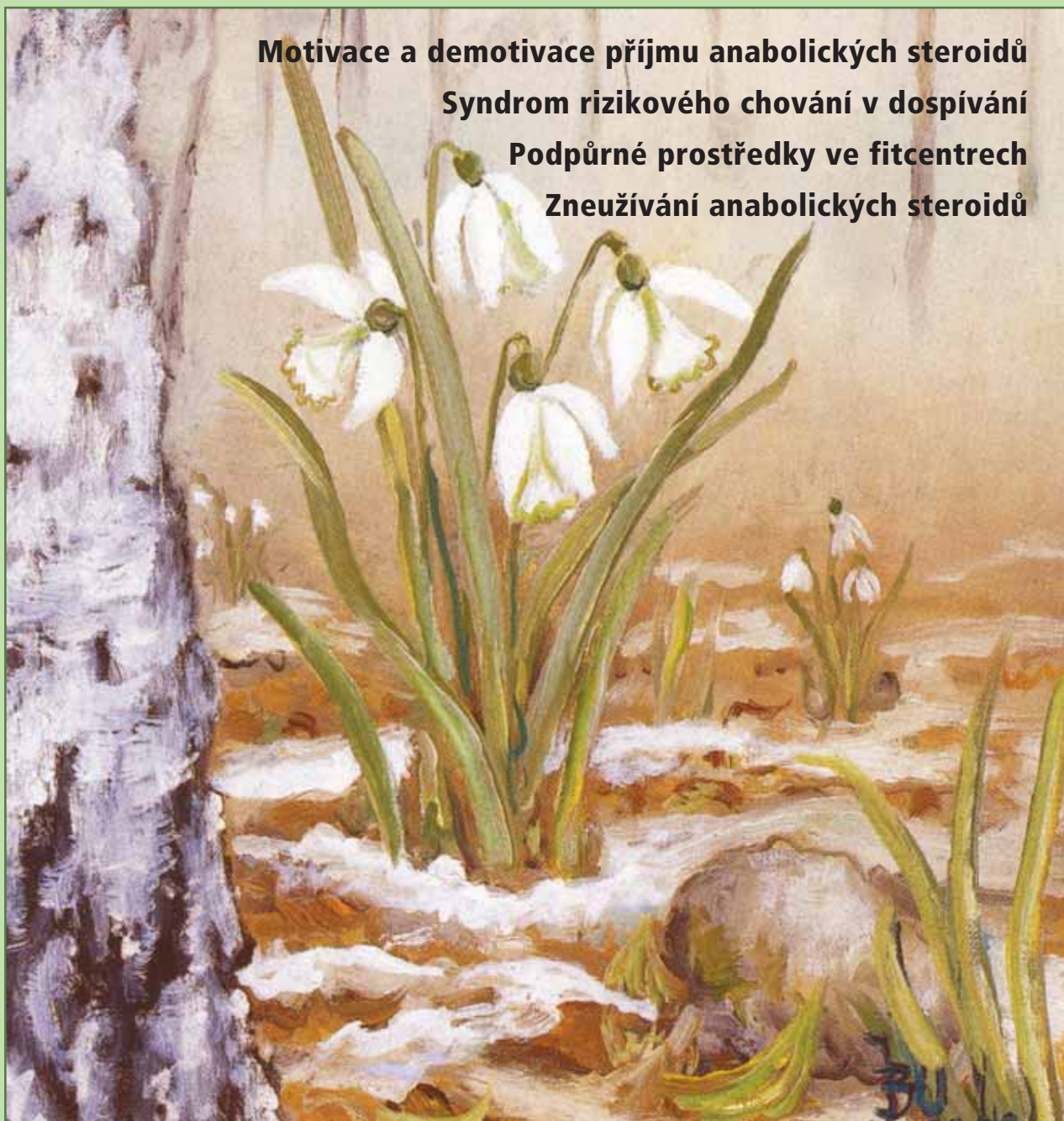


VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

březen 2005 ■ číslo 3 ■ ročník 5



Motivace a demotivace příjmu anabolických steroidů

Syndrom rizikového chování v dospívání

Podpůrné prostředky ve fitcentrech

Zneužívání anabolických steroidů



**ČESKÁ
SPORITELNA**

ZENTIVA®



OSPDL ČLS JEP

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

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

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

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:
MUDr. Pavel Neugebauer
MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Jiří Liška, CSc.
MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

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

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

Inzerce:

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

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc únor 2005	5
Záznam z jednání SPL, SPLDD a VZP ČR	6
Společné prohlášení Koalice a SZP	6
Východiska pro cenová jednání na 2. pol. 2005	7
Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů	8
Souhlas s prováděním zdravotnických výkonů	9



Doc. MUDr. J. Hamanová, CSc. Syndrom rizikového chování v dospívání...	11
MUDr. P. Kabíček, CSc. Zneužívání anabolických steroidů u dospívajících	14
PhDr. J. Nekola Poznatky o podpůrných prostředcích ve fitcentrech	16
Doc. MUDr. L. Pyšný, CSc. Motivace a demotivace příjmu anabolických steroidů	20
MUDr. J. Liška, CSc. a kol. Sérologické vyšetřování Helicobacter pylori	21

MUDr. P. Koťátko a kol. KAZUISTIKA: Kerosenová pneumonie u chrliče ohně	24
Terapie dětské obezity	26



Aktuality	29
Řádková inzerce	34



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 namalovala ústy Jolanta Borek-Unikowska



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jsem ve své funkci již několik let a domníval jsem se, že mě již jen tak něco nepřekvapí. To, co se však děje v našem zdravotnictví, mě nejen občas překvapí, ale častěji spíše zaskočí. Občas si totiž připadám jak Alenka v říši divů. Dnes totiž často neplatí, co by platit mělo, resp. neplatí občas ani, dle mého, přirozené a obecné zákonitosti.

Jak jinak si vysvětlit, že více než deset let máme zavedený systém zdravotního pojištění s existencí zdravotních pojišťoven, soukromých ambulancí a hlavně svobodného výběru lékaře, zdravotnického zařízení či zdravotní pojišťovny. Pak nastoupí na ministerstvo nová ministryně a hovoří o tom, že privátní lékaři jsou buď soukromí či smluvní (co jsme tedy byli doposud?), že zdravotní pojišťovny mají jen přerozdělovat peníze a nejlépe jak vzkáže úředník, a že pacient není způsobilý o sobě rozhodovat a musí to proto za něj opět udělat úředník. Nejpovolanějším je pak samozřejmě úředník ministerstva zdravotnictví. To vše je možné nalézt v materiálu zvaném koncepce zdravotnictví. V ní se sice deklarativně hovoří o významné úloze praktických lékařů a primární péče, ale v zápětí se dočtete, že právě jen ministerský úředník ví, jak má lékař pracovat a kolik má za to dostat, dokonce i kolik má dát své sestřičce a že hlavní důraz je třeba napřít na síť nemocnic a jejich ambulancí.

Jak si vysvětlit, že při oficiální schůzce na ministerstvu je prezentováno něco, aby vzápětí se stalo něco jiného. Tím mám na mysli například tzv. úhradovou vyhlášku. Nejdříve je oficiálně sděleno, že legislativně není možné upravit úhrady nikomu jinému, než nemocnicím, aby pak vyšla vyhláška upravující úhrady i ambulantním specialistům. K tomu se navíc dovím, že my (rozuměno praktičtí lékaři) jsme vlastně nic nechtěli a že naopak ani nechceme, aby měli jiní. Nebo například, že praktický lékař nemusí „ani hnout prstem“ a má vyděláno 75 tisíc (vyšlo v Blesku). Najednou jako bych se měl obhajovat, čím že to zájmy hájím. Jednou si přečtu, že jsem členem fanklubu zdravotních pojišťoven, podruhé, že jsem korumpován zdravotními pojišťovnami. Tak mě vlastně ani nemělo překvapit, když odbory vyhlásily založení vlastní sekce pro hájení soukromých lékařů - zaměstnavatelů.

Zdravotní pojišťovny ale jakoby nechtěly zůstat stranou. Místo, dle mého, přirozené obrany, ve smyslu snahy o zprůhlednění své činnosti, se chovají, jako kdyby si ani neuvědomovaly, že jejich další existence může být přímo ohrožena. Jsou opakovaně napadány, že nedobře hospodaří s vybraným zdravotním pojištěním a místo snahy o zprůhlednění a objasnění jejich finančních toků vytrvale, zejména některé, tvrdí, že do těchto údajů nikomu nic není, resp. že je to jen jejich vnitřní záležitost a že se zodpovídají pouze svým správním orgánům. Tedy, abych byl spravedlivý, netvrdí to již všechny.

Je na Vás, milé kolegyně a kolegové, jak se k celé záležitosti postavíte. Během dubna proběhnou v regionech konference a jistě na nich bude prostor si o všem promluvit. S největší pravděpodobností se totiž řítíme mílovými kroky do pololetí, kdy bude očekávání úhrad ze strany pojišťoven denním chlebem, resp. je pravděpodobné, že termíny splatnosti narostou do délek dosud nepoznaných. A to je možná i záměr, ekonomicky nás, soukromé podnikatele, zlikvidovat. Vždyť přeci my „vidíme před sebou jen svůj zisk“, to přesně tvrdí současné vedení našeho resortního ministerstva. A to nám taky nabízí variantu řešení - zpětzet do náruče molochů v minulosti označovaných jako NsP, tj. nemocnice s poliklinikou. Opravdu to chceme? A co uděláme, aby to tak nebylo?

Na setkání s Vámi na regionálních konferencích se těším

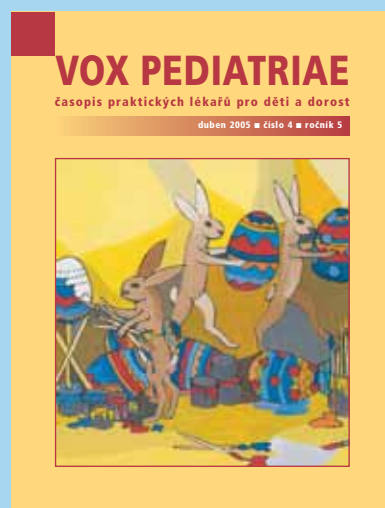
MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Exantémová onemocnění
v dětském věku

Diagnostika pertuse
a parapertuse

Neuroinfekce - výskyt, riziko
a diferenciální diagnóza

Protiepidemická opatření v ohnisku
nákazy virových hepatitid



seznam inzerujících firem

AVENT
ČESKÁ SPOŘITELNA
HERO
HIPPI
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 Cabrmochová
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 únor 2005

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc únor se nesl v duchu dozvuků tzv. úhradové vyhlášky. Různá prohlášení střídala prohlášení, zástupci různých skupin lékařů obhajovali své pozice v zastupování svých kolegů, ale ze všeho tohoto vyčnívala nová absurdita našeho zdravotnictví. Kubkova odborová organizace založila sekci pro soukromé lékaře a začala sebevědomě vyhlášovat, že nikdo jiný než odbory neumí správně zastupovat soukromé lékaře. Žijeme vskutku v podivné době.

3.2. - zasedala pracovní skupina dohodovacího řízení k Seznamu výkonů, předmětem jednání byly mimo jiné i nově navržené kódy porodních asistentek, ve vypjaté atmosféře nakonec nedošlo k dohodě nad žádným kódem s tím, že systém poskytování zdravotní péče je v našem státě nastaven jinak, než bylo ze strany porodních asistentek požadováno, péče o těhotné je zajišťována registrujícími ambulantními gynekology, porody jsou realizovány ve zdravotnických zařízeních pod přímým lékařským vedením a o novorozence pak pečují naše ordinace, tento systém má své výsledky a účastníci se shodli, že není důvod ho měnit, nicméně porodním asistentkám nikdo nebude bránit realizovat své ambice v doplňkových službách, ovšem nikoliv hrazeně z fondu zdravotního pojištění

9.2. - proběhl první jednací den dohodovacího řízení o cenách na 2. pololetí 2005, na tomto jednání předložila svůj návrh VZP, která nenabídla žádné navýšení, v návrhu se naopak objevilo zpřísnění regulačních opatření, nicméně prezentována byla ochota dále jednat, Svaz zdravotních pojišťoven ČR navrhl navýšení minimální kapitační platby na 33,50 Kč při zachování sazby hodnoty bodu i regulačních opatření, obě sdružení na tomto jednání předložila společný návrh, resp. východiska pro cenová jednání, která zveřejňujeme na jiném místě, vzhledem k diametrálně odlišným stanoviskům samozřejmě ke shodě na tomto jednání nedošlo

14.2. - s VZP byla projednávána proble-

matika úprav bonifikačního systému, s navrženými změnami Vás seznamujeme na jiném místě

22.2. - jednala Koalice soukromých lékařů, o činnosti Koalice průběžně informujeme na jiném místě našeho časopisu

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Vás zve na

Regionální konferenci Severočeského regionu

dne 2. 4. 2005 v Ústí nad Labem

v Krajském úřadu Ústeckého kraje, Velká Hradební 3118/48
v kongresovém sálu (2.patro)

08.30 - 09.30	Registrace účastníků Výstavka sponzorujících firem
09.30 - 10.30	Zahájení konference Volby návrhové a mandátové komise Zpráva o činnosti Revizní zpráva Zpráva o hospodaření, návrh rozpočtu Diskuse
10.30 - 11.15	Přednáška
11.15 - 11.45	Přestávka
11.45 - 14.45	Prezentace firem Vystoupení hostů Diskuse Schválení usnesení
15.00 - 17.00	Raut

MUDr. Věra Kruková

předsedkyně Severočeského regionu SPLDD ČR



Záznam z jednání se zástupci SPL ČR, SPLDD ČR a VZP ČR na téma úpravy v GIP* od 1. pololetí 2005, které se konalo dne 14. 2. 2005

1) **Koeficient „L“** - zavedení tohoto koeficientu nezměnilo celkovou výši bonifikací.

S účinností od 1. pololetí 2005 bude tento koeficient upraven následovně: koeficient „L“ nebude uplatňován při výpočtu celostátní bonifikace. Do výpočtu okresní bonifikace a bonifikace dobré praxe bude nadále koeficient „L“ přiřazen. V případě použití koeficientu „L“ při výpočtu dobré praxe u překročení procenta 15 % bude nulová bonifikace dobré praxe.

Tabulka výše koeficientů „L“ bude upravena:

Q daného ZZ	„L“ před úpravou	„L“ po úpravě
$1,05QOKR < Q \leq 1,15QOKR$	0,6	0,7
$1,15QOKR < Q$	0,4	0,5

Zástupci praktických lékařů požadují nezapočítávat ošetření registrovaných pojištěnců v rámci oficiálních zástupů (řádně hlášených dle Metodiky) do koeficientu „L“. VZP toto výhledově připravuje. Dále požadují zohlednit počty registrovaných, což dosud řešeno není.

2) **Lázně a ozdravovny** - sledování nákladů na indukovanou péči - lázně a ozdravovny.

Význam má zahrnutí komplexní péče, řešením není zahrnutí jen příspěvkové. Uvažováno o možnosti ponížení nákladů tak, že by byly náklady spočítány odděleně - na zdravotní péči (léčení) a zvláště na ubytování a stravu. Variantou je i zahrnutí jen části nákladů. Hlavním motivem je zohlednění všech složek prováděné „rehabilitace“, část prováděná v lázních zatím v systému uniká. Bude dále předmětem dalších jednání.

3) **Doprava** - navrženo zahrnout náklady na dopravu, a to jen do okresní bonifikace.

Šlo by o náklady v Kč za místní a dálkové převozy a náhrady cestovních nákladů za cestovné pacienta soukromým vozidlem. V modelaci vychází asi 10 Kč/1 registrovaného/1 pololetí.

4) **Další témata**

A) Zástupce SPL DD upozornil na problém úbytku registrovaných pojištěnců v příhraničních oblastech v rámci pendlujících rodičů a tím ovlivnění bonifikace. Tento problém ale již řeší i to, že koeficient je stanoven změnou počtu pojištěnců v okrese a nikoliv v celé ČR.

B) K dotazu proplacení kapitační platby praktickým lékařům pro děti a dorost za opožděně registrované pojištěnce z důvodu neexistence pojištěnce v Centrálním registru pojištěnců:

Praktičtí lékaři pro děti a dorost mohou v okamžiku, kdy je registrace novorozence uznaná v Kapitačním centru, požádat Územní pracoviště VZP o doplatek kapitačního paušálu zpětně od měsíce, kdy se dítě registrovalo u praktického lékaře pro děti a dorost. Doplatek kapitačního paušálu bude uhrazen za předpokladu, že:

- nebudou vykazovat poskytnutou zdravotní péči těmto opožděně registrovaným pojištěncům formou používanou pro neregistrované pojištěnce, tj. na dokladech VZP - 05/1999 případně VZP - 01/1999,
- mají ve zdravotnické dokumentaci lékaře registraci novorozence doloženu řádně vyplněným registračním listem podepsaným jejich zákonným zástupcem.

O výše uvedené problematice byli informováni všichni ředitelé Územních pracovišť VZP v září 2003. V případě nejasností se mohou praktičtí lékaři pro děti a dorost na ně obrátit, eventuálně i na MUDr. Pokorného.

Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer

(oficiální zápis z jednání bude založen v kanceláři Sdružení, kde bude prostřednictvím volených zástupců k dispozici)

* GIP - Generální Informace Praktickým lékařům

Společné prohlášení Koalice soukromých lékařů a Svazu zdravotních pojišťoven

Představitelé Svazu zdravotních pojišťoven a Koalice soukromých lékařů se dne 3.3. 2005 sešli, aby projednali problematiku smluvních vztahů, ale i aktuální situaci vývoje ve zdravotnictví v ČR. Shodně konstatují, že trendy, které prosazuje ministryně Emmrová, vrací systém zpět do období budování socialismu a nerespektují dosavadní obecný vývoj společnosti, který se nemůže vyhnout ani zdravotnictví. Evidentně záměrně ohrožuje jak provoz soukromých ordinací, tak činnost zdravotních pojišťoven. Orientuje se na prosazení státního zdravotnictví místo dalšího rozvoje systému veřejného zdravotního pojištění, mezi jehož základní pilíře patří například svobodná volba lékaře či zdravotní pojišťovny občanem. Shodli se rovněž na vzájemné podpoře, informovanosti a spolupráci v oblasti smluvních vztahů, revizní činnosti a omezování souběhů lékařských praxí v neodůvodněných případech. Obě strany shodně odmítají koncepci ministryně Emmerové včetně všech kroků, které vedou k posílení moci státu a které omezují svobodu podnikání na straně poskytovatelů zdravotní péče. Budoucnost systému zdravotnictví v ČR spatřují zástupci soukromých zdravotnických zařízení, ale i zdravotních pojišťoven, ve faktickém dodržování a postupném vývoji rolí jednotlivých účastníků systému dle platných zákonů a v nevyhnutelné změně motivací všech zainteresovaných, především pacienta samotného. Dosud o něm všichni jen mluví, ale ve skutečnosti je pacient vláčen systémem bez potřebných informací a bez možnosti ovlivnění dění kolem něj. Za velmi nebezpečné považují účastníci jednání silný vliv některých nátlakových skupin, především ČLK a LOK na Ministerstvo zdravotnictví pod vedením Milady Emmerové, přijímaná někdy i velmi překvapivá rozhodnutí jsou pak negativně vnímána jinými účastníky systému a nedaří se tak stabilizovat jeden z nejméně ekonomicky náročných systémů společnosti.
V Praze dne 3.3.2005

Za Koalici soukromých lékařů:
MUDr. Pavel Neugebauer
Za Svaz zdravotních pojišťoven ČR:
Ing. Ladislav Friedrich, CSc.



Východiska pro cenová jednání na 2. pololetí 2005 segmentu praktických lékařů

(návrh SPL a SPLDD)

Premisy:

- Výchozí parametr
 - Náklady ordinace cca 64.000,- Kč
- meziroční nárůst systému (2003, 2004) - cca 6,5%
- porovnání příjmů s lékaři zaměstnanci - průměrný příjem cca 30.000,- Kč
- trvá navýšení (změny) DPH, což vedlo k růstu cen vstupů, inflace je kolem 3,5% celkově, rostla cena benzínu, ceny plynu a elektřiny, poštovné
- zvýšení inflace v režijních položkách

- v příjmech nebyl kopírován ani meziroční nárůst
- nárůst příjmů v segmentu v posledních dvou letech činil 3,5%, zatímco systém narostl o 13,5% !!!
- prakticky veškeré navýšení příjmů pojištěven skončilo mimo segment praktických lékařů
- propad primární péče vůči příjmům systému je v tomto posledním meziročním srovnání minimálně 6%

Požadavkem praktických lékařů na 2. pololetí 2005 musí být minimálně navýšení o 9%, tedy navýšení, kterého systém dosáhl a ošdil o něj primární péči za dobu od poslední dohody.

