčiv. Pan Rath chce omezit drahé léky pro „pár“ pacientů s beznadějnou prognózou. aby mohly být peníze z veřejného zdravotního pojištění použity na léky levné se sporným efektem. Při plošném předepisování však získají příslušné firmy nebývalé zisky z nadměrné spotřeby a otvírá se potenciální penězovod pro korupci.

## Mozek ve spánku přeruší vnitřní komunikaci

Spí, jako když ho do vody hodí, říkáme a máme na mysli fakt, že spáč ze

svého okolí skoro nic nevnímá. Vědci dlouho tento stav připisovali celkovému útlumu mozkové kůry. Moderní vyšetřovací metody mozku ale odhalily, že spáčova mozková kůra pracuje dál, a on si přesto dění kolem neuvědomuje. Jak je to možné? Tým Giulia Tononiho z University of Wisconsin v americkém Madisonu věnoval dlouhé roky ověřování teorie, podle které spící mozek přestává zpracovávat informace vzájemnou spoluprací různých center mozkové kůry. Teorii prověřili experimentem, jehož výsledky nedávno zveřejnil prestižní vědecký časopis Science. Tononi a jeho spolupracovníci nejprve sledovali aktivitu mozku šesti ospalých dobrovolníků a těsně před usnutím jim nabudili malou část mozkové kůry v pravém čelním mozkovém laloku. Použili k tomu speciální cívku, jejíž magnetické pole dočasně posílí tok elektrických nábojů nervovými buňkami. Uvede tak neurony do stavu horečné činnosti, která po chvíli opět poleví. Tento zásah nezůstal bez odezvy. V mozku se aktivovala další centra, a to jak v přilehlé, tak i v protější mozkové polokouli. Experiment prokázal, že jednotlivá centra v kůře ospalého, ale přitom bdělého mozku navzájem bez problému komunikují. Zcela jiná situace nastala, když dobrovolníci upadli do hlubokého spánku. V té chvíli už jim magnetická cívka dokázala nabudit jen centrum, na které její pole přímo dosáhlo. Okolní centra v mozkové kůře a druhá mozková hemisféra zůstaly v poklidu. Giulio Tononi to považuje za důkaz pravdivosti své teorie. Mozková centra jsou během hlubokého spánku schopna pracovat, ale nedokážou navázat spolupráci s jinými centry. Díky tomu během spánku nevnímáme okolí. V dalších experimentech by chtěl Tononiho tým odzkoušet komunikaci mozku v těch fázích spánku, kdy se nám zdají sny. Ty se označují jako REM podle anglického „rapid eye movement“ čili „rychlý pohyb očí“, protože nám během nich oči pod zavřenými víčky divoce škubou. „Očekávám, že v této fázi spánku budou centra mozkové kůry navzájem komunikovat podobně, jako když jsme úplně vzhůru,“ předvídá Tononi výsledky experimentů. Závislost plného vědomí člověka na vzájemném „rozhovoru“ mezi centry jeho mozkové kůry je podle neurologa Rudolfa Llinase z New York University zákonitá. „Klíčovým rysem vědomí je, že jsme s to dávat dohromady spoustu jednotlivých vjemů,“ vysvětluje Llinas. „Například rudé květní lístky, typická vůně a ostré trny se nám v mozku spojí ve výsledný vjem růže. Abychom si to uvědomili, musíme propojit mnoho center mozkové kůry,“ dodává.

### Nový krevní test dokáže odhalit rakovinu tlustého střeva

Odhalit rakovinu tlustého střeva v raném stadiu by mohl podle odborníků nový test, jenž tak může zachránit tisíce životů.

Uvedla to včera internetová verze německého časopisu Der Spiegel, podle něhož bude údajně možné použít týž test i u jiných druhů začínajících zhoubných nádorů, u nichž dosud žádná metoda pro rozpoznání v raném stadiu neexistuje.

ČR má ve výskytu rakoviny tlustého střeva světový primát -v roce 2002 ji dostalo téměř osm tisíc lidí, což je v přepočtu na počet obyvatel nejvyšší číslo.

