

# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

červen 2005 ■ číslo 6 ■ ročník 5



Naléhavé situace u dětí  
Novinky v urgentní medicíně  
Opakované afektivní apnoe u kojenců  
Adrenalinové zábavy, zážitky a sporty



ČESKÁ  
SPORITELNA

ZENTIVA®



OSPDL ČLS JEP



## tiráž...

# VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

[www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz)

### Adresa redakce:

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

Časopis garantován  
Sdružením praktických lékařů  
pro děti a dorost ČR  
zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem  
ve spolupráci s Odbornou společností  
praktických dětských lékařů ČLS JEP  
zastoupené MUDr. Hanou 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 - Ing. Veronika Drahovzalová  
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10  
tel.: 267 184 065, GSM: 605 281 665 - jen pro inzerenty  
e-mail: [centrum@detskylekar.cz](mailto:centrum@detskylekar.cz)  
e-mail: [veronika.drahovzalova@detskylekar.cz](mailto:veronika.drahovzalova@detskylekar.cz)

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

## obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc květen 2005	5
Koalice soukromých lékařů	5
Usnesení Sněmu SPLDD ČR v Jindřichově Hradci	10
Prohlášení Sněmu SPLDD ČR	10
Pracovní činnost lékařů pouze na základě IČO	10
Usnesení západočeské regionální konference SPLDD	11
Reforma zdravotnictví - pacient nebo občan?	11
V Evropě vítězí elektronická forma zdravotní knížky	12



MUDr. D. Vurmová Zpráva z 11. národního očkovacího dne	14
Mgr. I. Daňková Pediatri mezi sebou bariéry nebudují	16
Doc. MUDr. I. Novák, CSc. Naléhavé situace u dětí v přednemocniční péči	18
MUDr. E. Sládková a kol. Opakované afektivní apnoe u kojence - kazuistika Diferenciální diagnostika synkop v dětském věku	21 22

MUDr. E. Vernerová Alergie na hmyzí bodnutí	24
Doc. MUDr. J. Drábková, CSc. Adrenalinové zážitky, zábavy a sporty	26
Doc. MUDr. J. Drábková, CSc. Které novinky ovlivňují praktickou medicínu?	31

Zajímavosti ze světa odborné literatury	33
---	----



Aktuality	34
Řádková inzerce	38



NAKLADATELSTVÍ  
**UMÚN** s. r. o.

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec  
tel.: 485 161 712, e-mail: [umun@volny.cz](mailto:umun@volny.cz), [www.volny.cz/umun](http://www.volny.cz/umun)  
Obrázek na titulní straně namalovala ústy May Lezelda Lubbe



Vážení čtenáři,

na úvod by se ve slušné společnosti slušelo představit a popsat, co je to editorial a co je České zdravotnické fórum. S editorially se setkáváte pravidelně a jeho pravý smysl a význam určitě najdete v učebnicích žurnalistiky. Co znamená České zdravotnické fórum se Vám pokusím stručně vysvětlit na následujících řádcích. Je zřejmé, že se na něm či během fóra živě a otevřeně diskutuje o českém zdravotnictví. Pokud se Vám zdá zbytečné o zdravotnictví jednat a vyměňovat si i protichůdné názory na jeho směřování máte do jisté míry pravdu. Diskusí a nápadů, jak reformovat české zdravotnictví máme na rozdávání. Nedávno jsem se účastnil jednání Evropské zdravotní akademie v Talinu (mimořadně nápad na vznik této akademie vznikl právě na půdě ČZF) a zjistil jsem dva základní fenomény. Každý stát si myslí, že jeho zdravotníci a jeho zdravotní péče je na vysoké profesní a kvalitativní úrovni (a to v jedné zemi za 4,5% HDP a v druhé za 7,5%) a že může své kapacity (obvykle nadbytečné) nabízet jiným státům. Na druhé straně si všude zdravotníci myslí, že organizace zdravotnictví v jejich zemi je podfinancovaná a špatně řízená.

Pro nás, pro zástupce České republiky bylo na druhou stranu velmi pozitivní zjištění, že můžeme nabídnout mnoho znalostí vytříbených nejenom při teoretických disputacích, jak by takové zdravotnictví mohlo fungovat. Co je však znepokojující je zjištění, že když jsem zúčastněným předsedům zdravotních výborů národních parlamentů položil úvodní otázku - jaký cíl má vlastně zdravotnictví naplnit či dosáhnout, dostalo se mi obecných a leckdy zmatených odpovědí, v nejlepším případě vpravdě filozofických. Z pohledu teorie managementu, pokud přesně nevím, čeho chci dosáhnout, těžko se mi to vysvětluje ostatním a těžko je mohu pro moji misi získat. Dalším rysem je, že když diskutujeme o zdravotnictví, automaticky hovoříme o té části, která je proplácena z veřejné zdravotní daně. Jakoby zdravotnictví bylo jen jedno. Proto si myslím, že když nevím, kam jdu, často zabloudím či se točím v kruhu. České zdravotnické fórum se snaží s pomocí otevřených hlav - rozuměj s pomocí rozumných a naslouchání otevřených lidí - hledat a definovat základní principy českého zdravotnictví. Proto ČZF vydefinovalo klíčové parametry, které naleznete na [www.czf.cz](http://www.czf.cz). Určitě budeme rádi i za Vaše praktické názory na ně. Jednotliví členové ČZF nemohou nikomu nic nařídít a ani nereprezentují politickou vůli levostředopravicových uskupení. Členové a hosté ČZF využívají selského rozumu, solidní teoretické a praktické zkušenosti a zejména schopnost akceptovat i pohled druhého bez ohledu na to, že má jiný názor. ČZF má šanci nabídnout těm, od kterých se očekává rozhodnutí, platformu k otestování jejich vizí, záměrů a cílů. Nabízí i expertní řešení i v určitých specifických problémech jako např. během poslední konference ČZF, která se uskutečnila 3.-4.6. v Darové na téma - hodnota zdravotnického výkonu a role ceny. Zde padlo velmi logické a jasné doporučení: stanovujeme ceny podle individuálních schopností a nákladové struktury každé jediné praxe a to proto, že jediné tak jsme schopni podpořit vynikající lékaře a týmy, které opravdu dělají špičkovou a kvalitní medicínu ve prospěch občanů této země. Nenechme se stáhnout do průměrnosti, jenom proto, že těch průměrných je okolo nás až dost. Dejme šanci těm, co se umí rozhodnout a dělají svoji práci na špičkové úrovni. Jinak nám hrozí to, že se staneme podprůměrnými. Nějak se ten průměr musí spočítat.

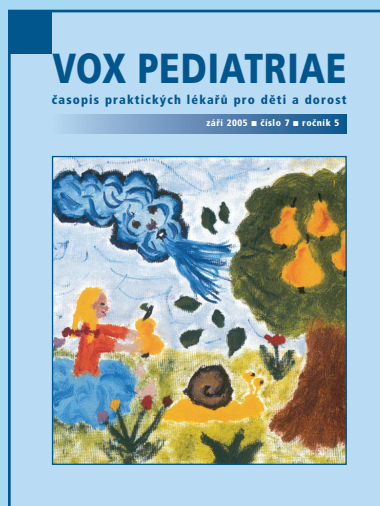
Dr. Vladimír Finsterle  
Koordinátor Českého zdravotnického fóra

Posuzování dočasné pracovní neschopnosti

Posuzování zdravotní způsobilosti dětí při výběru povolání

Posuzování zdravotní způsobilosti pro výplatu sociálních dávek

Sociálně právní poradna pro PLDD (1. část)



## seznam inzerujících firem

AVENT  
BOIRON  
ČESKÁ SPOŘITELNA  
DOVE  
HERO  
HIPPI  
NESTLÉ  
UCB PHARMA  
URGO  
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 květen 2005

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

**Květen byl především měsícem boje za Seznam výkonů, resp. za navýšení práce nejen lékařů v jednotlivých výkonech. Problematika hodnoty práce zdravotníků se samozřejmě nemohla obejít bez komplexu mnoha dalších opatření. I proto se pod patronací nového premiéra Paroubka uskutečnila řada jednání, jejichž výsledky již tradičně vyvolaly mnoho vzrušených debat a vystoupení. Obávám se však, že recept na naše nemocné zdravotnictví se opět nenašel.**

**6.5.** - V Trenčianských Teplicích jsem se zúčastnil konference slovenských kolegů, na které jsem měl možnost diskutovat se slovenským ministrem zdravotnictví Zajacem, diskutovali jsme i problematiku oboru PLDD a problematiku rodinného lékaře, setkání na mne velmi zapůsobilo, především mne zaujal zájem pana ministra o problematiku koncepce péče o dítě na Slovensku

**13.5.** - na svém pravidelném jednání se sešlo Předsednictvo Sdružení, tématem bylo především hodnocení jednotlivých regionálních konferencí, ale také příprava Sněmu, nevyhnuli jsme se ani vzrušené debatě na ak-

tuální téma - reforma zdravotnictví a zadlužování systému, řešena byla i problematika Seznamu výkonů, řešeny byly i podněty z jednotlivých regionů

**24.5.** - v hotelu Pyramida se konal další seminář z cyklu aktuálních problémů ve zdravotnictví, tentokrát bylo hlavním tématem postavení pacienta, bližší informace najdete na jiném místě našeho časopisu

**24.5.** - také Koalice soukromých lékařů se sešla na svém pravidelném jednání, ucelenou informaci o činnosti tohoto volného sdružení organizací otiskujeme na jiném místě

**27. - 29.5.** - v Jindřichově Hradci se sešli zástupci Sdružení se zástupci naší odborné společnosti na Sněmu Sdružení, aby ve velmi pracovní atmosféře stanovili další směřování aktivit Sdružení, především vzhledem k velmi neuspokojivé situaci našeho současného zdravotnictví, za vzornou organizaci nejen pracovní části jednání se přísluší poděkovat především hlavní organizátorce, předsedkyni jihočeského regionu, MUDr. Daniele Verdánové, výstupy z tohoto jednání najdete na dalších stranách tohoto čísla časopisu.

## Koalice soukromých lékařů

**Květen byl měsícem bohatým na jednání o koncepčních záměrech ve zdravotnictví. Premiér Paroubek uchoopil problematiku zdravotnictví do svých rukou a svolal několik jednání, jejichž výstupem měla být stabilizace současného zdravotnictví. Níže otištěný materiál by Vám mohl pomoci posoudit, zda se podařilo tento nelehký úkol splnit. Předkládané materiály jsou zároveň odrazem činnosti Koalice soukromých lékařů.**

### I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 24. 5. 2005

#### 1. Příprava schůzky s premiérem

Na pondělí 16. 5. svolal Dr. Rath na ministerstvo zdravotnictví krizové jednání lékařů, odborářů a asociací nemocnic, které skončilo bez konkrétního výstupu. Bylo dohodnuto, že o problémech bude Dr. Rath jako zástupce lékařů společně s ministryní zdravotnictví doc. Dr. Miladou Emmerovou dále jednat společně s premiérem Ing. Jiřím Paroubkem. První schůzka se uskutečnila v pátek 20. 5., další byla naplánována na 27. 5. Dr. Jelínek písemně informoval premiéra o existenci Koalice soukromých lékařů a požádal je o schůzku. Po dohodě s ředitelem odborného útvaru předsedy vlády doc. Zdeňkem Trojanem byl

během jednání Koalice zpracován materiál pro premiérovy poradce, který bude sloužit jako podklad pro jednání v pátek 27. 5. 2005 v případě, že zástupci Koalice budou k jednání přizváni.

Text obsahuje základní informace o koalici, navrhovaná témata jednání a žádost, aby zástupci Koalice byli zváni ke všem důležitým jednáním, týkajícím se zdravotnictví. K žádosti o schůzku a účast na jednáních se připojil i host jednání Dr. Chudoba.

Pokud se zástupci Koalice v pátek zúčastní plánované schůzky, budou o jejím obsahu

informovat média na tiskové konferenci, která se bude konat v úterý 31. 5. 2005 od 13.00 hodin v sídle ČSK. Tiskové konference se zúčastní jako host Dr. Chudoba, prezident České lékárnické komory.

#### 2. Rozesílání SMS zpráv členům Koalice

Informativní schůzka k rozesílání SMS zpráv členům Koalice se konala ve středu 18. 5. v sídle ČSK. Ing. Schwanzer, zástupce společnosti Konzulta Brno, která tuto službu zajišťuje, seznámil zástupce Koalice s ovládním internetového systému SMS operátor, umožňující hromadné rozesílání aktuálních informací a sdělení na mobilní telefonní čísla.





### 3. Seminář Koalice soukromých lékařů se senátorem MUDr. Tomášem Julínkem a občanským sdružením Reforma zdravotnictví - forum

sobota 4. 6. 2005

Výsledek jednání bude zhodnocen na další schůzce Koalice.

### 4. Přípomínky k návrhu novely zákona č. 48/1997 Sb.

Novela obsahuje řadu ustanovení, která zástupci Koalice považují za nutné připomínkovat. Jako podklad využijí připomínky SAS, které nejlépe vyjadřují společný názor všech zástupců Koalice.

V souvislosti s projednáváním tohoto bodu předal Dr. Jojko ostatním členům Koalice návrh novely zákona o veřejném zdravotním pojištění předkládaný poslancem Dr. Janečkem.

### 5. Různé

■ Zástupci koalice se rozhodli zrušit monotematickou schůzku naplánovanou na 11. 6. 2005.

■ Dr. Jelínek informoval o výsledcích jednání Unie zaměstnavatelských svazů - připomínkováni návrhu zákona o zdravotní péči.

■ Svaz zdravotních pojišťoven ČR zatím nereagoval na výzvu Koalice připojit se k dohodám s VZP ČR.

## II. Oslovení premiéra Ing. Jiřího Paroubka mluvčím Koalice MUDr. Janem Jelínkem

Vážený pane premiére,

vláda ČR uvádí ve svém prohlášení i v reálném politickém životě, že o záležitostech českého zdravotnictví bude jednat s Českou lékařskou komorou. Dovolujeme si upozornit na fakt, že ČLK je sice významnou, zdaleka ne však jedinou organizací lékařů v ČR. V poslední době nevyjadřuje zájmy všech lékařských profesí a zejména soukromých lékařů. Z tohoto důvodu byla před několika lety ustaveno Koalice soukromých lékařů, která sdružuje tyto organizace: SPLČR, SPLDD, SSG, SAZ, ČSK a zastupuje asi 15 tisíc soukromých lékařů. Vzhledem k tomu, že soukromý sektor zdravotnictví je ze strany vlády často přehlížen, dovolujeme si Vás požádat, aby na jednání o zdravotnictví byli zváni i naši zástupci.

Navrhujeme témata jednání, která nemají jasně navržená řešení, ale je třeba je diskutovat a vyjasnit si představy, jak by mohla být řešena.

Práce všech lékařů v ČR je podhodnocena, proto podporujeme všechny snahy o navýšení jejího ohodnocení. Uvažovaný nový sazebník některým segmentům příjmy navyšuje, ale jiné opomíjí. V případě vydání nového sazebníku s vyšší cenou lékařské práce je nutno současně provést taková opatření, aby ke stejnému poměrnému navýšení příjmů došlo i u segmentů honorovaných paušální platbou

nebo jinými mechanismy (praktičtí lékaři, stomatologové). Tvrzení prezidenta ČLK, že novým sazebníkem by došlo k proporcionálnímu navýšení příjmů všech lékařů není pravdivé. Navýšení úhrad zdravotnickým zařízením neznamena navýšení platů. Vydání sazebníku s navýšením ceny práce lékařů je pozitivním krokem, který podporujeme, ale musí dojít k úpravám, aby z plánovaných změn nebyli někteří lékaři vyřazeni.

Zvyšování výdajů ZP vede k hrozbě prodloužení splatnosti jejich závazků, což má také různě závažný dopad na různé typy zdravotnických zařízení. Při nárůstu jejich zadluženosti opakovaně dochází k oddlužování nemocnic spravovaných státem a kraji. Nikoho ani nenapadlo oddlužit i „malá-soukromá zdravotnická zařízení“, kterých je nad 20000 a jejichž jednotlivé dluhy jsou sice nižší ale ve svém součtu mohou přesahovat všechny dluhy nemocnic. Soukromá zdravotnická zařízení je třeba stavět do rovnoprávného postavení s ostatními!

KSL se nedomnívá, že další kultivace zastaralého seznamu výkonů s bodovými hodnotami je možná. Za nezbytné považujeme vytvoření ceníku výkonů v reálných cenách - korunách. K tomu doporučujeme urychleně vytvořit expertní skupinu, která by takový ceník zpracovala.

V ministerstvem zdravotnictví připravované novele zákona č. 48/97 sb. nadále zůstá-

vá dvojí způsob řešení takzvané nedohody v dohodovacích řízeních o cenách. Tento postup považujeme za nepřijatelný, neboť vede k diskriminaci těch poskytovatelů, kteří jsou hrazení převážně dle seznamu výkonů s bodovými hodnotami. Další posilování pravomocí ministerstva nepřesným a politicky zneužitelným vymezením pojmu „veřejný zájem“ považujeme za chybný krok směřující ke snadným ale nesystémovým řešením.

Jako zástupci tisíců soukromých lékařů si troufáme říct, že můžeme přinést užitečné myšlenky při projednávání budoucí koncepce českého zdravotnictví. Perspektiva tvorby koncepce však přesahuje námi navržená témata k jednání, která musí být řešena neodkladně. Jsme připraveni navrhnout možnosti úsporných opatření, která omezí zadluženost systému a umožní zvýšit příjmy lékařů bez dopadu na kvalitu a dostupnost lékařské péče.

Na dalším jednání o zdravotnictví mezi vládou a lékaři by rozhodně neměli chybět zástupci Koalice soukromých lékařů. Za nepřijatelné považujeme, když k důležitým jednáním jsou zváni zástupci odborů a ne představitelé významných skupin lékařů a lékárníků - České lékárnické komory. Má-li se jednat o čemkoli, co má dopad na financování celého zdravotnictví, není možné některé významné představitele opomíjet.

## III. Zpráva o průběhu jednání v Kramářově vile dne 27. května 2005 z pohledu mluvčího Koalice soukromých lékařů MUDr. Jana Jelínka

Po informacích v médiích o proběhlém jednání z popudu ČLK nejprve mezi ČLK-LOK a MZ a později v Kramářově vile 20.5. s premiérem, jsem jménem Koalice vyzval dopisem premiéra, aby k jednání přizval také zástupce soukromých lékařů. V dopisu jsem

poukázal na skutečnost, že se necítíme být dostatečně zastupováni Českou lékařskou komorou. V reakci na tento dopis jsem byl pozván na „pohovor“ s vedoucím premiérových poradců, doc. Trojanem. K tomuto rozhovoru jsem měl na přání premiéra doručit materiál

Koalice, který by měl vyjadřovat, o čem s ním chceme jednat. Materiál byl sepsán na schůzce Koalice 24. května a na úřad vlády jsem ho doručil při schůzce s premiérovým poradcem následující den ráno. (Předaný materiál je v příloze textu.) Po projednání



předloženého textu jsem dostal pozvání k účasti na dalším jednání v Kramářově vile 27.5.

Schůzka měla hlavní účastníky ze strany vlády (premiér a poradci), ministerstva zdravotnictví (ministerně, dr. Háva, tisková mluvčí...), ČLK, LOK (prezident, dr. Sojka a další), asociace nemocnic, zdravotních pojišťoven (ing. Musílková, Kothera) a další. Koalici soukromých lékařů byl umožněn pouze jediný zástupce, ale i to v současné atmosféře považují za úspěch.

Úvodní projev ministerně Emmerové zdůraznil, že s ČLK vedla opakovaná jednání ještě včera a naposled dnes - těsně před odjezdem do Kramářovy vily, na kterých bylo předjednáno řešení, které přednese ČLK.

Ing. Musílková pak připomněla, že navrhla „pilotní projekt“, ve kterém by bylo možno odzkoušet úhrady po požadované změně indexů v sazebníku a zkusit tím i to, zda by se vykazování výkonů řídilo předpoklady ČLK a zda by byla účinná „administrativní“ regulace počtu výkonů.

Dr. Rath tento projekt odmítl a přednesl základní body navržené nové kompromisní dohody:

1. Sleva z požadavku na nárůst mzdových indexů na nějaký kompromis „někde na půl cesty“.

2. Vydat sazebník s těmito kompromisními indexy až 1. srpna a s účinností od 1. ledna 2006.

3. Zastropovat segmenty podle zdrojů, respektive jejich nárůstu

4. Limitovat frekvence vykazovaných výkonů úrovní 85-90 % předchozího období.

Ministerně Emmerová pak navrhla možnost retrospektivní studie, tedy propočtení, kolik by v reálném počtu vykazovaných výkonů za minulé období péče podražila při užití nového sazebníku. Odmítla ale hovořit o konkrétních číslech, protože dohoda byla zcela čerstvá a neměla k dispozici žádnou analýzu, podle které by mohla rozhodnout.

Následovala diskuse, ve které jsem zpochybnul možnost úspěšného administrativního omezení frekvence výkonů, opakovaně a jednoznačně jsem zdůraznil naprostou nutnost zvýšit příjmy lékařů a nepodmiňovat toto zvýšení možným budoucím úspěchem nějakých změn v systému. Požadoval jsem kompletní revizi sazebníku a jeho změnu na ceník s oddělením režijních nákladů, které lze hodnotit podle běžných pravidel cenotvorby a ceny práce, o které pak lze nezávisle vyjednávat. Revize by probíhala paralelně s dalšími kroky a neměla by odkladný účinek na okamžité

zvýšení ceny práce lékařů. Tuto revizi ČLK odmítla a přiklonila se k dílčím postupným úpravám sazebníku. Také jsem zdůraznil nutnost vydání sazebníku i z hlediska již v DŘ schválených nových výkonů, které v důsledku odkladů vydání sazebníku zatím nemohou být zdravotnickým zařízením propláceny.

Diskuse mě přesvědčila o tom, že hlavní spor je v představě vlády, že lékařům můžeme přidat peníze, „až se vyčerpají všechny rezervy systému“, což se jak známo nepodaří nikdy úplně. Proti tomu stojí požadavek dělat dílčí i dlouhodobé změny, ale nyní do systému peníze přidat přinejmenším výrazným navýšením plateb za státní pojištění a příjmy lékařů zvýšit. V tomto sporu neumím zařadit ČLK, ale vzhledem k předneseným bodům návrhu mně to připadalo víc jako rezignace na požadavek na okamžité zvýšení příjmů lékařů (ČLK hrozila razantními akcemi lékařů, jestliže se tak nestane), než jako udatný boj. Rozhodně je ale ČLK ve sporu se zdravotními pojišťovnami na straně ministerstva zdravotnictví. Přes tento osobní dojem uvádím závěrečné výslovné prohlášení dr. Ratha, že ČLK rozhodně na své požadavky nerezignuje, což mi ale nějak nejde dohromady s navrženým kompromisem.

Široká a bezvýsledná diskuse byla vedena o možnosti administrativní regulace počtu výkonů. Zdůraznil jsem, že vycházím-li z toho, že drtivá většina prováděných a účtovaných výkonů je prováděna indikovaně, v což věřím, potom je jisté, že nárůst mzdových indexů ve výkonech buď bude něco stát, nebo bude znamenat omezení potřebných výkonů a tedy omezení kvality nebo dostupnosti péče. Zdůraznil jsem, že pokud by se podařilo frekvenci výkonů jakkoli omezit s následkem zhoršení dostupnosti péče, pacientů nebudou, jenom se přesunou do primární péče, kam jim přístup lze omezovat nejméně. Proto jsem vyzval premiéra, aby vláda konečně veřejně přiznala, že poskytujeme na účet pojištění víc péče, než na kolik máme a je nutné péči omezit, nebo zdražit například zvýšením odvodů nebo spoluúčastí pacientů. To premiér věcně nezpochybnul, ale přiznal, že „ekonomické nástroje regulace na straně pacienta nepoužije z ideologických důvodů“. Když jsem namítl, že pak není regulace přístupu pacientů k lékaři reálná, dostal jsem radu od poradce premiéra prof. Waltra Komárka, že „když máme ty zkušenosti z praxe, jistě dokážeme tu babičku, co se nám pořád zbytečně vrací do ordinace, nějak mentálně psychologicky zregulovat, aby tam nechodila“.