- segment praktických lékařů zadal a nechal provést nákladové studie režii průměrných praxí za rok 2001, resp. 2002
- tyto studie jsou reálným a nepochybnitelným východiskem požadavků pro cenová jednání pro rok 2005

Základní kalkulace:

- režie průměrné praxe v roce 2002 činila cca 61.000,- Kč/měsíc
- v letošním roce lze počítat režijní náklady cca ve výši 65.000,- Kč /měsíc
- minutová režie ordinace ze studií je v průměru 10,60 Kč/min
- podle kvalifikovaného odhadu vycházejícího z uvedených šetření činí v současnosti čistý měsíční příjem lékaře - praktického lékaře do 25.000,- Kč/měsíc

- průměrná úhrada za poskytnutou zdravotní péči ze studií vychází cca do 90.000,- Kč/měsíc
- očekávaná platba na pokrytí skutečné režie ordinace a odměnu lékaře (pokud budeme kalkulovat s hodnotou trojnásobku průměrné mzdy) by však měla činit cca 119 000 Kč/měsíc
- rozdíl ve stávajících příjmech a touto požadovanou platbou je 29.000,- Kč/ měsíc= cca 30% !!!
- to odpovídá požadavku navýšení základní kapitační platby o 9,- Kč při hodnotě bodu 1,- Kč
- zároveň by mělo dojít k navýšení režii ve výkonech vydáním novely Seznamu výkonů, které se ovšem segmentu primární péče dotkne jen marginálně - u PL pro dospělé činí objem výkonů mimo kapítaci pouze kolem 15% příjmu, u pediatrů kolem 25% ➔ navýšení, které se dotkne ve 100% všech ostatních odborností navýší příjmy PL 6-7x méně.

Srovnávací údaje:

- podle údajů analytické komise dohodovacího řízení došlo ve srovnání 2. pololetí roku 2000 a 2. pololetí roku 2003 k navýšení příjmu systému o 30% - z toho u nemocnic o 30%, u ambulantní specializované péče o 33%, u ambulantní rehabilitace o 36%, u domácí péče o 66%, u komplementu o 48% (!!!), oproti tomu u praktických lékařů o 22% (tato čísla lze považovat za velmi smutná a alarmující a nesvědčící o jakékoli kultivaci systému veřejného zdravotního pojištění z pohledu úlohy praktického lékaře)
- dvouletý nárůst segmentu primární péče 2000/2002 činil 16%, u ambulantních specialistů pak 28%, rozdíl je tedy 12% v neprospěch praktických lékařů !!! (Zpráva VZP 3/2003)
- meziroční nárůst primární péče 02/03 je podle plateb 9%, u ambulantních specialistů opakovaně více než dvojnásobný
- opětovné prohloubení příjmového rozdílu mezi specialisty orgánovými a praktickými lékaři - rozdíl nárůstu během tří let činí cca 19% v neprospěch praktických lékařů !!!!!

Závěry:

- dochází ke zmenšování výšece „příjmového koláče“ v neprospěch primární péče, která je neustále proklamativně podporována za všech stran
- praktičtí lékaři se ve svém průměru dostávají po zdanění pod příjmy sekundářů v nemocnicích, nemohou zvednout mzdy svému personálu, nemohou provádět řádné investice do vybavení a dále tak zlepšovat kvalitu primární péče, která by měla být pro systém stěžejní
- toto vše při proklamované podpoře primární péče a proklamované snaze zefektivnit systém
- u praktických lékařů tedy dochází k příjmovému propadu vůči ostatním segmentům a z naší strany nelze tento jev nadále akceptovat.
- praktičtí lékaři se pohybují v příjmové oblasti, která je naprosto nedostačující pro rozvoj praxí a tento stav je jednoznačně škodlivý pro celý systém zdravotní péče - neumožňuje dále rozšiřovat spektrum činnosti praxí, přebírat některé základní činnosti od specialistů a celkově produkovat v ambulantní sféře „levnější medicínu“
- důsledkem toho je, že systém se prodražuje a šetření na primární péči ve svém důsledku přináší vyšší celkové náklady.

Návrh SPL ČR a SPLDD ČR pro 2. pololetí 2005

- průměrná hodnota kapitace - 42,- Kč
- hodnota bodu - 1,- Kč

Prostředky pro navýšení lze najít ve snížení bonifikačních složek jednotlivých ZP

Za SPL ČR:
MUDr. Zdeněk Hamouz
místopředseda
Za SPLDD ČR:
MUDr. Pavel Neugebauer
předseda



Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů

22. února 2005

1. Spolupráce se zdravotními pojišťovnami

Na základě rozhodnutí z předchozího jednání Koalice oslovil Dr. Neugebauer Ing. Musílkovou, ředitelku VZP ČR a Ing. Ladislava Friedricha CSc., prezidenta Svazu zdravotních pojišťoven ČR se žádostí o schůzku. Jednání se zástupci SZP ČR se koná 3. 3. 2005 ve 14.00 hodin, o setkání s VZP ČR se jedná.

Dr. Pekárek na schůzce s Ing. Musílkovou k problému cenových dodatků na I. pololetí 2005 ředitelku VZP ČR o požadavcích Koalice soukromých lékařů předběžně informoval.

Dále informoval Dr. Pekárek o výsledcích jednání se ZPŠ. Její cenové dodatky na I. pol. 2005 jsou vzhledem ke stanoveným regulačním opatřením podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění pro zubní lékaře nepřijatelné. Se zdravotní pojišťovnou se dále jedná. Dodatky VoZP ČR obsahovaly podobná regulační opatření. Po dohodě s vedením pojišťovny byly dodatky upraveny tak, aby zubní lékaři znali objem prostředků, které mohou v daném pololetí vyčerpat.

SAS ČR má k dispozici 2 právní výklady k regulačním opatřením podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a uvažuje o podání stížnosti k Ústavnímu soudu s požadavkem na zrušení tohoto kontroverzního paragrafu.

Koalice soukromých lékařů se k návrhu SAS ČR podat stížnost k Ústavnímu soudu připojuje.

Dr. Pekárek navrhl oslovit v souvislosti se stížností i ostatní segmenty a vyzvat je, aby iniciativu Koalice podpořily.

2. Vyhláška MZ ČR, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2005 a výsledky přípravné fáze dohodovacího řízení

Podle informace Dr. Jojka nabízejí zdravotní pojišťovny ambulantním specialistům cenové dodatky podle „úhradové vyhlášky“ MZ ČR, pouze v případě písemné žádosti obdrží ZZ dodatek se stejnými podmínkami jako v II. pololetí 2004. Na webových stránkách SAS ČR (www.sasp.cz) je k dispozici tabulka,

kteřá srovnává obě varianty cenových dodatků spolu se vzorem žádosti o sjednání jiného způsobu úhrad.

Zástupci Koalice se vzájemně informovali o výsledcích přípravné fáze dohodovacího řízení k cenám zdravotní péče na II. pololetí 2005.

3. Informace z jednání Unie zaměstnavatelských svazů

a) na zasedání sekce zdravotnictví a zdravotních pojišťoven projednali její účastníci připomínky k "úhradové vyhlášce", dalším legislativním změnám a koncepci zdravotnictví.

Dr. Neugebauer tlumočil stanovisko Koalice - do přijetí koncepce zdravotnictví neprovádět žádné legislativní změny.

b) na jednání valné hromady se UZS dohodla na základních tezích nové koncepce

zdravotnictví. Zástupci Koalice rozhodli, že jednotlivé organizace budou na návrh koncepce UZS reagovat individuálně.

4. Různé

Ředitelka Kanceláře ČSK Dr. Švábová projednala se zástupcem společnosti Konzulta Brno možnost rozesílání SMS zpráv pro členy Koalice. Po zpracování informace, která bude zveřejněna v periodikách jednotlivých organizací, bude možné se do systému přihlásit.

Členové Koalice opět jednali o nutnosti vlastní tiskoviny Koalice. Dr. Dvořák navrhl zřízení vlastních webových stran. Na příštím jednání předloží návrh a předběžnou kalkulaci.

Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky

Vás zve na

Regionální konferenci SPLDD ČR Západočeského regionu,

konanou ve dnech 15. - 16. 4. 2005
v hotelu Javorník v Javorníku na Šumavě

Program:

Pátek 15. 4. 2005:

- 16.00 - 17.00 Registrace účastníků, výstava firem
17.00 - 19.00 Program konference:
- zprávy o činnosti a hospodaření regionu
- vystoupení hostů, diskuse
- prezentace firem - závěr pracovního jednání
20.00 Prohlídka dětské ozdravovny
21.00 Večerní posezení, raut

Sobota 16. 4. 2005:

- 8.30 - 9.15 Prezentace firem
9.20 - 11.30 MUDr. Pajerek: Předoperační vyšetření a příprava Neodkladná první pomoc
11.30 - 12 Přestávka
12.00 - 13.30 MUDr. Pečenková: Kam s ním?
MUDr. Podlípny: Mentální anorexie
14.00 Závěr

Za regionální radu Západočeského regionu
MUDr. Alena Šebková



Souhlas s prováděním zdravotnických výkonů

Mgr. Jan Vondráček

Advokátní koncipient advokátní kanceláře Jansta, Kostka & spol.

Článek se zabývá problematikou souhlasu jako jedné z podmínek provádění zdravotnických výkonů; komparuje právní úpravy obsaženou v § 23 ZdravZ a kap. II. BiomedÚml a v návaznosti na to podává souhrnný přehled, kdy lze provést zdravotnický výkon.

Klíčová slova

zdravotnické právo - souhlas - Úmluva o biomedicině

I. MAXIMA BONA IURIS MEDICINALIS

1. Z hlediska obecného platí, že provádět zdravotnické výkony:

- mohou toliko zdravotničtí pracovníci v rozsahu své kvalifikace,
- při dodržení postupů lege artis,
- v případech, kdy je to možno, dovoleno.

2. Právní limity možnosti (dovolenosti) provádění zdravotnických výkonů [(tedy kategorie uvedená shora pod písm. c)] vycházejí z všeobecně akceptovaného a samozřejmě právně zakotveného principu, totiž že *provádět zdravotnický výkon lze zásadně se souhlasem osoby, na které má být proveden*. Vedle souhlasu však existují i limity specifické dotýkající se zvláštních zdravotnických výkonů.¹

3. Ve světle právě uvedeného je pak zřejmé, že právní úpravě souhlasu je ve zdravotnickém právu věnována odpovídající pozornost, přičemž tato je v současném českém právním řádu zakotvena v kap. II BiomedÚml a v § 23 ZdravZ.

II. VYBRANÉ PROBLÉMY PRÁVNÍ ÚPRAVY DLE KAP. II BIOMEDÚML A § 23 ZDRAVZ

1. Obecně je přijímán názor, že úprava dle § 23 ZdravZ je v plném souladu a praxe ostatně nadále ze ZdravZ vychází. Tento názor a přístup však rozhodně není bezproblémový.

2. **Odlišně jsou totiž normovány náležitosti souhlasu**, když je třeba odlišovat informovanost, jež je dle čl. 5 BiomedÚml *konstruována jako samostatná podmínka platnosti*

souhlasu, a poučení (poučovací povinnost), jež je ust. § 23 odst. 1 ZdravZ rovněž uloženo, nicméně její splnění *nečiní podmínkou platnosti souhlasu*.

3. **Otázkou zůstává problematika souhlasu předpokládaného**, tj. případ, kdy *souhlas vůbec nebyl dán*. BiomedÚml otázku předpokládaného souhlasu neřeší, resp. stojí zásadně na požadavku přítomnosti souhlasu. Vysvětlující zpráva však v odst. 37 uvádí, že: „Souhlas může mít různé podoby. Může být výslovný nebo *předpokládaný*.“ Vysvětlující zpráva tak zde jde zřetelně proti dikci příslušných ustanovení BiomedÚml, případně lze mít za to, že zaměňuje předpokládaný souhlas se souhlasem daným konkludentním jednáním.

K řešení uvedeného rozporu je nutno v prvé řadě přistoupit s odmítnutím spojení "předpokládaný souhlas," jež představuje *contradictio in adjecto*, neboť *souhlas jako právní úkon musí být navenek projeven*. Tak lze dovést, že *k právní relevanci presumce souhlasu je nezbytné její výslovné zákonné zakotvení*, jak také činí § 23 odst. 2 druhá věta prvního souvětí ZdravZ. Následně je nutno se vypořádat se vztahem cit. ust. s BiomedÚml, k němuž lze konstatovat, že neodporuje jejímu smyslu, jak je navíc zřetelné z vysvětlující zprávy.

4. V následujících případech je **právní úprava dle BiomedÚml a dle ZdravZ ve více či méně zřejmém rozporu**, přičemž *v souladu s čl. 10 Úst bude třeba dát přednost ustanovením BiomedÚml a ZdravZ neaplikovat*. Konkrétně se jedná o:

a) případy, kdy **dospělá osoba není schopna dát souhlas pro nemoc či z jiných důvodů**,

mimo úplné či částečné nezpůsobilosti k právním úkonům:

- dle čl. 6 odst. 3 BiomedÚml se *vyžaduje zástupný souhlas*;
- dle § 23 odst. 4 písm. c) ZdravZ lze provádět zdravotnické výkony neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví *bez souhlasu*;

b) **dovolenost provedení život či zdraví zachraňujících zdravotnických výkonů na nezletilci, omezení, ev. zbvenci, kdy zákonný zástupce či opatrovník odmítají dát souhlas**

- dle čl. 6 odst. 2 a 3 BiomedÚml *nelze* zdravotnické výkony na těchto osobách provádět *bez zástupného souhlasu*;
- naproti tomu dle § 23 odst. 3 ZdravZ je v takových případech ošetřující *lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu*, a tudíž jej provést ev. i bez souhlasu.

III. PROVÁDĚNÍ ZDRAVOTNICKÝCH VÝKONŮ DLE PRÁVNÍ ÚPRAVY ZOHLEDŇUJÍ JAK BIOMEDÚML, TAK ZDRAVZ

1. Pro řešení vztahu úpravy dle BiomedÚml a ZdravZ platí, že dle čl. 10 Úst je BiomedÚml součástí právního řádu České republiky a svědčí jí *přednost při aplikaci*.

2. Platí tedy, že zdravotnický výkon lze provést v případech, kdy:

a) **je tu relevantní projev vůle**, a to:

- souhlas;
 - nesouhlas;
- v situacích nouze, kdy nelze získat příslušný souhlas a je to nezbytné pro pro-*



spěch zdraví dotyčné osoby;² není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví;³

jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí;⁴

jde-li o osobu s vážnou duševní poruchou a jedná se o zákrok, jenž je zaměřen na léčbu její duševní poruchy a bez něj by se vši pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví;

jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení;

jde-li o nosiče;

v případech, kdy souhlas není v době provádění zdravotnického výkonu přítomen, tj. byl odvolán, resp. byl projevem nesouhlas v době, kdy je možno od provedení (dokončení) zdravotnického výkonu ustoupit.

b) **není tu relevantní projev vůle**⁵, a to:

- i lze-li souhlas předpokládat;
- ii osoba nemůže dát platný souhlas z důvodů dle čl. 10 odst. 2 BiomedÚml;⁶
- iii jde-li o situace nouze a nelze získat příslušný⁷ souhlas, přičemž lze provést výlučně „jakýkoliv nutný lékařský zákrok nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby“.⁸

IV. PRAMENY

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, publ. pod č. 96/2001 Sb. m. s., ve znění pozdějších změn a doplňků, ve zkratce „BiomedÚml“.

Zák. č. 20/1966 Sb., *o péči o zdraví lidu*, ve znění pozdějších změn a doplňků, ve zkratce „ZdravZ“.

Zák. č. 256/2001 Sb., *o pohřebnictví a o změně některých zákonů*, ve znění pozdějších změn a doplňků, ve zkratce „PohřZ“.

Zák. č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších změn a doplňků, ve zkratce „TransplZ“.

Vysvětlující zpráva k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, jejíž zveřejnění bylo schváleno Výborem ministrů Rady Evropy dne 17. prosince 1996.

¹ Zejm. prediktivních genetických vyšetření (cf. čl. 13 BiomedÚml), zásahů do lidského genomu (cf. čl. 13 BiomedÚml), volby pohlaví (cf. čl. 14 BiomedÚml), tradičně vědeckého výzkumu (cf. čl. 15 BiomedÚml, § 26, § 27b, § 27c ZdravZ), odběru orgánů a tkání žijících dárců pro účely transplantace, resp. odnámání částí lidského těla vůbec (cf. čl. 19 BiomedÚml, § 26 an. ZdravZ, TransplZ., sterilizace, lékařských zásahů do reprodukční schopnosti jednotlivců, kastrace, stereoaktických operací a zákroků u transsexuálů či umělého přerušování těhotenství.

² Aplikace je vyloučena čl. 6 odst. 3 BiomedÚml a je třeba získat zástupný souhlas. Teprve nelze-li tento získat, je možno v souladu s čl. 8 BiomedÚml provést „lékařský zákrok nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby“.

³ Aplikace je vyloučena čl. 6 odst. 3 BiomedÚml a je třeba získat zástupný souhlas. Teprve nelze-li tento získat, je možno v souladu s čl. 8 BiomedÚml provést „lékařský zákrok nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby“.

⁴ Aplikace je vyloučena čl. 6 odst. 3 BiomedÚml a je třeba získat zástupný souhlas. Teprve nelze-li tento získat, je možno v souladu s čl. 8 BiomedÚml provést „lékařský zákrok nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby“.

⁵ Tj. souhlas či nesouhlas, vlastní či zástupný.

⁶ I když se objevují názory, že i zde by mělo být postupováno dle čl. 8 BiomedÚml, neboť jde o situaci, kdy není možno získat souhlas. Dle názoru autora však v těchto případech lze souhlas předpokládat, tudíž jde o specifický případ písm. b) bodu i.

⁷ Tj. vlastní či zástupný.

⁸ Tj. dle odst. 58 vysvětlující zprávy na nezbytné zákroky, které nesnesou odkladu, přičemž tyto přesahují rámec život zachraňujících zákroků.

KOCIÁNKA BRNO

Ústav sociální péče
pro tělesně postiženou mládež

Centrum s 85. letou tradicí

Zřizuje jako novou službu pro praktické dětské a dorostové lékaře, rodiče zdravotně postižených dětí, sociální pracovníky, školy a další subjekty zabývající se integrací zdravotně postižených dětí a mládeže

INTEGROVANÉ PORADENSKÉ PRACOVNÍSTĚ KOCIÁNKA

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

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

KONTAKT:

Koordinátor:
Miloslav Paluš
speciální pedagog

Tel.: 515 504 260
Mobil: 604/631962
Fax: 515 504 333
e-mail:

kocianka@mbx.vol.cz
MPalus@seznam.cz

<http://www.usp-kocianka.cz>

Syndrom rizikového chování v dospívání a zneužívání anabolických steroidů

Doc. MUDr. Jana Hamanová, CSc.

Subkatedra dorostového lékařství IPVZ, Praha

Souhrn

Zneužívání různých látek patří k rizikovému chování, které se v dospívání bohužel stalo častým a z hlediska prevence i terapie velmi nesnadno ovlivnitelným jevem. Anabolické steroidy (AS) do této kapitoly částečně patří, mají v ní ale zcela odlišné postavení.

■ Syndrom rizikového chování v dospívání (dále SRCH D)

V posledních desetiletích minulého století se u mládeže objevil nový fenomén - SRCH D. V USA se jím od sedmdesátých let zabýval profesor PhDr. R. Jessor : jeho rozsáhlý dlouhodobý výzkum a následná koncepce SRCH D se staly klasickým základem, z něhož dnes vycházejí preventivní snahy a doporučení WHO i nejdůležitějších institucí v USA - např. National Institute of Drug Abuse. SRCH D je jevem závažným, a to jak z hlediska zdraví jednotlivce, tak i ekonomiky a prosperity společnosti. Následky tohoto chování (CH) jsou totiž hlavní příčinou mortality dospívajících v rozvinutých zemích i v ČR, a také morbidita s ním spojená si vyžádá každoročně velké náklady na zdravotní péči. Např. v USA činí náklady na léčbu komplikací SRCH D ročně kolem 30 miliard dolarů, a to bez nákladů na dlouhodobé následky. Také další psychologická pracoviště v USA - např. prof. PhDr. J. Kagana z Harvardské university - upozorňují, že dospívání se stalo v rozvinutých zemích v současnosti nejrizikovějším obdobím na cestě k dospělosti - na rozdíl od dřívější doby a od rozvojových zemích, kde nejrizikovější je časná dětství.