Test je založen na vyhledávání pozměněných genetických částic, které se z nádoru dostávají do krve, zatímco dosud se onemocnění v raném stadiu zjišťuje analýzou stolice a poté kolonoskopií (vyšetření tlustého střeva sondou do konečníku).

V krvi pacientů s pokročilým zhoubným nádorem střeva je zvětšené množství zmutované verze genu APC, ten lze nalézt i v krvi více než 60 procent pacientů s nádorem v raném stadiu.

Podobný objev publikovali italští vědci v časopise Journal of the American Medical Association. Tvrdí, že měřením enzymu telomerázy v moči lze zjistit s 90procentní přesností rakovinu močového měchýře. Tento enzym se totiž vyskytuje pouze v rakovinných buňkách.

„Zkouška vyžaduje jen malé množství moči, je neinvazivní (není nutný žádný chirurgický zásah), levná a snadno proveditelná,“ uvedla Maria Aurora Sanchiniová. Jednoduchý postup na bázi vizuálního posouzení testovacího proužku metodu předurčuje zejména pro kuřáky a další rizikové skupiny.

### Rivalové stvořili „nadbakterie“

Vědecký duel ukázal, že mohou vzniknout bakterie, které překonají prastarou obranu našeho těla.

Žijeme v prostředí „znečištěném“ mikrobiologickým životem. Jeden z nejúčinnějších obranných prostředků proti mikrobům vzniká přímo v našem těle. Tato podomácku vyráběná antibiotika se nazývají peptidy. Nejsou jenom lidskou zvláštností, vyskytují se ve všemožných organismech, dokonce i virech a bakteriích. Celkem jich známe zatím asi 800.

Vědci v nich perspektivně vidí účinný přídavek do arzenálu lékařů. Peptidy za sebou mají miliony let „klinických zkoušek“. Tak dlouho už chrání organismy na Zemi. Vývoj léků založených na peptidech už probíhá v laboratoři různých firem. Je to lákavá možnost „konečného řešení“: tyto prostředky by mohly jednou provždy vyřešit potíže se zvýšenou odolností bakterií proti lékům používaným v současnosti. Vždyť už existují tak dlouho a zatím nic ze své účinnosti neztratily.

Takový byl i názor Michaela Zasloffa, profesora Georgtownské univerzity ve Washingtonu, D. C., který v článku pro časopis Nature před dvěma lety napsal, že získání odolnosti bakterií proti těmto látkám je „překvapivě nepravděpodobné“.

Teď se ukázalo se, že svět je plný překvapení. Zasloffova a jeho odvážnou myšlenku vyzval na vědeckou obdobu božího soudu evoluční biolog Graham Bell z McGillovy univerzity v Montrealu. Pustil se společně s Zasloffem do práce, aby teorii potvrdili, nebo vyvrátili. Zasloff vybral peptid pexiganan, který už byl zkoušen na lidech a na který si v žádném předchozím experimentu bakterie nikdy „nezvykly“.

Včera ale není dnes: byť museli odolné mikroby „vypiplat“, povedlo se to, uvádějí Zasloff a Bell ve společném článku. Vědci bakterie vystavili velmi malé dávce peptidů, kterou postupně zvyšovali. Po 600 - 700 generacích vznikla „nadbakterie“. Ani Bell, ani Zasloff si nemyslí, že by se mělo přestat s vývojem peptidů; jsou velmi slibné. Ale jejich nadbakterie jsou varování. Kdyby si mikrobi vyvinuli odolnost proti průmyslově vyráběnému antibiotiku, výrobce změní sortiment. „V tomto případě jsme však výrobci my,“ říká Bell. A lidské tělo o restrukturalizaci výroby nikdy neslyšelo. Přitom pár set generací bakterií pro přírodu nic neznamená, ta má spoustu času.

### Od sklerózy k hubnutí

Najít správný prostředek na zhubnutí je problém. Zvláště když chcete k redukci váhy donutit celé lidstvo.

Byť reklamy tvrdí opak, i v našem těle stále platí, že co sníme, to musíme buď vypotit nebo uložit na horší časy. Nejperspektivnější cesta k zeštíhlení nadýmajícího se obyvatelstva je donutit ho nejíst.