Dále zazněla ze strany ČLK myšlenka, že

každé zdravotnické zařízení by mělo mít jeden předem definovaný rozpočet. To se líbilo doc. Emmerové, která připomněla, že to odpovídá jí požadovaným globálním rozpočtům jednotlivých zařízení. Premiér také řekl, že v případě omezení celkového počtu výkonů by nechtěl veřejně hovořit o nějakých 85 nebo 90 procentech, ale „byl by rád, kdyby si to lékaři zařídili sami podle potřebnosti péče a bylo zaručeno, že prostě každý pacient, který do ordinace přijde byl ošetřen“. Asociace nemocnic požadovala „zastropovat úhrady tak, aby se zabezpečil stávající rozsah péče“. Při diskusi o zadlužení VZP a finančním přebytkem na straně zaměstnaneckých ZP vyslovil dr. Sojka větu: „Stabilizovat zdravotnictví znamená centralizovat dluh“. Pochopil jsem to tak, že deficit na jedné straně odmažeme přebytkem na straně druhé a stále ještě záporný rozdíl jsou stejně z větší části pohledávky, které lze řešit jejich odkupem konsolidační agenturou, takže se dostáváme téměř k vyrovnanému rozpočtu. Premiér to pochopil podobně a vyvodil z toho, že v systému je peněz dost, jen se musí mobilizovat rezervy, všichni se musí uskrovnit a nějak to půjde dál.

**Závěry jednání:** Další kolo jednání ve stejném složení bude za týden tamtéž.

Doc. Emmerová odloží předložení svých návrhů na stabilizaci zdravotnictví vládě nejméně o týden. Všechny zúčastněné premiér vyzval ke spolupráci a hledání kompromisu s tím, že nikdo nebude vítěz a nikdo nebude poražený a musíme se přece dohodnout.

**Osobní závěr:** Zdržuji se hodnocení postoje ČLK a počkám s ním na další vývoj. Myslím si, že hledání kompromisu v otázce, kde je předem zablokováno jediné možné řešení, kterým je buď omezení rozsahu péče, nebo zvýšení objemu financí na ni poskytovaných, je skvělým prostředkem k odkládání nutného nepřijemného kroku, který stojí před českou vládou ať touto nebo budoucí. Zajímavé je pozorovat, jaké role v této hře hrají její hlavní protagonisté.

Zvýrazněné citace jsou zaznamenány přesně a vytržením z kontextu jejich význam nebude podstatně posunut. Ostatní záznam debaty je pokusem jednotlivce aktivně se účastnit diskuse a co nejvěrněji současně zapisovat, co kdo řekl. Zápis jsem pořídil podle ručně psaných poznámek s jednodenním odstupem, který umožnil alespoň částečné opadnutí emocí a střízlivější odstup. Pokud jsem něco vynechal nebo zkreslil, nebylo to mým úmyslem a případným postiženým se omlouvám.





## IV. Text dohody o opatřeních v systému poskytování zdravotní péče ze dne 3.6.2005

Níže podepsaní zástupci poskytovatelů zdravotní péče a organizací lékařů se na jednání na Úřadu vlády dne 3. 6. 2005 za přítomnosti předsedy vlády Ing. Jiřího Paroubka a ministryně zdravotnictví doc. MUDr. Milady Emmerové, CSc. dohodli na opatřeních, která považují za nezbytná k finanční stabilizaci veřejného zdravotního pojištění a k prosazení veřejného zájmu na zachování rozsahu, kvality a dostupnosti zdravotní péče.

Vyzývají další poskytovatele zdravotní péče, organizace zdravotníků a zejména zdravotní pojišťovny, aby se k níže uvedeným zásadám připojili.

1. Došlo ke shodě, že Ministerstvo zdravotnictví vydá novelu vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, po projednání v připomínkovém řízení s účinností od 1. 1. 2006. Novela bude též obsahovat změny indexů v ohodnocení práce lékařů vyčíslené v dosavadní kategorii 1 a 2 indexem 1,0, v kategorii 3 a 4 indexem 1,8 a v kategorii 5 a 6 indexem 3,5.

Změny v ohodnocení práce lékařů v sazebníku výkonů nezakládají nároky na zvýšení platů a odměn lékařů.

2. S ohledem na nezbytnost stabilizace úhrad zdravotní péče požadují, aby v roce 2006 byly tyto úhrady sjednány (stanoveny)

pro všechny skupiny poskytovatelů zdravotní péče ve stejné výši. Za vyvážený kompromis považují jejich odvození od výše úhrad roku 2005 zvýšené o 50 % z celkového nárůstu příjmů zdravotních pojišťoven v roce 2005. Za těchto podmínek budou garantovat zachování objemu poskytované zdravotní péče.

Účastníci vyzývají další poskytovatele zdravotní péče a zdravotní pojišťovny, aby výše uvedené sjednali v dohodovacích řízeních o cenách bodu a výši úhrad na obě pololetí roku 2006 nebo podpořili vydání vyhlášek Ministerstva zdravotnictví úhrady v této výši stanovujících.

3. K zachování shodného základu pro stanovení výše úhrad v roce 2006 pro všechny skupiny poskytovatelů účastníci požadují minimálně zachování výše a struktury úhrad nastavené v 1. pololetí 2005 pro celý rok 2005.

4. Účastníci považují za oprávněný požadavek navyšování mezd a platů ve zdravotnictví odpovídající výši růstu úhrad zdravotní péče zdravotními pojišťovnami a vyjadřují ochotu o tomto dále jednat. Ministerstvo zdravotnictví navrhne vládě navýšit tarifní platy zdravotníků k 1. 9. 2005 o 8 %.

5. Na základě výše uvedených omezení svých nároků a potřeb účastníci žádají zdravotní pojišťovny o obdobné kroky, které by

vedly k úsporám prostředků veřejného zdravotního pojištění a k jeho stabilizaci.

6. Pokud zdravotní pojišťovny přistoupí na úsporná opatření, která budou vyvážená pro všechny oblasti poskytování zdravotní péče a tím umožní úspory finančních prostředků ještě garantující zachování úrovně a dostupnosti zdravotní péče, účastníci podpoří návrhy, aby vláda ČR přijala opatření k doplnění chybějících finančních prostředků do veřejného zdravotního pojištění.

Pokud by zdravotní pojišťovny takové kroky odmítly, účastníci by nemohli podpořit, aby stát vložil další prostředky do systému bez jistot a garancí.

V Praze dne 3. června 2005

*Státní správa:*

*předseda vlády, ministryně zdravotnictví*

*Zástupci:*

*Asociace českých a moravských nemocnic  
Asociace nemocnic ČR*

*Sdružení soukromých nemocnic ČR*

*Koalice soukromých lékařů ČR*

*Česká lékařská komora*

*Lékařský odborový klub-Svaz českých lékařů*

*Svaz pacientů ČR*

*VZP ČR*

*Svaz zdravotních pojišťoven ČR*

## V. Komentář „krizového jednání“ o českém zdravotnictví po 27. květnu mluvčím Koalice MUDr. Janem Jelínkem

V týdnu následujícím po jednání v Kramářově vile se měli jeho účastníci dohodnout na „nějakém kompromisu“, který by mohli premiérovi předložit jako společný návrh. V úterý 31. května uspořádala Koalice soukromých lékařů tiskovou konferenci, na které jsem informoval o průběhu jednání v Kramářově vile a s ostatními zástupci Koalice jsme varovali před dalším neřešením problému deficitu českého zdravotnictví. Týž den jsem se zúčastnil jednání v sídle ČLK, kam jsem byl pozván jako zástupce Sdružení praktických lékařů a ujištěn dr. Rathem, že „Koalice soukromých lékařů nebyla zvána“. Tam z diskuse pro mě jasně vyplynulo, že je snaha právě jen o nějaký kompromis, který dovolí udr-

žování deficitního systému a najde alespoň minimální zdroje pro navýšení platů lékařů. Apeloval jsem na tolikrát deklarovanou radikalitu komory a požadoval jsem, aby případné nátlakové akce lékařů byly zaměřeny na systémové změny, které by znamenaly ukončení zadlužování systému. Tlak na vládu, aby přiznala jeho neudržitelnost a omezila rozsah hrazené péče nebo pro ni zajistila další trvalé finanční zdroje, zřetelně nebyl prioritou přítomných. Po ukončení úterního jednání nebyla na světě žádná dohoda, jen bylo jasné, že komora nebude požadovat revizi seznamu výkonů a jeho změnu na ceník s oddělením reálných režijních nákladů a ceny práce a že za přijatelné považuje odložené vydání součas-

ného sazebníku s nově dohodnutými výkony a s navýšenými indexy s platností až od 1.1.2006. K žádnému dalšímu jednání jsem ze strany ČLK a MZ přizván nebyl. Situaci jsem konzultoval se zástupci pojišťoven, ale tam nešlo o žádný pokus o dohodu, jen o získání informací o jednáních pojišťoven s asociacemi nemocnic a s MZ. Ve čtvrtek 2. června jsem obdržel návrh řešení od VZP a její ekonomickou analýzu. Tento návrh nebyl později vůbec projednáván.

Další jednání s premiérem bylo svoláno na 3. června do Strakovy akademie. Hned po premiérově úvodu přednesla paní ministryně návrh dohody, který byl sepsán na MZ při jednání s ČLK, LOK, zástupci nemocnic i pojišťo-



ven. Návrh byl představen jako přijatelný kompromis „všech zúčastněných“. Dovolil jsem si tedy opět být na obtíž a upozornil jsem na to, že jsem za Koalici o žádném takovém návrhu nejednal a že ho ani teď nemám k dispozici. Premiér tedy dal pokyn „ať mi ho dají“ a následně zjistil, že text, který má sám na stole, není shodný s tím textem, který prezentuje ministryně jako dohodu. Kdyby nešlo o tak významnou věc, považoval bych následující scény za nesmírně humor- né. Slyšet premiéra, jak posílá ministryni pro nepřipravenost k jednání za dveře, nebývá běžnou součástí důležitých jednání. Paní ministryně také už od 3. června 2005 ví, že soukromí lékaři dost dobře nemohou být členy odborů a že tedy pozvání odborářů k jednání automaticky nezahrnuje pozvání soukromých lékařů. Nicméně předložený návrh byl projednán, doplněn a upraven.

Součástí návrhu bylo opět zavedení zdravotních knížek s termínem od 1.9.2005, proti čemuž jsem protestoval, protože již ten termín sám prozrazuje, že v návrhu jde jednoznačně o knížky „papírové“, se kterými se ambulantní lékaři těžko mohou smířit minimálně pro jejich administrativní náročnost a silně přežitou technologii. Upozornění VZP, že na elektronickém přenosu dat pacientů VZP pracuje a připravuje se jeho zavedení, vzal premiér jako reálný příslib a pověřil ministryni, aby koordinovala přípravu zavedení elektronických zdravotních knížek od 1. září 2005 a tím jednání o tomto bodu uzavřel. To je dle mého názoru pro ministryni hodně nezaviděný úkol. Kromě toho má ministryně Emmerová ještě za úkol řídit další jednání o jiných úsporách v systému, například o úsporách za léky.

O vydání sazebníku bylo rozhodnuto tak, že budou navýšeny mzdové indexy a vyjde doplněný o nově dohodnuté výkony s platností od 1.1.2006. Podmínkou jeho vydání již není komorou dříve navrhované administrativní omezení objemu poskytované péče ale naopak garance zachování jejího objemu.

Dále jsme upřesnili jednoznačné vyjádře-

ní o proporcionalitě nárůstu příjmů do všech segmentů.

Na naléhání odborů je v dohodě i příslib navýšení mzdových tarifů pro lékaře-zaměstnance od 1.září 2005 o 8 procent. Konkrétní ujednání o nárůstu platů lékařů bude záviset na výsledcích jednání odborů s vedením nemocnic. Prostor pro nějaké navýšení je dán pouze nárůstem příjmu nemocnic a jejich vnitřními úsporami.

Součástí dohody je i příslib navýšení platby za státní pojištění. Ten ale není přesně vyčíslen, pouze bylo v návrhu uvedeno určité rozmezí, takže můžeme předpokládat, že státní platba stoupne alespoň právě o minimální částku tohoto rozmezí, tedy ještě o 1,3 miliardy Kč. Byl vysloven příslib, že nikdo z účastníků dohody nebude podnikat kroky, které by systém dále prodražily a zadlužily. (Až později vyšlo najevo, že ministryně Emmerová den před tím podepsala novou vyhlášku o úhradě léků, která podle analýzy pojišťoven další výrazné zadlužení přináší.)

Jak lze dosaženou dohodu hodnotit? Byly dojednány podmínky pro to, aby v nejbližší době nedošlo k porušení sociálního smíru ve zdravotnictví. Dohoda má svá pozitiva v tom, že systém alespoň na krátkou dobu stabilizuje, umožní další chod zdravotnictví a definuje, že bude alespoň minimální nárůst objemu financí rozdělen mezi segmenty proporcionalně. (Těším se na další oddlužování. Nemocnice stát oddlužovat umí, ale soukromá zařízení ještě neoddlužoval a v duchu této dohody by je měl současně s případným oddlužením nemocnic oddlužit také!) Do systému bude přisypáno trochu peněz, ale protože opět nebude zavedena žádná ekonomická regulace spotřeby na straně pacientů, zůstane dále deficitním a zadluží se znovu. Periody zadlužování a krizí se nápadně zkracují, každé další nouzové doplnění peněz bez nápravy systému zmizí za kratší a kratší dobu. Samotná interpretace výsledku jednání bude problematická a domoci se důsledného dodržení všech článků dohody bude těžký úkol.

Zvýšení příspěvku za státní pojištění je jen skromnou záplatou, protože ani zdaleka nepokrývá deficit v platbách za státní pojištění, který od roku 1993 významně roste. (V roce 1993 stát platil za své pojištěnce 28,5% z celkového příjmu zdravotního pojištění, v loňském roce, kdy je státních pojištěnců díky stárnutí populace podstatně více, byl podíl platby za ně již jen na úrovni 21% !!!). Stát tedy spoléhá na solidaritu systému a sám sobě poskytuje zcela nemravné úlevy.)

Z hlediska stabilizace současného systému je ale dosažená dohoda přijatelným provizoriem.

Z pozice hlavních aktérů jednání vše vypadá dobře:

Premiér může být spokojen, protože má dohodu, která mu slibuje v rezortu zdravotnictví sociální smír, který snad vydrží do konce funkčního období této vlády a do voleb - tedy má o problém méně.

Ministryně může být spokojena, protože dosažená dohoda momentálně snižuje ohrožení jejího postavení a stejně jako premiéra ji zbavuje nutnosti udělat tolik potřebné systémové změny včetně nepopulárních kroků vůči občanům-voličům, což před blížícími se volbami má nemalý význam.

Prezident ČLK se může chlubit ohromným úspěchem a obhajovat svoji pozici na dalším sjezdu komory alespoň u těch, kterým se mu podaří namluvit, že dosažená dohoda je nějakým průlomem v jednáních a vrcholným úspěchem.

Vedení LOK zase přinese svým členům příslib navýšení platů.

**Závěr: Rozvrzaná kára jede dál a jako štafetový kolík bude horký brambor českého zdravotnictví předán další vládě. Kolikrát ještě?**

Pro Vox připravil:  
MUDr. Pavel Neugebauer

**Vážená kolegyně a kolego,**  
**SPLDD ČR, Česká spořitelna a firma Nestlé Vás zve na seminář**  
**Program generační výměny - převody lékařských praxí**  
**na sobotu 1.10.2005 od 9:30 do Kongresového centra - sál C v Brně.**  
**Kontaktní osoba: MUDr. Miluše Uhlířová, Brno**





## Usnesení Sněmu SPLDD konaného ve dnech 28.-29.5 2005 v Jindřichově Hradci

■ Sněm bere na vědomí vystoupení předsedy SPLDD MUDr. Neugebauera a předsedkyně OSPDL MUDr. Cabrnchové s aktuálními informacemi.

■ Sněm podporuje Výkonný výbor v aktivitách při probíhajících jednáních o řešení situace ve zdravotnictví s představiteli vlády a ČLK.

■ Sněm vyslovuje zásadní nesouhlas s výrokem presidenta ČLK o nadhodnocení frekvence výkonů a o délce pracovní doby u lékařů ve sféře primární péče.

■ Sněm zásadně odmítá přenášení finančního deficitu systému na jednotlivé poskytovatele zdravotní péče.

■ Sněm navrhuje řešit krizi ve financování našich praxí pomocí následujících kroků:

■ SPLDD okamžitě zahájí intenzivní časově neomezenou mediální kampaň upozorňující

na krizi systému zdravotního pojištění. Z důvodu platební neschopnosti pojištěnec hrozí vážné riziko zhoršení dostupnosti a kvality zdravotní péče.

1. Členové SPLDD odešlou zdravotním pojišťovnám dopis upozorňující na závažné porušování smluvního vztahu nedodržením lhůt splatnosti.

Termín plnění : červen 2005

2. Členové SPLDD zahájí penalizaci zdravotních pojišťoven při nedodržení splatnosti faktur.

Termín plnění : první penalizace září 2005.

- vzor upozorňujícího dopisu i penalizační faktury vypracuje Výbor SPLDD

Informace a rozšíření zajistí okresní zástupci

3. Od počátku roku 2006 bude upozorňo-

váno na možnost nepodepsání nových smluv od 1.7.2006.

V případě eskalace krizové situace svolat na jaře 2006 mimořádnou konferenci SPLDD.

4. V případě dalšího negativního vývoje využije SPLDD všech možných právních kroků, které umožňuje právní řád ČR a EU

Sněm doporučuje Výboru SPLDD koordinovat kroky při řešení současné krize ve financování našich praxí s výborem SPL.

Sněm ukládá Výboru SPLDD vypracovat koncept nepodkrčitelných podmínek pro nové smlouvy se ZP.

*Součástí tohoto usnesení je „Prohlášení Sněmu SPLDD“.*

## Prohlášení Sněmu Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Účastníci Sněmu praktických lékařů pro děti a dorost ČR jsou znepokojeni vývojem situace v českém zdravotnictví. Podporují diskusi na téma narovnání ceny lékařské práce při cenotvorbě lékařských výkonů, jsou však znepokojeni některými postoji a návrhy řešení.

Nelze donekonečna akceptovat situaci, kdy dlouhodobě neřešený problém financování vede k neúměrnému prodlužování úhrad po době splatnosti, jehož výsledkem je ekonomické ohrožení provozovatelů dětských nestátních zdravotnických zařízení.

Při cenotvorbě lékařských výkonů musí být

na jedné straně zohledněna skutečná výše režijních nákladů, vynaložených na provádění zdravotnických služeb, na straně druhé spravedlivé ohodnocení práci všech poskytovatelů, tedy i praktických dětských lékařů.

Účastníci Sněmu praktických lékařů pro děti a dorost ČR vyzývají vládu a zdravotní pojišťovny, aby podpořily vypracování solidních ekonomických analýz pro takovou cenotvorbu, která by zrealizovala současné ceny přechodem od Seznamu výkonů s bodovými hodnotami k ceníku výkonů a vedla k ekonomické stabilitě systému a ne ke krátkodobým spíše

politicky motivovaným krokům.

Pokud nedojde k urychlenému řešení finanční krize systému zdravotního pojištění, praktičtí dětské lékaři nevyklučují možnost neobnovení stávajících smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami po skončení platnosti smluv v červnu 2006 a přechodu na jiný způsob získávání finančních prostředků k zajištění provozu jejich ordinací.

*V Jindřichově Hradci 29.5.2005*

*Za SPLDD ČR:*

*MUDr. Pavel Neugebauer, předseda*

## Pracovní činnost lékařů pouze na základě IČO

Osobně mám za to, že postup ČSÚ není správný, a že by IČO nemělo pouze na základě doložení licence komory přidělit. IČO má být přiděleno pouze osobě, která doloží, že je oprávněna podnikat - takovýmto dokladem je podle mne u lékařů pouze registrace NZZ.

Oslovil jsem tedy ČSÚ, které mi sdělilo, že postupuje správně, a že přidělení IČO ještě nezakládá oprávnění podnikat, tedy jde vlastně pouze o určitou evidenci či co. Mé námítky mi relevantně nevyvrátili.

Následně jsem oslovil MZ ČR, které ne-

shledalo v přidělení IČO pochybení, ovšem zároveň jednoznačně uvedlo, že nepřichází v úvahu, aby zdravotní péči (lhostejno zda formou zástupu, služeb na LSPP apod.) poskytovala osoba, která není zdravotnickým zařízením ve smyslu zákona č.160/1992 Sb., tj.

nedisponuje platným rozhodnutím o registraci dle tohoto zákona.

Pokud by k takovému poskytování zdravotní péče docházelo, jde o protiprávní jednání, které může mít pro daného lékaře značně nepříjemné právní důsledky (naplnění skutkové

podstatu trestného činu neoprávněného podnikání dle ust. §118 trestního zákona, atd.).

Jednoznačný je tedy názor MZ ČR - že poskytovat zdravotní péči nemůže jiný subjekt než zdravotnické zařízení (v našem případě nestátní zdravotnické zařízení).

Ačkoli se tedy rozcházejí názory na přidělení IČO, je shoda ohledně neoprávněnosti podnikání bez rozhodnutí o registraci NZZ.

*Mgr. Jakub Uher*



## Usnesení západočeské regionální konference SPLDD ČR v Javorníku - duben 2005

### I. Regionální konference zvolila:

1. mandátovou komisi: MUDr. Aronová, MUDr. Holdšvendová, MUDr. Jirků
2. Návrhovou komisi: MUDr. Kozderka, MUDr. Králová, MUDr. Martínek, MUDr. Pečenková, MUDr. Růžičková

### II. Regionální konference bere na vědomí:

1. Zprávu o činnosti regionu za r.2004 přednesenou MUDr. Šebkovou
2. Zprávu o hospodaření regionu za r. 2004 s kladným zůstatkem přednesenou MUDr. Kubiasovou
3. Zprávu revizní komise regionu o hospodaření a kontrole majetku přednesenou MUDr. Jandovou a to se závěrem - bez závad
4. Informaci o personálních změnách ve výkonném výboru SPLDD ČR (MUDr. Vitoušová)
5. Vystoupení členů výkonného výboru SPLDD ČR a hostů k problémům a perspektivám našeho oboru

### III. Regionální konference schvaluje:

Návrh rozpočtu na r.2005

### IV. Regionální konference ukládá:

1. Okresním zástupcům informovat své členy o hrozících nepříznivých trendech

ve zdravotnictví vycházejících jak z MZ ČR, tak ze zdravotních pojišťoven

2. Výkonnému výboru SPLDD ČR připravit doporučení členské základně pro případy krizových či nestandardních situací se zajištěním její včasné informovanosti
3. Všem členům SPLDD aktivně se zapojit do akcí schválených konferencemi a podpořit jednotným postupem úsilí výkonného výboru ve prospěch všech členů

### V. Regionální konference doporučuje:

Pokračovat v úzké spolupráci mezi SPLDD a OSPDL v rámci kontinuálního vzdělávání lékařů i sester.

### VI. Regionální konference vyzývá všechny členy SPLDD:

- a. k vyšší aktivitě v zájmu zvýšení kreditu PLDD nejen ve vztahu k pacientům, ale i ke zdrav. pojišťovnám a státní správě
- b. k vyšší soudržnosti a jednotnosti s cílem účinnějšího prosazování společných zájmů PLDD při respektování kolegiality a dobrých mravů
- c. k vyšší účasti na okresních shromážděních ČLK s cílem účinněji zasahovat do chodu ČLK

VII. Regionální konference negativně hodnotí skutečnost, že dosud nebyla vytvořena funkční koncepce zdravotnictví, která by stanovovala práva a povinnosti všech zúčastněných stran (pacientů, poskytovatelů i plátců) a negativně vnímá chaos vzniklý zrušením komisí při MZ ČR. Zároveň odsuzuje četné výpady prezidenta ČLK MUDr. D. Ratha vůči zástupcům SPLDD ČR při hodnocení současné situace ve zdravotnictví.

VIII. Regionální konference potvrzuje mandát výkonnému výboru SPLDD k jednáním se zdravot. pojišťovnami a státní správou v zájmu členů SPLDD

IX. Regionální konference se pozastavuje nad opětovnou neúčastí pozvaných zástupců státní správy z Plzeňského a Karlovarského kraje - bez omluvy.

X. Regionální konference děkuje za přípravu tohoto setkání organizátorům, Dětské ozdravovně Javorník na Šumavě, sponzorujícím firmám. Dále děkuje za aktivní účast hostům a výkonnému výboru SPLDD ČR za dosavadní činnost ve prospěch celého Sdružení.

## Reforma zdravotnictví: pacient nebo občan?



Klíč druhý: postavení občana v systému zdravotnictví  
Druhá konference z cyklu Zdravotnictví: šest klíčů k reformě



Na široké nepolitické platformě Euro fora se sešli již podruhé v tomto roce odborníci, aby diskutovali aktuální otázky českého zdravotnictví a hlavně možnosti budoucí nápravy.