Risikovat a experimentovat je do jisté míry věku dospívání vlastní. Je tu přirozená touha experimentovat, získat uznání vrstevníků, dokázat si samostatnost, příp. dospělost, nebojácnost a sílu, ukázat protest proti autoritě a omezením. Ale také je tu neschopnost problémy verbalizovat a zatím nízký toleranční práh pro frustrace. Pokud je jistá míra zachovaná, a jde o časově přechodný jev, může být úspěšné překonávání nesází prospěšné, zvyšuje naději na úspěch v dospělosti.

RCH D, kterým se zabývají hlavně lékaři, psychologové a sociologové, je CH, které může přímo nebo nepřímo ohrozit prospěch, zdraví, ale i celý další život mladých lidí. Takové CH je určitou hraniční situací, která může a také často vyústí do poruchy zdraví, a/nebo do nemoci. Např. zneužívání návykových látek do závislosti na nich, agresivní CH vede často k úrazu, předčasný sex k pohlavním nemocem. Proto se celosvětově věnuje značné úsilí tomu, aby dospívající se RCH zásadně vyvarovali, resp. aktuálního RCH se co nejdříve zřekli. Vždy je však při tom mnohem účinnější usilovat na prvním místě o aktivní postoj a rozhodnutí se samotného adolescenta než o restrikce.

SRCH D zahrnuje 3 hlavní okruhy:

- zneužívání návykových látek
- negativní jevy v psychosociální oblasti (maladaptivní chování)
- předčasný sexuální život, který je často i nezodpovědný.



Neodolatelný

Masozeleninový Sunárek je plný zdraví a chuti. Navíc bez přidání cukru, soli a umělých látek.

Stejně jako každé mamince, záleží i nám na zdravém a spokojeném růstu našich miminek. Proto obsahuje masozeleninový Sunárek jen čisté přírodní složky, spoustu vitaminů a dalších důležitých prvků, přispívajících ke zdravému vývoji a síle vašeho dítěte. Vybrat můžete ze 7 lahodných chutí. Dát děťátku to nejlepší je pro Sunárek hračka.

7 důvodů pro masozeleninový Sunárek:

- Obsahují plnohodnotné živočišné bílkoviny, navíc s dvojitou porcí masa u vybraných variant.
- Jsem zpracován sterilizací (maximální uchování nutričních hodnot).
- Neobsahují aromatické a konzervační látky ani umělá barviva.
- Jsem bez přídavku cukru a soli.
- Vyrábí mě v certifikované kvalitě dle normy ISO 9001.
- Obsahují pouze přírodní suroviny.
- Obsahují kousky pro podporu kousání a zdravý vývoj zoubků.

Sunar

Pro zdraví a úsměv našich dětí



Přední švýcarská potravinářská společnost s významnou pozicí na evropském trhu dětské výživy. Pro více informací volejte zdarma 800 201 102 nebo navštivte www.sunarek.cz



SRCH D se v řadě ohledů liší od RCH v dospělosti. Tam je důraz na zdravou výživu, pohybový režim, životosprávu. V dospívání jsou naproti tomu mnohem rizikovější návykové látky (závislost tu vzniká mnohem rychleji) i časný začátek pohlavního života - pro biologickou nezralost dívky, hlavně v časné a střední adolescenci a pro osobnostní nezralost obou pohlaví. V dospívání (D) proti dospělosti také většinou ještě není plně vytvořena osobnostní psychopatologie, ale jsou zde časté s vývojem spojené konfliktní a maladaptivní situace.

Specifitou D je i fakt prokazovaný opakovaně v mnoha zemích, že jmenované okruhy a), b), c) se nejčastěji nevyskytují izolovaně, ale vzájemně se prolínají a sdružují. Všechny 3 jsou totiž výsledkem podobných nebo stejných nedostatků ve vývoji jedince nebo výsledkem jeho nepříznivého prostředí. Užívá se proto termín **syndrom RCH D** - jakožto označení souboru příznaků - projevů nepříznivého stavu a podmínek určité části mládeže (a společnosti). Mluví se také o „nové nemoci mládeže“.

Jednotlivými okruhy SRCH D se zabývají do hloubky příslušné lékařské obory a další disciplíny, jako psychologie nebo sociologie. Nejdůležitější současné výsledky jejich výzkumu a zkušeností z hlediska toho, co je specifické pro dorost, uvádíme ve stručnosti k dokreslení problematiky:

a) Zneužívání návykových látek v D

- počínaje nikotinem, přes alkohol, marihuanu až k tzv. tvrdým drogám. Je užitečné právě pro primární péči zdůraznit několik skutečností:

- počáteční motivace k užívání nikotinu a alkoholu je v 97% sociální: kvůli vrstevníkům (komunikaci a kontaktu s nimi, jejich uznání), nikoliv kvůli účinku látky samotné. Při opakovaném užívání se ovšem obliba psychoaktivního účinku dostaví; závislost (zvláště u nikotinu) se pak vyvíjí rychleji u dívek a v nižších věkových ročnících.

- nikotin, alkohol i marihuana jsou v části populace vstupní branou drog tvrdých. Bylo prokázáno, že zvyšují riziko, že dotyčný ke tvrdé droze přejde.

- nebezpečí marihuany se ve společnosti podceňuje (o což se také trvale snaží legalizační lobby včetně tzv. „odborníků“ všemi prostředky). Nežádoucí účinky marihuany se nemusí projevit u každého, ale mohou být velmi závažné - v oblasti psychické i somatické. Zvláště u odchylek zdravotního stavu, které se zatím neprojevíly - např. oběhového aparátu nebo v psychice, při řízení motorových vozidel může jít pak o stavy život ohrožující.

- ze zneužívání psychoaktivních látek se v určitém procentu vyvíjí závislost na nich. Ta samozřejmě ohrožuje zdraví i život závislého, ale v dospívání k tomu přistupuje další komplikace: droga výrazně brzdí psychologický vývoj osobnosti. To velmi ztěžuje přípravu na povolání a sociální začlenění. Vzniká bludný kruh a léčba je podstatně znesnadněna.

b) Negativní vlivy v psychosociální oblasti

Patří sem problémové chování a sociální maladaptace - s konfliktními situacemi a poruchami vztahů, které vedou až k poruchám v chování (záškoláctví, útěky z domova, krutost ke slabšímu aj., až kriminalita). Patří sem i různé stupně agresivity a násilí, jehož jsou D stále častěji pachatelé, ale i oběti. Velká část úrazů v D je následkem agrese, drog nebo riskantní jízdy. V širším smyslu se sem řadí i autoagresivita - sebevražedné chování. Jeho častost v D proti dětství výrazně stoupá.

Predisponujícím faktorem tohoto okruhu je často určitá hraniční psychopatologie a/nebo postižení CNS (typicky syndrom hyperaktivity a snížené pozornosti). Jejich zjištění a odborné vedení už během dětství mohou předcházet vystupňování potíží v D.

c) Rizikové chování v sexuální oblasti

Obecně znamená hlavně střídání partnerů a nepoužívání tzv. „ochranných prostředků“. V D to sice platí také, ale za riziko se celosvětově pokládá především předčasný začátek sexuálního života. Zákon u nás povoluje pohlavní styk po 15 roce, ale WHO mluví o předčasnosti pohlavního života před 18. rokem, gynekologie dětí a dorostu v průměru před 17. rokem (i když důležitější je individuální věk biologický než kalendářní).

Důvody předčasnosti:

- dívka není ještě zralá žena mění se u ní ještě např. velikost a tvar dělohy, ale především je ještě nezralá sliznice jejího děložního čípku. Fyziologická pubertální ectopie cylindrického epitelu je tu locus minoris resistentiae pro průnik infekcí a časný začátek sexuálního života je jedním z hlavních rizikových faktorů Ca děložního čípku.

- nezralost psychosociální i socioekonomická obou pohlaví. Základní osobnostní zralosti dosahuje většina mladých až po 18. roce

- motivace pro zahájení intimního života jsou tu nejčastěji nezralé a nevhodné, zvláště u dívek: emocionální distres, tlak vrstevníků, zvědavost atd.

- ochrana před pohlavními nemocemi (PN) i před těhotenstvím v tomto věku selhává mnohem častěji než u dospělých. Hormonální kontracepce v D má své specifické problémy a rizika (např. brzdí uzrání děložního čípku, v tomto věku mírně zvyšuje riziko Ca mammy aj.). Je nutno počítat s tím, že nejméně se celosvětově dosahuje „ochrany“ právě tam, kde je nejvíce potřebná: u nejmladších, u nejméně zodpovědných, u nejpromiskuitnějších, a pod vlivem alkoholu a drog.

Rozsáhlé analýzy ukázaly, že předčasný začátek sexuálního života znamená výrazně častější (podle prof. MUDr. J. Rabocha „alarmující“) střídání partnerů - pro obvyklou osobnostní nezralost v tomto věku. S časnějším začátkem a častějším předmanželským životem stouply celosvětově PN u mládeže na „bezprecedentní“ hladiny výskytu. Důsledkem je častá pánevní zánětlivá nemoc dívek, častější sterilita, a „epidemie“ mimoděložních těhotenství. Také těhotenství v D jsou riziková z mnoha důvodů a man-

želské svazky dospívajících se častěji rozpadají.

Posouvání začátku sexuálního života do nižšího věku se ještě někdy mylně uvádí do souvislosti se sekulární akcelerací pubertálního vývoje. V posledních dvou stoletích se sice začátek puberty posouval do nižšího věku, ale tento trend již končí. Střední věk menarché (13,1 +/- 1,03 roku) se u nás již mezi lety 1961 - 1991 vůbec nezměnil. Pokles věku coitarché v poslední době tedy u nás nelze zdůvodňovat sekulární akcelerací - jak ještě z některých málo erudovaných fór někdy zaznívá.

■ Příčiny RCH D

Bylo prokázáno, že všechny 3 okruhy RCH D mají společné příčiny - společné rizikové a ochranné faktory. Těchto faktorů je velké množství (nikoliv tedy např. jen rodina nebo jen média apod.) a výsledek závisí nejen na jejich kombinaci, ale především na kompenzaci faktorů rizikových ochrannými. Tato kompenzace se ukázala v praxi nejen jako možná, ale i jako velmi účinná.

Faktory zjištěné jako statisticky významné:

Rizikové faktory:

- v předchozím dětství: zanedbávání a zneužití dítěte, problémové chování již během dětství, významná ztráta v rodině (včetně rozkolu), zavržení svým rodičem, rodiče chronicky nemocní, dysfunkční rodina

- v dospívání: malá sebedůvěra a sebeúcta, těhotenství a rodičovství v dospívání, chronická nemoc a handicap, malé a nejisté perspektivy pro budoucnost, špatný školní prospěch, nezaměstnanost, absence smyslu života, duchovní prázdnota, rodiče příliš autoritativní nebo naopak příliš benevolentní, nedostatečná komunikace v rodině

- obecně ve společnosti: příslušnost k menšinám (rasovým, etnickým, náboženským), oslabení rodiny a mizení širších rodinných vazeb, velká neosobní sídliště, velká chudoba, ale i naopak velké bohatství rodičů. Glorifikace rizikového a negativního chování v médiích, zákony benevolentní k drogám a zbráním.

Ochranné faktory:

Nejdůležitější jsou vždy dobré vztahy v rodině, neautoritativní podpora dospívajícího. Pozitivní perspektivy a možnosti pro budoucnost a to v oblasti práce a zaměstnání, ale i v osobních vztazích. Vysoká inteligence, kvalitní školy. Nepřítomnost rozporu mezi hodnotami rodiny a vrstevníků. Vztah k prosociální, pozitivní skupině vrstevníků. Dovednost odolávat tlaku vrstevníků. Víra a účast na životě církve. Pokud má dospívající negativní zážitky a zkušenosti z dětství, v dospívání pak jejich akceptace a vyrovnání se s nimi.

■ Prevence a možnosti pomoci při SRCH D

Nejdůležitější je ovšem fakt, že RCH velmi často přináší adolescentovi v jeho vývojových nesnázích důležitou pozitivní satisfakci. Nahrazuje chybění něčeho, co momentálně pro sebe pociťuje jako nej-

výš důležité. Proto je potřeba v prevenci i v terapii hledat zdravé alternativy, které by plnily stejnou funkci (tedy např. posilovaly sebevědomí, umožňovaly komunikaci s vrstevníky, vyplnily určitou prázdnotu apod.) - bez potřeby rizikového chování. Z těchto faktů také vyplývá aktuální trend WHO a předních světových odborníků pro prevenci SRCH D: totiž aby v centru naší pozornosti byla především osobnost určitého dospívajícího, s jeho vývojovými potřebami, jeho mentální zdraví. Tedy přístup individuální. Znamená to, kde je to možné poznat a pak trpělivě odstraňovat konkrétní rizikové faktory u dotyčného jedince a naopak posilovat a hledat jeho možné nové faktory ochranné. Znamená to poctivou každodenní práci, kterou žádný „kouzelný“ preventivní program - zvláště zaměřený „celoplošně“ na nediferencovanou dospívající populaci - nemůže nahradit.

V poslední době se ukazují jako velmi důležité 2 okolnosti:

1) Pro dospívající je kardinální otázkou, aby byli především tzv. „normální“. Mínění vrstevníků je pro ně velmi důležité. **Tvorba zdravé, nerizikové společenské normy očekávaného chování pro tento věk je enormě důležitá.** Podle anglických zkušeností je i možná (samozřejmě proti tlaku komerčních zájmů). Ta část dospívajících, která se chová rizikově hlavně pod tlakem vrstevníků, při tom často ráda a s povděkem přijímá argumenty, proč je „normální“ aktivně si volit zdravý životní styl.

2) Druhou důležitou okolností je **potřeba tzv. asistence v dospívání - „provázání“** dospívajícího zralým dospělým, který mu umí naslouchat, neautoritativně radit, přijímat vyvíjejícího se jedince v takového, jaký je. Samozřejmě nejlépe - jsou-li to rodiče, ale může to být i někdo jiný, kdo má k němu nezištný vztah. V USA začali systematicky a s úspěchem (částečný pokles SRCH D) s touto zásadou již pracovat.

■ Zneužívání anabolických steroidů u mládeže - souvislosti se SRCH D

Jak již bylo řečeno, zneužívání AS k RCH D patří, i když poněkud netypicky:

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí rozeznává jednak látky návykové (kam patří nikotin, alkohol, kanabinoidy, opiáty atd.), které mohou vyvolat závislost. Poruchy jimi způsobené označuje statistickým kódem F 10-19. A jako jinou skupinu označuje látky sice zneužívané, které ale nevyvolávají závislost (poruchy jimi způsobené označuje F 55). Patří sem i AS vedle např. laxantiv, antidepresiv, přírodních preparátů a jiných látek.

Přesto se diskutuje o tom, jestli AS mohou také závislost vyvolat, případně mechanismus vzniku takové závislosti: u psychoaktivních látek jde především o vznik tzv. bažení po látce - craving, ze kterého pak vyplývají klinická psychiatrická kritéria závislosti, jako neodolatelná touha po látce, nutnost zvyšovat dávku atd. Vznikají při tom i dlouhodobé změny ve struktuře mozku. U AS by se podle literatury mohl uplatnit mechanismus jiný, vázaný ne na bažení, ale na žádoucí výkonnost a tělesný vzhled.

Styčné body mezi SRCH D a zneužíváním AS:

1) Bylo zjištěno, že abuzoři AS užívají signifikantně častěji než ostatní populace ilegální drogy

2) AS se mohou za určitých okolností, díky jejich účinkům, podílet na výskytu agresivity a násilí u mládeže.

3) AS mohou podle literatury - změnami libida ve spojení s agresivitou - vést k agresivnímu sexuálnímu chování a přispívat tak i k předčasnému a rizikovému sexuálnímu životu.

Také příčina zneužívání AS u dorostu je často velmi podobná příčinám SCHR D, tj. nespokojenost se sebou samým. Zvláště u chlapců je touha po „mužně“ vyvinuté svalovině často silnější, než touha po velkém fyzickém výkonu.

Na druhé straně však část dospívajících má skutečně nižší fyzickou výkonnost - často při latentní sideropenii, typické pro D (až 20% chlapců a 30% dívek). Ta by měla být v primární péči odkryta a medikamentózně upravena. A to minimálně při preventivní prohlídce, jejíž součástí v D má být i poradenství o fyzické aktivitě a výkonnosti a o nevhodnosti a nebezpečích umělých náhražek (jako AS) místo správného tréninku a zdravé stravy.

Literatura u autorů

Neodolatelný

Ovocný Sunárek je plný zdraví a chuti. Navíc bez přidání cukru*, soli a umělých látek.

Stejně jako každé mamince, záleží i nám na zdravém a spokojeném růstu našich miminek. Proto obsahuje ovocný Sunárek jen čisté přírodní složky a spoustu vitaminů, přispívajících ke zdravému vývoji a síle vašeho dítěte. Vybrat můžete z 15 lahodných chutí ovoce. Dát děťátku to nejlepší je pro Sunárek hračka.

7 důvodů pro ovocný Sunárek:

- Jsem zpracován pasterizací (zachování vitaminů, minerálů a přirozené chuti).
- Mám vyváženou lahodnou chuť (dosaženo výběrem plodů a způsobem zpracování).
- Jsem bez přídavku cukru* a soli.
- Neobsahuji aromatické a konzervační látky ani umělá barviva.
- Vyrábí mě v certifikované kvalitě dle normy ISO 9001.
- Obsahuji pouze přírodní suroviny.
- Obsahuji kousky pro podporu kousání a zdravý vývoj zoubků.

* vyjma variant Sunárek Jablka s broskvemi a sušenkami, Sunárek Tropické ovoce, šťáva Sunárek Jablko s meruňkami a tykví.

Sunar®
Pro zdraví a úsměv našich dětí

Heyo
Zdravé růst, zdravé žít.

Přední švýcarská potravinářská společnost s významnou pozicí na evropském trhu dětské výživy. Pro více informací volejte zdarma 800 201 102 nebo navštivte www.sunarek.cz



Zneužívání anabolických steroidů u dospívajících v mezinárodním kontextu

MUDr. Pavel Kabíček, CSc.

Subkatedra dorostového lékařství IPVZ, Praha

Zneužívání anabolických steroidů patří do oblasti syndromu rizikového chování dospívajících, je to oblast, které se nevěnuje velká pozornost, přestože ohrožuje zdraví několika procent dospívajících. **Výskyt zneužívání anabolických steroidů** (dále AS) je v rozvinutých zemích Evropy i Ameriky u dospívajících překvapivě vysoký (tab č. 1). Ze statistických studií vyplývá, že převažují chlapci, kde prevalence tohoto typu rizikového chování kolísá ve věkové skupině dospívajících mezi 2,6 - 11 %. Studie ze Spojených států ukazuje vysokou prevalenci i u dětí 9-13 let, kde je zastoupení pohlaví přibližně stejné (2,8 resp. 2,6%).

Švédská studie z roku 2001 u 16 a 17 letých studentů ukázala, že si **AS opatřili nejčastěji ve fitcentru**, na 2. místě na ulici a na 3. místě přímo v areálu školy. V motivaci těchto mladistvých převažoval důvod „zlepšit si svůj vzhled“, 75% z nich bralo AS jen per os, 25 % i injekčně. Mezi rizikové skupiny dospívajících, kteří mohou začít brát AS, patří ti, kteří se snaží o „zlepšení vzhledu“ ve fitcentrech a věnují se posilování, dále ti, kteří se věnují silovým sportům. Mezi další rizikové faktory patří vyšší socioekonomický stav, nižší vzdělání, nižší sebehodnocení, sklon k agresivitě a násilí, rodinná anamnéza abusu drog a malý vliv rodičů ve smyslu nebrat drogy.