Tuky se nám v těle ukládají, protože je to z hlediska vývoje druhu výhodný mechanismus. Ze zásob můžeme čerpat v dobách nouze. S trvalým nadbytkem jídla jsme se zatím žít nenaučili. Vědci se proto snaží lidstvo chemicky „převychovat“. Kdo nemá chuť jíst, ten se nepřejí. Nejperspektivnější látky proti obezitě tak manipulují s naším apetitem.

V současné době velké firmy vyvíjejí téměř dvě stě léků založených na popsaném principu. Nejde ale o jednoduchou práci, někdy jako by se věda spíše pohybovala v kruhu. Platí to i pro přípravek s názvem Axokine.

Vše začalo v 90. letech, kdy měla látka Axokine představovat perspektivní prostředek proti jistému typu sklerózy. Podporovala růst nových mozkových buněk, a díky tomu zlepšovala kontrolu pacientů nad vlastním tělem. Výsledky klinických testů však nebyly valné: nemocní nezaznamenali pokrok

v ovládání svalů, ale ztratili chuť k jídlu.
Vývoj léku tedy nabral nový směr. Výrobce si už mnul ruce, protože mu do klína spadl perspektivní hit. Výše ročního obratu pro pilulku na hubnutí jenom v USA se odhaduje na 25 až 50 miliard dolarů. V roce 2002 a 2003 proběhly další klinické zkoušky axokinu, a tentokrát se od pacientů čekalo, že nebudou mít chuť k jídlu. A výsledek: znovu neúspěch.
Axokine vedl k dočasné ztrátě hmotnosti u pokusných subjektů, ale nakonec si proti němu přibližně tři čtvrtiny z nich vyvinuly protilátky a jeho účinky byly nulové. Ovšem i toto „motání na místě“ mělo svůj výsledek. Skupina vědců se efekty axokinu inspirovala a zjišťovala, jestli nedokážeme zhubnout, když některá část mozku pod vlivem axokinu podobných látek „přibírá“. Výsledky ukazují, že ano, byť mechanismus není vědcům jasný.
Axokine v jeho kategorii předběhne nový prostředek zvaný Acomplia (Více viz grafika a text Nechutenství na recept), přesto tento lék naznačil novou cestu: ovládání hladu přímo v mozku.