Konference se detailněji zabývala hledáním role občana a pacienta v systému zdravotnictví.

Role moderátora konference i následné panelové diskuse se ujal PhDr. Jan Řezáč, šéfredaktor Medical Tribune. Úvodem představil přítomným projekt nezávislé odborné komunikační platformy Euro forum i celý cyklus konferencí věnovaných klíčovému tématu českého zdravotnictví.

V dopolední části programu vystoupili čtyři přednášející s následujícími příspěvky:

### 1. MUDr. Pavel Vepřek

Sdružení Občan - „Dopady „bezplatného“ zdravotnictví“

*Motto: „Klíčový problém je narušení přirozeného vztahu mezi pacientem a lékařem.“*

Koncept bezplatnosti zdravotnictví považuje MUDr. Pavel Vepřek za dlouhodobě neudržitelný a navrhl, aby místo administrativního modelu bylo směřováno směrem k regulovanému trhu ve zdravotním pojištění. Hlavní změny v moderním zdravotnictví by podle něj měly spočívat v tom, že systém bude řízen poptávkou a nikoliv nabídkou. Z pojišťovny v roli plátce by se měl stát „kupec a organizátor“. Zdravotník jako autorita by se měl proměnit v partnera pacienta. Občan (pacient) by měl být považován za zákazníka.

### 2. Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

Fakultní nemocnice Brno - „Rozdíly ve výsledcích péče“

*Motto: „Kdyby lidé chodili na preventivní prohlídky, výrazně by se snížila úmrtnost.“*

Tématem této přednášky byly rozdíly ve výsledcích onkologické péče. Bylo prezentováno, jak stoupá počet nových onkologických onemocnění v České republice. Zatímco v roce 1977 bylo zaznamenáno 37 tisíc nových onemocnění, v roce 1999 to bylo již 59 500 případů a v roce 2010 se očekává 70 tisíc nových onemocnění. Důraz byl kladen na zajištění dlouhodobého fungování programů pro screening karcinomu prsu, děložního hrdla a kolorekta a vyhodnocování vlivu parascreeningových vyšetření v populaci. Dále bylo





prezentováno, že by pacient měl mít možnost si vybrat pracoviště, kde chce být léčen neboť na tom může záležet i jeho přežití.

### 3. Jana M. Petrenko

Koalice pro zdraví - „Pohled pacienta“

*Motto: „Dříve nebo později se každý z nás stane pacientem.“*

„Jedna z mála jistot je, že se dříve nebo později staneme pacienty,“ řekla na úvod paní Jana M. Petrenko. Dále uvedla, že většina patientských organizací byla založena samotnými pacienty, zejména z důvodu nemožnosti najít dostatečné informace a morální oporu v existujícím zdravotním systému. Dále bylo prezentováno, co si pacienti bez ohledu na nemoc, která je trápí, přejí. Na prvním místě samozřejmě bezkonkurenčně vede samotné zdraví. Kromě toho však nemocní chtějí znát svou diagnózu a výsledky vyšetření, které vedly k jejichmu stanovení. Důležité je pro ně dozvědět se pravdu o své nemoci dřív než jejich příbuzní. Rádi by znali názor více odborníků, stejně jako důvody každého lékařského výkonu včetně možných komplikací. Na otázku, zda si přejí seznámit se s prognózou svého onemocnění, odpovídají jednoznačně ano. Potřebují vědět, jak dlouho a do jaké míry budou v důsledku své nemoci v životě omezeni. Chtěli by mít možnost lékařské konzultace po telefonu, šanci objednat se na plánovanou vyšetření bez dlouhého čekání v čekárnách. Za nezanebatelnou považují možnost volby specializovaného zařízení, které se věnuje jejich diagnóze. Uvítali by i podrobnosti o kvalifikaci ošetřujícího lékaře a jeho výsledcích léčby.

### 4. MUDr. Pavel Hroboň, M. S.

Reforma zdravotnictví - forum.cz - „K zavádě-

*ní osobních účtů pojištěnců“*

*Motto: „Nejlepším nástrojem účasti pacientů jsou osobní účty.“*

Osobní zdravotní účty jako doplňky k povinnému zdravotnímu pojištění by podle něj měly umožnit občanům skutečnou volbu, motivovat je k zodpovědnému čerpání. Jako problémy současného zdravotního systému Pavel Hroboň vidí nadspotřebu péče, pasivní roli občana, nemožnost informovaného výběru, podporu korupčního prostředí, diskriminaci slabých a prohlubování nerovností, stejně jako vytěsňování majetných občanů mimo systém a nerovnost v přístupu ke kvalitní péči. Rovněž chybí tlak na zvyšování kvality a efektivity poskytovatelů.

„Zdravotnictví bohužel také do značné míry supluje sociální péči,“ dodal.

Nový systém by měl posílit postavení občanů, zvýšit odpovědnost pacientů za náklady na zdravotní služby a zajistit finanční udržitelnost systému cestou omezení rozsahu povinného pojištění a nebo zvýšením přísunu soukromých zdrojů při zachování všeobecné dostupnosti zdravotních služeb. K tomuto cíli vedou jistá opatření. „Část peněz, které jsou nyní vybírány na veřejné pojištění, by mohla jít na osobní účty pacientů. Vše se bude odehrávat v dlouhém čase. Postupně bude možné přimět lidi, aby si na své osobní účty spořili,“ domnívá se Pavel Hroboň. Kromě zmíněných osobních účtů zakladatel sdružení navrhuje zavést takzvané regulační poplatky za návštěvu lékaře, předepsání receptu a pobyt na lůžku ve zdravotnickém zařízení. Jako třetí možné opatření se mu jeví omezení rozsahu veřejného zdravotního pojištění cestou zavedení spoluúčasti nebo vyčlenění některých služeb z veřejného zdravot-

ního pojištění (100% spoluúčast). K posouzení dopadů jednotlivých opatření si autor stanovil čtyři kritéria: posílení postavení občana, zvýšení zodpovědnosti, finanční udržitelnost systému a všeobecnou dostupnost služeb.

### PANELOVÁ DISKUZE

V odpoledním bloku se účastníci panelové diskuse zabývali podrobněji některými otázkami věnovanými tématu konference.

#### **Panelové diskuse se zúčastnili:**

**MUDr. Milan Kubek, Lékařský odborový klub;**

**Mgr. Tomáš Cikrt, Koalice pro zdraví;**

**MUDr. Jiří Pekárek, Koalice soukromých lékařů**

**Ing. Jiřina Musílková, ředitelka Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.**

Po úvodních vystoupeních účastníků panelu ji zcela opanovala dvě témata. Tím prvním byla otázka spoluúčasti pacientů. Pro přímou spoluúčast pacientů se vyjádřilo 90 % registrujících se účastníků Euro fora, jen 10 % bylo proti. Čtenáři Medical Tribune hlasovali takto: 82 % pro, 12 % proti a 6 % odpovědělo nevim.

Druhým tématem diskuse se stala otázka informací pro pacienty i způsob jejich tlumočení. MUDr. Jiří Pekárek upozornil, že i podávání informací má svůj ekonomický rozměr. Probíhá v určitém čase a ten čas bude muset někdo zaplatit. Je třeba vzít v úvahu i fakt, že budou zavedeny určité minimální standardy péče EU, s tím budou souviset určitá opatření hodnocení kvality, a tak i zavedení toho, co je správné a na co má pacient bezpochyby nárok, bude znamenat vydání více peněz.

## V Evropě vítězí elektronická forma zdravotní knížky

Začátkem června hostil jihočeský Tábor seminář eHospital 2005 věnovaný problematice elektronické zdravotnické dokumentace a elektronických zdravotních knížek. Podle **JUDr. Ondřeje Rathouského z advokátní kanceláře TOMAN, DEVÁTÝ a PARTNEŘI, který se zabývá ochranou osobních údajů, klade stávající legislativa upravující vedení zdravotních informací více otázek než odpovědí, a proto lze v blízké budoucnosti očekávat v této oblasti poměrně velké změny.**

### **Komu vlastně zdravotnické dokumentace patří, lékaři nebo pacientovi?**

Naše legislativa tuto otázku jednoznačně neřeší, v žádném právním předpise nestojí, že by vlastníkem této dokumentace byl lékař, zdravotnické zařízení či pacient. Existují dva názorové proudy a oba mají své opodstatně-

ní. Argumentace, že zdravotnická dokumentace patří pacientovi, se opírá o fakt, že jsou v ní shromažďovány informace, které se týkají konkrétní fyzické osoby. Tato osoba by proto měla také majitelem těchto informací. Jiný právní názor naopak říká, že zdravotnická dokumentace je produktem duševní činnosti

konkrétního lékaře a je proto v jeho vlastnictví. Otázkou ale je, zda je to nutné vůbec řešit. Zákon v zásadě říká, že zdravotnické zařízení a lékař je zdravotnickou dokumentaci povinen vést. Otázkou je spíše šíře práv, která se dostávají pacientovi, o němž jsou lékařské záznamy vedeny.



### **Jak je tedy v současnosti upraveno právo pacienta nahlížet do zdravotnické dokumentace?**

Otázka nahlížení a práva na informace ze zdravotnické dokumentace je upravena velmi vágně. Zdravotnická dokumentace je předmětem právní úpravy obsažené v zákoně o péči o zdraví lidu, kde je přesně vymezeno, které osoby mají právo do zdravotnické dokumentace nahlížet. Mezi těmito osobami není uveden ani pacient, ani osoby, které jsou mu blízké, tedy ani příbuzní či pozůstalí. Opět tu existují dva pohledy na věc. Jeden názor, který nějaký čas zastávalo i ministerstvo zdravotnictví, říká, že pacient takové právo nemá. Protože to se zdálo celé řadě pacientů nepřipustné, řešil celou věc ombudsman pan JUDr. Otakar Motejl, který tento postoj označil za nepřipustný. Vyjádřil se i k právu osob blízkých a příbuzných, když konstatoval, že právo těchto osob není založeno zákonem o péči o zdraví, ale vyplývá z práva na ochranu osobnosti zakotveném v občanském zákoníku. V současnosti se připravuje novela zákona, která by měla okruh osob, které mají oprávnění nahlížet do zdravotnické dokumentace, a práva pacienta výrazně rozšířit. Obecně jde o trend, kterým by se naše legislativa měla v příštích letech ubírat.

Právo nahlížet do dokumentace ale nelze zaměňovat s právem pacienta na informace, kde již dnes zákon výslovně uvádí, že konkrétní lékař je povinen pacientovi informace o jeho zdravotním stavu sdělit. Je ale na něm, aby zvážil konkrétní stav pacienta a zvolil vhodnou formu.

### **Má lékař povinnost předat pacientovi jeho zdravotnickou dokumentaci, pokud se rozhodne přejít do jiného zdravotnického zařízení?**

Podle zákona v případě změny lékaře je dosavadní lékař povinen předat nově zvolenému lékaři všechny informace potřebné pro

zajištění návaznosti poskytování zdravotní péče, nicméně není řečeno, jakým způsobem to provést či zda má dokumentaci vydat pacientovi. Bohužel i v této oblasti existuje řada nejasností, například v souvislosti s tím, že pacient dnes nemá povinnost mít vybraného lékaře. Pokud se rozhodne, že se nebude léčit, není jasné, co se stane s jeho zdravotnickou dokumentací.

Pokud lékař zdravotnickou dokumentaci či její opis pacientovi předá, měl by každopádně dbát na to, aby tam nebyly údaje o třetí osobě a o předání by si měl pořídit zápis. Platí, že zdravotnická dokumentace není vedena pouze ve prospěch pacienta, ale i lékaře. Jejím řádným vedením se může vyhnout problémům, které by souvisely s případným následným zkoumáním jeho postupu.

### **Jak jsme na tom v porovnání s ostatními evropskými zeměmi?**

Řekl bych, že někde na půli cesty. Nejvíce zaostáváme v oblasti vedení zdravotnické dokumentace a zdravotních knížek, kde již některé západoevropské státy mají systém nastaven tak, aby mohly ve zdravotním systému skutečně ušetřit.

### **Zmínili jste zdravotní knížky. Jak se na ně díváte z právního hlediska, mohou nahradit zdravotnickou dokumentaci?**

Nemohou, protože zákon výslovně říká, že zdravotnickou dokumentaci vedou zdravotnická zařízení a lékaři, ať už v elektronické či tištěné podobě. Opět se ale domnívám, že tuto otázku není třeba řešit, protože hlavním účelem zdravotní knížky není nahradit zdravotnickou dokumentaci. Vidím ji především jako vhodný doplněk, který jednotlivé zdravotnické dokumentace propojí a poslouží k výměně informací mezi jednotlivými lékaři. I kdyby byl stanoven jednotný systém vedení elektronické zdravotnické dokumentace, nelze asi nikdy vyloučit, že si lékaři dál povedou

svoje poznámky. Pro mě je ale zdravotní knížka ideální formou sdělení informací ve zdravotnictví.

### **V souvislosti s diskusí o zavedení zdravotních knížek v ČR se mluví také o zabezpečení dat v nich obsažených. Je podle Vás lepší její tištěná či elektronická podoba knížky?**

Bohužel úroveň ochrany osobních údajů ve zdravotnictví je v praxi velmi špatná, a to přesto, že legislativa je poměrně kvalitní. Pokud jsou zdravotnické informace vedeny v listinné formě, lze si jen ztěžít představit, že se k nim nemohou dostat jiné osoby. To by předpokládalo zajištění prostor, kde jsou uchovávány. V elektronické podobě záleží na tom, jaké technologie se použijí. Protože lze ale dnes informace v elektronické podobě zabezpečit stejně jako v bankovním sektoru, není důvod obávat se, že budou tyto informace zneužity. Zda papírové zdravotní knížky, které dnes navrhuje paní ministryně, přinesou užitek, ukáže praxe. Nicméně se obávám, že zneužitelnost u takových knížek je mnohem pravděpodobnější než u knížek vedených v elektronické podobě, které již dnes zavádí v České republice společnost IZIP.

### **Máte informace, zda a jakou formou jsou zdravotní knížky zaváděny i v jiných evropských státech?**

V Německu používají namísto zdravotních knížek tzv. čipové karty. Jejich problémem je, že se na ně vejde málo informací a jsou snadno zneužitelné. Nelze například zamezit tomu, aby s tou kartou nakládali jiné osoby a vydávali ji za svou vlastní. Nyní se tu proto zvažuje zavedení jiných karet, na kterých by bylo možné uchovat více údajů. V Rakousku se pak připravuje zavedení elektronických zdravotních knížek pro celou populaci. Evropa jde jednoznačně cestou elektronické formy vedení zdravotní knížky. ■

## **VÝZVA KOLEGŮM**

**Vzhledem k rozšiřujícím se zahraničním aktivitám SPLDD ČR žádáme kolegy, kteří se domluví anglicky, německy nebo francouzsky, aby se přihlásili na Centrum SPLDD ČR předsedovi zahraniční komise MUDr. Holubovi.**





# Zpráva z 11. národního očkovacího dne

MUDr. Dana Vurmová

členka Pracovní skupiny pro očkování OSPDL ČLS JEP

Dne 28.5.2005 se v Autoklubu České republiky v Praze konal již tradiční, 11.národní očkovací den. Uspořádala ho pracovní skupina pro očkování při České pediatrické společnosti pod záštitou hlavního hygienika ČR MUDr. Michaela Víta.

Velká účast na tomto semináři svědčí o trvajícím zájmu o danou problematiku. Témata přednášek byla pestrá, dozvěděli jsme se o plánovaných změnách v očkovacích schématech u nás, o vakcínách, které budou výhledově zavedeny na náš trh, o způsobu, jak se očkuje v sousedním Rakousku atp.

Jako první vystoupila Dr. Sylva Kvášová z MZd ČR, která sice zdůraznila, jak je nutné postupně přejít na očkování IPV, a to nejlépe co nejrychlejším zavedením hexavakcin, ale zároveň upozornila, že není jisté, zda se najdou finanční prostředky, které jsou odhadovány na cca 150 mil. Kč. Po ní mluvil velice pěkně a zajímavě prof. Wolfgang Maurer z dětské univerzitní nemocnice ve Vídni. Jsou již o kus dál než my, používají hexavakciny pro očkování kojenců, IPV a začali s očkováním proti pneumokokům. Začínají také s přeočkováním dospělých proti pertussi a difterii v 10ti letých intervalech. V Rakousku se již neočkuje proti tuberkuloze a tak, když se začalo diskutovat na téma očkování Tbc u nás, zapojil se pan prof. do diskuse s tím, že v Rakousku nepozorují nárůst tuberkulózy po ukončení očkování a že diskuse, kterou zde poslouchá, měli u nich také, ale již asi před 15ti lety. Před několika týdny bylo totiž pracovní setkání zástupců pediatru, alergologů, imunologů, pneumoftizeologů, vakcinologů a došlo se ke konsensu, že očkování Tbc má i nadále zůstat u novorozenců a ne, jak si přejí jen ftizeologové, tedy posun do 2.půlroku života vzhledem k určitému procentu komplikací po očkování. Potřeba revakcinace v 11ti letech není již odůvodněna a bylo doporučeno její zrušení. Přesto na Národním očkovacím dnu vystoupil pan prof. Křepela, který opět jednoznačně navrhol odsunutí primovakcinace až do 2. půlroku života. Jen pro zajímavost - v Evropě bylo zrušeno očkování již ve 34 zemích proti 8, kde se ještě očkuje. Zajímavou změnu jsme zaznamenali na Slovensku, očkovací látky jsou placeny zdra-

votními pojišťovny, a tak si mohou lidé jen připlatit na nadstandardní vakcinu a ne jako zde, kdy v případě použití hexavakcin, zaplatí cenu celou. Nevýhoda by mohla být, že se jedná o proces složitý, rodič dostane recept, jde do lékárny, vrací se k lékaři a dítě je očkováno. Pochopitelně tím může dojít k určitému propadu a nedodržení očkovacích schémat. MUDr. Cabrnchová stručně vyjmenovala všechny plánované změny v očkování u nás a zdůvodnila je. Většina z vás o nich podrobně uslyší na očkovacích seminářích, které nyní probíhají na 5ti místech ČR. Další blok se týkal rotavirových infekcí. Nejprve Dr. Ambrožová z Inf. kliniky Nem. Na Bulovce hovořila o výskytu a průběhu rotavirových gastroenteritid u dětí a zdůraznila, že nejen frekvence onemocnění je velmi častá, ale že i vážné průběhy s nutností hospitalizace a parenterální rehydratací není nic mimořádného ani ve vyspělých zemích. Ve světě se odhaduje až 140 mil. onemocnění ročně,

z toho téměř 1 mil. úmrtí dětí do 5ti let. T.č. probíhá registrace 2 vakcin proti rotavirům a předpokládá se, že již od podzimu budou na našem trhu. Stejně jsme uvítali sdělení o brzkém zavedení heptavalentní vakciny proti pneumokokům a jejím plánovaném využití pro rizikové skupiny dětí, o kterých hovořila Dr. Škovránková z ambulance očkování FN Motol. Jako poslední pak vystoupila Dr. Daňková z Immedu a krátce pohovořila o kontraindikacích u dětí s alergoimunologickou problematikou. Rádi jsme slyšeli, že většina těchto dětí nemá trvalé kontraindikace očkování a že není nutné se jich příliš obávat, jak jsme někdy v minulých letech vídávali.

Závěrem proběhla diskuse, nejbouřlivější bylo téma BCG vakcinace. I letos byl Národní očkovací den velice zajímavý svými příspěvky a prof. Janda slíbil, že velmi brzy budou abstrakta uveřejněna na webových stránkách ČPS [www.ockovanideti.cz](http://www.ockovanideti.cz).

## Srovnávací studie terapie recidivující akutní rinofaryngitidy u dětí

Homeopatické léčebné metodě se někdy vyčítá, že je příliš individualizovaná (co pacient, to jiná léčba) na to, aby bylo možné stanovit studie, které používají stejná hodnotící kritéria úspěšnosti terapie jakých používá klasická medicína. Nedávná studie\* ukazuje, že je to možné.

Autoři studie srovnávali účinnost dvou a priori rozdílných způsobů **léčby recidivující akutní rinofaryngitidy u dětí**.

Jednalo se o způsob léčby lékařů homeopatů (LH) a lékařů nehomeopatů (LNH). Bylo hodnoceno 499 dětí ve věku od 18 měsíců do 4 let: 231 dětí bylo léčeno 62 LNH a 268 dětí bylo léčeno 73 LH. Zatímco LNH přikročili k preventivní léčbě ve 43 % případů a v 89 % případů použili antibiotika, LH využívali preventivní léčbu mnohem častěji (v 82 % případů) a k léčbě pomocí antibiotik se uchýlili pouze ve 20 % případů.

Studie ukazuje, že u dětí ze skupiny LH se za období šestiměsíčního monitorování vyskytlo méně infekčních epizod, a to: 2,77 na dítě versus 3,83 ve skupině LNH ( $p < 0,001$ ). Ve skupině LH bylo rovněž méně infekčních komplikací, a to: 1,40 versus 1,77 ( $p = 0,009$ ).

Zpracoval: MUDr. Miroslav Černý

Odkazy: \*Disease Management and Health Outcomes, listopad 2004, M. Trichard et al. Effectiveness, Quality of Life, and Cost of Caring for Children in France with Recurrent Acute Rhinopharyngitis Managed by Homeopathic or Non-Homeopathic General Practitioners.

**Beba H.A.**



# Pediatři mezi sebou bariéry nebudují

## Zpráva z XXIII. dnů klinické a praktické pediatrie, Olomouc 2005

Mgr. Iva Daňková

S příjemným pocitem zjištění, že neexistují hranice mezi praktickou a všeobecnou pediatrií a že dětské lékaře stále pojí společné zájmy, skončily v Olomouci XXIII. dny klinické a praktické pediatrie. Dvoudenní kongres pediatriů a dětských sester (19.-20. května 2005) oslovil svým bohatým programem přes 600 účastníků.

„Letošní návštěvnost zaznamenala rekord a stoupající trend je znatelný. Těší mě zejména zájem sester, jimž jsme letos opět uspořádali vlastní sekci,“ sdělil za pořadatele přednosta dětské kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci Vladimír Mihál.

Náplň XXIII. dnů klinické a praktické pediatrie byla podle ohlasů neobyčejně kvalitní a dobře strukturovaná. Přednáškové cykly se zdárně pokusily reagovat na aktuální otázky současné péče o nejmenší pacienty, a to i z pohledů specialistů jiných oborů. „Je důležité vyslechnout si názory kolegů a zkoordinovat vzájemné postupy,“ ocenil mezioborové aspekty MUDr. Jaroslav Matýs.

Jak jinak zahájit setkání podobného druhu než vystoupením dětského pěveckého sboru. Roztomilé Benjamínky zvláště ženské osazenstvo sledovalo takřka dojatě.

Odborná náplň začala blokem pedopsychiatrie a pedopsychologie. Vliv nespecifických střevních zánětů na osobnostní charakteristiky rozebral PhDr. Radko Obereingerů. MUDr. Jaroslav Matýs (ADHD v ambulanci PLDD) a MUDr. Michal Goetz (Panická porucha u dětí a adolescentů) se svými tématy podnítili zamyšlení nad současným stavem a budoucími perspektivami zajímavého a krásného oboru pedopsychiatrie. Že je v systému českého zdravotnictví neprávem opomíjena, dokázalo nadmíru spokojené publikum.

Posluchače také velmi oslovilo téma poruchy držení těla. Doc. PaedDr. Pavel Kolář vystoupil s příspěvkem posturální důsledky centrální koordinační poruchy, MUDr. Miloš Barna probral skoliózy a as. MUDr. Alena Schejbalová nastínila ortopedické vady nohy a aseptické kostní nekrózy.

Nezastupitelnost přednemocniční neodkladné péče v pediatrické praxi potvrdil i stejnojmenný blok. Přednášející (MUDr. Jan Pajerek, MUDr. Jiří Kobr, Ph.D, prim. MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc., MUDr. Marián Fedor) zdůraznili z různých aspektů správné načasování a řazení kroků neodkladné pomoci. Tato sdělení byla vůbec nejuspěšnější částí celého kongresu.

Čtvrtěční program ukončil blok infekčních nemocí. Makrolidy a jejich místo v pediatrické péči zhodnotil doc. MUDr. Dalibor Sedláček, očkování proti varicele shrnul MUDr. Jan Sixta a MUDr. Vlastimil Jindrák zakončil tématem možnosti ovlivnění kvality antibiotické preskripce v primární pediatrické péči.