Pro odbornou zdravotnickou veřejnost a zvláště pro lékaře prvního kontaktu jsou důležité **iniciální příznaky, které mohou ukázat na abusus AS**. Je to kromě rychlého nárůstu svalové hmoty u chlapců náhlý začátek arteriální hypertenze, posun vlasové hranice (vytvoření tzv. koutů), dále gynekomastie, změny chování ve smyslu agresivity nebo naopak deprese a testikulární atrofie. Gynekomastie může být ireversibilní. U děvčat se mohou objevit poruchy menstruace a různý stupeň virilizace. Některé virilizující projevy mohou být také ireversibilní.

Vysoké suprafyziologické dávky AS přináší svým uživatelům **nežádoucí účinky** na několika úrovních. **V oblasti endokrinního působení** se na tom podílí několik mechanismů:

1. Vysoké dávky AS utlumí zpětnovazebně hypofyso - gonadální osu. U chlapců se sníží

tab. č. 1

Výskyt zneužívání AS v populaci dětí a dospívajících

Země	Datum studie	Chlapci	Dívky
USA	1991-1995 (14-19 let)	4-11%	2,5%*
	2001 (9-13 let)	2,6 %	2,8%
Kanada	1996 (11-18 let)	2,8%	0
V.Británie	1999	6,4%	1,5%
Švédsko	2001 (16-17 let)	2,8-2,6%	0*

* u takto označených epidemiologických studií byla již provedena úspěšná intervenční opatření

tab. č. 2

Doporučení AMA (American Medical Association) pro hlavní témata prevence u dospívajících (1994)

Psychosociální adaptace
Záměrná nebo náhodná poranění
Dietní návyky, poruchy příjmu potravy, obesita
Pohybová aktivita
Pohlavní dospívání a ev. následky předčasné sexuální aktivity
Hypertenze
Hyperlipoproteinémie
Abusus alkoholu, nikotinu, drog a anabolických steroidů
Deprese a suicidální úmysly a chování
Školní problémy
Infekční choroby
Zneužívání (a zanedbávání) dospívajícího

spermatogeneze, u děvčat mohou atrofovat pohlavní orgány.

2. AS mají také účinky androgenní. U děvčat se objeví hirsutismus, hypertrofuje clitoris, může se objevit těžší forma akne a dokonce prohloubit hlas.

3. Specifickým účinkem AS je také schopnost konverze na estrogény v periferních tkáních, která může způsobit u chlapců gynekomastii.

Vysoké dávky AS mají také **nežádoucí účinek na játra**, vysoké dávky AS tento orgán výrazně metabolicky zatěžují. V laboratorním nálezu se může objevit elevace ALT a AST, později i porucha jaterní proteosyntézy. AS mohou indukovat cholestázu, která se projeví žloutenkou a pruritem. Vzácnějšími a velmi závažnými komplikacemi pak jsou jaterní cirhóza a peliosis hepatis, což je vytvoření dutin v jaterním

parenchymu, které se plní krví. Některé studie z poslední doby ukazují i na vyšší výskyt jaterních malignit u osob, které zneužívaly AS.

Kardiovaskulární ústrojí může být postiženo několika mechanismy:

1. objevuje se arteriální hypertenze
2. mění se poměry sérových lipoproteinů, především klesá HDL !

3. AS má remodelující účinek na myokard, který může vyústit v dysrytmie a časnejší výskyt infarktu myokardu v dospělém věku

4. AS přináší také protrombotický efekt
Přestože AS přináší zvýšení svalové síly a hmoty, celkový **vliv na pohybový systém** je také nežádoucí. AS způsobují poruchu struktury kolagenních vláken ve šlachách a při extrémním fyzickém zatížení dochází častěji k rupturám šlach, **skeletální systém** je u dospívajících také ohrožen, po počátečním



zrychlení růstu se uzavírají dříve růstové zóny kostí a výsledná výška jedince je redukována.

Při injekční aplikaci AS přistupují i infekční komplikace, známé u abusu drog, tzn. hepatitis B,C a HIV infekce, časté jsou i bakteriální infekce při použití nesterilních jehel. Ze zahraničních studií víme, že **25-30% dospívajících, kteří užívají AS parenterálně** (většinou i.m. injekce), **sdílejí jehly mezi sebou.**

Jak již bylo řečeno v předchozím referátu, příznaky závislosti na AS nebo známky odnětí AS se nevyvíjejí tak, jako u psychoaktivních látek, přesto můžeme u části jedinců pozorovat po vysazení změny nálad až depresivní ladění.

Z uvedených epidemiologických údajů a některých domácích prací můžeme odhadovat, že několik procent našich dospívajících zneužívá AS a mohou si tím přivodit poškození zdraví. **Úlohou zdravotníka by mělo být** rozpoznání iniciálních příznaků a komplikací abusu AS a identifikace do rizikové skupiny pro abusus AS. **Zvýšenou pozornost je třeba věnovat tzv. potravinovým doplňkům nebo bílkovinným koncentrátům, které jsou dospívajícím doporučovány ve fitcentrech.** Běžnými meto-

dami laboratorního vyšetření většinou nemůžeme spolehlivě prokázat zneužívání AS. U abusu AS se častěji objevují další problémy syndromu rizikového chování.

K této problematice by měl ošetřující lékař dospívajícího zaujmout v dnešní době aktivní přístup, ve smyslu individuálního preventivního poradenství, snažit se ovlivnit při preventivních pohovorech poměr mladých lidí k oblasti psychosociálních patologií. Tak jako u jiných typů syndromu rizikového chování nemůže jít cesta formou konfrontace, zákazů a jednorázových striktních doporučení. Při zachycení takového rizika u mladistvého by mělo dojít spíše k diskusi mezi lékařem a dospívajícím, která by mu měla přinést jasné a přesvědčivé informace o nepoměru přínosu na jedné straně a rizik, které AS přinášejí. Zachycením takového chování u dospívajícího má lékař jedinečnou příležitost jej ovlivnit v procesu rozhodování, zbavit se škodlivého návyku. Tento proces může být i dlouhodobý a v pozitivním případě staví lékaře do role „provázejícího“ v krizové nebo náročné etapě adolescence. Takový přístup může pomoci dospívajícímu přiklonit na zdravou stranu.

Některé preventivní programy pro primární péči o dospívající z poslední doby výmluvně ukazují, jakou problematikou bychom se měli u našich dospívajících dnes zabývat (tab.č.2).

Více než polovina základních preventivních témat se týká psychosociální morbidity a abusus AS je zavzat do širší problematiky návykových látek.

■ **Závěr:**

V souvislosti s těmito novými prvky morbidity naší mládeže je možné doporučit u našich dospívajících provádět při preventivních prohlídkách:

- 1. psychosociální screening společenské adaptace mladistvého (škola, volný čas, vrstevníci) a celého syndromu rizikového chování**
- 2. zachytit iniciální projevy nežádoucích účinků zneužití AS**
- 3. provádět individuální preventivní poradenství i v oblasti zneužívání AS.**

Nestlé - Beba HA



Poznatky o podpůrných prostředcích, zejména anabolických steroidech, účastníků cvičení ve fitcentrech

PhDr. Jaroslav Nekola

Český antidopingový výbor Praha

O užívání podpůrných prostředků k vylepšení postavy a většímu efektu ze cvičení ve fitcentrech a posilovnách se často spekuluje ze zpráv šířených na základě jen sporadicky ověřených faktů. Jak tomu ve skutečnosti je, včetně obchodování s anabolickými steroidy, ukazují odpovědi na soubor otázek k tomuto tématu, zjištěné v průzkumu 950 aktivních účastníků fitcenter.

Z odpovědi na tuto otázku vyplývá, že více než 2/3 dotázaných informací o existenci anabolik má, ale ukazují se podstatné rozdíly v informovanosti mezi mužským i a ženskými složkami v poměru 73,3 : 53,7 procentům. **Nejčastějším zdrojem informací jsou kamarádi, zejména pro chlapce a muže.** Překvapivé je zjištění, že internet je téměř zanedbatelný zdroj informací, je využíván jen 7,6% dotázaných. Z hlediska věkové struktury se ukazuje, že podstatně méně jsou informováni cvičící nad 40 let. U ostatních věko-

vých skupin není významnějšího rozdílu ve zdrojích informací, snad jen o něco více je informována skupina mladých do 19 let od rodičů. Rovněž nejsou zásadnější rozdíly v celkové informovanosti mezi návštěvníky fitcenter a posiloven ve větších a menších městech, s výjimkou většího počtu uživatelů informací z internetu v menších městech. Jako významnější zdroje informací o anabolických steroidech byly ještě uváděny časopisy (3,9%), literatura a televize (8,1% dotázaných). Sporadicky se návštěvníci dovídají o anabolikách při studiu (2,3%) a z doslechu.

Pokud by dotázaní chtěli získat tyto látky, jsou obeznámeni s jejich zdrojem a to v dosti velké míře. Představuje 41,7% dotázaných, což je zjištění varující. Jako konkrétní zdroje uvedla pětina respondentů známé, případně kamarády (22,0%) a každý desátý by mohl získat anabolika od lidí z posilovny. Cel-

kem tedy celá **jedna třetina dotázaných ví o konkrétních možnostech získání anabolických steroidů v bezprostředním okolí.** Uvážíme-li, že ve skupině respondentů, kteří na otázku většinou neodpověděli (61,8%), je latentní znalost pramene, kde anabolika získat, byli by údaje ještě varovnější.

Kontakt s někým, kdo návštěvníkům fitcenter anabolické steroidy nabízel má již 23,2%. Opět má tuto zkušenost větší počet mužů než žen a také spíše věková kategorie cvičících mezi 30 - 39 roky a návštěvníci fitcenter nebo posiloven v menších městech. Obdobně jako jsou nejčastějším zdrojem informací o anabolikách kamarádi, jsou také těmi, kteří je nejvíce nabízejí. I když jde o poměrně nízké počty, stojí za povšimnutí větší nabídka od trenérů a cvičitelů pro muže a stejný poměr nabídky od kamarádů a dealerů pro ženy. Překvapením může být celkově

tab. č. 1

Informace o podpůrných prostředcích, zejména anabolických steroidech								
Procent		od rodičů	od trenéra	od kamarádů	z internetu	jiné	NE	ANO
CELKEM		1,8	16,3	26,6	7,6	12,9	34,2	65,8
Pohlaví	muži	2,5	18,1	32,0	8,3	11,8	26,7	73,3
	ženy	0,8	13,8	17,7	6,2	14,9	46,3	53,7
Věk	15 - 19	3,0	19,0	27,8	7,2	9,5	33,5	66,5
	20 - 29	1,6	14,9	28,2	8,7	12,9	32,9	67,1
	30 - 39		21,4	24,5	3,1	12,2	35,7	64,3
	40+		8,5	10,2		30,5	47,5	52,5
Území	Pha+Brno	není významný rozdíl			4,6	18,3	34,0	66,0
	kraje				7,4	14,3	34,6	65,4
	ostatní				9,1	12,3	33,5	66,5

tab. č. 2

Znalost zdrojů, kde sehnat anabolické steroidy							
Procent		od trenéra	od lidí z posilovny	od lékaře	od známých kamarádů	od příbuzných	neví
CELKEM		1,2	13,5	3,1	22,0	0,4	58,3
Pohlaví	muži	1,6	13,8	3,8	27,9		50,3
	ženy		13,3	1,3	8,0	1,3	76,0



tab. č. 3

Kontakt s nabízením anabolických steroidů							
Procent		trenér cvičitel	kamarádi	dealer	jiný	NE	ANO
CELKEM		2,9	12,4	5,6	2,1	76,8	23,2
Pohlaví	muži	3,7	17,0	6,3	1,6	71,2	28,8
	ženy	1,7	4,2	4,5	2,8	86,5	13,5
Věk	15 - 19	1,1	13,3	3,8	2,3	79,5	20,5
	20 - 29	3,2	12,9	5,6	1,4	76,6	23,4
	30 - 39	6,1	10,2	9,2	5,1	69,4	30,6
	40+	3,4	3,4	8,5	3,4	81,4	18,6
Území	Pha+Brno		13,7	2,0	3,9	79,7	20,3
	kraje	4,6	12,4	6,9	2,8	72,8	27,2
	ostatní	2,6	11,0	5,2	1,6	79,4	20,6

tab. č. 4

Nezbytnost užívání anabolických steroidů						
procent		naprosto nezbytné	mohou pomoci	jde to i bez nich	vůbec nejsou třeba	ANO
CELKEM		2,7	15,7	37,7	43,4	18,5
Pohlaví	muži	3,5	20,7	38,8	36,7	24,2
	ženy	1,4	7,3	35,7	54,8	8,7
Věk	15 - 19	1,9	14,8	43,3	39,5	16,7
	20 - 29	3,2	16,3	36,5	43,5	19,5
	30 - 39	4,1	14,3	32,7	49	18,4
	40+		16,9	30,5	52,9	16,9
Území	Pha+Brno	rozdíly nejsou významné				
	kraje					
	ostatní					

tab. č. 5

Odvaha užívat anabolické steroidy							
procent		ano	ano pod kontrolou	spíše ne	ne	NE	ANO
CELKEM		2,1	18,4	19,9	59,4	79,3	20,5
Pohlaví	muži	3,2	23,0	21,4	52,2	73,6	26,2
	ženy	0,6	11,2	17,4	70,5	87,9	11,8
Věk	15 - 19	1,5	19,4	27,0	52,1	79,1	20,9
	20 - 29	2,6	19,2	18,1	59,9	78,0	21,8
	30 - 39	2,0	17,3	17,3	63,3	80,6	19,3
	40+		11,9	8,5	76,3	84,8	11,9
Území	Pha+Brno	2,0	14,4	18,3	65,4	83,7	16,4
	kraje	0,9	21,7	19,8	57,1	76,9	22,6
	ostatní	2,8	16,6	20,1	60,4	80,5	19,4

nízký počet dotázaných, kteří byli kontakto-
váni dealery.

K tomu, aby se člověk odhodlal k užívání
anabolik musí mít určité povědomí o tom,
zda tento krok je pro docílení postavy podle
jeho představ potřeba. Na tuto otázku odpo-
vědělo 18,5 procenta dotázaných, že ano,
ale pouze 2,7% je přesvědčeno, že je to ne-
zbytné. Rozdílná situace v pohledu na tuto

otázku je mezi mužskými a ženskými složka-
mi v podstatě bez větších rozdílů podle věku.
Zatímco muži jsou ve 24,2% přesvědčeni, že
anabolické steroidy mohou pomoci nebo
jsou dokonce naprosto nezbytné pro docílení
ideální postavy, ženy jsou k tomuto problému
podstatně zamítavější. Vyhraněně zamítavý
postoj k užívání anabolik pro docílení postavy
podle představ má ovšem celkem jen

43,4% návštěvníků s tím, že opět jsou vyhra-
něnější ženy než muži.

K rozhodnutí o tom, zda užívat anabolika,
aby bylo cvičení účinnější a aby se snáze do-
cílilo žádaného efektu v rozvoji postavy je
kromě přesvědčení o tom, že to pomáhá, ta-
ké vypořádání se s možnými negativními ná-
sledky. **Podstoupit riziko spojené s užívá-
ním anabolických steroidů je ochotno**



tab. č. 6

Vlastní zkušenosti s užíváním podpůrných prostředků						
procent		jen doplňky výživy	anabolika užívá	ne, ale zkusil	ne, žádné podpůrné	NE anabolika
CELKEM		51,1	5,0	11,0	32,3	84,0
Pohlaví	muži	55,7	7,4	11,8	24,4	80,8
	ženy	43,8	1,4	9,8	44,4	88,8
Věk	15 - 19	49,0	2,7	15,2	32,7	82,1
	20 - 29	53,6	6,3	9,9	29,6	83,8
	30 - 39	51,0	7,1	8,2	31,6	84,3
	40+	40,7		8,5	49,2	91,5
Území	Pha+Brno	60,1	3,9	7,8	28,1	88,3
	kraje	51,2	5,5	9,2	32,7	85,3
	ostatní	52,7	5,2	11,0	30,4	83,8

tab. č. 7

Vědomosti o účincích anabolických steroidů					
procent		růst. svalové hmoty	růst svalů zdrav.problémy	negativní účinky	neví
CELKEM		32,8	24,3	14,6	25,9
Pohlaví	muži	3,4	24,6	15,3	24,6
	ženy	32,0	22,7	13,3	29,4

tab. č. 8

Ochota investovat do nákupu anabolických steroidů					
procent		2001 a více	701 - 2000	do 700	nic
CELKEM					
Pohlaví	muži	6,5	7,6	6,9	79,1
	ženy	1,7	2,8	2,5	93,0
Věk	15 - 19	3,4	4,2	10,3	82,1
	20 - 29	5,0	7,5	3,4	84,1
	30 - 39	8,2	5,1	2,0	84,7
	40+	1,7		5,1	93,2
Území	Pha+Brno	2,6	4,6	3,9	88,9
	kraje	5,1	5,5	8,3	81,1
	ostatní	4,4	5,4	3,5	86,7

celých 20,5% dotázaných a kupodivu i 11,8% žen. Toto riziko sice zmírňuje 18,4% z nich podmínkou, že by to bylo pod kontrolou, nicméně 3,8% mužské populace cvičících by se podrobilo anabolickému doping, i kdyby je to mělo poškodit. Úvahy na toto téma jsou opět vymezeny věkovou hranicí 40 let. Od tohoto věku je ochotno jít do rizika jen 11,9% dotázaných. Pokušení experimentovat s anaboliky je však větší než se ukazuje podle souhlasných projevů, byť s určitou podmínkou kontroly. Další 20% návštěvníků se totiž přiznalo, že váhá a i když si myslí, že spíše ne, je ochotno účinky anabolik zkusit, budou-li pod kontrolou osoby, která tomu rozumí. Zásadně odmítá jakékoliv experimentování s anaboliky téměř 60% dotázaných.

I přes odvážná tvrzení o ochotě brát ana-

bolické steroidy pro zvýšení účinků cvičení na pěknou postavu, má vlastní zkušenosti s užíváním anabolik jen malá část návštěvníků fitcenter a posiloven. Na přímou otázku, zda užívá nějaký zakázaný podpůrný prostředek např. anabolika odpovědělo ano pouze 5% dotázaných, 7,4% mužů a ovšem i 1,4% žen. Počet uživatelů anabolik roste s přibývajícím věkem a koncentruje se hlavně do věkových skupin 20 - 29 a 30 - 39 let. Zkušenost s jednorázovým experimentováním s anaboliky má však již 11% dotázaných a to nejen mužů, ale i 9,8% žen. Varující je i 15,2% mladých do 20 let, kteří se k pokusům s anaboliky také přiznali.

Na konkrétní dotaz o působení anabolických steroidů dovede odpovědět asi 75%, a to opět více muži než ženy. Nejvíce je u do-

tázaných v podvědomí působení anabolik na růst svalové hmoty, a to shodně u mužů i žen, okolo 57%. Jen asi jedna čtvrtina z nich si však uvědomuje, že současně s tím mohou nastat i zdravotní problémy. Vyloženě negativní působení anabolických steroidů bez jakýchkoliv „pozitivních“ účinků vnímá jen okolo 14% dotázaných. Naproti tomu bylo zjištěno, že okolo 11%, a v tomto případě výhradně mužů, je o vhodnosti některých steroidů přesvědčeno, což dokumentovali vyjmenováním konkrétních značek. Nejvíce je znám nandrolon, testosteron, dianabol, steronol, wistrol, clenbuterol.

Finanční náročnost užívání anabolických steroidů je poměrně značná. Z toho, kolik jsou zájemci o anabolický doping ochotni investovat do nákupu těchto prostředků, lze usuzovat také o síle zaujatosti a dokonce i závislosti na těchto praktikách. Z výzkumu vyplývá, že z těch, kteří projevili odvahu užívat anabolické steroidy je ochotno investovat do jejich nákupu 15,6%, opět ve větší míře muži než ženy. Rovněž tak i 17,9% mladých je ochotno do tohoto obchodu jít, přestože pro tuto věkovou skupinu investované peníze představují podstatně větší zásah do jejich rozpočtu. Ve srovnání s ostatními částkami vynakládanými na osobní spotřebu jde o poměrně nákladnou záležitost. **V průměru to představuje částku okolo 1 800,- Kč měsíčně, ovšem v jednotlivých případech jde i o částky přesahující měsíčně 2 000,- Kč.**

HIPP



Motivace a demotivace příjmu anabolických steroidů mládeží v ČR

Doc. MUDr. Ladislav Pyšný, CSc.