## Bratr „hormonu hladu“ zasytí

Vědci objevili látku, která v lidském mozku vyvolává pocit sytosti
Američtí vědci objevili hormon obestatin, kterým dává žaludek mozku najevo, že jsme se dosyta najedli.
Přitom jde o sourozence hormonu ghrelinu, který naopak zvyšuje chuť k jídlu.
Komunikace mezi mozkem a trávicím traktem není jednoduchá. Obstarává ji početná skupina hormonů, jejichž hladina klesá podle našeho momentálního stavu. Některé člověka „nasytí“, jiné „vyhladoví“.
K hormonálním poslům přinášejícím do mozku zprávu o prázdném žaludku patří molekula ghrelinu. Tento peptid je tvořen krátkým řetízkem z 27 aminokyselin a vysloužil si mezi vědci přezdívku „hladový hormon“. Je jednou z mnoha látek, které v nás vyvolávají pocit hladu.
Tým endokrinologů vedený Aaronem Hsuehem ze Stanford University se většinou zabývá hormony, které řídí rozmnožování živočichů. Tentokrát se jeho členové zahloubali nad hormony řídícími příjem potravy. Vyšli ze skutečnosti, že ghrelin vzniká odštěpením z mnohem delší molekuly tvořené 117 aminokyselinami. „Odpad“ produkovaný při tvorbě ghrelinu je tedy mnohem větší než vlastní „produkt“.
Hsueh a jeho spolupracovníci prověřili gen, který je za tvorbu „suroviny“ zodpovědný. Prohnali údaje o genu 11 savčích druhů počítačem a našli oblast, která se u všech zvířat prakticky shodovala. Byla zodpovědná za tvorbu úseku složeného z 23 aminokyselin a musela mít pro všechny zkoumané savce zásadní význam. V Hsuehovi vzklíčilo podezření, že si tělo z řetězce „suroviny“ nevyrábí jeden hormon, ale hned dva.
Stanfordští vědci nejprve izolovali nový hormon ze žaludků a krve laboratorních potkanů a potom jej vyrobili v laboratoři. Vyzkoušeli jeho účinky na potkanech a myších a zjistili, že u pokusných zvířat potlačuje pocit hladu a zpomaluje postup potravy střevy. Působí tedy opačně než jeho „rodný bratr“ ghrelin. Zatímco po podání ghrelinu zvířata přibývají na váze, po aplikaci nově objeveného hormonu hubnou. Hsueh dal proto hormonu jméno obestatin odvozené z latinského obedere čili hltat a slova statin využívaného pro látky s potlačujícím účinkem.
Lék na obezitu do pěti let?
Aaron Hsueh ve stati zveřejněné vědeckým týdeníkem Science předvídá, že „lepší pochopení rolí ghrelinu a obestatinu může mít zásadní význam pro úspěšnou léčbu obezity“.
Britský expert na výzkum obezity Steve Bloom z londýnské Imperial College dokonce v komentáři pro BBC uvedl, že díky takovým objevům, jako je odhalení existence obestatinu, „budeme schopni kontrolovat chuť k jídlu do pěti až deseti let“.
Řada odborníků ale zůstává oběma nohama na zemi a v prognózách jsou o poznání opatrnější.
Matthias Tschöp, který pracuje v centru pro výzkum obezity na University of Cincinnati a napsal pro Science k Hsuehově studii odborný komentář, oceňuje práci stanfordských endokrinologů jako „elegantní a nádhernou“. Upozornil však zároveň na fakt, že obestatin měl na hmotnost zvířat jen mírný účinek.
Navíc byla v pokusu použita zvířata s normální tělesnou hmotností. Na obézní potkany či myši nemusí mít hormon očekávaný účinek.
Nebyl by to zdaleka první hormon, jehož povely obézní tělo neposlouchá. Například leptin produkovaný tukovou tkání potlačuje chuť k jídlu a u zdravých lidí brání nadměrnému hromadění tuku v těle. Obézní lidé ale mají tělo doslova zaplaveno leptinem, a přesto chuť k jídlu neztrácejí.
Jejich organismus k leptinovému „křiku“ zcela „ohluchl“. Ani u zdravých zvířat není zatím jasné, jak po obestatinu hubnou. Kromě žádoucího úbytku tuku může mít pokles tělesné hmotnosti na svědomí i ztráta vody nebo dokonce redukce svaloviny.
Povedení sourozenci: asketa a žrout
Hormony ghrelin a obestatin jsou sourozenci z různých konců světa. Obestatin pochází z latiny (od slov „obere“, tedy hltat, a „statin“ naznačující potlačení), ghrelin pochází z hindštiny (od slova pro růst).
Oba hormony mají společné rodiče, čili vyrábí se v těle na stejné „výrobní lince“, ale z hlediska vědy jsou různě staré: obestatin je znám několik měsíců, ghrelin je už několik let terčem bojovníků proti obezitě.
Není sice jediný, kdo ovlivňuje naši chuť k jídlu, takových látek jsou téměř dva tucty, ale ghrelin je jednou z nejdůležitějších.
I přes intenzivní výzkum ale zůstává „nevypočitatelný“: po jídle se nám jeho hladina v krvi snižuje, jak by se u hormonu hladu dalo čekat, ale... Záleží na druhu jídla: cukry a bílkoviny jeho hladinu snižují více než tuky.
Záleží i na životním stylu: například nevyspání hladinu „hladových hormonů“ zvyšuje.
Především však záleží na nás: Tlustí mají vysoké koncentrace ghrelinu, anorektici velmi vysoké.
Jedněm tělo stále říká, aby nejedli, druhým, aby už konečně začali jíst.
A ani jedni své tělo neposlouchají.