Příležitost k neformálnímu setkání dal večerní raut s doprovodnou módní přehlídkou a vystoupením hudební skupiny L.I.F. Po dnu náročném na soustředění byl příjemným rozptýlením, z něhož se odcházelo jen nerado a pouze pod tlakem potřeby odpočinout si před druhým přednáškovým dnem.

Výživa dětí je tradičně žádané a oblíbené téma celé pediatrické obce, proto v programu olomouckého setkání nemohlo chybět. Velkou diskuzi vyvolalo vystoupení MUDr. Aleny Mydlilové - kojené dítě v péči PLDD, z něhož vyplynula jednoznačná nutnost podpory kojení v terénu. Doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc. zaujal plénium s gastrointestinální problematikou kojeného dítěte, doc. MUDr. Jiří Nevorál, CSc. navázal s tolik žádanými probiotiky a prebiotiky. „Líbila se mi zejména žhavá diskuze, která vystihla řadu palčivých problémů. Všichni jsme se společně zamysleli nad tím, co patří spíše do kategorie zázraků a co je skutečně prospěšné pro zdraví,“ dodal doc. Nevorál.

Velmi přínosné výstupy přinesl blok nazvaný pochybení v praxi. „Letos jsme se poprvé nebáli podívat se pravdě do očí a dali jsme prostor svým osobním zkušenostem v pochybeních v průběhu diagnostiky i léčby dětských onemocnění,“ zdůraznil za pořadatele Vladimír Mihál. Poučné příspěvky (MUDr. Jarmila Seifertová, MUDr. Olga Roškotová,

MUDr. Ruth Adamová a MUDr. Jan Trubačik) z praxe mrazily i vyvolávaly nevěřičné úsměvy zároveň. „Studovat pochybení lékařů, která se objeví v průběhu poskytování lékařské péče, je celosvětový trend. Připojit se ke sdělování a zamyšlení nad vlastními chybami je poloovičnická cesta k nápravě. Zpětná vazba o chybách, které udělali kolegové, může upozornit na vlastní nedostatky a vést tak k prevenci,“ zhodnotila MUDr. Jarmila Seifertová.

Prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc. zaštil cyklus prediktivní pediatrie a zhodnotil její význam z pohledu onkologie. MUDr. Jitřenka Venháčová doplnila diabetologické hledisko, MUDr. Pavel Geier popsal progresi IgA nefropatie do chronické renální insuficience.

Program lékařské sekce zakončil příspěvek MUDr. Tomáše Lajkepa, Ph.D. etika v pediatrii a výstup Mgr. Ing. Lukáše Prudila, Ph.D. o právních aktualitách v pediatrii.

Jak již bylo zmíněno, letošní XXIII. dny klinické a praktické pediatrie poskytly samostatný program pro 250 sestřiček. Hojně se věnovaly DM v dětském věku, ale i problematice výživy, péče o dětskou pokožku, očkování, pacientům s revmatickým či průjmovým onemocněním, intoxikacím aj.

Pro olomoucký kongres se stává charakteristické, že velký čas se věnuje interaktivním diskuzím. „Do budoucna bychom jim chtěli vyhradit ještě více času, a to i třeba na úkor přednášek. Naším přáním je zajistit také prezentace významných zahraničních pediatriů, zejména ze Slovenska. Rádi bychom jejich zkušenosti konfrontovali s možnostmi a úrovní u nás,“ naznačil organizační plány Vladimír Mihál.

Nezbývá než doufat, že se příští ročník kongresu pediatriů a dětských sester setká s minimálně stejně příznivou odezvou jako letos. „Rádi bychom pokořili magickou tisícovku účastníků a přitom udrželi maximální spokojenost s programem i doprovodnými akcemi,“ přislíbili pořadatelé. ■



**UCB - Xyzal**



# Naléhavé situace u dětí v přednemocniční péči

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

Katedra pediatrie IPVZ Praha; PLDD v Kostelci u Křížků

## Souhrn

V článku jsou uvedeny nové názory a postoje na řešení nejčastějších naléhavých situací u dětí při práci praktického lékaře pro děti a dorost (dále PLDD). Léčba je hodnocena s ohledem na medicínu opírající se o fakta (evidence based medicine, dále EBM).

## Klíčová slova

děti, naléhavé situace, přednemocniční péče, EBM.

### ■ Kardiopulmonální resuscitace (dále KPR) u dětí

V naší republice platí mezinárodně přijaté směrnice z konce roku 2000 (1). Podle nich končí dětský věk v 8 letech. Starší děti jsou resuscitovány stejnými postupy a za užití dovedností a vybavení jako dospělí. Při zahájení KPR u dětí < 8 let platí pravidlo: „začni resuscitovat a volej odbornou pomoc (v našich podmínkách Územní záchrannou službu s lékařem, dále ÚZS) jak to bude nejdříve možné“ („call fast“) - až přijde další záchránce, nebo když dítě již několik minut křísíme a zajistili jsme tím okysličení mozku. U dětí > 8 let a u dospělých platí „call first“ - „nejdřív volej odbornou pomoc a pak

začni křísit“. Má se za to, že u dětí < 8 let bylo selhání základních životních funkcí (dále ŽŽF) vyvoláno nejspíše obstrukcí dýchacích cest a teprve následná hypoxie způsobila oběhové selhání. Toto selhání ŽŽF je možno řešit „jednoduše“, často i bez pomůcek - úder mezi lopatky, stlačení nadbříšku, správná poloha hlavy, dýchání z plic do plic... Selhání ŽŽF u dětí > 8 let a u dospělých bývá způsobeno primární zástavou oběhu, nejčastěji po arytmií způsobené anoxickou hypoxií myokardu (komorová fibrilace), k jejímuž odstranění je třeba defibrilátor. U dětí je tato příčina selhání ŽŽF častější než jsme se domnívali a činí až 10% důvodů, proč jsou děti v přednemocniční péči resuscitovány (2).

Změnily se poměry mezi stlačováním sternu při

zevní srdeční masáži a umělými dechy. Viz tabulka č. 1.

Skutečný počet stlačení sternu a umělých dechů není podstatný, důležitá je efektivnost prováděných výkonů a poměr mezi nimi (proto u dětí > 8 let a u dospělých není poměr výsledkem dělení 100 : 12, hlavní důraz je kladen na účinnost a kontinuitu stlačování sternu). Sternum musí vpadávat při masáži nejméně o 1/3 průměru hrudníku dolů proti páteři a hrudník se při umělých deších musí dobře rozpínat.

S tím souvisí užití pomůcek při umělém dýchání. Diskuse o tom, zda PLDD má pro KPR trénovat tracheální intubaci jsou zbytečné. EBM přesvědčivě dokládá, že dobře prováděné umělé dýchání maskou a samorozpínacím vakem připojeným ke zdroji kyslíku je i u neintubovaného nemocného plně efektivní v zajištění dostatečného okysličení tkání při KPR (samozřejmě při patřičně prováděné zevní srdeční masáži).

Lékem volby zůstává adrenalin v dávce 0,01 mg/kg i.v. nebo intraoseálně. EBM ukazuje, že podávání léků a infúzních roztoků do kostní dřeně je stejně účinné jako aplikace nitrožilní, navíc po krátkém nácviu nepoměrně snáze a rychleji proveditelné u nemocného se selháním ŽŽF než venepunkce. Intrakardiální vpichy jsou v současné době posuzovány jako zcela neúčinné a jsou odmítány.

**Praktický výstup:** V ordinaci PLDD by měla být odsávačka (uvolnění dýchacích cest), zdroj kyslíku a samorozpínací vak a maska, adrenalin. Měli bychom trénovat vstup do kostní dřeně a mít k tomu set.

■ **Obstrukce horních dýchacích cest**  
Akutní subglotická laryn-

tab. č. 1

### Poměr mezi stlačeními sternu při zevní srdeční masáži a umělých deších z plic do plic

Věk	Stlačení sternu: umělé dechy	Výsledný poměr
Novorozenci	90 : 30	3 : 1
Kojenci - 8 let	100 : 20	5 : 1
Děti > 8 let a dospělí - s TI	100 : 12	5 : 1
Děti > 8 let a dospělí - bez TI	100 : 12	15 : 2

TI = tracheální intubace

tab. č. 2

### Skóre podle Downese při akutní subglotické laryngitidě

Příznak	2 body	1 bod	0 bodů
Poslech nad plicemi	ticho	oslabený, vrzoty	normální
Stridor	inspirium i expirium	inspirium	není
Kašel	štěkavý, suchý	drsňý, neproduktivní	není
Dechová námaha	zatahuje podžebrí, mezižebrí, jugulum, otevřená ústa	zatahuje jugulum, má při dýchání alární souhby	není
Cyanóza	i při FiO <sub>2</sub> > 0,4	při dýchání vzduchu	není

Skóre > 2 body transport do nemocnice za pomoci ÚZS, > 4 body léčba na JIP, > 7 bodů nutnost tracheální intubace



tab. č. 3

Diferenciální diagnosa akutní subglotické laryngitis a akutní epiglottitis		
	Laryngitis acuta subglotica	Epiglottitis acuta
Etiologie	Banální virová infekce, sezónní	Flegmóna epiglottis, sepse, Hib*
Začátek	Náhlý, v noci, dramatický	Pozvolný, do dušení uplynou hodiny
Horečka	Subfebrilní, stav dobrý	Přes 39o C, dítě vypadá nemocně
Bolest v krku	Není, dítě volně polyká	Velká, nepolyká ani sliny, tečou z úst
Vynucená poloha	Není, dítě „řadí“	Sedí v předklonu, nápadně klidné
Stridor	Drsný, na vrcholu inspiria	Není, spíše bublání (retence sekretu)
Kašel	Krátký, suchý, štěkavý	Bojí se zakašlat pro bolest v krku
Hlas	Setřený, chraptivý, afonie	Jasný, mluví opatrně, tiše (bolest)
Dýchání	Usilovné, zatahuje mezižebří	Opatrné, povrchní, vpadá jugulum
Fyzikální nález	Nevýrazný, faryngitis	Oteká epiglottis*, ticho na plicemi je známkou kritické obstrukce
Charakter nemoci	Banální, recidivující zánět hrtanu	Invazivní, smrtelná infekční nemoc
Hlavní léčba	Kortikosteroidy co nejdříve	Antibiotika, tracheální intubace
Prevence	Není	Očkování proti hemofilu

+ *Haemophilus influenzae*, sérotyp b  
\* Aspekci epiglottis provést jednou, rychle, netraumatizovat dítě dlouhým vyšetřením

tab. č. 4

Glasgow Coma Scale			
Parametr	Kojenci	Děti	Bodové hodnocení
Verbální odpověď	Žádná	Žádná	1
	Sténání na algický podnět	Nesrozumitelná	2
	Silný pláč na algický podnět	Nepřiléhavá	3
	Dráždivý pláč	Zmatená	4
	Žvatlání	Orientován	5
Otevření očí	Žádné	Žádné	1
	Na algický podnět	Na algický podnět	2
	Na slovní podnět	Na slovní podnět	3
	Spontánní	Spontánní	4
Motorická odpověď	Žádná	Žádná	1
	Extenze na algický podnět	Extenze na algický podnět	2
	Flexe na algický podnět	Flexe na algický podnět	3
	Úhyb na algický podnět	Úhyb na algický podnět	4
	Úhyb na dotek	Lokalizuje bolest	5
	Spontánní pohyblivost	Vyhoví příkazu	6

gitis je nejčastější příčinou obstrukce dýchacích cest u dětí. Skórování podle Downese zůstává základem pomůckou pro hodnocení stavu nemocného i pro rozhodování o léčbě a zacházení s dítětem (3). Viz tabulka č. 2.

Platí, že dítě může zůstat v domácí péči jestliže po aplikaci léků (kortikosteroidy) je možná kontrola lékařem v případě potřeby během 20 min od vyzvání. Pokud jde o léčbu pak lékem volby je dexametazon v dávce 0,3 - 0,6 mg/kg pro dosi i.v. nebo i.m. Alternativou je podání prednisolonu nebo metyprednisolonu 3 - 4 mg/kg pro dosi i.v. Tyto preparáty lze podat i perorálně v podobě tablet (EBM).

Prednison není lékem pro rychlé řešení neprůchodnosti dýchacích cest, kterou způsobuje zánětlivý otok v subglotickém prostoru - EBM (4). Při výrazném dušení (skóre podle Downese > 4 body) je vhodná inhalace adrenalinu 2,5 ml (odpovídá 2,5 mg) naředěných do 3 - 5 ml 0,9% roztoku NaCl.

**Epiglottitis acuta** je v České republice na výrazném ústupu díky plošnému očkování proti invazivnímu sérotypu *Haemophilus influenzae* b, které bylo zahájeno 1.7.2001. Přesto ještě asi dva roky se můžeme setkat s dětmi v kritické věkové skupině do 6 let, které nebyly očkovány.

cháme dítě přes masku směs z komůrky během 5 min vydýchat. Postup můžeme opakovat.

Jako salbutamol (naředěný lék aplikovaný z malé komůrky stlačeným plynem přímo k nosu a ústům dítěte, které ho inhaluje) můžeme podat mukolytikum (a pak po následné jednoduché fyzioterapii provedeme odsátí z nosu a nosohltanu) nebo inhalační kortikosteroid. Bez tohoto postupu nelze účinně léčit kojence a batolata se zánětlivou obstrukcí dolních dýchacích cest a musí být zbytečně hospitalizováni.

**Praktický výstup:** měli bychom mít v našem vy-

Opakujeme: Při podezření na epiglottitidu, která bývá nejčastěji zaměněna za akutní subglotickou laryngitidu (viz tabulka č. 3), nesmí být dítě uloženo naznak a musí být co nejdříve převezeno ÚZS na ARO nebo JIP pro děti.

Při otoku v dýchacích cestách a kritickém dušení můžeme být postaveni před nutnost zjednat vstup do trachey (nejen při akutní epiglottitidě, ale třeba i při alergickém otoku, např. po štípnutí hmyzem). K tomu je třeba pomůcka pro koniopunkci, resp. koniotomii.

**Praktický výstup:** je třeba stále myslet na akutní epiglottitidu. Máme všechny registrované děti očkovány proti *Haemophilus influenzae*, sérotyp b.? Měli bychom mít v našem vybavení set pro koniopunkci, resp. koniotomii.

#### ■ Obstrukce dolních dýchacích cest

Léčba akutního dušení v této situaci se opírá o inhalaci selektivních beta 2 mimetik. Nejčastěji se podává salbutamol 2,5 mg naředěný ve 3 - 5 ml 0,9% roztoku NaCl. K inhalaci může posloužit stlačený kyslík, který máme k resuscitaci. Jde o ideální postup u dětí < 5 let, jež neumí dýchat z obvyklých pomůcek, které užíváme pro starší děti. U nich užíváme plastické komůrky (spacer, air-chamber), kam aplikujeme 2 - 4 vstřiky dávkovaného aerosolu s účinnou látkou a ne-





tab. č. 5

**Látky absorbovatelné a neabsorbovatelné na aktivní uhlí**

Dobrá absorpce	Špatná absorpce
Acetaminofen	Kyselina boritá
Amitriptylin	Etylalkohol
Amfetamin	Metylalkohol
Acetylklosalicylová kyselina a její sole	Etylenglykol
Chlorpromazin	Li, Fe
Kodein	Petrolej a jiné keroseny
Diazepam	Silné kyseliny a zásady
Digoxin	
Imipramin	
Morfin	
Pentobarbital	
Strychnin	

tab. č. 6

**Antidota některých toxických látek, které se často vyskytují jako příčina intoxikací, jsou nebezpečné a antidotum je třeba podat co nejdříve**

<i>Antidota je třeba podat do 60 min od požití toxické látky:</i>		
<b>Organofosfáty</b>	atropin atropinisace	0,05 mg/kg i.v. opakovaně do projevu
<b>Blokátory Ca kanálů</b>	CaCl <sub>2</sub>	10 - 20 mg/kg i.v.
<b>Betablokátory</b>	glukagon	0,15 mg/kg i.v.
<b>Opiáty</b>	naloxon	0,01 - 0,03 mg/kg i.v., opakovat po 15 min, než se vrátí vědomí ne více než 1,2mg
<b>Cyklická antidepresiva</b>	fysostigmin	bolus 0,5 mg i.v.(i.m.), pak opakovaně 0,02 - 0,06 mg/kg/h do celk.dávky 2 mg
<i>Antidota je třeba podat do 120 min:</i>		
<b>Acetaminofen (paracetamol)</b>	N-acetylcystein	úvodní dávka 140 mg/kg per os, dále 70 mg/kg/ 4 h podle hladin acetaminofenu
<b>Amanita phalloides</b>	- silbinin - benzylpenicilin	20 mg/kg/24 - lék volby 1 mil IU/kg/24 h
<b>Těžké kovy</b>	dimerkaptopropanol	5 mg/kg 1.den 6x, další dny 3 - 1 x podle koncentrace tox.látky v krvi+moči
<b>Benzodiazepiny</b>	flumazenil	0,01 - 0,05mg/kg do celk.dávky 2 mg
<b>Krysí jed (kumarin)</b>	K <sub>1</sub> vitamin	0,3 mg/kg pomalu i.v.

bavení pomůcky pro inhalaci pomocí stlačeného kyslíku a vdechování léků z komůrek (air-chamber). Měli bychom tyto postupy ovládat. Rozšíříme tím naše kompetence k léčení dětí bez zbytečné hospitalizace.

**Křeče a bezvědomí**

Ve spolupráci s příslušnou ÚZS bychom měli mít zaveden systém pro hodnocení hloubky bezvědomí. Na místo dříve užívaného skóre podle Beneše se jednoznačně prosazuje Glasgow Comma Scale - viz tabulka č. 4. Při skóre < 8 bodů je nezbytná resuscitační péče.

Při křečích je nutno odstranit obstrukci dýchacích cest a udržovat je průchodné. Neprůchodnost horních dýchacích cest pro špatnou polohu hlavy nebo aspiraci žaludečního obsahu je nejčastější příčinou smrti dítěte v bezvědomí. Lékem volby je diazepam v dávce 5 mg pro děti < 6 let nebo 10 mg pro děti > 6 let. Léčbu aplikujeme buď velmi pomalu (během 3 min) i.v. nebo rektálně ve formě rektálního spreje.

Nejčastěji se setkáváme s febrilními křečemi. EBM bohužel přináší jasné údaje o tom, že účinná prevence opakování febrilních křečí (fenobarbital dlouhodobě, diazepam při začátku virové infekce

„než horečka vyletí...“) neexistuje (4).

Dítě po křečích, byť šlo „jen“ o nekomplikované křeče febrilní patří do nemocnice.

**Praktický výstup:** pozor na dušení při křečích a bezvědomí. Do akutní lékárny patří diazepam rektální sprej.

**Požití toxické látky**

EBM přináší svědectví o tom, že po 1 hodině od požití toxické látky výrazně klesá eliminační potenciál emetik a výplachu žaludku (5). Je otázka, zda ve světle těchto fakt nemá být PLDD provést výplach žaludku ve své ordinaci hlavně při požití život ohrožující toxické látky a v situaci, kdy se dítě nedostane do 1 hodiny do nemocniční péče. EBM zdůrazňuje (5) význam aktivního uhlí jako eliminačního prostředku u látek, které jsou na něj absorbovatelné - viz tabulka č. 5.

Dávka aktivního uhlí, které naředíme vodou do podoby husté kaše, je 1g/kg váhy.

Měli bychom mít ve vybavení antidota, jež je vhodné aplikovat do 60 min požití - viz tabulka č. 6.

Bohužel více a více budou PLDD konfrontováni s tím, že děti jsou vystaveny nebezpečí požití drog. Existuje řada rychlých testů (reakční papírky k orientačnímu vyšetření moče na drogy), jež nám umožní i v ordinaci PLDD vyslovit podezření na užívání drog.

**Praktický výstup:** podání aktivního uhlí je důležitá eliminační metoda a měli bychom ho mít v naší lékárně. Působíme-li v lokalitě, kde může vážnout transport intoxikovaného dítěte do nemocnice, měli bychom mít vybavení k výplachu žaludku. Máme antidota, jež mají být aplikována do 60 min od požití toxické látky?

**Literatura:**

- Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Part 9: Pediatric Basic Life Support, Part 10: Pediatric Advanced Life Support, Circulation, 2000, 102 (supl.), s. 253 - 333.
- Novák, I., Pokorný, J., Fabichová, K.: Kardiopulmonální resuscitace u dětí v České republice, Čes.-Slov. Pediat., 58, 2003, č. 6, s. 356-358.
- Novák, I.: Léčba laryngitis acuta subglotica, Programy kvality a standardy léčebných postupů, PED/2, Verlag Dashöfer, Praha červen 2002, s. 1 - 11.
- Feldman, W.: Evidence-Based Pediatrics, B.C. Decker Inc., Hamilton 2000.
- American Academy of Clinical Toxicology and European Association of Poison Centres and Clinical Toxicologists, Poisoning in Children - The Position Statement, J. Toxicol. Clin. Toxicol., vol. 35: 699 - 762, 1997.



# Kazuistika: Opakované afektivní apnoe u kojence

MUDr. E. Sládková, MUDr. P. Jehlička, MUDr. V. Lád

Dětská klinika, FN a LF UK Plzeň

MUDr. V. Amblerová, MUDr. J. Rokytová

Neurologická klinika, FN a LF UK Plzeň

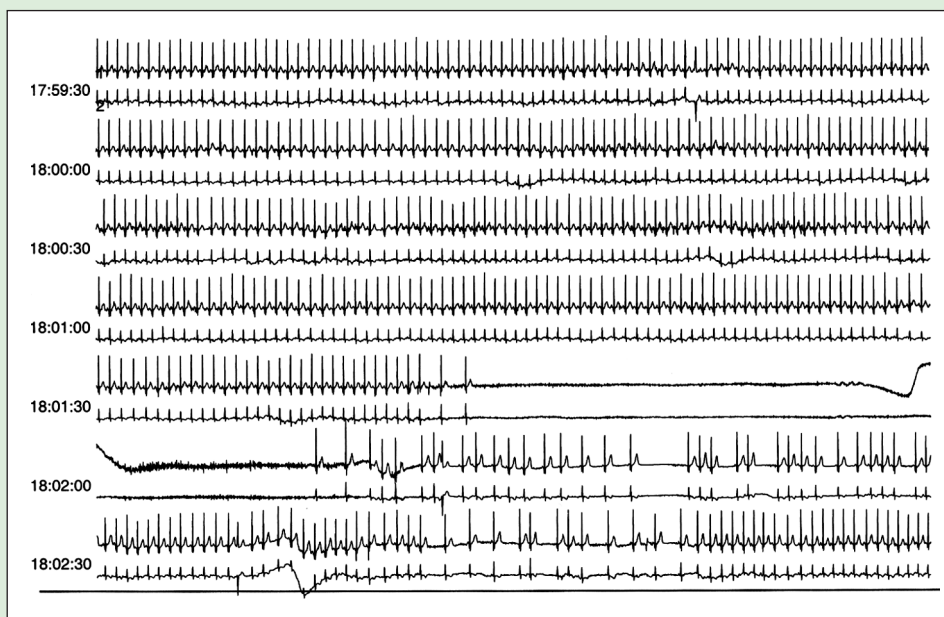
## Souhrn

**Každý z nás se ve své praxi setkává s dětmi všech věkových kategorií s různými typy záchvatů. Diferenciální diagnostika těchto stavů není vždy jednoduchá. Chtěli bychom prezentovat kazuistiku pacientky, která se nám opakovaně vracela se záchvaty afektivních apnoí.**

L.Č. byla odeslána praktickým pediatrem na Dětskou kliniku ve 4 měsících věku pro respiračně afektivní stavy, které se objevovaly již od 6. týdne věku dítěte. Při pláči se dítě propínalo do opistotonu, mělo cca 1 minutu trvající apnoe provázené cyanózou.

Jednalo se o druhé dítě zdravých rodičů, 4-letá sestra měla v anamnéze afektivní záchvaty v batolecím věku. Gravidita byla nekomplikovaná, porod v 39. týdnu, per S.C., p.hm. 3 950 g., délka 52 cm, AS 6-10-10 bodů. Po porodu byl krátkodobě aplikován kyslík, další poporodní adaptace byla dobrá. Dítě bylo kojeno, prospívalo na hmotnosti, kromě BCG nebylo očkováno, dispenzarizováno spádovým kardiologem pro foramen ovale apertum. Somatický nález kromě mírné svalové hypotonie a tendence k opistotonu byl normální.