ÚZS UJEP Ústí n. L., FTVS UK Praha

K závažným negativním jevům společnosti patří i silný nárůst užívání drog. Tato problematika se samozřejmě dotýká ve velké míře i mládeže. Sport a pohybová aktivita patří mezi základní protidrogové aktivity. Umožňují kvalitní využití volného času, podporují proces učení, utvářejí názory a postoje dospívajícího člověka. Někdy ale bohužel potencují riziko zneužití drog spojených se sportem, řazených do skupiny dopingových látek a boj s tímto zlem je tedy nutno chápat jako pevnou součást protidrogové problematiky.

V posledních letech dochází nejen v zahraničí, ale též v České republice **k nárůstu příjmu zejména anabolických steroidů**. Studie se soustřeďují nejen na závodící sportovce, ale i **rekreačně posilující adolescenty**.

Dorostový lékař je podstatným článkem, který může abusus steroidů odhalit. Vedle zřejmých příznaků, jako jsou například nárůst svalové hmoty, akné, strie, zvýšené hodnoty jaterních testů, může nalézt i psychické poruchy chování spojené zejména s narůstající agresivitou. A současné znalosti **motivací a demotivací, které vedou mladého jedince k příjmu anabolik** jsou jistě znalosti, které lékaři umožní daný problém lépe chápat.

K interpretaci pohledů sledovaných subjektů byl použit **kvalitativní výzkum**, kdy analýza vychází z velkého množství informací se zájmem o reálné celky, interakce mezi aktéry a individuální osudy. Dobrá znalost prostředí posiloven výzkumníky, umožnila sběr dat. Jako základní byla pro výzkum použita metoda dotazovací, rozhovor se záznamem či soupísem zjišťovaných faktů. Skladba otázek vlastní konstrukce, směřující ke zjištění požadovaných údajů, byla uspořádána podle tematických okruhů výzkumu a úvodní oslovení upozornilo respondenta na anonymitu sledování. Průměrný věk sledovaných byl 18 let (v rozmezí 15-19 let) a všichni dotázaní byli chlapci.

Hodnocením motivací, cílů, příčin, množství a doby užívání anabolických steroidů, lze zkoumaný soubor na základě odpovědí rozdělit do dvou poměrně odlišných podskupin,

na skupinu „zvětšující objemy“ a skupinu „být módní“. Při formování postavy je cílem cvičících ve skupině „objemářů“, dosažení velkých objemů svalů. U těchto jedinců lze většinou spojit užívání steroidů s kulturistikou, neboť dotázaní mají sklon vypadat jako závodící kulturisté i cíl vyrovnat se jim. Navštěvují častěji posilovnu a ač někteří z nich užívají dále i bílkovinné doplňky stravy, nikdo z nich ale neudal suplementaci jinými dopingovými látkami. Na jejich motivaci působí, vedle prostředí posilovny, zejména produkty „body building“ průmyslu, kulturistické časopisy, plakáty, soutěže a některé filmy, kdy ideálem dominantního, úspěšného a sexuálně atraktivního muže je svalnatý kulturista. Většinou abusus před svým okolím netají.

Užívání steroidů u této skupiny je delší, trvající již i několik let, pravidelné, ve větších dávkách a vzhledem k věku ve starších ročnících kontaktovaných respondentů (18-19 let). Většina užívá steroidy pouze perorálně, 2 přiznali současnou injekční aplikaci. Jejich znalosti o zdravotních rizicích anabolik jsou lepší (znají většinou možné kožní projevy, vypadávání vlasů, poškození jater a ledvin) a současně někteří již udávají příznaky vlastních zdravotních důsledků abusu, zejména akné.

Uživatelé náležející do skupiny „objemářů“ podstupují pravidelně opakované nejčastěji 3-6ti týdenní cykly příjímání anabolických steroidů a při vytvoření cíle „být veliký“ je nezastaví ani případné mírné projevy poškození zdraví. Někteří z nich předpokládají, že v budoucnu mohou provádět kulturistiku závodně a protože absolutní většina z nich udává, že výkonnostní kulturistika je s užíváním steroidů pevně svázána, představují obrovský problém zejména s ohledem na možné rozsáhlé zdravotní důsledky svého abusu.

Uživatelé steroidů, náležející do skupiny „být módní“ jsou poměrně rozdílní. Jejich cílem není pouze získání objemů, ale spíše odlišení se od svých vrstevníků, nechtějí být průměrní. Nemají potřebu se podobat kulturistům, ale chtějí mít pěkné atletické tělo, se

kterým by budili obdiv u dívek a svých přátel. K hlavním inspiracím patří působení prostředí posilovny a módní kultury, ovlivněné zájmy současné mládeže (s vlivy zejména kina, televize, módy, časopisů a hudebních videoklipů).

Jejich abusus anabolik je nepravidelný, kratší, v menších dávkách a s ohledem na věkové spektrum jsou respondenti rovnoměrně zastoupeni ve všech sledovaných ročnících. Neužívají speciální dietní postupy, ani suplementaci dalšími i nedopingovými látkami. Všichni dotázaní si aplikují steroidy perorální cestou.

Znalosti zdravotních rizik u skupiny „být módní“ jsou horší a pravděpodobně, s ohledem na poměrně nízké dávky přijímaných anabolik, neudávají výskyt zdravotních důsledků abusu. Sedm z nich je současně rozhodnuto při projevech negativních účinků okamžitě skončit a někteří svůj abusus steroidů před okolím tají, neboť se bojí potrestání od rodičů, případně rozchodu se svou dívkou.

K zjištěným vnitřním motivačním faktorům vedoucím k prvnímu užití, ovlivňujícím mládež při pravidelném posilování s následným užíváním anabolik, u obou skupin patří:

- získání obdivu a sexuální atraktivity
- získání respektu
- nespokojenost se sebou
- netrpělivost
- zvědavost
- vzrušení
- získat základ
- neshodit se.

K vnějším motivacím působení sociálního makroklimatu a mikroklimatu vedoucím k prvnímu užití podle odpovědí respondentů můžeme řadit:

- prostředí posilovny s cvičenci a personálem
- přátelé
- filmoví herci
- profesionální kulturisté
- časopisy, internet



- modely
- známí sportovci
- hudební videoklipy.

Většina dotázaných uvedla, že nejprve užila anabolické steroidy v několikátýdenním cyklu nejčastěji do spotřebování jednoho balíčku anabolik. Jaké **vnitřní motivace je vedly k následnému dalšímu užívání?**

- pocit pozitivní změny těla
- získání sebedůvěry a sexuálních schopností
- vnímání chování svého okolí
- pocit ztráty svalů
- chybějící negativní účinky anabolik
- neúčinnost tréninku.

Vnější motivační vlivy udané respondenty, vedoucí při rozhodování o dalším užívání anabolických steroidů, se neměnily. Filmové hrdinové, profesionální kulturisté, časopisy, modely a sportovci zůstali hlavními. U jedinců, kteří dosáhli určitých „pokroků“ v budování svalové hmoty se dokonce jejich působení umocnilo. Respondenti popisovali častější a konkrétnější sledování například profesionálních kulturistů, čtení jejich tréninkových postupů a snahu proniknout i do dalších „tajů“ nárůstu svalové hmoty. Jednalo se většinou o mladíky ze skupiny „objemářů“. Vlivy, představované prostředím posiloven s přáteli a dalšími návštěvníky, hrály stále výraznou roli.

Mezi **demotivující okolnosti**, které mohou vést k zastavení příjmu anabolik, řadili respondenti tyto názory:

- strach z rodičů
- odhalení svou dívkou
- finanční náročnost
- posměch okolí
- obava o své zdraví

Je nejen zajímavé, ale současně závažné, že žádný z dotázaných sám neměl zájem poznat možná rizika abusu z jiných zdrojů (lékař, učitel, rodiče). Z vedlejších účinků k nejčastějším odpovědím patřila znalost rizik spíše „kosmetických“, akné a vypadávání vlasů, vzácněji udávali obecně poškození jater a ledvin a ojediněle byla znalost možného vzniku gynekomastie. Bohužel několik dotázaných nebylo schopno udat žádná zdravotní rizika abusu a nikdo se neobával možného postihu státními orgány pro užívání anabolik.

Literatura u autora

Význam a závěry sérologického vyšetřování *Helicobacter pylori* u dětí s bolestí břicha

MUDr. J. Liška, MUDr. M. Kepková, MUDr. V. Holeček,
MUDr. V. Černý, MUDr. J. Šedivý, Š. Kuthanová

Mulačova nemocnice s.r.o., Plzeň

MUDr. S. Bláhová, MUDr. Z. Jeřábek

Městská nemocnice Privamed s.r.o., Plzeň

■ Cíl práce

Smyslem vyšetření u této poměrně velké skupiny pacientů /256/ ve věku 5-17 (19) let při recid. GIT potížích bylo

a) zjistit přínos PylorisetScreen testu firmy Orion pro ambulantní diagnostiku klinických obrazů bolestí břicha

b) zjistit přínos sérologického vyšetřování pomocí Pyloriset EIA IgG a IgA firmy Orion pro neinvazivní diagnostiku v dětském věku a pro sledování efektu léčby samozřejmě vždy s klinickým obrazem v ambulantních podmínkách.

c) zjistit snášlivost uvedené doporučené kombinace - trojkombinace pro ambulantní léčbu HP aktivní infekce

d) zjistit časový interval kontrolního ambulantního vyšetření po skončené terapeutické trojkombinaci

■ Soubor a metodika

V létech 2002-2004 jsme vyšetřili celkem 256 dětí s bolestmi břicha recidivujícího charakteru. Jednalo se většinou o kolikovitě, z časového pohledu nepravidelné bolesti břicha, někdy spojené s dalšími dyspeptickými potížemi, prakticky vždy déletrvajícím nechutenstvím a mnohdy psychickým diskomfortem dítěte. Tyto děti byly vyšetřovány opakovaně pediatrem a chirurgem, celkem 196 dětí prošlo hospitalisací na oddělení dětské chirurgie. Z hlediska věkového rozložení se toto pohybovalo mezi 5-17 lety, výjimečně do 19 let věku. Operace - apendektomie byla provedena u 27 dětí, z toho s nálezem apendicitidy v 19 případech, 5x nález lymfadenitis mesenterialis. 3x nalezen *Campylobacter*

a 3x salmonela - tyto pacienti nezařazováni.

Pacienty jsme rozdělili do tří skupin. Děti první skupiny byly v rámci diferenciální diagnostiky vyšetřovány jednak rychlým Pyloriset-Screen testem, jednak Pyloriset EIA - G a A testem. Děti druhé skupiny vyšetřovány jen pomocí Pyloriset EIA - G a A testem. Děti třetí skupiny jsme již vyšetřovali také jen pomocí Pyloriset EIA - G a A testu. Uvědomujeme si, že hlavní limitace sérologických testů je neschopnost rozlišit mezi aktivní a již chronickou infekcí. Po úspěšné léčbě klesá titr velmi pomalu. Přesnost sérologie je možné odhadnout na 82%. Sérologické testy jsou nespolehlivé u malých dětí pod 5 let věku.

Z 223 dětí jsme u **prvé skupiny** 104 dětí prováděli při bolestech břicha vyšetření orientačním Pyloriset-Screen testem a zároveň vyšetření Pyloriset EIA - G a A.

Pyloriset screen test je rychlý imunologický test, určený ke kvalitativní detekci celkových protilátek proti *Helicobacter pylori* /HP/ v lidském séru. Test je založen na metodice nepřímé imunometody na pevné fázi. Přítomnost dvou barevných proužků znamená pozitivní výsledek.

Pyloriset EIA - G a A je založen na faktu, že *Helicobacter pylori* /HP/ vyvolává v infikovaných osobách specifickou serologickou odpověď. IgM protilátky mohou být detekovány jen v časných stádiích aktivní infekce, ale hladiny IgA a IgG stoupají během infekce a zůstávají vysoké nebo za čas pozvolna klesají. Po úspěšné eradikaci infekce HP klesají pozvolně jak IgG, tak IgA protilátky. Úspěšnost antimikrobiální léčby může být potvrzována detekcí změny hladin protilátek



(specifických) - IgG, IgA během 3-6 měsíců od začátku terapie.

Pyloriset EIA - A a EIA - G zjišťuje HP protilátky v séru pomocí enzymoimunoanalýzy, kdy v konečné fázi metody se měří barva roztohu fotometrem. Intenzita zabarvení je přímo úměrná koncentraci HP specifických protilátek IgG a IgA v séru.

Pyloriset Screen test poskytuje orientační výsledky již za 10 minut, je zapotřebí pouze vzorku krve.

Pyloriset EIA-G, A se používají jak k diagnostice, tak ke sledování léčebného efektu. Účinnou eradikaci indikuje 40% pokles titru během 3 měsíců nebo 50% pokles v průběhu 6 měsíců.

Pyloriset Screen test se nedoporučuje pro sledování pacientů.

U druhé skupiny zbylých 80 pacientů jsme prováděli jen vyšetření kvantitativním Pyloriset EIA - IgG, IgA.

V případě positivity kvantitativních testů a současném GIT diskomfortu jsme použili dále v práci uvedenou léčbu.

Během dalšího čtvrtletního období jsme vyšetřili dalších 39 pacientů (3. skupina) kvantitativním Pyloriset EIA - IgG, IgA, celkem tedy vyšetřeno tímto testem 223 pacientů.

Konstatujeme, že ve vyšetřování pokračujeme, stejně jako v laboratorních kontrolách léčených pacientů. Všichni léčení pacienti se velmi výrazně zlepšili, nemáme žádného pacienta, který by po léčbě uváděl klinické potíže. Jedná se o dalších 46 pacientů, které jsme však nezařadili z důvodu zpracování do této práce.

■ Výsledky

Pokud vyloučíme odoperované děti nebo děti s jinou dg. (campylobakter, salmonelozou), zůstává skupina 223 dětí a dorostenců ve věku 5-17 let (výjimečně 19 let). Skupina byla rozdělena na dvě podskupiny.

1. V první skupině dětí s opakovanými bolestmi břicha, kde byly vyšetřeny pediatry i chirurgy, prováděn kompletní biochemismus i sonografie břicha. V této skupině jsme samozřejmě u pacientů provedli při současných náběrech kvalitativní Pyloriset Screen test a zároveň Pyloriset EIA IgA, IgG. Zajímá nás souhlas positivity nebo negativity těchto testů mezi sebou. Pyloriset EIA IgA a IgG sta-

noval již kvantitativně hladiny protilátek. Do této skupiny zařazeno 104 pacientů s opakovanými bolestmi břicha. Vyšetření byla prováděna z valné části ambulantně. Kladli jsme si za cíl zjistit možnou spoluúčast HP infekce, využití, případně dostatečnost PylorisetScreen testu k detekci a potvrzení infekce Pyloriset EIA IgA a IgG testem a jeho využití při monitorování terapie.

Pro průkaznost infekce nám sloužil jednak klinický obraz opakovaných bolestí břicha při vyloučení ostatní etiologie, pozitivní titry Pyloriset EIA IgA, často i IgG. Při pozitivitě infekce prokázané především serologickým nálezem protilátek IgA jsme toto srovnávali s Pyloriset Screen testem a dospěli ke shodě positivity jen v 42%, u protilátek IgG jen ve 31%. Pyloriset Screen test byl při prokázané pozitivitě IgA, IgG často negativní, také 8x falešně pozitivní. Neměl by být tedy pro ambulantní sledování směrodatný.

Ale Pyloriset EIA IgA, IgG se nám velmi osvědčil nejen v diagnostice, ale i při monitorování léčby. V této skupině jsme diagnostikovali a léčili HP infekci u 32 pacientů, u všech s velmi dobrou snášenlivostí, vymizelím klinického obrazu bolestí břicha - zatím u kontrolovaných 28mi pacientů i se signifikantním poklesem sérologických titrů. V dalším průběhu jsme soubor pacientů s recidivujícími bolestmi břicha se stejným diferenciativně diagnostickým postupem vyšetřili jen s pomocí Pyloriset EIA IgA, IgG testem. Nechtěli jsme doporučovat další, již převážně invazivní diagnostiku a vyšetření. Pozitivní hodnoty testů Pyloriset EIA IgA, IgG mělo celkem 48, tj. kolem 22% celého souboru vyšetřených pacientů.

V současnosti máme serologickou a ambulantní kontrolu u 36 pacientů, u 35 došlo po léčbě signifikantnímu poklesu serologických titrů o více než 40% - kontroly prováděny v 5. měsíci po léčbě. Je zajímavé, že prakticky u všech léčených pacientů vymizely ihned po léčbě subjektivní stesky, rodiče pacientů informovali o výrazném zlepšení zdravotního stavu.

■ Diagnostika infekce Helicobacter Pylori

A. Invazivní testy

Endoskopie s odběrem žaludeční sliznice

(endoskopie s biopsií z různých míst žaludeční sliznice) - nejspolehlivější

B. Neinvazivní testy

1. Dechový test s ureou označenou C13
2. Serologické testy
3. Stanovení antigenu H.P. ve stolici

1. **Dechový test** - založen na nepřímém stanovení aktivity ureázy v závislosti na infekci H.P. v žaludku (specifita a senzitivita 90%). Po požití označené urey dochází k hydrolyze a uvolněný CO₂ je analyzován ve vydechovaném vzduchu. Pro děti od 6 let věku. Není dostatečnou alternativou endoskopie. Pro primární dg. infekce HP je však vhodnější než opakovaná endoskopie.

2. **Serologická diagnostika** je poměrně levná a široce používaná v klinické praxi, je nutná místní verifikace serologických metod. Diagnostika je založena na ELISA metodě. V literatuře se nepovažuje za příliš vhodnou.

3. **Stanovení antigenu H.P. ve stolici** - alternativa pro dechový test. Stanovení je založeno na použití polyklonálních nebo monoklonálních protilátek (ELISA).

P.S: Stanovení IgG H. pylori protilátek ve slinách nebo v moči vzhledem k omezeným zkušenostem nemá zatím praktické použití v dětském věku.

Doporučení pro léčbu dětí (Sýkora, Čs. Pediat. 2004, 59, č7)

1. Terapie by měla být aplikována po přesné diagnostice infekce
2. Terapie je doporučena pro děti s aktivní infekcí a symptomatickým onemocněním
3. Terapie není všeobecně doporučována v případě chybění aktivní infekce nebo symptomů

■ Terapie

A. Peptické vředy vyvolané H. pylori nebo MALT lymfom ve spojení s infekcí jsou jednoznačnou indikací k terapii. Bolesti břicha nepůsobené vředovou chorobou nejsou indikací k léčbě, **v případě přítomnosti infekce HP prokázané jakoukoli metodou by léčba měla být dětem nabídnuta**

B. Gastritida vyvolaná infekcí HP, biopsicky prokázaná, bez peptického vředu, provázená klinickými projevy

C. Refrakterní sideropenická anémie pro-



vážená chronickou gastritidou vyvolanou infekcí HP

Cílem eradikace je úplná eliminace mikroba. Efekt je trvalý, reinfekce je nízká. Klinicky významné schéma musí dosáhnout eradikace alespoň v 80% bez vedlejších účinků a minimálního navození bakteriální rezistence. Doporučena kombinace antibiotik s antisekrecními léky snižujícími pH žaludečního obsahu (blokátory protonové pumpy nebo H2 blokátory). Doba léčby od 7-14 dnů.

Nejčastěji používaná ATB - klaritromycin - amoxicilin - metronidazol.

V práci užívané léčebné schéma

- AMOXYCILIN (Duomox); 25 mg/kg; 2x denně 7 dní
- METRONIDAZOL (Entizol); 20 mg/kg/den až do dávky 2x500 mg; 10 dní
- OMEPRAZOL (Helicid); 1 mg /kg/den až do dávky 2x20 mg denně; měsíc

■ **Vykazování laboratoří:**

Celý text kódu je: Stanovení protilátek proti virům (mimo virů hepatitid, HIV, EBV), bakterií prvoků; 82079 kód 802 vykazuje mikrobiologická laboratoř pod názvem protilátky proti virům 466 bodů, čas 6.

Cena za pyloriset 176,- EUR, kurz 31,70: 5580,- Kč

- tj. 58,- Kč/test bez započtení nutného počtu jamek na kalibrátory a kontroly.

- při započtení např. 16ti jamek použitých na kalibraci a kontrolní materiály je cena za test 70,- Kč. Záleží na tom, kolik vzorků na jednu laboratoř dělá, protože na každou sérii vzorků je třeba metodu ELISA kalibrovat (6 jamek + 1 jamka pro reakci s kontrolním materiálem). Soupravu lze dělit na proužky po 8mi jamkách, ale čím více dělení, tím větší spotřeba na kalibraci a kontroly a tím méně hospodárné. Pro výpočet zvolena varianta, že z destičky 96 jamek se reálně provede vyšetření 80ti pacientů, které se následně vykáží pojišťovně. Tato poslední část je jen informace pro laboratoře.