## Hranolky u dětí podporují vznik rakoviny

Příliš častá konzumace hranolků v raném mládí výrazně zvyšuje riziko onemocnění rakovinou prsu v dospělém věku.
K tomuto závěru dospěl nedávný výzkum amerických vědců, jehož výsledky byly zveřejněny v nejnovějším vydání časopisu International Journal of Cancer.
Výzkum, který si objednala Americká nadace pro výživu dětí, ukázal, že u dětí ve věku od tří do pěti let, konzumujících alespoň jednou týdně hranolky, se riziko pozdějšího onemocnění rakovinou prsu zvýšilo až o 27 procent.
„Výzkumníci získali důkazy, že strava lidí v raném období života výrazně určuje jejich stravovací návyky i v pozdější době života,“ prohlásila Karin Michelsová z Ženské nemocnice v Bostonu, která výzkum řídila.
„Výzkum přinesl další důkazy, že rakovina prsu má původ především v rané fázi života ženy, a proto je nezbytné, abychom vytváření těchto rizikových faktorů výrazně omezili,“ varuje doktorka Michelsová.
„Ženy, jimž v raném věku dávaly matky často hranolky, jsou vystaveny až o třetinu většímu riziku rakoviny prsu, než ženy, které v dětství podobnou stravu nekonzumovaly,“ konstatovali vědci, kteří na výzkumu pracovali.
Souvislost mezi konzumací hotdogů či zmrzliny a rizikem rakoviny prsu prý nebyly nalezeny.
Při výzkumu byly podrobně sledovány a analyzovány stravovací návyky 582 žen, které trpěly rakovinou prsu, a 1569 žen, které z této nemoci byly vyléčeny.

### Zrod vakcíny proti malárii?

Lék na nemoc, která ročně zabije milión lidí, se přiblížil.

Lidstvo by mohlo v brzké době získat účinný prostředek proti nejzhoubnější nemoci postihující tropy.

Francouzsko-švýcarský tým vědců vedených Pierrem Druilhem z Pasteurova ústavu v Paříži zveřejnil v lékařském časopise PLoS Medicine nadějné výsledky testů nové očkovací látky proti malárii. Třicet dobrovolníků očkovaných novou vakcínou si vyvinulo imunitu k původci malárie a vakcinace jim nezpůsobila vážnější zdravotní problémy.

Malárie patří k největším metlám současného lidstva. Ohrožuje zhruba 40 procent obyvatel Země. Ročně jí onemocní 300 milionů lidí a milion na malárii zemře. Devadesát procent obětí pochází ze subsaharské Afriky. Většinou jde o děti. Podle oficiálních údajů Světové zdravotnické organizace umírá v Africe na malárii jedno dítě každých 30 vteřin.

Vysokému riziku jsou vystaveny i těhotné ženy a jejich plod. Malárie patří v třetím světě k nejčastějším příčinám úmrtí u novorozenců. Pacient trpí ztrátou červených krvinek a ohrožuje jej ucpání krevních kapilár v životně důležitých orgánech včetně mozku.

Chorobu vyvolávají cizopasní prvoci zimničky přenášené komáry rodu Anopheles. Nejzávažnější typ malárie vyvolává zimnička tropická (Plasmodium falciparum). Obyvatelé tropů a subtropů jsou proti malárii prakticky bezmocní. Určitou ochranu jim skýtají moskytiéry napuštěné insekticidy a boj s přenašeči malárie, ke kterému se v mnoha zemích třetího světa stále ještě používá DDT, protože nic lepšího k dispozici není.

Dobře utajené zimničky

Malárie je na postupu. Šíří se do nových oblastí a vrací se tam, kde byla před několika lety vymýcena. Mnoho kmenů zimniček si vyvinulo odolnost k lékům a i u komárů je častější rezistence k insekticidům.

Mnohé z problémů spojených s malárií by nejlépe vyřešila vakcína. Její vývoj však naráží na obrovské problémy. Zimničky jsou vystaveny arsenálu imunitní obrany jen na krátkou dobu, která uplyne mezi jejich zavlečením do těla oběti a průnikem prvoka do nitra červených krvinek. Uvnitř krvinky jsou cizopasníci v bezpečí.

K průniku do krvinky využívá zimnička početnou sadu molekul, kterými se váže na molekuly na povrchu krvinky. Na první pohled je moment, kdy si prvok „odemyká“ krvinku, tím pravým okamžikem pro útok. Vědcům se zdálo, že stačí zneškodnit některý z molekulárních „klíčů“, a krvinka zůstane zimničce uzavřena. Naneštěstí se ukázalo, že si původci malárie mohou otevírat krvinku mnoha různými „dvířky“. Když najdou jedna „zabedněná“, poslouží si jinými.