Při přijetí byla v krevním obraze nalezena leukocytóza s posunem doleva, mírná elevace CRP, normální hodnoty biochemického vyšetření vč. ABR, fT4 a TSH. Ve výtěru z nosu byl vykultivován pneumokok, ostatní kultivační nálezy byly negativní. Normální bylo ultrazvukové vyšetření CNS, EEG i nález na očním pozadí. Neurolog konstatoval, že jde nejspíše o afektivní záchvaty u rizikového dítěte s opožděním ve vývoji vzpřimování a centrálním hypotonickým syndromem. Vzhledem k věku dítěte, ve kterém se výše uvedené stavy objevily a ne zcela normálnímu neurologickému nálezu, bylo nutno pátrat i po jiných příčinách. Vyšetření vrozených metabolických poruch ani při opakovaném odběru během atak apnoí neprokázalo patologické změny. Při vyšetření adnatních infekcí byly prokázány



Obr. č. 1 - Část 24 hodinového záznamu EKG

pozitivní titry CMV ve třídě IgG s kultivační pozitivitou CMV v moči a pozitivitou vyšetření DNA CMV v leukocytech metodou PCR. Během hospitalizace byl zaznamenán pouze jeden stav krátkodobé apnoe trvající do 1 minuty s následnou hypotonií. Dítě bylo propuštěno do domácí péče bez terapie s doporučením neurologického sledování.

Další hospitalizace následovala v odstupu 4 dnů po propuštění, kdy matka pozorovala cca 1 minutu trvající stav apnoe s hypotonií a zblednutím. Podobný stav byl pozorován krátce po přijetí dítěte, opětovná biochemická vyšetření vč. laktátu a ABR byla normální. Bylo doplněno kardiologické vyšetření, které

potvrdilo závěr spádového kardiologa, EKG křivka odpovídala věku. Sonograficky byl prokázán gastroezofageální reflux, následovala antirefluxní opatření.

Při video EEG monitoraci byly zaznamenány stavy intenzivního pláče s apnoickými pauzami s lehkým promodráním v obličejí bez přítomnosti EP korelátu. Další záchvaty se neopakovaly, proto bylo dítě propuštěno do domácí péče.

Při hospitalizaci ve věku 5 měsíců dítěte doporučil neurolog vzhledem k četnosti záchvatů (přes opakovaně negativní EEG nálezy) terapii Rivotrilem. Dítě bylo poté bez po-



tíží až do věku 9 měsíců. Na stávající terapii bylo zklidněno, matka však po domluvě s praktickým pediatrem z obavy před zpomalením psychomotorického vývoje vyžadovala snížení dávky. Po snížení dávky Rivotrilu se při respiračním infektu objevila apnoe s bezvědomím trvající 2 minuty. Ani další EEG vyšetření neprokázalo patologické změny, byla doporučena změna terapie na Convulex. Během hospitalizace byly nadále pozorovány krátkodobé stavy pláče v návaznosti na afekt, které byly provázeny záklonem hlavy a promodráním. Doma záchvaty apnoí s cyanózou progredovaly až na 7 x denně. Neurolog doporučil Convulex vysadit a zopakovat video EEG monitoraci. Při tomto vyšetření byly zaznamenány záchvaty afektivní apnoe v trvání do 4 sekund, kdy se na EEG objevuje pomalá delta aktivita v důsledku přechodné hypoxie mozku. Nepřítomnost epileptických grafoelementů s jasně dokumentovaným bezvědomím na video záznamu vedly k podezření na kardiální příčinu bezvědomí. Na základě tohoto záznamu neurolog doporučil kardiologickou kontrolu včetně 24-hodinové monitorace EKG.

Kontrolní kardiologické vyšetření bylo s neměnným nálezem, t.j. hemodynamicky nevýznamné foramen ovale, na EKG sinusový rytmus, bez arytmií. Překvapivý a alarmující však byl výsledek 24-hodinové monitorace srdečního rytmu. Na záznamu byly zachyceny opakované asystolie s trváním 6 až 24 sekund, kterým předcházela sinusová tachykardie 150 - 160 /min. Po asystolii následovala mírná sinusová tachykardie bez další akcelerace. Nejdelší asystolii předcházela pláč s klinicky dokumentovaným bezvědomím a prolongovanou tonickou křečí. Po konzultaci bylo dítě přeloženo do Dětského kardiocentra ve Fakultní nemocnici v Motole, kde byl vzhledem k délce systolických pauz při Holterovské monitoraci implantován na hrot levé komory epikardiální jednodutinový kardiostimulátor v režimu VVI 100/min. s hysterézou 50/min. a aktivní repetitivní a scan hysterézou. Při kontrolní 24-hodinové monitoraci srdečního rytmu byla potvrzena správná funkce kardiostimulátoru, který stimuluje dle nastaveného algoritmu pouze při náhlém poklesu srdeční frekvence během afektivního záchvatu. Dítě má nadále záchvaty vzteku provázené apnoí, tyto jsou však krátké, bez poruchy vědomí a kardiální dekompenzace.

## Diferenciální diagnostika synkop v dětském věku:

U dětí převažuje porucha autonomního nervového systému, méně časté jsou příčiny neurologické nebo kardiální.

- **Neurokardiogenní synkopy** jsou nejčastější příčinou bezvědomí u dětí. Jsou odpovědí na emoční stres. Kolapsu předchází zblednutí, opocení a nauzea, někdy je přítomna iniciální mydriáza. Většinou odezní do 1 minuty, mohou se též přidružit tonicko-klonické křeče, vzácně inkontinence.
- **Reflexně-anoxické záchvaty** (respiračně afektivní stavy) začínají většinou v kojenckém a batolecím věku. Záchvatu předchází perioda pláče, která končí protrahovaným expiriem proti zavřené glottis s patrnou cyanózou. Rychlý reflexní vzestup vagotonie vede k asystolii. Může být přítomna tonicko-klonická aktivita.
- **Syndrom karotického sinu** je vzácný, příčinou je dráždivý karotický sinus, jehož kompresí dochází k významné bradykardii nebo asystolii.
- **Vago-vagální synkopy** vznikají podrážděním periferních vagových receptorů. Mohou být tussigenní, deglutinační, mikční nebo defekační.
- **Ortostatické kolapsy** mohou být charakteru vasodepresivního (neadekvátní hypotenze), kardioinhibičního (bradykardie) nebo smíšeného.
- **Kardiální synkopy** jsou vzácné, většinou sekundární při srdečním onemocnění. Příčinu mohou mít arytmogenní (fibrilace komor, deblokovaný flutter síní, bradykardie při AV blokádách apod.) nebo obstrukční (těsná aortální stenóza, myxom, trombus apod.)
- **Neurologické synkopy** bývají nejčastěji epileptogenního původu.

Po celou dobu jsme si kladli otázku, zda se jedná opravdu o primárně afektivní záchvaty. Po provedení všech vyšetření a dle charakteru záchvatů se domníváme, že ano. Významné asystolie si vysvětlujeme jako důsledek extrémní reflexní vagotonie při usilovném exspiriu proti uzavřené glottis během afektivního stavu. Primární souvislost aktivní cytomegalové infekce s poruchou rytmu se nám vzhledem k absenci laboratorních a echokardiografických známek poškození myokardu nezdá pravděpodobná.

Výše uvedená kazuistika pro nás byla poučením, že afektivní záchvaty, které vidáme často především ve věkové kategorii batolat, mohou významně ohrozit i kojence. Případ naší pacientky byl jistě raritní, ale právě v tomto případě jsme si ověřili užitečnost video EEG monitorace. Absence epileptických grafoelementů při jasně časově dokumentovaných stavech bezvědomí s apnoí a tonickou křečí přiměla neurologa k doporučení 24-hodinové monitorace EKG. Toto vyšetření nás poté vedlo ke správné diagnóze a adekvátní terapii.

## Poděkování

Chci touto cestou poděkovat předsedkyni OSPDL ČLS JEP MUDr. Haně Cabnochové a všem praktickým dětským lékařům v Praze za osobní angažovanost, kterou projevili při zajištění potřebného objemu očkovací látky proti poliomyelitidě na II. etapu očkování. Jen díky tomuto nemalému úsilí se podařilo dodržet termín zahájení II. etapy tohoto očkování.

MUDr. Michael Vít, Ph.D.  
Hlavní hygienik České republiky





## Multicentrická studie zkoumající vliv výživy na imunitní systém českých dětí

**Studie probíhá s podporou SPLDD a s vědomím pracovní skupiny pro dětskou gastroenterologii a výživu České Pediatrické Společnosti JEP.**

**Cíl studie:** Zjistit, jakým způsobem jednotlivé typy výživy posilují důležitou složku imunitního systému - chemické bariéry.

**Výchozí hypotéza:** Mateřské mléko je ideální stravou kojenců. Je to nejen jeho výživovým složením, ale zejména díky jeho vlivu na imunitní systém kojenců. Mateřské mléko prokazatelně posiluje složky imunitního systému. Jednou z důležitých složek jsou chemické bariéry.

Chemické bariéry jsou tvořeny prospěšnou hodnotou (kyselým) pH, neboť kyselé prostředí dokáže zahubit mnoho typů negativních bakterií (jako plísně, kvasinky a další). pH střevního obsahu je ovlivňováno mastnými kyselinami s krátkými řetězci (SCFA)

Hypotéza studie: Pouze výživa s určitým typem prebiotické vlákniny (mateřské mléko

a Nutrilon) dokáže udržovat prospěšnou hodnotu pH střevního obsahu.

**Účastníci studie:** Kojenci v péči praktických pediatriů. Tito kojenci musejí používat výhradně jeden typ stravy (mateřské mléko, či jednu značku kojeneckého mléka). Praktický pediatri si zvolí, jaké druhy výživy by chtěl otestovat. Pro dané typy výživy najde vhodné kojence. Vybere dítě kojene a dále děti, které již používají určitou značku výživy. Pokud žádné dítě určitou značku výživy nepoužívá, praktický pediatri po dohodě s matkou dítě (po ukončení kojení) na tento typ převede. Děti musejí používat výhradně jeden typ stravy (mateřské mléko, či jednu značku kojeneckého mléka), být nejméně ve věku 1 měsíc, nesmí ještě být v období příkrmu a daný typ stravy musí být užíván nejméně po dobu 3 týdnů. Děti nesmí být po dobu 1 měsíce před měřením podávány léky (nebylo vážně nemocné).

**Průběh studie:** Studie probíhá v celé České Republice, je multicentrická a účastní se jí ko-

jenci v péči praktických pediatriů. Studie probíhá měření pH střevního obsahu kojenců za pomoci lakmusového papírku.

**Popis měření:** Měření provede doma matka, co nejdříve po vyloučení stolice. Lakmusový papírek položí na stolicí tak, aby zůstala shora viditelná strana s barevnými pruhy. Po zabarvení středního pruhu provede odečet hodnoty pH. Tu zapíše a při příští návštěvě předá svému pediatriovi. Praktický pediatri odešle všechny zjištěné hodnoty organizátorovi studie.

**Vyhodnocení studie:** Výsledky budou oznámeny po ukončení studie a vyhodnocení odborníky z České Pediatrické Společnosti a zástupci společnosti Nutricia a.s. v průběhu ledna 2006.

**Časování průběhu studie:** Sběr dat probíhá od 1. července do 31. října 2005. Záznamová karta bude odeslána k vyhodnocení do 31. října 2005.

## BARVOCITOVÉ TABULKY

podle původního německého originálu

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

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

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

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

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

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

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

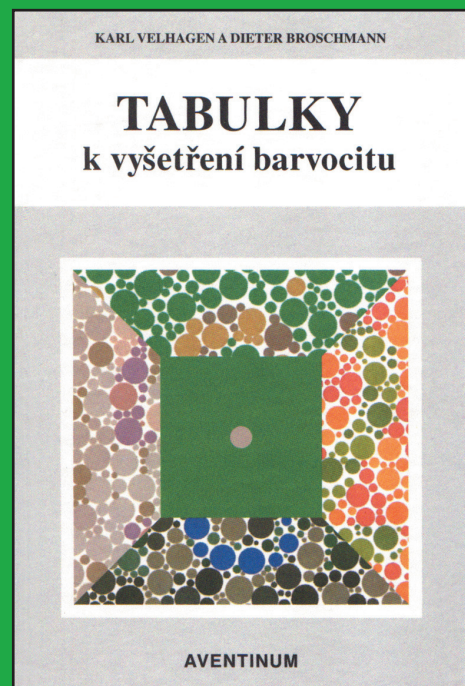
MUDr. Jiří Cendelín, CSc.

Zájemci, obraťte se  
na adresu časopisu  
VOX PEDIATRIAE

Obálku označte heslem „Tabulky“.

cena: 600 Kč

včetně poštovního a balného





# Alergie na hmyzí bodnutí

MUDr. Eva Vernerová

Ústav imunologie 2. LF UK a FN v Motole

**Alergická reakce na hmyzí bodnutí** je v letních měsících velmi častou a občas i poměrně závažnou příhodou. Organizmus na bodnutí reaguje bolestí v místě vpichu, začervenáním a otokem. Tyto příznaky vymizí za několik hodin, případně do dalšího dne. Takto vypadá „normální“ fyziologická odpověď postiženého jedince na hmyzí jed.

Alergická reakce se projevuje buď jako rozsáhlejší reakce místní nebo jako reakce anafylaktická. Místní alergická reakce je nápadná výrazným zarudnutím a otokem, které zasahují podstatně dále od místa vpichu než při reakci fyziologické a také výrazně déle přetrvávají. Příznaky vrcholí až za 24 až 48 hodin a mohou být provázeny i mírnou nevolností a únavou.

Anafylaktickou reakci rozumíme náhle vzniklou, potenciálně život ohrožující systémovou reakci, která vzniká následkem masivního uvolnění biologicky aktivních mediátorů z buněk. Její výskyt v populaci kolísá mezi 0,3 - 3%. Právě tato reakce vyvolává mezi pacienty i lékaři obavy a vyžaduje vždy kromě urgentní léčby i následnou vakcinoterapii.

## Blanokřídilý hmyz

Ze zdravotního hlediska jsou v našich podmínkách významní zejména zástupci čeledi včelovitých (Apidae), sršňovitých (Vespidae) a mravenců (Murmiciidae).

Jejich jedový aparát je umístěn v zadní části zadečku a tvoří jej žihadlo, jedový vak a jedové žlázy. Žihadlo se vyvinulo z kladélka, které při kladení vajec vývojem ztratilo význam. Proto samci žihadlo nikdy nemají. Při bodnutí se původně zatažené žihadlo vysune, probodne povrch těla oběti a vpraví do něj jed.

Včelí žihadlo je opatřeno četnými zpětnými háčky, které jsou příčinou toho, že v ráně pevně ulpí. S ním je pak z těla vytržen i celý jedový aparát, což je pro včelu smrtelné zranění. Často se traduje, že žihadla ostatních zástupců čeledi blanokřídilého hmyzu háčky nemají. Není tomu tak, ale jejich množství je podstatně menší a háčky jsou drobnější. Nositelé takového bodavého aparátu jsou proto schopni žihadlo z rány vytáhnout a použít jej opakovaně. Jedové žlázy jsou dvě a produkují odlišné sekrety. Ty jsou následně odváděny do jedového vaku, kde mohou být skladovány.

Hlavními složkami hmyzího jedu jsou biogenní aminy a aminokyseliny (histamin, serotonin, adrenalin a noradrenalin, v jedu sršně též acetylcholin), polypeptidy (kininy a mastoparany) a enzymy (hyaluronidáza, fosfolipáza A2 a fosfolipáza B).

Biogenní aminy jsou zodpovědné za bolestivost, zánětlivou reakci v blízkém okolí a otok.

Polypeptidy mají vazodilatační účinky, porušují membrány žirných buněk (uvolnění histaminu), erytrocytů (hemolýza) a krevních destiček (uvolnění serotoninu). Některé procházejí hematoencefalickou bariérou a mají centrálně dráždivé účinky.

Enzymy usnadňují šíření složek jedu do okolí, vedou k hemolýze, k poškození mitochondrií a zvyšují propustnost nejrůznějších membrán. Obvykle jsou také nejvýznamnějšími alergeny odpovědnými právě za rozvoj alergické reakce.

## Lokální alergická reakce

Je nejčastější alergií na hmyzí bodnutí. Erytém a otok se z místa bodnutí šíří do značné plochy (při bodnutí do dlaně zasahují až nad loket) a maxima velikosti dosahu-

jí za 24 - 48 hodin po bodnutí. Příznaky obvykle přetrvávají 7 - 10 dní. V těžších případech jsou provázeny malátností, únavou a nevolností. Kůže na ostatních částech těla je intaktní. Afekce ustupuje spontánně a léčba nebývá obvykle nutná. V závažnějších případech, ať již velkých rozsahem či provázených lehkými celkovými projevy, podáváme po dobu 2 - 3 dní v obvyklé dávce antihistaminika a Prednison. Doporučená dávka Prednisonu u dospělých je 40 mg denně, u dětí to bývá v závislosti na věku 5 - 20 mg denně.

Přeočkování proti tetanu není vhodné, antibiotika obvykle rovněž nedoporučujeme, neboť rána po bodnutí bývá infikována zcela výjimečně. Borelióza se žihadlem nepřenáší. Při opakovaném bodnutí je riziko anafylaxe maximálně 5 %, u dětí ještě méně a vakcinoterapie tudíž není indikována. Velká místní reakce se po další expozici bude opakovat u 80 % dospělých a minimálně u 65 % dětí.

## Anafylaktická reakce

Dosud bohužel neexistují žádná spolehlivá klinická kritéria, která by vytypovala jedince, kteří jsou potenciálně ohroženi anafylaxí. Jediným rizikovým faktorem je výskyt obdobného stavu v minulosti. Anafylaktická reakce se může vyskytnout v kterémkoli věku. Opakování reakce není kupodivu nezbytným pravidlem, vyskytuje se u 60 % lidí s méně závažnou anafylaxí v anamnéze a u 80 % těch, kteří již život ohrožující reakci prodělali.

Reakce se rozvíjí obvykle během 10 - 30 minut po bodnutí a začíná svěděním kůže (často na dlaních a chodidlech), generalizovanou urtikou či erytémem a otokem podkoží nejen v místě bodnutí, ale kdekoli na těle, zvláště v místech řídkšího pojava. Následně dochází k bronchospazmu s dušností, dále se objevují nauzea, křeče v břiše, průjemy, zvracení, nepravidelně i děložní stahy. Nejzávažnějším projevem je pak cirkulační kolaps, který bývá provázen poklesem krevního tlaku a případně i poruchou vědomí.

Pokud zůstalo žihadlo v kůži, vždy jej šetrně odstraníme tak, abychom do kůže nevymáčkli zbytek jedu. Tento zásah by měl být okamžitý, neboť jed proniká do těla velmi rychle.

Okamžitě podáváme subkutánně Adrenalin, u mladších dětí 0,15 ml, u dětí nad 12 let

0,3 ml. Antihistaminikum v injekční formě podáme rovněž co nejrychleji, pokud možno i.v., možné je i i.m. podání. Obdobně postupujeme při parenterální aplikaci Hydrocortisonu, kde je též optimální i.v. podání. Pokud je stav vážný, dbáme o udržení vitálních funkcí a dítě transportujeme v každém případě alespoň na 24 hodin do nemocnice ke sledování.

Po anafylaktické reakci je vakcinoterapie nezbytná a všechny kontraindikace jsou pouze relativní.

## Sérová nemoc

Tato reakce, která je po hmyzím bodnutí poměrně vzácná, začíná 7 dní po bodnutí hmyzem a projevuje se bolestmi kloubů, generalizovanou urtikou, lymfadenopatií, horečkou a někdy též hepatosplenomegalií. Postižení jedinci jsou při následném bodnutí anafylaxí ohroženi častěji a jsou proto kandidáty na specifickou vakcinoterapii.

## Toxická reakce

Tato reakce u nás nebývá častá, neboť zdravý člověk

přečká bez závažnějších problémů i několik desítek žihadel. Pokud k reakci dojde, objevují se následkem účinku hmyzího jedu zejména potíže kardiovaskulární a respirační. Léčba musí být zaměřena na udržení vitálních funkcí. Toxická reakce vede poměrně často k senzibilizaci a postižení jedinci proto musí být následně vyšetřeni alergologem a hlavně otestováni alergenem z příslušného hmyzího jedu. Tito nemocí jsou rovněž adepty vakcinoterapie.

## Zkřížená alergie

Tzv. zkřížená alergie se mezi příslušníky hmyzu různých čeledí nevyskytuje, mezi zástupci téže čeledi však ano. Alergie na včelu je tudíž provázena alergií na jed čmeláka (nikoli na jed vosy) a alergie na jed vosy pouze alergií na sršně. Vzácně se však můžeme setkat i s jedinci alergickými na větší množství alergenů, a proto není vyloučena ani současná přecitlivělost na hmyzí jedy zástupců několika čeledí.

## Prevence

Alergie na hmyzí bodnutí ovlivňuje výrazně kvalitu života, neboť prožitá anafylaktická reakce vede k následné úzkosti a obavě z pohybu a pobytu v přírodě.

Příslušný alergik bude klidnější, bude-li vybaven Epipenem, což je adrenalin v autoinjektoru, který při okamžité aplikaci do stehna zabrání ohrožení vitálních funkcí. Nárok na Epipen má každý, kdo anafylaktickou reakci prodělal a má na příslušný jed pozitivní kožní test. Většinou pojišťovna poskytuje na Epipen plnou úhradu. Mimo to by měl mít každý alergik na hmyzí bodnutí i tzv. „pohotovostní balíček“, který obsahuje antihistaminikum, krátkodobé inhalační betamimetikum (např. Ventolin), kortikoid a ephedrin. Rovněž legitimace alergika může v kritickém stavu usnadnit následnou péči.

Důležitá jsou i známá obecná pravidla pro pohyb v přírodě: nošení bílých oděvů, vyloučení konzumace jídla a sladkých nápojů a omezení aplikace veškerých kosmetických přípravků.

Pokud je nutná terapie vakcínami, pak léčba probíhá na alergologii. Měli bychom vědět, že terapie trvá obvykle pět i více let a zejména v počátku bývá provázena většími lokálními reakcemi než aplikace jiných vakcín. Někdy se při ní objevují i lehké celkové problémy, které obvykle vymizí při přechodném užívání nesteroidních antirevmatik, zřídka i p.o. kortikoidů v den aplikace a v následujících dvou dnech.

## Závěr

Vakcinoterapie hmyzím jedem bývá úspěšná až u 98 % léčených jedinců. Již po dvou letech léčby se riziko opakované anafylaxe snižuje z původních 60 % na 10 % a po 3 - 5 letech léčby až na 2 %.

Bohužel se stále setkáváme se situací, kdy pacient přichází na alergologii pro polinózu a my se až při anamnéze překvapivě dozvíme, že má alergii na hmyzí bodnutí. Mezi dospělými je takto „nezachycených“ jedinců stále mnoho. V dětském věku je naštěstí situace podstatně lepší. Každý, kdo alergii na hmyzí bodnutí prodělal, musí být bezpodmínečně vyšetřen a dispenzarizován na alergologii.

Podpořeno VZ MSM 0021620812.

**inzerce URGO**





# Adrenalinové zážitky, zábavy a sporty

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

Katedra urgentní medicíny a medicíny katastrof IPVZ, Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče, FN Motol, Praha

## Souhrn

**Adrenalinové zážitky a adrenalinové sporty jsou oblíbené již u dětí, zejména u chlapců. Mohou být nebezpečné, vzestup adrenalinu utlumí strach a traumata jsou častá. Mohou navodit snahu opakovat uvezený extatický zážitek až ke vzniku závislosti. Dispozice je pravděpodobně genetická, inklinují k nim agilní jedinci. K terapii traumat patří i psychologický aspekt, který posoudí klinický psycholog, nejlépe společně s rodinou a s nejbližšími vrstevníky. K alternativním a bezpečnějším možnostem bez potlačení kreativity přispívá vzdělání, možnost odlišného sebeuplatnění a nestereotypních prožitků. Adrenalinové zážitky a sporty nelze vymýtit, je třeba je jistit bezpečnostními prvky a kladně je usměrnit v době nezralosti dětí a nezletilců.**

### ■ Adrenalin se nepodílí izolovaně

Adrenalin není pouze kardiálně a hemodynamicky účinný působek z dřene nadledvin; je přítomen např. i v CNS, kde se jeho normální hodnoty mohou v akutní krizové situaci zvýšit až tisícinásobně a svému nositeli se stát stimulem maligní dysrytmie - fibrilace komor (1). Je důležitým působkem v metabolismu, zvyšuje glykemii a laktátemii, účinkuje v termoregulaci, představuje míru vitality a uplatňování energie (2). Ideálně má být vyvážen s dalšími mediátory a společně s nimi vytvářet tzv. zralou osobnost. Trvá však do začátku středního věku než se v příznivých případech rovnováha ustálí a reakce na zevní podněty i změny homeostázy organismu nevybočí do sebezníčovících syndromů. Jeho vliv se projevuje již v dětství, zejména u chlapců, kdy testosteron ještě nepotencuje jeho uplatnění. Je jedním z řady působků, které společně navozují extatické akutní zážitky. V dětství a u nezralých a nevyvážených osob jsou nebezpečné především omezením racionálního chování, vybočením ze společenských pravidel a norem, snížením strachu, zvýšením agresivnosti, snížením pudu sebezáchovy a snahou opakovat nezvyklý prožitek za jakoukoli cenu. Rizika zahrnují traumata daného jedince i jiných osob, škody na majetku, vznik závislosti, trestnou činnost. Problematika je charakteristická především pro mírovou dobu a pro uspořádanou společnost.