Pro kompletní informaci zdůrazňujeme, že prvá velmi stručná pozitivní informace o testech proběhla ve Vox Pediatrice v roce 2002 č. 9 (MUDr. Zdráhalová)

Závěrem můžeme konstatovat, že vyšet-

řování protilátek IgA a IgG pomocí Pyloriset EIA IgG, IgA považujeme za jednu z metod pro velmi jednoduché, neinvazivní a v ambulanci primární péče přínosné vyšetření pro diagnostiku a léčbu této infekce. Na základě našich zkušeností s tímto velkým souborem pacientů a celkém tříletého sledování můžeme zaručit výrazný přínos této jednoduché vyšetřovací metody, spočívající v pouhém krevním náběru v ambulanci primární péče. Domníváme se, že velkému množství pacientů, kteří procházejí ambulancemi primární péče s opakovanými bolestmi břicha, můžeme výrazně

pomoci, na druhé straně toto považujeme za vklad pro zlepšení diagnostiky praktického lékaře pro děti a dorost. Věříme, že v tomto směru mohou praktičtí dětské lékaři iniciovat příslušné laboratoře. Byli bychom velmi rádi, aby naše zkušenosti našly příslušnou odezvu. Vymizení potíží našich dětských pacientů bude nám i Vám nejlepší odměnou.

*Děkujeme za rady a náměty
doc. MUDr. J. Sýkorovi, Ph. D.*

Literatura u autora

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Jihočeský region

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Vás srdečně zvou na

Jihočeskou regionální konferenci SPLDD ČR

a

cyklus přednášek OSPDL ČLS JEP

**konané ve dnech 8. - 9. dubna 2005
v hotelu Javorník na Šumavě**

**Sanatorium Javorník s.r.o.
Javorník 46
384 73 Stachy**



Kazuistika:

Kerosenová pneumonie u chrliče ohně

MUDr. Petr Koťátko

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

MUDr. Pavel Kabíček, CSc.

Subkatedra dorostového lékařství IPVZ - Praha

MUDr. Alena Bortlová

I. klinika tuberkulózy a respiračních nemocí 1. LF UK a VFN

Souhrn

16-letý chlapec při kouzelnické produkci chrlení ohně aspiroval malé množství petroleje. Během krátké doby se rozvinuly respirační obtíže - kašel, febrilie, bolest na hrudi. Rtg snímek hrudníku potvrdil podezření na aspiraci. Vzhledem k časovému odstupu od aspirace již nebylo možné provést bronchoalveolární laváž, byla zahájena parenterální antibiotická a kortikoidní terapie. Akutní stav pacienta se při této léčbě postupně upravil. Během následujících pěti měsíců došlo ke třem relapsům pneumonie v místech největších změn v plicním parenchymu. Na HRCT hrudníku se postupně rozvinul obraz typický pro aspiraci petroleje, vznik drobných cystických útvarů - pneumatokél. Ke komplikacím ve smyslu rozvoje fokální plicní fibrózy u tohoto pacienta nedošlo.

Klíčová slova

kerosenová pneumonie, aspirace petroleje, pneumatokéla, adolescence

Kazuistika

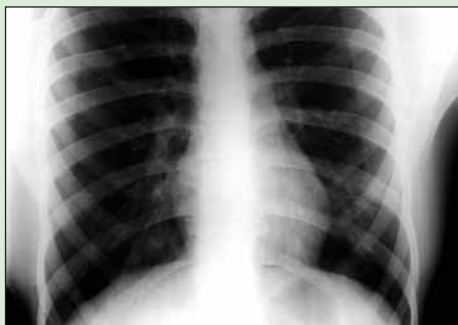
Pacientem hospitalizovaným na naší klinice byl 16-letý chlapec, který byl dosud zdravý, bez trvalé farmakoterapie. Byl studentem 6. ročníku osmiletého gymnázia. V anamneze udával ojedinělé respirační infekty, většinou akutní faryngitidy, asi 4krát ročně.

Při kouzelnickém představení ve skupině vrstevníků předváděl triky chrlení ohně s petrolejem. V noci po představení se objevila teplota kolem 38°C, dráždivý kašel, bodavá bolest v levé části hrudníku v medioklavikulární čáře při každém nádechu. Druhý den byl přijat k hospitalizaci na dětskou kliniku s podezřením na aspirační pneumonii. Při přijetí byl febrilní, teplota 38,5°C axilárně, nekašlal, rýmu neměl, stěžoval si na inspirační bolest v levém hemithoraxu. Kůže byla bez exantému, dutina ústní bez enantému, hrdlo klidné, dýchání vlevo bazálně lehce oslabené, bez vedlejších fenoménů, dechová frekvence 14/min, akce srdeční klidná, pravidelná, ozvy jasné, ohraničené, TK 110/50, tepová frekvence 84/min, břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, játra a slezina ne-

zvětšeny, končetiny bez otoků. Příjmové laboratorní vyšetření prokazovalo leukocytózu (leu 15,5 x 10⁹/l), jinak bez známek zvýšené zánětlivé aktivity, s normálními hodnotami základního biochemického vyšetření, CRP bylo negativní. Na vstupním rtg snímku hrudníku vpravo v oblasti kardiofrenického úhlu a vlevo bazálně parakardiálně se zobrazily obláčkovité neohraničené středně syté stíny nehomogenního charakteru, odpovídají pneumonickým změnám při aspiraci. Kontrury bránice byly hladké, v přiměřené výši, stín srdeční nezvětšený (obr. 1).

Byla zahájena léčba parenterálními kortikoidy (metylprednisolon 1 mg na kg a den) a antibiotiky (cefuroxin 3x 1,5 g). Postupně se rozvinul pneumonický poslechový nález s výraznější expektorací mukopurulentního sputa. Kontrolní rtg snímek hrudníku s odstupem třech dnů neprokázal progresi nálezu. V laboratoři byla během hospitalizace po celou dobu nízká zánětlivá aktivita. Chlapec byl propuštěn po 9 dnech do ambulantního sledování pneumologické poradny na léčbě prednisolem per os v dávce 1 mg/kg/den.

Prednison byl postupně vysazován po dobu 6 týdnů. Za týden po vysazení kortikoterapie začal opět produktivně kašlat, objevila se teplota a bolest na hrudi. Na rtg hrudníku byl nález homogenního zastínění v pravém kardiofrenickém úhlu, v laboratoři vysoká zánětlivá aktivita. Opět byla zahájena léčba prednisolem a antibiotická terapie (Augmentin) s dobrým klinickým efektem. Prednison byl po měsíci postupně vysazen. Po třech týdnech došlo k dalšímu relapsu onemocnění, opět s nálezem pravostranné pneumonie (obr. 2). Sérologicky jsme zjistili pozitivitu protilátek ve třídě IgG i IgM proti Chlamydia pneumoniae. Byla zahájena intenzivní antibiotická a mukolytická terapie, kortikoterapie a dechová rehabilitace. Z antibiotik jsme použili parenterální cefalosporiny III. generace (Cefotaxim) v kombinaci s perorálními chinolony (Ofloxacin). Na HRCT hrudníku jsme objevili v dolním laloku vlevo dorsobazálně jednu tenkostěnnou formaci velikosti 15 mm, obdobnou menší v témže laloku paramediastinálně (obr. 3 a 4). Tyto formace měly charakter cyst (pneumatokél). Jinak byl



Obr. 1: Na vstupním RTG snímku hrudníku vpravo v oblasti kardiofrenického úhlu a vlevo bazálně parakardiálně se zobrazují obláčkovitě neohraničené středně syté stíny nehomogenního charakteru



Obr. 2: Na zadopředním snímku při 1. relapsu je nález nehomogenního obláčkovitěho zastínění v dolní třetině pravého plicního pole, drobné ložisko vlevo parakardiálně velikost asi 3 cm.

plicní parenchym bez ložiskových či infiltrativních změn. Bez známek event. bronchiektázií. V bronchoskopickém nálezu byl mírný difusní zánět s hlenovou hypersekrecí, v pravém hlavním bronchu drobné slizniční venektazie, nebyly přítomny známky endobronchiální stenózy. Přechodně byla ponechána antibiotická chemoprophylaxe se snižující se dávkou kortikoidů. Při dalších ambulantních kontrolách byl již bez patologického nálezu, včetně podrobného funkčního vyšetření plic. Celkový stav se při intenzivní dechové rehabilitaci postupně upravil, nyní je již půl roku bez respiračních obtíží.

■ Diskuse

Charakteristické pro inhalaci petroleje nebo jiných uhlovodíků jsou klinické příznaky vyskytující se během 6 hodin po inhalaci. Tíže postižení je závislá na dávce inhalované směsi. Z respiračních příznaků je to především kašel, bolest na hrudi, dušnost, známky asfyxie až rozvoj respirační insuficience. V této době, pokud je to technicky možné, je vhodné provést bronchoalveolární laváž fyziologickým roztokem, a tím výrazně snížit riziko dalších

chronických komplikací (4). Dalším krokem je včasné zahájení parenterální kortikoterapie a antibiotické terapie širokospektrými antibiotiky s dobrou farmakokinetikou v plicním parenchymu k zabránění sekundární infekce nekrotické tkáně. Z kortikoidů je vhodný metylprednisolon v dávce 1 mg/kg/den na dobu 6 týdnů. Délka terapie se odvíjí od klinického, ale hlavně rentgenového nálezu.

Typickým nálezem pro toto onemocnění je tvorba drobných či větších mnohočetných tenkostěnných dutin v plicním parenchymu dobře patrných na HRCT (1,3). Tyto dutiny (pneumatokély) se obvykle tvoří v místech největšího postižení. Rizikem je možný vznik tenzní pneumatokély s její další expanzí. Pneumatokéla pak může být příčinou vzniku pneumotoraxu s následným kolapsem plíce. Další možnou komplikací je infekce, s velmi problematickým průnikem antibiotik do infikovaného ložiska. Pak je nutná diagnostická a terapeutická drenáž tohoto cystického ložiska. Pneumatokély nemusí být pouze komplikací kerosenové pneumonitidy, ale mohou vznikat i jako následná komplikace bakteriálních, virových nebo mykotických pneumonií (1).

Nález diskretních ložisek byl zjištěn i u našeho pacienta. Ložiska byla dvě do velikosti 15 milimetrů.

Při masivní aspiraci uhlovodíkových směsí a rozvoji závažných intersticiálních změn s četnými pneumatokélami, je další terapeutickou možností vysokodávkovaná pulzní léčba metylprednisolonom 10-30 mg/kg/dávku, max. do dávky 1000 mg (5).

I přes intenzivní konzervativní terapii však může dojít k závažnému plicnímu postižení ve smyslu bronchiektázií a intersticiálních změn parenchymu s rozvojem fibrózy. Tato část postižené plíce je pak zdrojem opakovaných infekcí. V tomto případě je pak nutná chirurgická léčba (5).

Psychosociální a kulturní aspekty aktivit jako „polykání“ nebo „chrlení“ ohně jsou různé. V současné době se s tímto jevem setkáváme v rámci produkcí historického šermu respektive ve skupinách mládeže, zaměřené na punkové nebo rockové produkce. Při těchto produkcích se mladí lidé zabývají kromě hudby také různými kouzelnickými triky, žonglováním, hrou s loučemi nebo „polykáním a chrlením“ ohně. Již v roce 1981 byl popsán případ mladého muže, u kterého došlo k rozvoji plicní fibrózy na podkladě koincidence „chrlení ohně“ a inhalace drog (punk



Obr. 3. HRCT hrudníku: v dolním laloku vlevo dorsobazálně jedna tenkostěnná formace velikosti 15 mm.



Obr. 4. Na HRCT hrudníku je obdobná menší tenkostěnná formace i v témže laloku paramediastinálně.

rocker s lung). Pracovníci pražských center pro rizikovou mládež referují o vzestupném počtu těchto aktivit.

■ Závěr

Kerosenová pneumonitida chrlíčů ohně je poměrně závažné postižení plicního parenchymu, které je nutno včas diagnostikovat a léčit. Velmi důležitá je při diagnostice anamnéza aspirace. V léčbě je důležitá včasná bronchoalveolární laváž, kortikoidní a antibiotická terapie. Vhodnou a včasnou terapií se dá předejít následným vážným komplikacím.

Literatura:

1. Bergeson, P. S., Hales, S. W., Lustgarten, M. D. Lipow, H.W.: Pneumatocèles following hydrocarbon ingestion . Report of three cases and review of the literatura. Am. J. Dis Child., 129, 1975, s 49-54
2. Buchanan D. R., Lamb D., Seaton A.: Punk roker s lung: pulmonary fibrosis in a drug snorting fire-eater. British Medical Journal, 283, 1981, p. 1661
3. Bulava A., Kolek V., Lukl J.: Pneumonie u polykače ohně. Časopis lékařů českých, č.4/2001, s. 242-244
4. Ewert R., Kern F., Mutze S, Witt Ch.: Aspiration of petroleum by a „fire eater“: Pneumologie, č 6/1995, s. 388-390



Terapie dětské obezity v ozdravovně

MUDr. N. Veselá

Obezitolog, DO Vrchlabí 3 - Podhůří

Alarmující zpráva, že každé třetí dítě v naší zemi je obézní, není jistě žádnou novinkou. Proto vás chceme seznámit s výzkumným projektem, který je realizován v Dětské ozdravovně ve Vrchlabí 3- Podhůří, za podpory Grantové agentury ČR.

Studie si klade za cíl zjistit význam opakovaných ozdravných pobytů na trvalé snížení hmotnosti obézních dětí předškolního a školního věku.

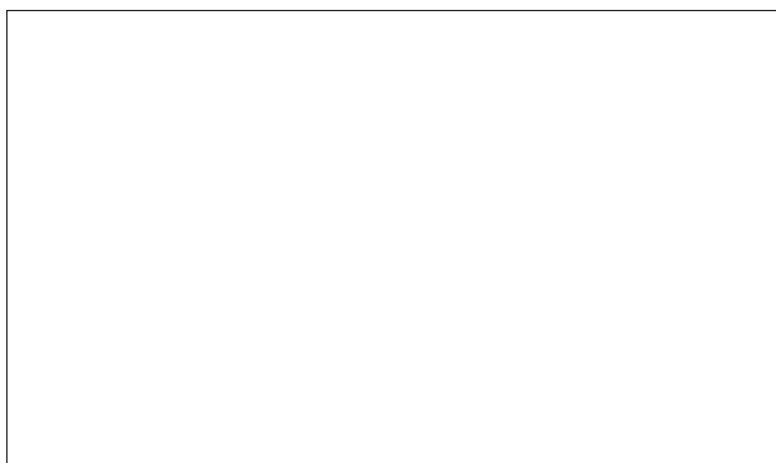
Výzkumný projekt provádíme ve spolupráci s Endokriologickým ústavem v Praze a s Filosofickou fakultou, katedrou psychologie UK Praha.

V grafu zmíněné ozdravné zařízení bylo vybráno vzhledem k dlouhodobé orientaci na problematiku léčby dětské obezity a zejména vzhledem k dobrým terapeutickým výsledkům.

Autoři výzkumného projektu prof. MUDr. Jana Pařízková, DrSc., doc. PhDr. Slávka Fraňková, DrSc., ing. Věra Vítová a Eva Malichová chtějí využít spolupráce s Vámi, stávajícími navrhovateli ozdravných pobytů, zaměřených na snížení hmotnosti obézních dětí a také s ostatními dětskými lékaři i rodiči těchto dětí při výběru ozdravného zařízení.

Projekt předpokládá sledování obézních dětí, které absolvovaly nejméně 21 dnů trvajících ozdravných pobytů ve třech po sobě následujících letech.

Věřím, že vás náš výzkumný projekt zaujal, vždyť všichni víme, jak je obezita v dětském věku nebezpečná. ■



Struktura terapií

- Edukace lékaře obezitologa
- Přednášky pro rodiče
- Jídelníček sestavený dietní sestrou

- Plavání v bazénu
- Vycházky v Krkonoších
- Hry v přírodě
- Aerobik

Redukční režim

Pohybová aktivita

Dětská ozdravovna
Vrchlabí 3
- Podhůří

Kognitivně
behaviorální
terapie

Endogenní dýchání

- Pohádkové hubnutí
- Projektivní techniky

- Cyklotrenažery
- Fotbal, tenis, stolní tenis, basket

■ Dětská otylost

Zvýšená pozornost věnovaná problémům obezity je způsobena nejen tím, že stále narůstá počet obézních v dospělém věku, ale také tím, že se stále častěji vyskytuje i u rostoucí populace. Dokazuje to počet dětí a mládeže nejen s nadváhou, ale i zřetelnou až extrémní obezitou, která disponuje jedince k udržení, respektive snadnějšímu rozvoji obezity v následujících životních obdobích. V těchto raných případech je také výskyt pozdějších patolo-

gických stavů provázejících obezitu častější, což představuje dále zvýšené zdravotní riziko. Tento problém postihuje nejen státy průmyslově rozvinuté, ale také země třetího světa, kde se mění životní prostředí, včetně ekonomických, sociálních, kulturních a dalších podmínek, které mají často významnější vliv na organismus během jeho vývoje než v dospělosti.

Vliv nevhodné výživy, která neodpovídá skutečným potřebám organismu (především z hlediska výdeje energie) má podle řady sledování závažnější důsledky z toho důvodu, že jsou příčinou nejen současných, ale

i pozdních důsledků projevujících se až v pozdějších fázích života. To se týká i vzniku závažných onemocnění, jako jsou například diabetes nebo ateroskleróza, a řady dalších chorob. Proto byly přednášky na plenární sekci dětské obezity věnovány nejen metodickým přístupům umožňujícím včasnou diagnózu začínajících fází nadměrného ukládání tuku (kdy je možné nejúčinněji terapeuticky i preventivně zasáhnout), ale také problémům omezování výdeje energie, vyplývajícím z měnícího se způsobu života. Redukce pohybové aktivity - například kvůli zvýšenému sledování televize a videoher -

Avent



signifikantně mění řadu fyziologických, biochemických, výživových a dalších parametrů rostoucího organismu, které se odrážejí nejen ve složení těla, ale také v aktuálním i pozdějším zdravotním stavu dětí a mládeže.

Co představuje největší riziko?

V další sekci o dětské obezitě byla po-

zornost věnována především klinickým aspektům, které představují největší zdravotní riziko. Jednotlivé přednášky se týkaly výsledků sledování metabolického syndromu na experimentálním modelu rostoucích makaků, a dále vlivu obezity na metabolické kardiovaskulární faktory, které jsou spojeny se změnami na arteriích nebo se změ-

nami glomerulární a tubulární exkrece proteinů. Vzhledem k závažné úloze vztahu mezi hmotností těla a výživou byla věnována pozornost způsobu a rozvržení stravování, které jsou také ve většině zemí ovlivněny měnícím se způsobem života.

Sekce posterů odrážela velkou rozmanitost v oblasti výzkumu dětské obezity.

Hlavní pozornost byla soustředěna na problémy zdravotní, metodické, výživové i psychologické. I když klinická, epidemiologická a další sledování byla provedena především v průmyslově rozvinutých zemích, kde je problém dětské obezity nejpalčivější (především v USA a v Evropě), byly uvedeny i výsledky studií z dalších zemí, jako například Íránu, Paraguaye, Brazílie, Malajsie, Koreje nebo Dominikánské republiky. Tato reprezentace různých zemí, které mají podobné problémy s žádoucím rozvojem dítěte a s dětskou obezitou, jen dále potvrzuje, jak závažný zdravotní problém nadměrné ukládání tuku v organismu představuje při změnách životního stylu už v období vývoje. Studie se týkaly nejrozličnějších aspektů - morfologických, metabolických, dietních, fyziologických, zdravotních, psychologických a dalších. Značná pozornost se soustředila také na terapeutické zásahy a prevenci. Speciální diskuse kolem kulatého stolu, zařazená do programu kongresu, se týkala jak prenatálních, tak postnatálních faktorů ovlivňujících vývoj obezity v dětství, které představují zvláštní oblast přinášející řadu nových poznatků. Lze říci, že v rámci zkoumání dětské obezity je v současné době věnována pozornost většinou hledisek jako v období dospělosti.