V roce 1993 odhalil Pierre Druilhe na povrchu zimničky molekulu, bez které se prvok neobejde. Bílkovina nesoucí kódové označení MSP-3 se nachází ve výbavě zimniček, které jsou ve vývojovém stadiu tzv. merozoitů. Ty se volně pohybují krví a hledají cestu do nitra krvinek. Imunitní systém je tedy může poměrně snadno dostat na mušku a zřejmě to i dělá. Někteří lidé vykazují po opakované nákaze malárií značnou odolnost k chorobě. Jejich tělo si proti zimničkám vyvinulo protilátky - klíčové místo mezi nimi patří protilátkám cíleným na bílkovinu MSP-3.

Tým vedený Pierrem Druilhem vyrobil synteticky část bílkoviny MSP-3 a použil ji jako očkovací látku pro 30 dobrovolníků, kteří se nikdy nesetkali s původcem malárie.

Vakcína byla podávána spolu s látkami, které mají za úkol zvýšit imunitní odezvu na očkování. V těle očkovaných dobrovolníků se vytvořily protilátky proti bílkovině MSP-3 a bylo jich dost. Krevní sérum odebrané očkovaným dobrovolníkům díky těmto protilátkám chránilo v laboratorních testech krvinky před infekcí zimničkami.

Vědci podali tyto protilátky i pokusným myším, kterým vpravili do krevního řečiště lidské krvinky a pak je nakazili malárií. Protilátky myši ochránily a umožnily jim, aby se zimniček zbavily.

Výsledky studie jsou vynikajícím východiskem pro další testy, které už prověří schopnost vakcíny chránit člověka před malárií.


# 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 pediatrickou praxi

Lékařka-pediatr, 34 let, atestace I. st s licencí, hledá pediatrickou praxi s možností odkoupení v Ústeckém kraji. tel. 602 827 762 *Ev.č. 30-07-05*

## Nabízím místo asistenta

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD event. přenechání ordinace v okrese Olomouc. Tel. 602 501 781. *Ev.č. 32-09-05*

## Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou pediatrickou praxi - PLDD na dětské poliklinice v Ústí nad Orlicí, včetně odprodeje ordinace - podílu s.r.o.
Mobil: 775 094 481 *Ev.č. 33-09-05*

## Přijmu asistentku do ordinace PLDD

Přijmu asistentku do ordinace PLDD v Libčicích n. Vlt. na úvazek 0,4. Jednání o převzetí praxe možné. Tel. 233 931 037, 605 876 633. *Ev.č. 34-09-05*

## Daruji horkovzdušný sterilizátor

Daruji horkovzdušný sterilizátor HS61A, rok v výroby 1977,
kontakt: tel.: 325 575 640, od 8-11h,každý všední den,
e-mail: matasova@tiscali.cz *Ev.č. 35-09-05*

## Městská nemocnice přijme 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 odd., fax: 315 684 212, e-mail: nemocnice@almeda.cz *Ev.č. 36-10-05*

## NZZ přijme pediatra

Nestátní zdrav. zařízení přijme na plný pracovní úvazek PL pro děti a dorost do zavedeného obvodu v Praze 4, tel.: 241 444 753, paní Rohlová, 8-17h. (Dr. Zmeškalová - členka) *Ev.č. 40-6-05*

## Hledám pediatra

Hledám pediatra s I. atestací, praxe vítána, v rámci s.r.o., nová ordinace ve středu města, 10 km od Olomouce, nástup jako asistent, později přenechám. tel.: 603 724 075. *Ev.č. 41-11-05*

## Hledám pediatrickou praxi v Praze

Lékařka 35 let, specializovaná způsobilost v oboru pediatrie, licence, hledá zavedenou praxi PLDD v Praze (nejlépe Praha 2, 4, nebo 10) s možností odkoupení do 3-4 let. Nyní MD, nabízím zástup, ev. mohu nastoupit jako asistentka. Tel.: 603 443 325 *Ev.č. 42-11-05*