### ■ Podněty a následky

Kazuistiky s obsahem uvedeným v názvu představují velmi různorodé náhlé příhody, vyvolané snahou nezralých, agilních, hyperkinetických, často kreativních jedinců, kteří se touží alespoň na krátkou chvíli, o jejíž pomíjivosti a důsledcích nepřemýšlejí, vymknout z každodenního stereotypu a z hierarchického zařazení do společnosti.

Touží zažít nezvyklý, vzrušující, extatický zážitek, touží jej opakovat, chtějí za každou cenu vyniknout a domoci se pozornosti, získat pocit moci nad slabšími, pomstít se. Genetická dispozice je známa (3), celková atmosféra při výchově ve společnosti je významná. Prožitek může poskytnout kladný i negativní čin. Zvýšený adrenalin utlumí pocit strachu, převládne podnět. Úspěch přináší euforii, negativní výsledek může vést ke zkratovému jednání, neúspěch může vyústit do reaktivní deprese.

„Adrenalinový“ přívlástek je zjednodušující. Na zážitek, popř. na návyku se podílejí podstatnou měrou i další působky, např. z limbické oblasti s NMDA a AMCHA receptory. Celý zážitek ozvláštňují intenzifikací vnímání pohybu, rychlosti a zrychlení, nezvyklé kinetiky, hudby, barev, tance, sexu.

Prožitek lze umocnit energetizujícími rekreačními nápoji - flipy a koktejly, tabletami (4). Obsahují např. gamma-hydroxybutyrát sodný (5) nebo designérsky vyrobené substituované amfetaminy společně s malou dávkou lehkého halucinogenu (6). Mohou přispět k nežádoucím účinkům, nečekaným činům i proto, že nezkušeným experimentátorům nabídnou dealeři zcela odlišné látky (7). Endogenní působky se zvýší i stimulací stejného chování okolního davu, poslechem rytmické hudby, střídavými světelnými efekty, rytmickou rotací těla a hlavy. Podobné duševní stavy může navodit i šumění mořských vln, navozující extatický pocit, jestliže je posloucháme o samotě a v tichu. Způsobit je lze i náhlým vztykem po delším předklonu a stlačením a. carotis communis oboustranně proti těmto krčních obratlů jako tzv. umělý spánek, známý z dětských domovů, věznic, při šikaně dětí a nezletilých.

Náhlé příhody mohou vzniknout cíleně, ale

i experimentováním nebo náhodně a část z nich může končit těžkým až kritickým poškozením mentálních funkcí a celkového zdravotního stavu.

### ■ Kazuistiky

Gamblerství patří k adrenalinovým zážitkům, i když je nevnímáme jako typický adrenalinový sport. Z reálných kazuistik lze stručně zmínit dva případy:

- Čtrnáctiletí hoši - gambleři jsou za krádeže peněz ve vlastních rodinách potrestáni zákazem vycházek. Po krátkém agresivním pokusu o vyrazení dveří reagují zmateností, třesem, anxiózitou, neklidem a pokusem o sebevražedné oběšení. Patofyziologickým mechanismem je psychická závislost, abstinční syndrom, nezralost. Obdobné klinické projevy mohou mít bojové hry na Playstation, řešené náhlým zákazem a odnětím. Pohovor rodičů s klinickým psychologem a před rozhodujícím zákazem je stejně důležitý jako pohovor s dítětem, doprovázený zpočátku symptomatickou terapií. Abstinční syndrom není pouze psychogenní, gamblerství je založeno na stimulaci a náhlé karenci endogenních působků v CNS podobně jako u exogenních návykových drog navozujících fyzickou závislost.

Adrenalinové zážitky nemusí být vždy spojeny s pravidelným tréninkem určitého sportu. Jednotlivý, vysoce euforizující zážitek poskytne i skok na pružném laně. Jeho somatická rizika i při zajištění bezpečné pevnosti a pérování lana mohou ovlivnit především krční páteř a mikrocirkulaci, zajišťující krční míchu. Jde o trampolínový efekt těžké hlavy vůči extenzibilitě krční páteře se slabými šíjovými svaly. Porucha nutričního zásobení krční míchy může mít odložený nástup příznaků, např. v rozvoji slabosti dolních končetin a v pocitu akrálních parestezií.

**HIPP**



V souboru kazuistik oddělení figurují různé motivy náhlých činů, vedených snahou vyniknout, předvést se, zkusit osudový počín; racionální uvažování bývá navíc zkresleno požitím alkoholu, lysohlávkou, pervitinu:

■ Přeskok úzkého světlíku do otevřeného okénka sousedů ve výši 5. patra; lehká ebrieta: pád do světlíku, polytrauma s roztržitěbnou dolní a horní čelistí, s poraněním kyčlí, se zlomeninou ve výši bederní paterě bez porušení míchy; primární ošetření na dně světlíku lékařem spuštěným z vyššího patra okénkem na laně; hoch přežil s amnezií, s kvalitními mentálními funkcemi a bez zhoršení hybnosti dolních končetin.

■ Chůze po parapetu šíře 30 cm ve výši 3. patra v rámci sázky hochů o odvaze; pád pod vlivem závratě na travnatou rozměklou půdu; polytrauma, kontuze mozku; přežil bez většího postižení hybnosti, amnézie, lehký postkontuzní syndrom.

■ „Ruská ruleta“ nezletilých: průstřel temporoparietální krajiny - nepřežil.

■ Pomsta: Údery do obličeje oběti, držené za krk v poloze zpřímá proti pevné zdi; oběť i tři násilníci po opuštění disko-party s hektickým tancem a s lehkou ebrietou; nejnápadnější se jevílo poranění měkkých částí obličeje, kolem krku nebyly známky stisku, protože hoch měl šálu, v týle lehký hematom; do 24 hodin rozvoj kontuzních změn v kmeni mozku s rozvojem bezvědomí; propuštěn domů po 3 týdnech intenzivní péče, racionální s depresivním chováním.

■ Skok do dětského bazénku před společností vrstevníků v lehké ebrietě: kvadruplegie, provedena osteofixace krční páteře, postupně nastupují projevy hybnosti, ale i spasticity horních končetin; plně při vědomí; reaktivní depresivní syndrom.

■ Jízda dívky na koni, kterému byla ze zvědavosti do sena podána příměs konopí; kůň zcela nečekaně shodil svou pravidelnou a oblíbenou nezletilou jezdkyňu, kopytem vyrazil okénkovou zlomeninu čtyř žeber vlevo medioklavikulárně: kontuze levé plíce, drénován pneumomotorax a pro trvající krvácení provedena levostranná horní lobektomie. Toxikologické vyšetření dívky bylo negativní. Zhojena, mentální funkce nepostiženy.

■ „Date rape“ - znásilnění bez fyzického násilí na dohodnuté běžné schůzce. Není vyloučen ani opakovaný styk nebo skupinový sex pod vlivem empatogenů/ entaktogenů z nových drog-derivátů extáze (MDMA) v kombinaci s lehkým halucinogenem. Nejsou přítomny známky fyzické obrany. Toxikologické vyšetření a vyšetření na graviditu jsou nutná. Lze předpokládat ostrůvkovitou amnézii a nevěrohodnou výpověď při vyšetřování. Dokumentace musí být podrobná a výstižná již při prvním vyšetření / ošetření a při podezření.

### ■ Adrenalinové sporty a sportovní výkony

Nové sporty a ukázky výkonů např. v televizi lákají a vzrušují novinkami, příslibem nových zážitků, rychlostí, ovládním silných vozů stejně jako jízdou a skoky na in-line bruslích, rychlými meandry na kolosněžce, závoděním na dětských motokárách; jízdu nezletilých, kdo nejrýchleji v plném silničním provozu na motocyklu nebo v osobním voze dojde k určenému cíli, kdo na kole sjede vzrůstající rychlostí na připravený můstek, odkud s kolem přeskochí překážku - a bude dokonce pokračovat v jízdě.

Uvedené výkony se často vymykají ze sportovních pravidel, jsou vytvořeny fantazií závodících a vyžadují trénink. Zvýšené riziko a vyšší podíl nejistoty úspěchu zvyšují i „adrenalinový efekt“. Úspěch vede k eskalaci sebevědomí a odvahy až za mez racionálního posouzení a jednání. Trénink navíc probíhá v naprosté většině bez vědomí rodičů, bez bezpečnostních prvků - přilby, ochranných nápleků, bez dozoru, bez poskytnutí první pomoci atd. Následky odpovídají kritické situaci a časovému faktoru (9).

### ■ Úrazové mechanismy a úrazy

Pády v nižší rychlosti na kluznou podložku, popř. na kluzkou nakloněnou rovinu vedou nejčastěji ke zlomeninám horních končetin, zápěstí a jeho kůstky, ke Collesově zlomenině - pády s kola, s koně, ze skateboardu. Často se kombinují s kómcí mozku, pokud hlava nenarazí na pevnou čelní překážku. Náraz vede k daleko závažnějšímu mozokolebečnímu poranění - kontuzi mozku, a může dokonce končit smrtí. Pokud mělo dítě na hlavě přilbu a přilba je deformována nebo dokonce proražena, lze očekávat velmi těžké a vícečetné mozokolebeční poranění. Podílejí se na něm coup a contrecoup, střizné síly i v místech, vzdálených od přímého nárazu.

Při vysoké rychlosti záleží na bezpečnostních prvcích, kterými je vozidlo vybaveno. Motokára a motocykl při srovnatelné rychlosti chrání méně než osobní automobil a následkem je nejčastěji polytrauma. I když má dítě přilbu, má nepříliš výkonné šijové svaly a jeho větší a těžší hlava spolu s hmotností přilby vedou k poranění páteře a míchy častěji než u dospělých.

Dopravní nehody nezletilých s „vypůjčenými“ osobními vozy rodičů nebo s odcizenými vozy jsou obdobné dospělým. Vysoká hladina adrenalinu při honičce s policejním vozem utlumí pocit strachu a racionality jednání a končí nejčastěji polytraumatem. Jsou popsány komoce i kontuze myokardu v osobních vozech s airbagy, kdy děti/nezletilci nejsou připoutáni tak, aby vzdále-

nost sternu od volantu byla 25 - 30 cm a bezpečnostní pás měl vůli přibližně 6 cm (9).

### ■ „Adrenalinové zážitky“ budou i nadále požadavkem a součástí života, úkolem bude zvýšit jejich bezpečnost

Polytrauma má dobře známý klinický průběh. Vyžaduje okamžitou a náležitou pomoc a ošetření pokud možno v dětském traumacentru (10). Přesto nelze vyloučit handicapující následky. Společně mohou vést k reaktivnímu depresivnímu syndromu, k nenávisti až k agresivitě vůči zdravé populaci vrstevníků. Kvalitní anamnéza je nutná nejen pro přesnou a rychlou diagnózu. Ozřejmí vztahy v rodině, k přátelům, možnosti zázemí a kvality dalšího života, možnosti motivace, v němž by „adrenalinové zážitky“ neměly chybět. Časné a nenásilné zapojení klinického psychologa je velmi vhodné.

Prevenici a zvýšenou pozornost volnému času dětí je třeba zdůrazňovat rodičům dětí agilních, hyperaktivních a hyperkinetických, vysoce kreativních, popř. jevících známky zvýšené agresivity nebo naopak sníženého sebevědomí a sebedůvěry. Mají včas směřovat jejich zájmy i volný čas k jiným aktivitám, které by je zaujaly stejně intenzivně a v nichž by mohly snáze najít svou příležitost vyniknout.

Adrenalinové zážitky a sporty budou vždy, budou přicházet nové a jejich obliba bude určitě stoupat. Úkolem zůstane učinit je bezpečnější traumatologicky i psychologicky a nabízet vhodné kompenzační kreativně seberealizační činnosti, kterým se mohou věnovat dnešní děti poté i ve své dospělosti.

#### Základní literární prameny:

1. Maron BJ: Sudden death in young athletes. *New Engl J Med* 349, 2003;11: 1064 - 1075.
2. Träger K, Rademacher P, Neverve X: The adrenergic coin: perfusion and metabolism. *Intensive Care Med.* 29, 2003; 2: 150 - 153.
3. Schinka J: Gene for drug abuse identified. *Hospimedica International* 20, 2002; 3:4.
4. Drábková J: Návkykové látky. *Novinky. Ref.výběr anest, res, intenz med* 51, 2004; supl k č.6: 1 - 19.
5. Kam PCA, Yoong FFY: Gamma-hydroxybutyric acid: an emerging recreational drug. *Anaesthesia* 53, 1998; 12: 1195 - 1198.
6. Lheureux P, Penaloza A, Gris M: Club drugs: A new challenge in clinical toxicology. V: 2003 Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine. J-L Vincent - ed, Berlin, Springer, 2003, s. 811 - 820.
7. Hendrickson RG, Moricci AP, Greenberg MI: Acute dystonic reactions to „Street Xanax“. *New Engl J Med* 346, 2002; 22: 1753.
8. Deloos H - ed: Trauma. *Current opinion in critical care.* I, 1995; 6: 479 - 513.
9. Carfman GD: Fatal impact - concussion of the heart. *New Engl J Med* 338, 1998; 25: 1841 - 1843.
10. Misa V: Zajištění oběhové stability poraněných dětí. *Ref. výběr anest res intenz med* 51, 2004; 1: 27 - 32.



# Pediatři v ČR testovali Dove

**MUDr. Olga Roškotová - garant testu**

Praktický lékař pro děti a dorost, Litoměřice

Na jaře letošního roku jsme v lokálních podmínkách ověřovali závěry zahraničních studií týkajících se působení Dove krémové tablety na dětskou pokožku. Zahraniční studie poukazovaly na prokazatelné snížení dětské vyrážky, zlepšení stavu atopické dermatitidy a zlepšení suché pokožky. Proto jsme se rozhodli realizovat studii v lokálních podmínkách a prověřit tato tvrzení.

Skupina patnácti praktických lékařek pro děti a dorost získala ve svých ordinacích ke spolupráci 105 maminek dětí ve věku od 6ti měsíců do 3 let. Maminky používaly krémovou tabletu DOVE na dětskou pokožku pravidelně při mytí po dobu čtyř týdnů. Do studie byly zařazeny nejen děti se zdravou pokožkou, ale i děti s citlivou nebo suchou pokožkou a děti s kožním postižením, jako je atopický ekzem, plenková dermatitida, opruzeniny atd.

Výběr dětí k účasti do studie nebyl tak jednoduchý, jak by se na první pohled zdálo. Ani po třicetileté praxi jsem netušila, jak rozdílné zkušenosti a přístupy mají maminky k hygieně svých dětí, jak zodpovědně k mytí svého dítěte přistupují a jak se snaží pro své dítě najít to nejlepší ze široké škály současných produktů.

Zjistila jsem, že všechny maminky, pro velmi dobrý efekt tablety DOVE na dětskou pokožku, budou Dove používat i nadále a to nejen u svého dítěte, ale v celé rodině. Potěšilo mě zjištění, že Dove krémová tableta výrazně pomohla k odstranění nebo zlepšení základních diagnóz u dětí se suchou pokožkou, atopickým ekzémem, plenkovou dermatitidou a opruzeninami.

Moje zkušenosti se shodují s celkovým vyhodnocením studie. Přínosem však není jen úspěšnost zlepšení dětské pokožky pravidel-



ným používáním tablety DOVE v 62 % , ale i dobrá zkušenost maminek, že pokud něco pro své dítě dělají s pravidelnou důsledností, pozitivní efekt se s velkou pravděpodobností dostaví.

## Výsledky pediatrického testu Dove krémové tablety v ČR

**Název studie:** Účinky Dove krémové tablety na dětskou pokožku

**Datum studie:** únor - duben 2005

### Shrnutí studie

Studie ověřovala závěry zahraničních testů, které označily Dove krémovou tabletu jako vynikající přípravek pro dětskou hygienu.

- Po měsíčním používání 81% rodičů hodnotilo Dove krémovou tabletu jako výrazně šetrnější nebo šetrnější k dětské pokožce v porovnání s ostatními prostředky.
- Studie prokázala, že v průběhu používání Dove krémové tablety se u dětí podstatně snížil výskyt atopického ekzemu, plenkové dermatitidy, opruzeniny a suché pokožky.

### Metodika

Studie se zúčastnilo celkem 105 dětí v průměrném věku 18,3 měsíce. Před zařazením dítěte do studie lékařka nebo zdravotní sestra podrobně informovaly maminku o průběhu studie. Maminka souhlas k účasti dítěte potvr-



dila podpisem do protokolu a vyplnila první část dotazníku. Každá lékařka provedla a zdokumentovala před zahájením testovacího období podrobné vyšetření se zaměřením na kůži, včetně anamnézy.

Maminky používaly Dove krémovou tabletu k hygieně svého dítěte po dobu čtyř týdnů. Na závěr čtvrtého týdne byl klinicky zhodnocen stav dětské pokožky.

### Výsledky

#### PŘED TESTEM DOVE

- Při vstupních vyšetřeních byl u 33% dětí diagnostikován atopický ekzem, u 9% dětí plenková dermatitida, 47% dětí mělo suchou pokožku, 3% dětí opruzeniny, 10% dětí jiné kožní onemocnění a 30% dětí mělo zcela zdravou kůži.

#### PO TESTU DOVE

- V závěru testování došlo díky používání Dove krémové tablety ke zlepšení atopického ekzemu u 75% dětí, které měly ekzem před tes-

tem. Došlo k úplnému odstranění plenkové dermatitidy u všech dětí, u nichž se vyskytovala před testem (tj. 100%). Suchá pokožka byla vylepšena u 84% dětí, opruzeniny u 67% a jiná kožní onemocnění u 90% dětí, což znamená statisticky významné snížení výskytu kožních projevů.

- Rodiče ocenili tabletu Dove jako vynikající a 95% jich uvedlo, že budou Dove krémovou tabletu i nadále používat.
- V celkovém hodnocení uvedlo 62% lékařů, že Dove krémová tableta způsobila vylepšení stavu dětské pokožky.

### Závěr a doporučení

Studie potvrdila zahraniční výsledky:

- Používání Dove krémové tablety významně snižuje výskyt vyrážek na citlivé dětské pokožce.
- Dove krémová tableta je jemný mycí prostředek vhodný pro každodenní dětskou hygienu.



# Polyenové mastné kyseliny s dlouhým řetězcem ve výživě

Ing. Ctibor Perlín, Ph.D.

V posledních letech se poznatky o významu esenciálních mastných kyselin a jejich polyenových derivátů s dlouhým uhlíkovým řetězcem (LCP - long chain polyens) výrazně změnily.

Připomeňme si stručně, že kvalita tuků jako živin závisí převážně na složení jejich mastných kyselin. Mastné kyseliny rozdělujeme na **nasyčené**, převážně obsažené v tucích živočišného původu, ale také v tuku kokosovém. Jejich příjmem bychom měli omezovat. Dále jsou to mastné kyseliny **nenasyčené** s jednou (monoenoové mastné kyseliny) nebo s více dvojnými vazbami (mastné kyseliny polyenové). Ty jsou z výživového hlediska hodnoceny pozitivně. Mezi kyselinami polyenovými ještě rozlišujeme mastné kyseliny řady n-6 ( $\omega$ -6), jejichž hlavním zástupcem je kyselina linolová, a mastné kyseliny řady n-3 ( $\omega$ -3) s hlavním zástupcem kyselinou linolenovou. Pro úplnost je nutné zmínit ještě trans mastné kyseliny, což jsou nenasyčené mastné kyseliny vznikající v zařivacím traktu přežvýkavců, takže se pak vyskytují v mléčném a zásobním tuku přežvýkavců, anebo jsou výsledkem zpracování (ztužování) rostlinných olejů při výrobě margarínů. Z výživového hlediska jsou nežádoucí, především proto, že jsou rizikové vzhledem k potenciálními nebezpečí podpory vzniků kardiovaskulárních onemocnění.

Vzhledem k fyziologickému účinku mastných kyselin se současné doporučení na jejich spotřebu ustálilo na poměru 1 : 1,4 : 0,6 (nasyčené - monoenoové - polyenové) a poměr mezi n-6 a n-3 mastnými kyselinami by měl být v denní stravě v rozmezí 5 až 2 : 1. Nově se uvádí i doporučení k příjmu trans mastných kyselin, který by neměl být vyšší než 2% celkového energetického příjmu.

Běžné a nejvíce zastoupené mastné kyseliny obsahují 16 (C16) anebo 18 (C18) uhlíků. My se ale budeme věnovat polyenovým mastným kyselinám s dlouhým řetězcem. Jsou to mastné kyseliny s 20 a 22 uhlíky (C20 a C22). Jedná se především o kyselinu arachidovou (C20) jako představitele řady n-6, která bývá označována šifrou AA, a dále kyseliny eikosapentaenová (C20), označovaná jako EPA, a kyselina doko-sahexaenová (C22), označovaná jako DHA, které obě patří mezi mastné kyseliny řady n-3. Prekursorem pro AA je kyselina linolová, prekursorem pro EPA a DHA je kyselina linolenová jako základní člen n-3 mastných kyselin. EPA a DHA jsou obsaženy v potravinách převážně v rybích tucích, n-6 mastné kyseliny pak v rostlinných olejích.

U polyenových mastných kyselin s dlouhým řetězcem byl prokázán jejich vliv na snižování hladiny krevního cholesterolu jako prevence kardiovaskulárních onemocnění, i když se ukázalo, že nejsou faktorem jediným. Později byla zjištěna jejich klíčová role ve vývoji mozku, očí a nervového systému u plodu i v pozdějším období života. Na druhé straně tyto kyseliny, díky značnému počtu dvojných vazeb, snadno podléhají oxidačním změnám. Proto musí být, pokud nejsou přirozenou součástí potravin, podávány ve stabilizované formě a proto také jejich dávka byla ve výživových doporučeních snížena. Ale i přes toto snížení česká populace požadovaného poměru n-3 a n-6 mastných kyselin nedosahuje a v naší dietě převládají n-6 mastné kyseliny. Nejbohatším zdrojem n-3 mastných kyselin (spolu s jodem) jsou ryby, zejména tučné, a proto se objevuje doporučení, aby obyvatelé konzumovali alespoň dvě porce ryb týdně.

Vzhledem k jejich významu pro dobrý start do života se mastné kyseliny s dlouhým řetězcem začali přidávat i do umělé kojenecké výživy. Nutnost jejich podávání potvrdila i ta skutečnost, že AA a DHA byly zjištěny v mateřském mléce. Bylo také zjištěno, že obsah těchto látek v mateřském mléce je poměrně stálý u populace v Evropě a v Africe. Nebylo také zjištěno zásadních rozdílů u matek dětí nedonošených a donošených, stejně jako u matek na smíšené či vegetariánské stravě. Pro tvorbu AA a DHA v mateřském mléce je výživa matky zdrojem z asi 10 %.

Výživa má důležitý vliv na individuální zdraví jedince od embryonální fáze, přes kojenecký věk až do pozdního věku. Tak např. u dětí kojeneckých, které dostávaly pouze mateřské mléko, byly zjišťovány lepší schopnosti poznávání, což bylo dávano do souvislosti s obsahem AA a DHA v mateřském mléce.

Při umělé suplementaci kojících matek DHA (200 mg denně po 4 měsíce) se obsah DHA v mateřském mléce zvýšil až o 76 %. Děti těchto matek ve stáří 2,5 roku měly významně vyšší psychomotorický vývojový index než děti matek bez suplementace. Současně se zvýšil i mentální vývojový index.

Studie s použitím značených mastných kyselin ukázaly, že kojenci jsou schopni si syntetizovat AA a DHA sami, ale jen v omezené míře.