Výbor regionu Praha a Střední Čechy si Vás dovoluje pozvat na

KONFERENCI SPLDD REGIONU PRAHA A STŘEDNÍ ČECHY

ve čtvrtek dne 7.4.2005 od 16 do 19 hodin v kinosále budovy České spořitelny Praha 4, Budějovická 1912 (naproti hotelu ILF)

Program:

1. Zahájení konference

Volba mandátové komise a návrhové komise
MUDr. Nulíčková

2. Zpráva o činnosti regionu za uplynulé období

MUDr. Vitoušová

3. Zpráva o hospodaření a revizní zpráva, návrh rozpočtu na rok 2005

MUDr. Růžková, MUDr. Kopecký

4. Diskuse k přednesenému, připomínky

5. Vystoupení a diskuse s hosty

Pozváni jsou Výkonný výbor SPLDD ČR, předsedkyně OSPDL ČLS JEP MUDr. Cabrnchová, MUDr. Cabrnch, poslanec Evropského parlamentu, vedoucí zdravotních referátů Prahy a Středočeského kraje, MUDr. Váňová, Ing. Petrik, ředitel VZP Praha Ing. Čekal, ředitelka VZP Středočeského kraje Ing. Jenšovská a zdravotní ředitelka OZP MUDr. Pišková.

MUDr. Ivana Nulíčková
Palackého 5
Praha 1
Tel.: 224 947 717

MUDr. Eva Vitoušová
Riegrova 339
Brandýs nad Labem
Tel.: 326 902 310

Partneři:

**ČESKÁ
SPORITELNA**

ZENTIVA



prof. MUDr. Jana Pařízková, DrSc.
Endokrinologický ústav, Praha

Zdroj: ZdN - Lékařské listy



Aktuality

■ At' žije Emmerland

Premiér nemá čas, ministryně až příliš

Stanislav Gross si zachraňuje vládní sesli a čas na vládnutí mu jaksi nezbývá.

Všímavější premiér by už dal výpověď paní Emmerové.

Ministryně zdravotnictví si spletla dobu i koalici, v níž sedí. Předložila jí další „antikvariátní věcičku“, která míří do minulosti, směr státem dirigované zdravotnictví.

Ve stručnosti: páteří péče mají být veřejné zdravotnické organizace s protekčně nízkým zdaněním, soukromníci by byli (pokud by byli!) trpěnou a znevýhodněnou popelkou. Ještě se divíte zubařům, že se připravují na nejhorší?

Milada Emmerová svou svatou válku za ocelovou obruč kolem bílého resortu vede dlouho. Věří, že stát dovede nejlépe zařídit, aby nemocní byli uzdraveni. Veřejný doktor je lepší než soukromý doktor, stát je moudřejší než pojišťovna. Kdo jsme prošli socialistickým státním zdravotnictvím, máme jinačí vzpomínky - na fronty, na léky pod pultem, obálky, protekci, nesvobodu.

Sociální demokraté věří státu, regulacím a viditelné ruce byrokrata víc, než je zdrávo. Už sedmým rokem spravují zdravotnictví, které se potýká se ztrátami finančními i reformními. Milada Emmerová měla zdravotní koncepci předložit do konce září. Místo ní v říjnu kdekoho vyděsil Lidový dům (zdravotní komise) skandálním návrhem, jak odprivatizovat (čti: znárodnit) české zdravotnictví. Paní Emmerová se takticky distancovala. Dělo se v čase, kdy slovenský parlament potvrdil moderní reformu tamní péče.

V lednu premiér slíbil, že zdravotní koncepce bude alespoň do konce února. Věřil snad, že Milada Emmerová přestane myslet jako Milada Emmerová? Její koncepce zamilovaná do silné regulace úřední leží a leží - kritizována odbory, ekonomy, pojišťovnami. Teď předložila alespoň onu „věcičku“ o zdravotních zařízeních, která jsou si nad jiná rovnější.

A jak to bude s nebhým zdravotnictvím dál? Jako v pohádce. Dokud tato vláda nezemře, paní Emmerová v ní zkouší odsoukromničit zdravotnictví dodnes...

■ Vůně v boji s nadváhou

Předsevzetí zhubnout patří na začátku roku asi mezi nejčastější. Tento nelehký úkol pomáhá zvládnout i jeden méně známý způsob, a sice využití různých vůní. Navozují pohodu, tedy nejdůležitější předpoklad pro to, jak udržet na uzdě chuť, tlumit hlad a vyvinout dostatek vůle. Na výběr jsou kosmetické přípravky v podobě toaletních vod, sprchových gelů, koupelových pěn či tělových mlék, přidat lze rovněž éterické oleje.

Citron zklidňuje, mírní únavu a působí jako protijed na pocity zlosti nebo beznaděje. Ranní použití přináší svěžest, večerní citrónová koupel odstraní následky dne prožitého hektickým tempem.

Máta pepřná umí totéž a navíc podporuje koncentraci. Je nepostradatelná zejména pro ty, které trápí oteklé a takzvané těžké nohy. Po-

kud se necítíme dobře, pak krátká masáž prostředkem s touto bylinou nás dostane opět do formy.

Cedr se výborně aplikuje proti stresu a úzkosti, dodává energii a svěžest. Ve formě tělové a vlasové kosmetiky se osvědčuje při nadměrné produkci kožního mazu, tvorbě lupů a vypadávání vlasů.

Vanilka je příjemným společníkem vždycky, v náročných dnech pak dvojnásob. Odplavuje tíživé myšlenky a celkově uvolňuje organismus. Vhodná bývá jak během dne, tak pro navození nerušeného spánku. Zahání chuť na sladké.

Skořice rovněž odvádí pozornost od sladkých prohrešků a její hřejivá vůně vnáší do duše klid i jakýsi nadhled a pomáhá učit se trpělivosti. Je také dobré mít u sebe stále skořicovou tyčinku na zamíchání kávy nebo čaje.

Růže byla odjakživa považována za dobré a účinné antidepresivum. Podporuje schopnost sebeovládání a urychluje metabolismus. O výtažku z královny květin se už po tisíciletí tvrdí, že rozdává blaho, takže ho člověk nemusí stále hledat jen v jídle.

Mezi dalšími vůněmi, které přinášejí harmonii a zklidnění, jež nám jinak zdánlivě poskytuje nadbytečně přijímané jídlo, jmenujme dále grep, jasmín, bergamot nebo pačuli (tropický, vždy zelený polokeř). První pomoc při nezvladatelném nutkání jíst mimo určenou dobu představuje příchichnutí k některé uvedené silici. Stačí k tomu mít u sebe kapesník provoněný několika kapkami, uložený v igelitovém sáčku. Podle potřeby v místnosti přidáváme ještě vonné svíčky nebo zapálené aromalampy s patřičným olejem. Chvilka hlubokého vdechování při zavřených očích záhy zažene hlad a odstraní nervozitu s ním spojenou.

■ Reforma slovenského zdravotnictví české senátory přímo nadchla

Reforma zdravotnictví, jak ji včera v Bratislavě prezentoval šéf resortu Rudolf Zajac, doslova nadchla delegaci českých senátorů, i když jim ministr řekl, že proces změn „není bez chyb“.

Zdůraznil ale, že „pokud občan úmyslně nedodrží zdravotní režim, měl by být postížitelný“, což se podle dosavadních zkušeností týká zejména neukázněných kuřáků, alkoholiků, ale i těch, kdo nepečují dostatečně o své zuby.

V případě, že pacient neabsolvuje preventivní prohlídky, hradí si pak léčbu sám. Zajac se chystá v krátké době do Prahy, kde se setká s ministryní zdravotnictví Miladou Emmerovou (ČSSD). „Máme úplně rozdílné pohledy na stejnou věc,“ přiznal senátorům.

Šéf delegace Přemysl Sobotka (ODS), který je profesí lékař, v Bratislavě prohlásil, že ve zdravotnictví SR svými reformními kroky předstihlo ČR.

„Jste pro nás určitým vzorem,“ řekl doslova. Senátorka Alena Gajdušková (ČSSD) sice považuje slovenskou reformu za zajímavou, ale jak řekla Právu, sami slovenští občané nadšení pro změny nesdílejí. Za návštěvu lékaře například platí 20 Sk a za jeden den hospitalizace 50 Sk.



■ Poplatky?

Nikdy, tvrdí Emmerová

Projednávání zdravotnické koncepce prý stáhl z programu vlády premiér Gross z časových důvodů.

Koncepci připravuji dobrovolně, a tak pokud neuspěje, nemám důvod odstoupit z funkce, řekla novinářům ministryně zdravotnictví Milada Emmerová.

Proč jste ve středu večer stáhla svou koncepci z jednání vlády?

Já jsem koncepci nestáhla. Tento bod stáhl z programu včerejšího jednání pan premiér. Vyslechli jsme jeho doporučení, že by nebylo vhodné při tomto večerním zasedání můj materiál projednávat. Byla bych neupřímná, kdybych říkala, že to pro mne bylo překvapení. Věděla jsem o tom předem a souhlasila s tím, protože skutečně povídat si o tomto materiálu takhle večer je dost zvláštní.

Proč se tedy tento bod na pořadu středního jednání vlády objevil a kdy bude zařazen znovu?

Materiál jsem slíbila odevzdat do konce ledna a 31. ledna tam materiál odcházel. Nevěděla jsem, nakdy bude projednávání naplánováno. Je pravda, že není řečeno, nakdy se to odloží. Dá se to zdůvodnit tím, že zatím nevíme, kdy bude probíhající schůze sněmovny ukončena. Jestli bude trvat dva, tři týdny. Absolutně nic jiného v tom není.

Někteří kritici ale stále žádají přepracování. Budete tedy svou koncepci v mezidobí ještě předělávat či doplňovat?

Za termínem přepracování je předseda (Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče - pozn. red.) Jiří Schlanger. Jde pořád o jednu záležitost, u které mi až do včerejška nebylo jasné, co tím chtěl básník říci: aby byla zachována pluralita pojišťoven. O tu nikdo neusiluje. Existují pojišťovny? Existují! Chci je rušit? Nechci. Napsané to tam není. Jde tu o určité úsilí, aby se do systému zapojily i soukromé pojišťovny. A to je věc, která by byla nová, o které se bude diskutovat. Ale není to zvykem v evropských zemích. V nich je to tak, jak to máme my.

Neodpověděla jste konkrétně, zda v mezidobí do projednání na vládě budete na koncepci ještě pracovat. Nejde tu totiž jen o názor odborů, respektive tripartity, ale i o požadavky ekonomických ministrů, abyste svůj materiál dopracovala.

Mně to nebylo dáno k přepracování. To by prostě asi ani nešlo, když to zatím vláda neprojednala, materiál na něčí přání vrátit. To by se asi vymykalo jednacímu řádu. Pochopitelně ten dopis (žádost zástupců tripartity, aby vláda kvůli ignorování připomínek odborů a zaměstnavatelů koncepci odmítla - pozn. red.), který odboráři odeslali, by mohl jednání vlády ovlivnit. Bude tam jistě zveřejněn. Já nevím, já totiž ani jeho znění nemám. To je to nejhorší, že se jedná o mne, myslím tím o ministryni zdravotnictví, o mé myšlenky, koncepci. Píše se tam, aby se ministryni něco vrátilo, a přitom já ten dopis neznám.

Už jste si s vicepremiérem Jahnem vyjasnili, co s ekonomickou stránkou vaší koncepce, u které jste sama připustila, že je největším problémem?

No hlavním problémem ani z našeho pohledu není. My máme určité řešení. Nicméně po diskusích jsme přijali určitý závazek, že budeme sbírat návrhy těch, kteří je budou chtít posílat. Teď se shromažďují. Budeme vyhodnocovat ta tzv. stabilizační opatření. Pokud budou kompatibilní s filozofií koncepce, tak je přijmeme. A pokud nebudou, jako třeba příplatek či poplatek za recept - tak na to já nikdy nepřistoupím. V této chvíli ne.

Když vaše vize na vládě neuspěje, odstoupíte?

Nemám potřebu odstoupovat. Protože předložení koncepce byl dejme tomu určitý závazek, který jsem přijala já sama. Mne tím nikdo neukoloval. Stačilo by mi, kdyby to vzali na vědomí.

■ Zubařů je málo, neberou pacienti

Kdyby všichni Češi poslechli zubaře, kteří doporučují pravidelné preventivní prohlídky, systém péče o chrup by se nejspíš zhroutil.

Zubařů je totiž málo. A stále jich ubývá. Znamená to, že stále více lidí má problém, když potřebuje ošetřit chrup. Pokud stát nezmění zdravotní politiku, budou nám pacienti muset platit v hotovosti, prohlásili zubaři v sobotu na sněmu své komory.

Někteří nemocní vůbec nemohou sehnat lékaře, ke kterému by se přihlásili, často jsou nuceni hledat pomoc na pohotovosti nebo dojíždět desítky kilometrů. Jiní se musí smířit s čekací dobou, která se nepočítá na dny či týdny, ale na měsíce.

Největší potíže se sháněním zubařů mají lidé v Praze. Problémy však popisují i lidé z jiných míst.

„Na podzim byla naše pětičlenná rodina na preventivní prohlídce. Zubní lékař skoro všem objevil kazy, které potřebovaly ošetřit. Objednal nás hned, ale na termín až za půl roku,“ říká mladý otec tří malých dětí z Frýdku-Místku. Radnice v Rožmitále pod Třemšínem chce zřídit vlastní zubařskou ordinaci, aby lidé nemuseli za zubaři jezdit do jiných měst.

Prezident České stomatologické komory Jiří Pekárek varuje, že problémy se budou stupňovat. Může za to podle něj stát, protože nechce dát vysokým školám víc peněz, aby mohly přijmout více studentů. „Do pěti let skončí s praxí zhruba třetina současných zubařů. Za většinu z nich nebude náhrada,“ říká Pekárek.

Do penze odejde víc dentistů, než stačí nabídnout vysoké školy

V zemi ubývá zubařů. Staří končí, mladých je málo. Vysoké školy zájemce odmítají, chybějí jim peníze. Důsledek? Lidé marně hledají zubaře. Nejhorší situace je v Praze.

Pro šestadvacetiletou Barboru Dvořákovou ze Strakonice nebylo těžké dostat se na studia a získat práci v Praze. Problém byl sehnat tam zubního lékaře. „Zanítila se mi stolička. Školní lékařka mne odmítla ošetřit. Z nejhoršího mi pomohli na pohotovosti, ale zubaře, který by zub doléčil, jsem nenašla. Všichni měli plno. Musela jsem dojíždět 120 kilometrů do rodného města,“ líčí Dvořáková.

Není sama. Zubaře obtížně shání řada lidí v Praze i jinde. Lékaři o ně nestojí.



„Odmítám nové pacienty už skoro rok,“ netají Dušan Pavlíček z Prahy 10. Když se na jednání stomatologické komory ptal kolegů, kdo ještě přibírá, hlásili se jen dva. „Zubař zvládne průměrně 1600 pacientů. Při moderní léčbě je pacient v křesle déle než kdysi, proto jich ošetříme méně,“ říká.

Podle Jany Žmolíkové ze Všeobecné zdravotní pojišťovny je v hlavním městě 900 zubařů, kteří mají smlouvy s pojišťovnou, a další berou přímé platby. „Je to třikrát víc, než je potřeba podle tabulek. Do města ale přicházejí stále noví lidé, kteří zubaře potřebují. Ptají se nás, co mají dělat. Zřídili jsme kvůli nim speciální stomatologický referát,“ líčí Žmolíková.

A co radí lidem, kteří nemají zubaře? Ať se obrátí na pojišťovnu či stomatologickou komoru ve svém bydlišti nebo na radnici, která má možnosti, jak lékaře zlákat.

Například radní v Rožmitále pod Třemšínem si miní vzít úvěr a zařídit vlastní ordinaci za 1,5 milionu korun. „Nechceme, aby lidé museli za zubaři dojíždět jinam,“ říká starosta města Josef Vondrášek. Podle prezidenta České stomatologické komory Jiřího Pekárka takový postup vyřeší místní problém, ale ne jeho podstatu. V zemi totiž podle něj ubývá stomatologů. „Už několik let marně upozorňujeme, že za pár let budeme čelit vážné krizi,“ říká. Podle Pekárka pracuje v zemi 6230 zubařů poskytujících základní péči. „Jenže mnozí jsou v pokročilém věku, a do pěti let jich proto asi dva tisíce skončí. Ze škol ale vyjde jen pět set absolventů, ubude tedy 1500 zubařů,“ počítá Pekárek.

Zubaře vzdělává pět lékařských fakult. Zájem o obor je mezi mladými lidmi značný, ale školy jich berou tak třetinu. Na víc prý nemají peníze, obor je dražší než jiné.

„Nemůžeme vzít více studentů, pokud nám ministerstvo školství nedá víc peněz. Po vstupu do Evropské unie tvoří polovinu výuky praxe a my nemáme dost peněz na drahá zubařská křesla, moderní materiál a platy učitelů,“ vysvětluje Jiří Mazánek, přednosta Stomatologické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Víc peněz pro vysoké školy žádá i Pekárek. Mluvčí ministerstva školství Ondřej Gabriel však tvrdí, že jim už na zubaře přidali dost. „Zubní lékařství je jeden z nejvíce dotovaných oborů,“ říká.

V roce 2001 vyšlo ze škol 92 zubařů, loni 140. Část z nich byli cizinci. „Do praxe u nás nastupuje stovka absolventů ročně. „To je málo. Řešení musí najít stát,“ míní Pekárek.

Zubaři v číslech

- zubaři poskytující základní péči: 6230
- během pěti let ukončí praxi: 2000
- v příštích pěti letech dostuduje: 500
- za pět let bude o 1500 zubařů méně

Kraj posvětil zrušení dětských lůžek

Dětské lůžkové oddělení v nemocnici v Mělníku i přes protesty lidí a samotných pediatriů koncem dubna skončí. Úsporná opatření, která začátkem měsíce navrhl šéf zdravotnického zařízení Jan Galický, posvětila rada kraje. Právo o tom informoval mluvčí kraje Martin Kupka.

Změny si po řediteli nemocnice vyžádal v lednu kraj, který nehodlal

akceptovat jím navržený schodek v rozpočtu na letošní rok. „Bylo to pro nás velmi těžké rozhodnutí. Kraj ale nemůže přijmout schodkový rozpočet, protože nemá zdroj, ze kterého by bylo možné navrhovaný deficit hradit. Nezbylo nám než akceptovat návrhy pana ředitele,“ vysvětlil hejtman Středočeského kraje Petr Bendl (ODS).

Proti zrušení dětského oddělení se postavila nejen mělnická veřejnost, ale i Sdružení lékařů pro děti a dorost. Hejtmanovi už odeslali protestní dopis. „Dětská lůžka budou až v Boleslavi. Pokud nám děti onemocní, jak tam budeme denně jezdit?“ shodují se matky malých dětí.

„Názory lidí vnímáme,“ podotkl Bendl. Kraj proto společně s pojišťovnami a odborníky zpracuje audit, který prověří, zda jsou navrhovaná opatření optimální. Výsledky by měly být známy do měsíce. V mělnické nemocnici bude po zrušení dětského oddělení zachována nepřetržitá konziliární služba odborného dětského lékaře. Rušit se nebude novorozenecké oddělení. Úsporu ročních osobních nákladů ve výši téměř čtyř milionů má přinést i uzavření stanice gynekologicko-porodnického oddělení. Snižovat se bude i počet lidí radiodiagnostického oddělení, klinické biochemie a v hospodářsko-technické sekci.

Chřipka zadarmo, cukrovka za příplatek

Chřipka řadí a člověk si při ní může otestovat, jak špatně nastavený máme zdravotní systém.

Za předepsané léky doplatíte v lékárně pár korun. Chřipka skončí a vaše peněženka je opět v původní kondici. Naproti tomu cukrovkář či dítě trpící cystickou fibrózou musí do lékárny chodit do konce života a jejich peněženka bude měsíc co měsíc chudší o doplatky v řádu stovek korun. Je to spravedlivě nastavený solidární systém? Ne.

Je to alespoň hospodárny systém? Také není.

Běžně stonajícím lidem dopřáváme silnější ochranu než chronicky nemocným, což je sice populární, politicky výhodné, ale jinak absurdní a převrácené na hlavu. Ministrně však kope za většinu, která o obráceném pořadí ochrany nechce slyšet.