Mastné kyseliny s dlouhým řetězcem podávány v různých formách jako triacylglyceroly (TG) nebo jako fosfolipidy (PL) nebyly biologicky ekvivalentní. Absorbce mastných kyselin

s dlouhým řetězcem tuků z PL byla vyšší než jejich absorbce z TG, protože se přednostně vstřebávají prostřednictvím chylomikronů, zatímco mastné kyseliny z PL se vstřebávají prostřednictvím lipoproteinů s velmi nízkou densitou (VLDL).

Proto je důležité v náhradní mléčné kojenecké výživě používat obě formy mastných kyselin s dlouhým řetězcem. Pro kojeneckou výživu se osvědčila směs rybiho tuku, vaječných lipidů a AA z jednobuněčných organismů. Důležitý je i poměr n-3 a n-6 mastných kyselin. Vyšší příjem DHA se rovněž výrazně projevuje na rozvoji smyslových (zrak, sluch, chuť, čich) a poznávacích (paměť, schopnost se učit, řešit problémy) aktivitách dětí, méně výrazně se projevuje na jejich motorických vlastnostech. (svalová kontrola, reflexivita) a vlastnostech sociálních (komunikační schopnost, hravost).

Kojené děti či děti vyživované náhradní mléčnou kojeneckou výživou s vyšším obsahem mastných kyselin s dlouhým řetězcem měly ve stáří 6-18 měsíců a i v předškolním věku oproti dětem, které dostávaly náhradní výživu neobohacenou, nižší krevní tlak a disponovali schopností rychlejšího vstřebávání informací.

Taky se ukázalo, že příjem mastných kyselin s dlouhým řetězcem v kojeneckém věku se projevuje příznivě i v dalším věkovém období.

Základní biochemický stav novorozenců z pohledu mastných kyselin s dlouhým řetězcem závisí na stavu zásobení mastných kyselin s dlouhým řetězcem jejich matek. Během těhotenství obsah DHA v krvi matek klesá a na původní hladinu se dostává zhruba za 32 týdnů. S poklesem DHA tuků se zvyšuje krevní hladina Osbendovy kyseliny jako markeru funkčního nedostatku DHA.

Při kojení se hladina DHA opět snižuje, u vícenásobných rodiček ještě významněji. Stav hladiny DHA u novorozenců donošených je výrazným činitelem motorické kvality a zrakových charakteristik u dětí ve věku 7-8 let.

Pro obohacování náhradní mléčné kojenecké výživy se doporučuje pro novorozence donošené dávka 0,33 % AA, a 0,2 % DHA, pro děti nedonošené pak dávka 0,4 % AA a 0,35 % DHA.

## Literatura:

Wells, J.: LCP and infant nutrition - can we improve current practise? *Proceedings of an International Symposium Birmingham*, 1. December 2001

Velíšek, J. a kol.: *Chemie potravin*, 1, OSSIS Tábora 1999



# Které novinky ovlivňují praktickou medicínu v současné době?

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

Katedra urgentní medicíny a medicíny katastrof IPVZ, Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče, FN Motol, Praha

## Souhrn

Novinky přicházejí denně, denně se definuje jeden nový syndrom. Nevztahují se pouze na děti, dnešní pojetí jde v ose kolmé na všechny věkové kategorie. Pokud si vyčleníme velké pokroky v subcelulární medicíně, genomice, proteomice atd., můžeme stručně projít témata, o nichž má mít základní přehled každý lékař. V urgentní medicíně to konkrétně znamená, že každý lékař má umět se svými širšími znalostmi poradit další postup a vyšetření po úspěšném zásahu v poskytnutí první pomoci.

### ■ KPR

Nové směrnice " guidelines" mezinárodního konsenzuálního rázu o KPR lze po uplynutí 5 let očekávat v srpnu tr., v září na internetových stránkách, v listopadu v tištěné formě odborných časopisů a pohotově i v české verzi.

■ Využití automatických externích defibrilátorů - v USA bude jistě širší, protože byly uvolněny do volného prodeje za 2000 US dolarů. Ale rozšíří se nepochybně i u nás, a to i na místech mimo zdravotnictví - setkáme se s nimi ve fitness centrech, ve velkých nákupně relaxačních centrech, v air-busech a měli bychom je umět ovládat v jejich maximálně zjednodušené formě pro laiky.

■ Počet kompresí se zvýší v poměru na počet dechů. I v případě, že bude v blízkosti AED, bude pravděpodobně KPR zahájena masáží srdeční po dobu 1 minuty v době, kdy ještě trvá lapání po dechu (gasping). Dbá se daleko více na bezpečnost zachránců, zejména v mokřím prostředí saun, bazénů, sprchových koutů - jsou speciální roušky na hrudník pacientů, které se jistě přenesou i k nám. Po KPR se zlepšily významně neuropsychické výsledky poté, kdy v poresuscitačním období 2 - 3 dnů následovalo ochlazení pacienta přibližně na centrální tělesnou teplotu 33 °C. Ve výzkumu je selektivní chlazení mozku, improvizovaně fénem a chladným kyslíkem pod lebeční spodinu, které se celosvětově hodnotí jako přínosné. Vztahuje se i na KPR dětí, protože ochlazení pouze kalvy a lebeční spodiny je pohotovější než ochlazení celého těla - s názvem " suspended animation".

Biochemické údaje budeme čím dále tím častěji a ve větší šíři získávat neinvazivním způsobem a přenášet elektronicky do ordinace lékaře. Kožní snímání glykémie, warfarinizace, parciálních tlaků krevních plynů, EKG otestovala armáda USA v roce 1995 na Floridě v nepřístupných místech včetně bažinaté krajiny s ponořením vojáku. Zjistila, že lze o pacientovi na dálku získat mnoho skříninových parametrů. Od té doby se tato specifická forma POCT ( Point-of-Care Testing ) dále rozvíjí a bude znamenat zásadní změnu získávání dat a poradenské služby.

### ■ Farmaka a nový pohled na ně

Farmakogenomika zvýšila svůj význam zjištěním, že 21 % bílé rasy má antitrombocytární rezistenci na salicyláty. To nepochybně postihuje především starší dospělé, kteří užívají pravidelně a bez agregometrických kontrol denní dávku salicylátu z důvodu koronární srdeční choroby. Zjištění vede k důležitým novým cestám : jak zvolit dispenzarizaci, jaké levné a rychlé metody užít, na kolik se týká tento problém i dalších léků a kterých. Bude nutno zvolit i věk, kdy se budeme o účinnosti léků přesvědčovat již preventivně, v jakém rozsahu populace atd.

Nežádoucí účinky droperidolu vedly FDA ( Food and Drug Administration - USA) k velmi důraznému varování, že droperidol není vhodný lék, protože u senzitivních osob může i poměrně malá dávka vyvolat syndrom prodloužení QT v EKG a tím zvýšit pravděpodobnost vzniku maligní dysrytmie. Otevřela se tím „Pandořina skříňka“ přehodnocování léků - mnoho jich ovlivňuje systém cytochromoxidázy a jejich izoforem ( CYP), má vliv na

syntézu prostaglandinů jako jejich inhibitor (koxiby, tj. blokátory cyklooxygenázy - její izoformy 2 - COX-2 ). Zjistilo se, že biotransformace kodeinu v organismu na morfin může být velmi nízká, ale geneticky dáno i velmi vysoká, takže po několikadenním podávání lze navodit otravu morfinem s hypoventilací a ztrátou vědomí.

Nové léky se etablovaly především v hemokoagulaci - v neodkladné péči, při polytraumatech, v porodnictví I v neurologii se nyní hodnotí novinky: Trombogenní ikty - aktilyza k trombolýze v časném terapeutickém oknu, aktivovaný protein C při neztížitelném, chirurgicky nestavitelném krvácení, při subarachnoidálním krvácení netraumatického původu.

### ■ Syndromy nové i staronové

#### ■ Autoimunitní polyendokrinní syndromy

Již známé syndromy - SLE, myasthenia gravis, Goodův syndrom atd. mají zřejmě společné prvky a často se projevují společně. Z toho důvodu při diagnóze jednoho máme myslet na širší diferenciální diagnostický rozbor. Syndromy se často kombinují nenápadně a pacient se nezdá být úspěšně léčen, jestliže se zaměříme na jeden z nich, který je nejvíce zřejmý. Byly zastřešeny pojmem autoimunitní polyendokrinní syndromy dvou typů a v běžné praxi máme myslet na další složku při přetrvávajícím vysokém CRP, nedostatečně ustupujících příznacích při nasazené léčbě.

#### ■ Syndrom CocaColy

Nové syndromy přineslo i pití beziontových nápojů s glukózou, nedostatečná hydra-



## “Omluva.

V čísle 3/2005 časopisu VOX PEDIATRIAE byla zveřejněna tabulka uvádějící některé laboratorní hodnoty složení mléka Heinz - Sunar baby. Tyto hodnoty byly převzaty z balení Heinz - Sunar baby (výrobce H.J. Heinz, dovozce H.J. Heinz CR/SR a.s.), který jsme měli v době přípravy výše uvedené tabulky v červenci 2004 k dispozici. Tento výrobek byl již na trhu nahrazen výrobkem HERO - Sunar baby s nukleotidy (dovozce HERO CZECH s.r.o.) s odlišným složením a s nukleotidy.

Za toto pochybení se společností HERO CZECH s.r.o. omlouváme

Dr. Tomáš Sláma  
Ředitel HiPP Czech

Dále doplňuji, že komunikovaná Bio kvalita mlék se týká pouze suroviny a ne produktu mléčné výživy společnosti HiPP. Mléčná výživa HiPP nemá certifikát Bio pro Českou republiku.”

tace a mobilizace s volným oblekem při dlouhodobém sezení v poměrně strnulé poloze (dlouhé lety, počítač ), které mohou jako syndrom turistické třídy vést až k tromboembolickým komplikacím. Před dlouhými lety apod. není však salicylát účinný a riziková pacienta po flebotrombozách apod. si zasluhují jednorázovou prevencí nízkomolekulárním heparinem, pokud není kontraindikován.

### ■ Adrenalin, doping, clubbing

Snaha o intenzitu prožívaného života, o vyniknutí, o zvládnutí sociální fobie v mládí vedou v dnešním poměrně pohodlném a někdy i stereotypním životě v porovnání s válečnými stavy, hladomorem, strachem a dalšími jezci Apokalypsy k cílené stimulaci. Může mít za základ malé dávky drog, gamblerství, nové adrenalinové sporty a zážitky. Je jim věnován samostatný text, protože se rozrůstají a zdokonaňují, nežádoucí účinky - polytraumata, závislost jsou častější.

### ■ Infekční a velmi závažné choroby

Jejich výskyt prozatím postihuje jednotlivce včetně dětí a mladých zdravých osob. Odborné společnosti vyzývají ve svých nových metodických opatřeních v rámci infekčních meningokokových onemocnění (IMO) k rychlé diagnostice bez podhodnocení, protože postižení hemokoagulace (meningokok C) znamená v podstatě infaustní prognózu.

Máme nicméně sledovat zprávy o chorobách, které se v rámci letecké dopravy mohou zcela náhle rozšířit obdobně SAR nebo ptačí chřipce. Zejména máme věnovat pozornost těm, které jsou ve zprávách SZO definovány jako přenosné z člověka na člověka. Při epidemii SARS bylo 50 % zemřelých z kategorie ošetřujících a dále mezi členy jejich rodin. Zdravotníci dokonce zůstávali v nemocnici i mimo službu, aby nezanesli infekci domů. Vždy je třeba mít rezervy ochranných a bezpečnostních pomůcek, protože může vzniknout jejich náhlý nedostatek - v době SARS některé země odmítly vyvézt kontraktované zásilky ochranných pomůcek a převedly je preventivně do vlastní státní rezervy.

### ■ Pohled na konec života ( EOL - End-of-Life ) a medicínsko-právní témata

Dnes se dotýká nejen dospělých, geriatrické medicíny, ale i dětí v rámci dopravních nehod, infekčních onemocnění, autoimunitních a hematologických chorob. Novinky lze očekávat legislativně v rámci Úmluvy o biomedicině - rozpracování na naše české legislativní možnosti a jejich změny pro konkrétní skupiny případů atd. I v zahraničí zůstává pohled na konec života mezi medicínsko-etickými problémy a dilematy a je stále více medicínsko-právně pojednáván. Vztahuje se nyní i na práva plodu ("future people"), na přesnou definici životní vůle, na rozšíření o etickou vůli - v urgentních případech morální odkaz nejbližším, na pojmy eutanázie, asistované sebevraždy.

V dětské intenzivní péči, při odebrání anamnézy o dětech se stále více dbá o zachování důvěrnosti údajů, o zachování důstojnosti dítěte. Prakticky se dotýká hlasitého hovoru na pokoji s více pacienty, na anamnézu, kterou může slyšet další pacient nebo rodič dítěte, na svlékání více dětí, na zabezpečení údajů v nemocnicích a naopak na přístup do zdravotnické dokumentace v ambulantní složce i v nemocnici

Literatura u autorů



## Zajímavosti ze světa odborné literatury

### Studie týkající se prospěšného efektu raloxifenu a tamoxifenu v léčbě gynekomastie

Při současné životosprávě dospívajících jedinců, narůstajícímu počtu těchto dětí s nadváhou a i různému klinickému obrazu a průběhu vystupuje do popředí gynekomastie jako velmi vážný problém. K hormonům, které se účastní souhry patří u muže i testikulární testosteron a estrogeny. Důležitým faktorem při vniku gynekomastie je i citlivost, s jakou reagují periferní receptory na hormonální stimulatory. Histologicky je pro gynekomastii typická proliferace ductus efferentes a zmnožení okolní pojivové tkáně. V současnosti je v západní literatuře uváděno, že pubertální gynekomastie je problém až u 65% !! adolescentů s vrcholem ve 14 - ti letech. Většinou se klinický obraz upravuje do 3 let věku, ale v 10% tak tomu není. Je nepříjemné, že se gynekomastie objevuje právě ve věku, kdy si jedinci potrpí na svoji image. Navíc chirurgické řešení je často asociované s rizikem. Proto v 10% těchto klinických obrazů přichází v úvahu medikamentózní léčba. **Tato studie se týká prospěšného efektu raloxifenu a tamoxifenu v léčbě gynekomastie.** Tamoxifen je antiestrogen a raloxifen je dihydrotestosteron, aromatasu inhibující testolacton. Podobná léčba je uváděna i ve zprávě evropské endokrinologické společnosti. V uvedené práci je probírána skupina 37 pacientů s dg. gynekomastie, kteří byli rozděleni do 3 oddílů. Sledování trvalo 3 - 9 měsíců. 11 pacientů bylo léčených tamoxifenem, 10 pacientů raloxifenem a 12 nedostávalo žádnou léčbu. Základní hormonální profil byl normální u všech pacientů (FSH.LH, testosteron a estradiol). Také hladina hormonů štítné žlázy nevykazovala změny. Je zajímavé, že rodinná anamnéza léčených vykazovala pozitivitu pro gynekomastii v 58%. Střední průměr prsu poklesl ve skupině s tamoxifenem o 2,5 cm a ve skupině s raloxifenem o 2,1 cm. Toto reprezentuje 66% redukci u léčby s raloxifenem a 46% pokles ve skupině s tamoxifenem. Odpověď, která je definovaná jako 50% a větší redukce gynekomastie, byla vyšší u raloxifenu (86%) než u tamoxifenu (41%). Není vazba na věk ani na délku trvání onemocnění. Nebyl popisován žádný vedlejší efekt léčby. Etiologie pubertální gynekomastie zatím zůstává nejasná. I v této práci byly vyloučeny sekundární příčiny gynekomastie, jakými jsou endokrinopatie, léky, nemoci CNS a další. Většinou je akceptována teorie o transitorním zvýšení poměru estradiolu k testosteronu během puberty u disponovaných jedinců. Spe-

kuluje se, že tento relativní estrogenový excés je následkem zvýšení periferní konverze adrenálního androgenu a gonadálního testosteronu k estradiolu. U žádného léčeného pacienta nebyla pozorována recidiva. Je nutné si uvědomit, že pokud je celá záležitost řešena chirurgicky, jsou popisovány kožní retrakce, hypesthesie a hypertrofické kožní jizvy.

(J.Pediatr.2004,145,71-76)

\*\*\*

**Suprese funkce nadledvinek po kortikoidní terapii, případně po indukční fázi terapie při leukémii (ALL)** je všeobecně známa a její přetrvávání je předmětem této práce. S uvedenou supresí je nutné počítat u pacientů při a po léčbě, zvláště při stresu, infekci a před případným operačním řešením. Je všeobecně známo, že především denní pravidelná kortikoterapie rezultuje v supresi hypothalamo-pituitární-adrenální osy s následky adrenální insuficience nebo adrenální krize. Dojde totiž pod vlivem negativní zpětné vazby k utlumení sekrece ACTH, ale i mimo dosah ACTH. Pro osvěžení paměti se v literatuře uvádí, že podávání prednisonu 20mg denně po dobu půl roku přetrvává útlum také půl roku. Je nutné si uvědomit, že náhlé vynechání kortikoidů při prolongované léčbě může být provázeno únavou, nechutenstvím, naušou a sklonem k mdlobám. Děti mohou mít obraz břišní koliky, může se objevit i průjem se ztrátami iontů. Klesá teplota a systolický tlak, může se objevit i cyanosa. Vysokými dávkami intravenosních kortikoidů a infuzemi fyziologického roztoku lze stav zvládat. Navíc autoři po indukční fázi terapie leukémie musejí ještě navíc počítat s epizodami febrilní neutropénie a sepsí. Sledovali zde celkem 24 dětí s nově diagnostikovanou ALL průměrného věku 4,5 roku. Všichni pacienti dostávali standardní indukční fázi léčby s prednisonem, vinkristinem, L asparaginazou a dalšími preparáty. Kortikoidy byly podávány v dávce 40 mg/m<sup>2</sup> pod dobu 28 dnů. Byla vyšetřována hladina kortisolu před a po léčbě, včetně po podání ACTH. Z výsledků vyplývá, že 2 týdny po ukončení indukční fáze terapie je patrná persistence adrenální suprese u 46% pacientů, 4 týdny po ukončení u 38% pacientů, 8 týdnů po ukončení u 29% a 20 týdnů po ukončení u 13% pacientů. Ukazuje se také zajímavá věc, že adrenální suprese je signifikantně delší u dětí starších 5 - ti let než u dětí mladších. U 4 dětí s prokázanou adrenální supresí se ještě rozvinula febrilní neutropenie. Průměrné stáří pacientů ve skupině

s prokázanou supresí bylo 10 let oproti průměrnému věku 3,1 roku ve skupině bez prokázané suprese.

(J.Pediatr.2004, 144, 736-740)

\*\*\*

**Úskalí RSV infekce** je všeobecně známo, klinický obraz směřuje od bronchiolitidy po pneumonie, postihuje, na rozdíl od influenzi, dolní respirační trakt. Je také známa 2 letá periodicita RSV infekcí (respiračně syncytiální virus). Závažnost infekce RSV se vznikem akutní bronchiolitidy se zvětšuje u dětí s jinými kardiopulmonálními chorobami, u pacientů s imunodeficiencí, při imunosupresivní léčbě a při vrozených metabolických vadách. Důležitý je průkaz RS viru na tkáňových kulturách a vzestup fluorescenčních protilátek. Na druhé straně je málo známo o vlivu jiného viru, viru influenzi na klinický obraz u dítěte v porovnání s RSV infekcí. **V práci je srovnávána klinická charakteristika influenzi a RSV infekce u hospitalizovaných jedinců dětského věku a adolescentů.** Jednalo se o jedince, které bylo nutno přijmout k hospitalizaci. Pro rychlou diagnostiku použili vzorek nasopharyngu k polymerázové reakci. Shromáždili tak data od 126 pacientů s RSV infekcí a 60 pacientů s influenzou typu A a B. Zatímco u dětí s chřipkou A či B převládaly potíže ve smyslu kašle a vysokých teplot, u pacientů s RSV infekcí převládl kašel, rýma a dyspnoe. U pacientů s influenzou byl dolní dýchací trakt postižen ve 41%, u pacientů s RSV infekcí v 91%. Ze 60 pacientů hospitalizovaných pro závažný klinický obraz mělo plných 20% febrilní křeče! Jen u 9 pacientů s influenzou bylo před sezónou provedeno očkování. Žádné dítě nezemřelo. Z laboratorních nálezů byla leukocytoza častější u pacientů s RSV infekcí, ale nebyla patologickým nálezem stejně jako CRP. RSV infekce postihovala především kojence, influenze předškolní a školní děti. Tento poměrně pozdější výskyt influenzi souvisí podle autorů zřejmě s přenosem protilátek od matek. Jsou zde citovány práce upozorňující na známý, rychlý vzestup teploty u chřipky a i ve Finsku popisovaný velmi častý výskyt febrilních křečí u dětí (16%)! Na druhé straně zase děti přijímané pro RSV infekci vyžadují často nitrožilní přístup a saturaci kyslíkem. Závěrem se autoři přimlouvají za větší proočkovanost dětí vůči chřipce.

(Eur. J. Pediatr. 2004, 163, 359-363)

**Zpracoval: MUDr. J. Liška  
ve spolupráci s firmou MUCOS**





## Aktuality

### ■ Na buňku může zaútočit mouka

Tenisový kurt. Přibližně tak velkou plochu zabírají sliznice v našem těle. Čeští imunologové nedávno dospěli na tomto „hřišti“ k unikátním poznatkům. Ty mohou pomoci při vývoji nových léků pro lidi s poruchami zažívání.

Živý organismus připomíná středověké město. Za hradbami (kůži a sliznicemi) se pohybují špehové (bílé krvinky) slídící po každém, kdo projeví jen náznak nepřátelství.

Pokud odhalí vetřelce, zavolají zbrojnoše (fagocyty), kteří bez váhání tasí a vetřelce zlikvidují. Městem ale procházejí i sofistikovaní zabijáci (lymfocyty), kteří si svou oběť nejprve důkladně prohlédnou, a teprve pak udeří.

Za hradbami ovšem žijí i mírumilovnější profese. U bran postávají portýři a důkladně kontrolují příchozí, zda vlastní správnou průvodní listinu.

Některé brány jsou zamknuty a bez obsluhy. Vstoupit může jenom ten, kdo vlastní klíč, který zcela přesně zapadne do zámku.

Lepek neškodí jen dětem, ohrožuje i dospělé

Celková plocha sliznic zažívacího traktu zaujímá v našem těle stejně velkou rozlohu jako tenisový kurt. Dvě stě čtverečných metrů.

K tomuto „pozemku“ nejvíce přispívají miliony drobných výrůstků - klků - v tenkém střevě. Jejich prostřednictvím přes slizniční buňky (epitel) získává naše tělo z potravy živiny. A právě o této části našeho organismu učinili čeští imunologové světově ojedinělý objev.

„Zkoumali jsme vztah mezi buňkami sliznic v tenkém střevě a některými nemocemi,“ říká profesorka Helena Tlaskalová-Hogenová z Mikrobiologického ústavu Akademie věd ČR.

Odborníci už dávno věděli, že někteří lidé nesnášejí v potravě lepek. Bílkovinu obsaženou prakticky ve všech pokrmech vyrobených z obilné mouky.

U dětí se tato choroba zvaná celiakie pozná celkem snadno. U dospělých má ale příznaky, které nemusí vždy prozradit, že souvisejí se zažívacím traktem.

Chudokrevnost, deprese, únava, osteoporóza a další netypické projevy. Uvedené obtíže vyvolává nedostatečná výživa našeho organismu, protože tělo nedokáže získat z přijímané potravy tolik živin. (Onemocnění se léčí celoživotní bezlepkovou dietou, která je finančně velice nákladná.)

Vlivem lepku se klky doslova ztrácejí před očima. Bílkovina obsažená v obilní mouce dokáže vyburcovat imunitní buňky k bouřlivé reakci a ty začnou slizniční tkáň v tenkém střevě likvidovat.

Doposud se vědci domnívali, že lepek působí na specifické imunitní buňky - lymfocyty. V Mikrobiologickém ústavu však tým vedený doktorkou Ludmilou Tučkovou dokázal, že lepek vyvolává hyperaktivitu také u buněk přirozené imunity, například fagocytů. To jsou právě ti zbrojnoši, kteří tasí meč bez váhání. Jejich činnost patrně přispívá k tomu, proč se klky zmenšují (atrofují). Tento fakt byl odborníkům neznámý.

Mimořádně čistotní potkani

Vědci z Mikrobiologického ústavu Akademie věd ČR se pustili také do vývoje zvířecích modelů, na kterých by se mohlo ověřovat, jak na sliznici v tenkém střevě působí potraviny (lepek) a různé střevní bakterie.