Ti první ji přitom nepotřebují, ti druzí ano. Jednorázovou léčbu běžné nemoci si každý může zaplatit sám třeba i z přípojištění a jeho životní úroveň neklesne. Nanejvýš si jeden týden vezmeme v supermarketu menší košík. Chronicky nemocní lidé však musí platit stále, košík mají menší vždy.

Už bylo stokrát řečeno, že spoluúčast je u nás nejmenší široko daleko - 8 procent ze zdravotních výdajů. Průměr zemí OECD je 22 procent.

Proč bychom pak k lékaři nechodili třikrát častěji než jinde, nevyhazovali léky za pět miliard ročně, jsou-li na předpis a s minimálním doplatkem?! Kolik právě předepisovaných na chřipku či nachlazení skončí v koši?

Ať už se přijme jakákoliv reforma zdravotnictví, chceme-li dobrou péči, vyšší spoluúčasti se nevyhneme. Ale musí být spravedlivější, než je dnes ta nízká. Není přece smyslem solidarity, abychom se druhým skládali na opravu zubů či antibiotikum na angínu. Potřebují ji víc jiní.



Všichni přinášející informace o vývoji lidí

Křížil se moderní člověk s dávnými formami rodu Homo? Při hledání odpovědi by mohl pomoci nový výzkum, během něhož se američtí vědci zaměřili na lidské parazity.

Homo sapiens se vyvinul ze svých předků v Africe někdy před 130 tisíci let. Jak se šířil, postupně vytlačoval a nahrazoval své archaické předky, člověka neandertálského Homo neanderthalensis v Evropě a člověka vzpřímeného Homo erectus v Asii. Zastánci jedné teorie tvrdí, že mezi jednotlivými druhy nedocházelo ke křížení, a tím k výměně genetického materiálu.

Jiný model našeho kmenového vývoje předpokládá, že výměna genů mezi moderním člověkem a jeho starobylšími současníky existovala, a to současně na mnoha místech. Z uvedené teorie vyplývá, že jak se druh Homo sapiens po svém vzniku v Africe šířil na další kontinenty, křížil se na různých místech s původními starobylšími druhy svého rodu.

Dosavadní, poměrně řídké fosilní nálezy podporují oba vývojové modely. Otázka mezidruhového křížení tak zůstává otevřená. Ani rozbor dědičné informace fosilních zbytků nepřinesl zásadní rozuzlení. Z mnoha kosterních nálezů se analyzovatelnou DNA získat nedáří - buď jsou špatně uchované, nebo příliš staré. Protože fosilní zbytky a genetická data chybějí, hledají vědci důkazy úplně jinde.

V poslední době se stále jasněji ukazuje, že jako náhradní zdroj poznání evoluce druhu mohou posloužit paraziti, kteří se svým hostitelem sdílejí dlouhou vývojovou historii. Proto se skupina amerických vědců vedená dr. Davidem Reedem z Floridské univerzity v Gainesvillu pokusila nahlédnout do historie vývoje současného člověka tím, že se zaměřila na jeho dávné příživníky vši.

Globální linie lidských cizopasníků

Lidské vši se vyskytují pouze u člověka a prodělávají na něm celý vývojový cyklus. Mimo jeho tělo sotva přežijí déle než 24 hodin. Přenos parazita z jedné osoby na druhou proto vyžaduje těsný kontakt. Člověk na svém těle hostí - dá-li se tento výraz vůbec použít - dva rody vši. V pubickém ochlupení můžeme najít první - muňku, jinde na těle pak dva druhy rodu Pediculus. Jeden z nich, označovaný jako veš dětská, žije ve vlasech a lidskou krví se krmí několikrát denně. Druhý se nazývá veš šatní. Jak i jméno naznačuje, žije v oděvu a pro potravu přelézá na kůži jen jednou až dvakrát za den. Tvarem těla jsou si obě vši velmi podobné, liší se jen způsobem života.

Dosavadní představy o jednotlivých druzích lidských vši nedávno zpochybnili molekulární genetici. Zjistili totiž, že vši žijící na hlavě a na těle se i přes své rozdílné ekologické nároky geneticky neliší. Na klasické dělení lidských vši na dětskou a šatní bychom proto měli zapomenout a začít uvažovat jen o druhu jediném. Říkejme mu veš lidská.

Ale to není zdaleka vše, co rozbor dědičné informace těchto cizopasníků posbíraných na lidech v nejrůznějších částech světa ukázal. Analýzou DNA u obou forem této lidské vši badatelé objevili dvě odlišné linie, které mají společné znaky a vývoj. V jedné linii najdeme jak formu žijící ve vlasech, tak formu parazitující na těle. Tato linie je rozšířená po celém světě - říkáme jí proto celosvětová. Druhá linie obsahuje jen vši žijící na hlavě a omezuje se pouze na kontinenty Nového světa - nazveme ji tedy novosvětskou.

Vědci však dospěli i k dalším důležitým a nadmíru překvapivým poznatkům: linie vši se od sebe oddělily už asi před jedním milionem

a 180 tisíci let. Od té doby žily odděleně, každá na jiném hostiteli. Dávný rozchod všech linií se tedy udal asi o milion let dřív, než se vyvinul jejich dnešní výlučný hostitel, člověk moudrý. Rozdílnost genetické výbavy obou linií ukazuje, že se musely vyvíjet odděleně na různých druzích pračlověka, ačkoli původně pocházely ze stejného místa.

Vývojový kmen člověka moudrého se oddělil od jiných pravěkých lidí někdy před 1,2 milionu let, tedy přibližně v době, do které genetici datují také rozchod obou linií vši. Tehdy Afriku opustila lidská populace, která dala vznik člověku vzpřímenému. Ten pak postupně osídlil Asii. Předkové našeho druhu odešli z Afriky do Evropy a do Asie až o celý milion let později.

Potyčky, krádeže nebo společné nocování

Která z linií prodělala vývoj na našich afrických předcích? Odpověď pomohl najít opět rozbor genetické informace vši. Někdy před 100 tisíci lety prošlo lidstvo obdobím, kdy se jeho populace na Zemi silně snížila, načež došlo opět k výrazné expanzi. A ta trvá dodnes. Něco podobného by se dalo očekávat také u vši. Genetické studie však ukázaly, že stejným populačním zúžením a následnou expanzí prošla jen celosvětově rozšířená linie vši. Novosvětská linie si trvale udržovala relativně stabilní velikost populace.

Lze proto předpokládat, že se novosvětské vši vyvíjely na starobylých a dnes už vymřelých pralidech v Asii a teprve někdy mnohem později svázaly svůj osud s životem moderního člověka. Podle genetiků se to stalo celkem nedávno, tedy někdy před 25 až 30 tisíci let.

Naši pradávni předkové opustili Afriku asi před 100 tisíci lety a postupně se šířili po Evropě a Asii, kde vytlačovali a nahrazovali starobylší pralidi. Pokud tedy archaické vši měly přelézt na moderního hostitele, musely mít obě formy člověka těsnější vzájemné kontakty. Mohlo k nim docházet při potyčkách, při krádeži kožených oděvů nebo snad i při pobytu v jeskyních, kde společně přečkávali nepříznivé počasí.

Ovšem otázku, zda předkové moderního člověka také praktikovali sex se svými méně vyvinutými příbuznými, a zda tedy docházelo ke křížení, studium tohoto druhu lidské vši jednoznačně nevyřešilo. Kdyby se však předmětem genetické studie stala veš muňka, která se jinak než pohlavním stykem prakticky nepřenáší, odpověď by byla mnohem průkaznější. Kolektiv doktora Reeda se na takový výzkum už připravuje.

Mobil má vliv na mozek. Vědci zkoumají jaký

V Česku probíhá výzkum, který má odpovědět na otázku, zda volání mobilním telefonem není škodlivé.

Třicet let trvalo lékařům, než konstatovali, že cigarety ničí zdraví. Nejméně stejně tak dlouho nejspíš potrvá, než dokážou s jistotou říct: mobilní telefony neškodí. Nebo taky naopak.

Zatím poslední výzkum britského Úřadu pro ochranu zdraví, který MF DNES zveřejnila ve svém včerejším vydání, došel k závěru, že elektromagnetické pole mobilních telefonů poškozuje lidskou DNA. Také v České republice právě probíhá výzkum, který zjišťuje, jak lidský mozek reaguje na „záření“ mobilních telefonů. Lékaři z Ústavu patologické fyziologie Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni zkoumají vliv na učení a paměť. Po dvou letech pokusů na myších mají zatím jen předběžné závěry a z těch vyplývá, že vliv na mozek existuje.



„Což ještě neznamena, že mobily jednoznačně škodí,“ říká vedoucí pracoviště František Vožeh. „Určité změny se prokázaly, ale nedá se ještě říct, zda jsou negativní. Záření také jinak působí na mláďata myši, jiný vliv mají na dospělé.“ Jinými slovy - na vyvíjející se mozek mobilní telefony mají větší vliv.

Podobný výzkum dělali i vědci pražské Neurologické kliniky Univerzity Karlovy. „Ukázalo se, že lidé, kteří telefonují, mají rychlejší reakce,“ říká Robert Jech, který se na pokusech podílel. „Zdá se to jako pozitivní, ale jestli to tak je, ukáže až čas.“

Odborníci z Národní referenční laboratoře pro neionizující záření tvrdí, že se zatím neprokázaly žádné škodlivé účinky. „Jediné, co je prokázáno, je tepelný účinek,“ říká Pavel Šístek. Laicky řečeno - když člověk dlouho mluví do sluchátka z místa, kde je špatný signál a telefon musí vydat hodně energie na spojení s vysílačem, ohřeje se mu ucho.

„Teplota tkáně stoupne, ale tak neznatelně, že to skoro není měřitelné a rozhodně to nikdo nepozná. A hlavně to nemá žádný vliv na zdraví. Je to stejné, jako když si natáhnete nohy ke krbu,“ říká Šístek.

V Česku žádné zkoumání nově přicházejících telefonů není, úřady přebírají testy přístrojů ze zahraničních laboratoří. Tam zkoumají, jestli vyzařování energie nepřekračuje normy. „Normy byly stanoveny ne proto, že by překročení limitů bylo škodlivé, ale kvůli možnosti popálení. Při velkém překročení limitů může člověk pocítit něco podobného, jako když si k hlavě přiloží rozsvícenou lampičku - a to není moc příjemné,“ říká Pavel Šístek.

Pro ty, kdo se bojí, existuje pár fíglů, jak možná rizika co nejlépe snížit.

Tak třeba: nejlepší je volat ve městech, kde je husté pokrytí signálem a telefon nemusí „napínat síly“ na spojení. Ze stejných důvodů je dobré nevolat třeba ze sklepa či z tunelu, kde není plný signál.

Podivná zkratka SAR, která je v každých dokumentech k telefonu, říká, jak moc telefon vyzařuje. Čím nižší je číslice, tím lépe.

Ač se to nezdá, důležitý je i tvar antény. Kdo má v telefonu zabudovanou plochou, podélnou, a ne kolečko, nebo dokonce výsuvnou anténu, má jistotu, že přístroj vyzařuje spíše do stran než skrze hlavu telefonujícího. Nejjistější je však méně mluvit. „Telefon totiž vyzařuje ve chvíli, kdy do něj člověk mluví, ne když poslouchá,“ tvrdí Robert Jech z Univerzity Karlovy.

„Pravdu zjistíme asi až za desítky let. Ale ať už je to jakkoliv, chránil bych před mobily malé děti,“ říká hlavní pražský hygienik Vladimír Polanecký. „Myslím, že nám nejlépe ubližuje stres z toho, že ta krabička pořád zvoní a někdo po nás pořád něco chce,“ dodává Miloš Mazánek z katedry elektromagnetického pole ČVUT.

Počasi může dostat ekonomiku do problémů

Změny podnebí ovlivní zemědělství, počty úmrtí i spotřebu léků.

Výrazné klimatické změny, ke kterým může v Česku podle expertů dojít v dohledné době v souvislosti s celosvětovými změnami klimatu, mohou zamotat hlavy národním ekonomikám.

Výkyvy teplot, velká sucha či málo sněhu, pokles spodní vody mají vliv nejen na naše zahrádky, ale ve stále větší míře ovlivňují počty alergiků, ceny potravin i způsob, jak, kde a za kolik budeme bydlet. Z našich lesů by mohly vymizet smrky.

Pokud se nebudeme včas věnovat dopadům změny klimatu, jejich předcházením, bude to mít nedožité následky na život, varují ved-

le českých i zahraniční vědecké instituce.

V Česku by měli ekonomové a plánovači proto věnovat pozornost Národnímu klimatickému programu, kterého se zúčastňuje 16 renomovaných vědeckých institucí. Program několik let zahrnuje řadu výzkumů a studií zaměřených na možné změny klimatu v zemi.

Vliv na vodní toky

Vývoj počasí a klimatu, jako je například množství CO₂ v atmosféře, se může projevit například snížením průměrných průtoků o 15 až 20 procent, upozorňuje analýza Národního klimatického programu. V případě zhoršení klimatu se pokles průtoků odhaduje až na 40 procent, což znamená zásadní změnu hydrologického režimu.

Přeloženo do praktické řeči - většina srážek se odpaří, pomalu se doplňují zásoby podzemní vody. To by mohlo například znamenat vyšší náklady na výstavbu (potřeba vést vodu drahými vodovody z velké dálky), zdražení bytů a staveb vřbec.

Vývoj počasí a klimatu může například mít vliv na rychlost napouštění nových vodních ploch, tedy na cenu i způsob rekultivací zejména severních Čech. Změny klimatu nemohou zůstat bez vlivu na pěstování a hlavně výnosy jednotlivých zemědělských plodin a ovocných stromů. Záporný vliv by mělo zejména postupné zvyšování teplot a zvyšování či úbytek množství srážek. Pokud se zvýší teplota, může se prodloužit vegetační období až na hranici únosnosti. S ohledem na vliv podnebí by se musely měnit používané technologie, osivo, bylo by nutné měnit celý systém hospodaření, systém závlah (byla-li by ovšem voda). Jednotlivé statky či hospodářství by musely zásadně měnit svůj výrobní program. Měnily by se i druhy chorob plodin a objevovali by se noví škůdci. Proti těm by bylo potřeba vyvinout nové obranné prostředky.

To vše není zadarmo a opět by to mohlo zvyšovat náklady, tedy cenu v obchodech, ale i konkurenceschopnost českého zemědělství. Problémy zemědělství s sebou nesou i zvýšení počtu nezaměstnaných, nutnost dodatečných investic na tvorbu nových pracovních míst, na vyplácení podpor atd.

Ušetřeny případných klimatických změn by nezůstaly ani lesy. Ohroženy by byly celé plochy lesů - odhadem 16 procent lesní plochy v Česku. Smrk se stane typem stromu, jehož pěstování by bylo pro polovinu lesního půdního fondu Česka nevhodné. Změna klimatu by měla malý dopad pouze na 18 procent smrkových porostů na 10 procentech celkové rozlohy lesů.

Nejohroženější je člověk

Změna klimatu znamená nejen méně vláhy, ale i větší citlivost vůči působení škůdců, dřevokazných hub. Ochrana proti škůdcům, změna typů lesů, nové meliorační způsoby rovněž představují značné finanční náklady.

Ušetřen klimatických změn nezůstane ani člověk. Nejdříve kladné vlivy. Zkracování zimy a vymizení mrazů mohou snížit počet úmrtí v zimním období, které je rizikové zejména pro starší občany a kardiaky.

Pak už následují jen negativní dopady. K nim patří zvýšený stres v důsledku zvýšené venkovní teploty. Sluneční intenzivní svit může zase přispět k vyššímu počtu rakoviny kůže. Stoupající znečištění ovzduší, ale i častější výskyt různých pylů při měnící se vegetaci se projevuje ve zvýšeném výskytu alergií. Ty by mohly zasáhnout každého pátého až desátého člověka na našem území.

Klimatické změny mohou mít vliv na častější výskyt Lymeské choroby přenášené klíšťaty. Ve větší míře se mohou objevovat různé plísňe. To znamená přeneseně mimořádné náklady na léky a léčení,



zvýšený počet dní pracovní absence. Podtrženo - ročně jde o desítky miliard.

Klimatické změny mají na člověka i nepřímý vliv. Možnost hrozby velkých a častějších povodní má vliv na způsob osidlování, typ výstavby domů, náklady na regulaci toků (jen zde jde ročně opět o miliardy korun), na vedení komunikací (místo rovin mohou být silnice vedeny oklikami po vyšších polohách, což opět představuje miliardové výdaje).

Děti i dospělí jsou vyšší

Před sto lety byli mladí muži průměrně o dvanáct centimetrů menší než dnes.

Dvanáctileté děti jsou dnes o plných osmnáct centimetrů vyšší než jejich vrstevníci z konce devatenáctého století.

Aantropologický výzkum ukázal, že Češi jsou čím dál vyšší. Při posledním výzkumu v roce 2001 se mimo jiné ukázalo, že za posledních deset let osmnáctiletí chlapci povyroستli o celý centimetr, dívky o 0,7 centimetru.

„Překvapilo mě, že hlavně kluci ještě o tolik vyrostli. Ti dvanáctiletí jsou o dva centimetry vyšší než před dvěma lety,“ říká Jana Vignerová ze Státního zdravotního ústavu, která se na výzkumu podílela. „Mysleli jsme, že se růst průměrné výšky zastaví již teď,“ dodává.

Největší jsou v Praze

Děti také podstatně dříve dospívají. Průměrný věk první menstruace se u dívek ustálil na třinácti letech. V roce 1895 to bylo o dva a půl roku později. Stejně tak dříve nastupuje u chlapců mutace hlasu. V současné době to je ve 14,5 roce. Na rozdíl od děvčat se tento věk snižuje stále. „Dívky přestávají růst už v šestnácti letech, chlapci v osmnácti,“ vysvětluje Vignerová.

Dospělí mladí muži dnes průměrně měří 180,1 centimetru, mladé ženy 167,2 centimetru. V roce 1895 byli muži o dvanáct a ženy o šest centimetrů menší.

Stále platí pravidlo, že vzdělanější rodiče mají větší děti - samozřejmě i tady jde jen o průměrná čísla. Nejvyšší děti jsou v Praze, kde je také největší koncentrace lidí s vysokoškolským vzděláním. „I zde jsme očekávali, že už tento rozdíl mezi městem a venkovem pomalu zanikne. Ale pořád je patrný,“ upozorňuje Jana Vignerová.

Zjistit, jestli české děti rostou více nebo méně než jejich vrstevníci v Evropě, není snadné. „Podobné studie tam neprobíhají, anebo se používají jiné metodiky. Získaná data lze jen těžko porovnávat. Obecně platí, že čím více na jih, tím jsou lidé menší. Italové bývají nižší než třeba Skandinávci,“ říká Vignerová.

Hlava už není kulatá

Kromě tělesné výšky a váhy antropology zajímají i jiné údaje. Například rozměry hlavy. „Pro naši populaci byla typická kulatá hlava. Ukazuje se, že především od osmdesátých let dvacátého století se české hlavy zužují a prodlužují. Tento trend je patrný i v jiných zemích, třeba v Polsku nebo v Německu.“

Jak vyrostly děti

Děti i dospělí jsou čím dál vyšší. Kolik měřily desetileté děti před sto lety a kolik měří dnes?

rok	chlapci	dívky
1895	127,4 cm	125,9 cm
1951	136,1 cm	135,6 cm
1971	138,6 cm	138,4 cm
1991	140,8 cm	140,8 cm
2001	141,5 cm	141,6 cm

I N Z E R C E

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

Hledám kolegy ze studijního kruhu

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

Odkoupím ordinaci PLDD

Lékařka - pediatr, dlouholetá praxe, licence, II. atestace; odkoupí zavedenou ordinaci PLDD v Praze.
Zn: Osobní jednání, tel: 603 293 584

Nabízím práci dětskému lékaři

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

Nabízím místo asistenta

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

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra na zástup za MD do ordinace PLDD v Kolíně od 05/2005.
Zn.: mobil 602 555 195

ALMEDA přijme lékaře - pediatra

ALMEDA, a.s., provozovatel Městské nemocnice v Neratovicích přijme na zajištění služeb sekundárního lékaře s I. atestací z pediatrie nebo v přípravě na ni na novorozenecké oddělení. Nástup ihned nebo dle dohody.
Kontakty: telefon: 315 637 111 - ústředna,
315 637 337 - personální oddělení, fax: 315 684 212,
e-mail: nemocnice@almeda.cz

Přenechám pediatrickou praxi

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

Hledáme PLDD

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