Cílem je využít experimentálních modelů lidských nemocí pro vývoj nových léčebných postupů. Doktorka Renáta Štěpánková po mnoha pokusech „vypiplala“ kmen mimořádně citlivých potkanů.

Mláďata se krmí lepkem dříve, než se stačí napít mateřského mléka, protože v tomto období je sliznice střeva mimořádně citlivá na účinky pšeničného lepku. Pokusy ukazují, že má na buňky střevní sliznice podobné efekty jako působení bakterií.

Ve zvláštních vzduchotěsných komorách - izolátorech pro bezmikrobní chov - pak vědci zkoumají účinky jednotlivých bakterií, které spouštějí závažné změny.

„Postupně chceme ověřit, co proti bakteriím účinkuje,“ vysvětluje profesorka Tlaskalová-Hogenová.

Imunologové svými poznatky přispějí k vývoji léků pro lidi s poruchami zažívacího traktu, a to nejen celiakie, ale i Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. To je ale zatím hudba daleké budoucnosti.

Pomyslným městem procházejí sofistikovaní zabijáci (lymfocyty), kteří si svou oběť nejprve důkladně prohlédnou, a teprve pak udeří

### ■ Alkohol podporuje růst mozkové tkáně

Popíjení alkoholu podporuje růst nervových buněk v mozku. K tomuto překvapivému závěru dospěl tým badatelů ze švédského Karolinska Institute, který své výsledky zveřejnil v nejnovějším čísle odborného časopisu International Journal of Neuropsychopharmacology.

Případnou euforii přátel alkoholu by měl ovšem utlumit další závěr švédských vědců: nové buňky možná přispívají k rozvinutí závislosti na alkoholu. Myším, které dostávaly malé dávky alkoholu, skutečně v mozku narostly nové buňky. Zvířátka však prý začala dávat přednost alkoholu před vodou. Vědci soudí, že pro růst buněk je příznivé zklidnění, které alkohol přináší. Pro mluvčí britské Kampaně za opravdové pivo Ale (souborný název pro svrchně kvašená piva britského stylu) příznivý účinek alkoholu na mozek není překvapením: „Je dobře známo, že umírněné užívání alkoholu je dobré pro vaše tělo, tak proč by nemohlo být dobré i pro vaši mysl.“ Někteří odborníci ovšem varují, že z jediné studie vycházející z pokusů na zvířatech prozatím nelze vyvozovat příliš dalekosáhlé závěry.

### ■ V SRN poprvé antibiotika zabírající proti borrelióze

Odborníkům se poprvé podařilo prokázat účinnost nových antibiotik proti lymeské borrelióze.

Vědci z univerzity ve Frankfurtu nad Mohanem ve své studii uvádějí, že proti této chorobě, kterou přenášejí klíšťata, lze bojovat moderními antibakteriálními antibiotiky, jako jsou chinolony, a nově vyvinutými třídami antibiotik, jako jsou ketolidy.

„Tyto výzkumy mají velký význam proto, že borelie, mikroorganismy, jež chorobu způsobí, dokážou dosud používané terapie přežít,“ prohlásil mikrobiolog Klaus-Peter Hunfeld. Před nasazením nových antibiotik v praxi jsou ovšem prý ještě zapotřebí rozsáhlé klinické studie.

Borelie se dostávají do těla prostřednictvím klíšťat. Pokud je ale klíště odstraněno do 24 až 48 hodin, není infekce pravděpodobná. V ČR jsou ročně hlášeny dva až čtyři tisíce nových onemocnění.

### ■ Rodiče by dětem neměli odpírat maso

Studie potvrzuje, že děti veganek mají růstové problémy.

Nejíte maso a další „zvířecí“ produkty, jako jsou mléko či vejce? Pak ale



stejnou dietu nenuťte svým dětem. Pro jejich zdravý růst je totiž dostatek těchto potravin klíčový.

Mléko, maso, vejce a další potraviny, jichž se zřikají vegani, mohou bez většího povšimnutí chybět dospělým. Ti mohou potřebné látky, jako jsou zinek, železo nebo vitamin B do těla dopravit jinou cestou, například pomocí pilulek. Pro děti to však neplatí. Informoval o tom britský server BBC.

#### Děti jsou menší a hůře se vyvíjejí

Lindsay Allenová z amerického Výzkumného ústavu zemědělského, která měla studii na starost, pokárala rodiče, kteří ve svých dětech udržují myšlenku, že konzumace masa rovná se vraždě. „Potraviny, které pocházejí ze zvířat, mají některé výživové hodnoty, jež nenajdete v žádných jiných,“ řekla na washingtonském vědeckém kongresu. Zdůraznila také, že maso a mléčné výrobky je nutné konzumovat i v těhotenství.

„Provedené studie dostatečně potvrzují, že ženy, které v těhotenství nejedí maso a mléčné výrobky, rodí menší děti. Tyto děti pak také pomaleji

rostou, některé jsou dokonce dočasně nebo i celoživotně postižené,“ konstatovala Lindsay Allenová.

Podle jejích slov by proto všechny těhotné a kojící ženy měly konzumovat alespoň minimum masa a mléčných výrobků, zejména jogurty, sýry a máslo.

#### Výsledky z Afriky jsou potvrzeny i u nás

Poslední výzkum, o který se tým doktorky Allenové opírá, byl proveden mezi africkými školáky.

Lékaři přitom počítali s tím, že dostatečná dávka vitamínu B12 (je důležitá především pro dobrou krevotvorbu a činnost nervového systému), zinku (nezbytný pro metabolismus) a železa se nachází již ve dvou lžičkách mletého masa denně. 544 dětí bylo rozděleno do čtyř skupin. První dostávala stravu složenou z látek obsahujících škrob, obilné výrobky s nízkým obsahem živin a fazolové boby. Po dva roky tyto děti dostávaly dvě dávky „masové náhražky“ každý den, což se rovnalo dvěma lžičkám mletého masa.

**D O E V R O P Y S E V Z D Ě L Á N Í M**

**25% pacientů\* v ČR se již nyní léčí homeopaticky -**

**CEDH (Středisko vzdělávání a rozvoje homeopatie se sídlem v Paříži) pořádá**

## **HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE pro lékaře, farmaceuty a veterináře**

**Zveme Vás na dvouleté vzdělávací semináře, které přednášejí čeští i francouzští lékaři:  
moderní styl výuky - elektronická prezentace**

*Výuka probíhá ve 20 zemích světa.*

**„Základy homeopatické terapie“ - PRAHA, BRNO**

**6 víkendů - od začátku října 2005 do konce května 2006**

**Příspěvek účastníka: 3.000 Kč/rok, (1. den 1. sem. ZDARMA)**

**Dále: specializační homeopatické semináře a regionální setkání pro lékaře  
- podrobnější informace v našich bulletinech, které zájemcům zasíláme zdarma.**

**V případě Vašeho zájmu nás prosím kontaktujte - zašleme přihlášky s programem:  
BOIRON CZ, Pobřežní 3, 186 00 Praha 8  
tel.: 224 835 090-1, fax 222 326 502, GSM: 724 185 559, e-mail: iz@boiron.cz**

*\*výzkum projektu GFK z 12/2003*



Další skupiny dětí dostávaly buď hrnek mléka denně, nebo olejnatou náhražku obsahující stejné množství energie. Strava poslední skupiny zůstala nezměněná.

#### Jedí maso, jsou chytré

A výsledek? Děti, které jedly po dobu výzkumu maso, lépe rostly a také v testu inteligence si vedly daleko lépe než ostatní testované děti. Podle slov Lindsay Allenové byly také aktivnější, hravější a lépe komunikovaly. „Tím, že jsme do stravy dětí přidali maso nebo mléko, jsme je zbavili nedostatku vitamínu B12,“ vysvětluje doktorka Allenová. Zdůrazňuje také, že ačkoli byla studie provedena v chudé americké komunitě, její výsledky platí i pro obyvatele vyspělých zemí.

### **Zdraví nemusí být jen ve víně**

Dnes už i lékaři souhlasí s tím, že pravidelné mírné pití červeného vína zlepšuje zdravotní stav a prodlužuje život. Ne každý si ale může tento lék dopřát - lidé s nemocnými játry a dalšími chorobami, vyléčení alkoholici, děti i mnozí jiní mají alkohol zapovězený úplně. Jim přináší naději výzkum kalifornských vědců, kteří se snaží za pomoci genetiky vytvořit plodiny se stejnými účinky.

Biologové už vědí, že za většinu příznivých účinků některých vín může sloučenina s názvem resveratrol. Jde o polyfenolickou látku s antioxidantními účinky, která spouští proces chránící genetickou informaci v buňkách před poškozením. Díky tomu vydrží správně fungovat déle, což vede nejen k prevenci infarktů a dalších cévních příhod, ale snižuje i riziko vzniku některých druhů rakoviny, zpomaluje dělení nádorových buněk a předchází vzniku obávané Alzheimerovy choroby.

Podle některých lékařů dokonce obecně zvyšuje odolnost organismu proti infekcím. Pro důkazy není třeba chodit až k francouzským pijákům - i u nás si asi každý vzpomene na někoho, kdo měl rád červené víno a dožil se vysokého věku. A pokud si náhodou nevzpomenete, pak jedno jméno za všechny: Miroslav Horníček.

Ale každý lék má vedlejší účinky a ani víno není v tomto ohledu výjimkou. Někteří lidé si jej z různých důvodů nemohou dopřát vůbec. Vědci z kalifornského Salkova institutu proto hledali cestu, jak červené víno nahradit. Podařilo se jim objevit enzym, který má produkci resveratrolu ve víně na svědomí, a současně zjistili, že velmi podobný enzym obsahuje i celá řada dalších běžných zemědělských plodin. Po důkladné analýze struktury obou enzymů a jejich porovnání pak usoudili, že je možné je zaměnit. Výsledkem výzkumu má být postup genové manipulace, který by vedl k tomu, že buňky budou místo původního enzymu produkovat enzym, který má na svědomí vznik resveratrolu. Pozitivní účinky červeného vína pak údajně budou mít třeba i ovoce, zelenina a další plodiny - bez alkoholu.

### **Bakterie porážejí lékaře**

Mikrobi zkoušejí různé strategie, aby vyžili nad antibiotiky.

Vývoj antibiotik připomíná závody ve zbrojení. Mikrobi vždy připraví novou strategii boje s nepřítelem.

Bakterie si dříve či později vyvinou odolnost na každý nový lék. Farmaceuti musejí vždy přijít s novým antibiotikem, aby záhy zjistili, že některé bakterie se mu naučily vzdorovat.

Doposud se vědci domnívali, že klíčem k získání odolnosti jsou náhodné změny dědičné informace, ke kterým dochází u bakterií dnes a denně. Většina takových modifikací DNA bakteriím spíše škodí. Náhoda je ale slepá a čas od času přihraje choroboplodným zárodkům změnu výhodnou.

Odolnost k antibiotikům jsme doposud chápali jako výhru bakterie v loterii náhodných změn DNA. Tuto představu vážně nabouraly výsledky nového výzkumu. Podle Floyd Romesberga, šéfa vědeckého týmu ze Scripps Research Institute a z University of Wisconsin, bakterie na spásnou mutaci trpně nečeká, ale usilovně na ní pracuje. Ukázalo se to při sledování účinku tzv. chinolonových antibiotik. Ty rozkládají dědičnou informaci bakterií a brání tím jejich množení.

Vědci zjistili, že se bakterie s devastací vlastní DNA antibiotikem nesmíří, a pustí se ihned do rozsáhlé rekonstrukce. Opravu dělají geny, které proti náhodnému spuštění zabezpečuje pojistka v podobě bílkovinné molekuly LexA. Antibiotikem pochroumaná bakterie pojistku odstraní a zahájí rekonstrukci. Zverbované „opravářské“ molekuly pracují tvůrčím způsobem. Poškozené geny neuvádějí do původního stavu, ale vytvářejí jejich nové varianty. Strategie bakterií v tomto pro ně tak kritickém okamžiku připomíná zoufalou snahu sportovního trenéra, který stíhá hráče, míchá sestavu i herním systémem, jen aby našel recept na soupeře. Šance, že se při takové „tvůrčí správce“ starých genů objeví nová varianta umožňující bakterii odolat antibiotiku, dramaticky roste. Přinejmenším některá antibiotika si tak sama kopou hrob, protože popohánějí mikroby k vytvoření rezistence.

Výzkum Romesbergova týmu ale přináší i naději. Bakterie nerozjedou svůj nekalý trik, dokud mají opravářské geny zablokovány molekulou LexA. Když vědci zabránili bakteriím v odstranění této genové pojistky, mikrobi si s antibiotikem neuměli poradit. Nová antibiotika využívající tohoto poznatku nás budou spolehlivě chránit - než se mikrobi vytasí s dalším trikem ze svého nepřeborného repertoáru.

### **Dívce s meningokokem zachránil život nový lék**

Brněnští lékaři zachránili šestnáctiletou studentku nakaženou meningokokovou infekcí. Dívce z Boskovic hrozilo selhání všech orgánů. V boji o její život použili lékaři Dětské nemocnice v Brně jako vůbec první v republice nový lék. Ten byl ve světě zatím vyzkoušen jen v několika případech.

„Pacientku k nám přivezli s meningokokovou sepsí, s nejtěžší formou nemoci, která postihuje všechny orgány v těle a má velmi rychlý průběh,“ potvrdil primář infekčního oddělení Dětské nemocnice Tomáš Habanec. Vzhledem k závažnosti onemocnění se lékaři v Brně rozhodli dívce pomoci infuze podat novou formu preparátu proteinu C.

V České republice tento lék před nimi ještě nikdo nevyzkoušel. „Bylo to na hranici experimentu, ale případ byl opravdu závažný. Bez podání tohoto léku by to mohlo dopadnout všelijak,“ vysvětlil Habanec. Preparát, jehož použití stálo zhruba milion korun, zaplatila americká společnost, která tento lék vyvinula. Studentka blanenské obchodní akademie je díky němu mimo ohrožení života, stále však zůstává na jednotce intenzivní péče.

### **Tajemství sexu v chromozomu**

První kompletní analýzu genové sekvence v pohlavním chromozomu X provedli vědci z marylandského Národního institutu zdraví (NIH). Znalost složení tohoto chromozomu umožní nejen lépe pochopit vývoj mechanismu rozmnožování u lidí, ale také objasnit biologické rozdíly mezi mužem a ženou a léčit celou řadu dědičně podmíněných nemocí.

Chromozom X hraje prominentní roli ve studiu nemocí a hledání nových možností účinnější léčby. Podařilo se již odhalit více než 300 chorob, jejichž vznik a rozvoj souvisí s tímto chromozomem. Jedná se například



o barvoslepost, hemofilii, některé formy mentálního postižení či růstových poruch a podobně. Odborníci mají také podezření, že právě zde se skrývá klíč k odhalení mechanismu vzniku některých druhů zhoubného bujení.

#### „Méněcenný“ mužský chromozom

Genetická informace lidských buněk je zakódována v 46 chromozomech, z nichž dva jsou označovány jako pohlavní. V savčích buňkách existují dva typy pohlavních chromozomů: ženský chromozom X a mužský chromozom Y. Ženy mají v každé buňce dva chromozomy X, zatímco muži po jednom X a jednom Y. Sexističtí šovinisté mezi muži tedy mohou tvrdit, že jejich genetická výbava je jaksi úplnější, zatímco feministky jim mohou (celkem po právu) oponovat, že Y je vlastně zdegenerovaný ženský chromozom X. Je totiž mnohem menší a obsahuje podstatně méně genů, které však jsou totožné, takže někteří odborníci o něm mluví jako o erodované verzi chromozomu X.

Poslední analýza ukázala, že chromozom X se skládá z 1098 genů kódujících tvorbu proteinů. Naproti tomu v chromozomu Y je pouhých 54 funkčně odpovídajících genů. Přesto však je hustota genů v lidském chromozomu X velmi nízká ve srovnání s ostatními chromozomy. Někteří vědci se proto domnívají, že během minulého vývoje předků člověka některé geny z lidského chromozomu X emigrovaly do jiných chromozomů.

Z medicínského hlediska přitom není bez zajímavosti, že téměř 10 procent genů v chromozomu X je také součástí skupiny označované jako „antigeny rakoviny varlat“. Neprojevují se však jen ve varlatech, ale i v jiných typech nádorů. Mohly by proto sloužit jako prostředek včasné diagnózy nebo jako možný cíl imunoterapeutických zásahů.

#### Pohlaví od kuřete k člověku

Součástí výzkumu bylo také porovnání genové sekvence v lidském chromozomu X s jinými tvory včetně psů, krys a kuřat. Ukázalo se přitom, že seřazení genů u lidí a psů je téměř identické, zatímco u hlodavců jsou některé sekvence promíchané. Hlavní rysy své současné podoby tedy lidský chromozom získal někde na vývojové cestě mezi posledními společnými předky člověka a hlodavců a společnými předky člověka a šelem.

Zajímavé výsledky poskytl srovnání chromozomu X u lidí a kuřat. Zatímco u lidí jsou geny určující délku rukou (předních končetin) všechny v chromozomu X, u kuřat způsobuje krátký vzrůst předních končetin gen umístěný v chromozomu 1 a dlouhý vzrůst gen v chromozomu 4. To podporuje domněnku, že savčí pohlavní chromozomy X a Y vznikly z původně identického páru dvou obyčejných chromozomů.

Již dříve vědci zjistili, že při kopírování chromozomu X mohou některé geny zůstat neaktivní - někdy až do takové míry, že celková aktivita ženské dvojice XX je srovnatelná s mužskou dvojicí XY. Nyní se ukázalo, že aktivita genů při tvorbě proteinů je v ženských chromozomech obvykle vyšší a většinou i proměnlivější než v mužských. Odborníci proto soudí, že zde leží klíč k pochopení sexuálního citění a chování i jejich odchylek, stejně jako k odhalení mechanismu vzniku řady vážných chorob. Současně však upozorňují, že na definitivní závěry je brzy a bude muset následovat řada dalších výzkumů.

Komplexní analýzu genů v lidském chromozomu X společně provedly týmy amerických vědců z Národního institutu zdraví (NIH), Národního institutu výzkumu lidského genomu (NHGRI) a Ministerstva energetiky. Výsledky publikoval vědecký časopis Nature.

#### **Ibuprofen prý zvyšuje riziko infarktu**

Pro české kardiology je to překvapení stejně jako pro pacienty: nejčastě-

ji užívané léky na tlumení bolesti významně zvyšují riziko infarktu.

Nedávno vědci potvrdili to, co odborní lékaři už věděli: léky ze skupiny nesteroidních antirevmatik (Brufen, Ibuprofen, Ibalgin, Diklofenak, Voltaren, Dolmina, Apo-Diclo a další) škodí střevům, a dokonce mohou způsobit vnitřní krvácení. Lékaři je proto nedoporučovali dlouhodobě užívat například pacientům s vředy.

Nyní britští vědci zveřejnili, že pacientům, kteří léky užívají pravidelně na zmírnění bolesti a zánětů při artritidě déle než osmáct měsíců, hrozí i zvýšené riziko infarktu, a to o dvacet až padesát procent. Zjistili to při zkoumání záznamů o léčbě devíti tisíc lidí, kteří v předchozích čtyřech letech utrpěli svůj první infarkt.

„Ještě jsem o tom neslyšel. Musel bych se podívat do originálních závěrů studie, abych to mohl komentovat,“ uvedl uznávaný kardiolog Vladimír Staněk z IKEM.

Stejně včera reagoval i přednosta kardiocentra v IKEM Jan Pirk. „Každý lék má své vedlejší účinky. Ale o tom, že ibuprofen zvyšuje riziko infarktu, nevím. Určitě se o výsledky výzkumu budu zajímat.“

Léky s obsahem účinné látky Ibuprofen patří k neprodávanějším na světě. Vyrábí je řada firem pod různými názvy. „V Česku se jen minulý měsíc prodalo 670 tisíc balení ibalginu,“ uvedl předseda Mezinárodní asociace farmaceutických firem Pavel Mazan.

Britští vědci zjistili, že u těch pacientů, kteří dlouhodobě užívali léky s obsahem ibuprofenu, bylo riziko infarktu průměrně o 25 procent vyšší než u lidí, kteří léky nebrali.

To neznamená, že by pacienti, kteří léky užívají ke zmírnění silných bolestí, měli léky vysadit. „U každého léku je vždy nutné posoudit, zda pro konkrétního pacienta převažuje míra prospěšnosti, nebo škodlivých účinků,“ vysvětluje zástupce firem Pavel Mazan.

Mluvíci ministerstva zdravotnictví Jana Kocová včera sdělila, že zatím nedostali žádné oficiální zprávy o tom, že ibuprofen zvyšuje riziko infarktu. „Pokud se informace potvrdí, veřejnost je dostane od Státního ústavu pro kontrolu léčiv,“ dodala Kocová.

Mluvíci tohoto ústavu Věra Černá sdělila, že není žádný důvod k zásahu proti skupině nesteroidních antirevmatik. „V příbalových letáčcích jsou popsány nežádoucí účinky na trávicí ústrojí, játra, ledviny a alergické reakce. Teď se v celé Evropě přehodnocuje vliv na srdce. Až budou výsledky, sdělíme je veřejnosti,“ řekla Černá.

Informace o škodlivém vlivu léků zveřejnil britský odborný tisk i další média, například včerejší The Times. Kvůli riziku srdečních příhod loni zmizel z trhu zahraniční lék na léčbu bolestí Vioxx.

#### **Česku hrozí nedostatek zubařů**

V Česku hrozí nedostatek zubních lékařů. Tato informace se i navzdory jiným atraktivním tématům probojovala poměrně výrazně na stránky novin a televizní obrazovky. Návštěva zubního lékaře nebývá vždy příjemná, ale nenajít včasné ošetření bývá leckdy horší. Stále více pacientů to zažívá na vlastní kůži. Či na vlastních zubech? Čeština je zde nepřesná. Skutečně zubní lékaři chybějí? A pokud ano, kdo za to může? Odpověď na první otázku můžeme lehce získat při pohledu na statistická data vydávaná každoročně Českou stomatologickou komorou. Vyplyvá z nich, že na jednoho praktického zubního lékaře připadá asi 1600 pacientů. To je lepší situace než v sousedním Rakousku (2008 pacientů), ale už o něco horší než v Německu (1281 pacientů) a dramaticky odlišná od poměrů v severských zemích (kolem 1000 pacientů).

Primitivní porovnávání počtu obyvatel a zubních lékařů však nevypovídá zcela dostatečně o skutečné potřebě zubní péče a možnosti zubních lé-





kařů ji poskytnout. Obyvatelé České republiky potřebují ošetření zubních lékařů mnohem naléhavěji než unijní spoluobčané z porovnávaných zemí. (V poslední době však k zářivému úsměvu ani usilovná práce zubních lékařů nestačí.) V ordinacích na pacienty čekají starší, mnohdy unavení lékaři, přesněji řečeno - lékařky. Typický zubní lékař u nás je totiž čtyřia-padesátiletá zubní lékařka.

Teprve nyní se dostáváme k příčinám, které postupně vedou ke špatné dostupnosti zubní péče. Zubních lékařů ve věku od čtyřiceti pěti let je více než dvojnásobně v porovnání s jejich mladšími kolegy. Téměř dvě třetiny z nich jsou ženy. Řada z nich je již v důchodu - a přesto pracují. Možná s menší výkonností než mladí, ale pokaždé, když někdo z nich odejde, projeví se to tisícer až dvěma tisíci bezprizorných pacientů, kteří marně hledají jiného zubního lékaře.

Kdo se jich ujme, když ze všech pěti vysokých škol, na kterých se zubní lékařství vyučuje, vychází každoročně pouhých sto dvacet absolventů? Z nich je zhruba pětina ze Slovenska a jiných zemí, takže s nimi nelze sto-procentně počítat. Statistika stomatologické komory má k dispozici opět naprosto přesná data. Každý zubní lékař, který chce pracovat v České republice, se musí zapsat do seznamu vedeného komorou, a tak víme, že v posledních třech letech nepřekročil počet nových lékařů číslo sto čtyřicet. Současná síť zubních lékařů se i přes nepříznivé složení a s vypětím všech sil snaží pacientům vyjít vstříc. Musím konstatovat, že mnoho času musejí, bohužel, věnovat stále košatější a košatější byrokracii a nezbývá jim pak pro pacienty. Výkon svobodného povolání není - tak jako v jiných zemích - zvýhodněn a ministerstvo zdravotnictví přes veškeré sliby řeší pouze problémy nemocnic.

Skutečná pohroma nás však teprve čeká. Realita je neúprosná. Starší zubní lékaři v průběhu několika málo let skutečně přestanou pracovat a odejdou do zasloužených důchodů. Ne po jednom, ale po stovkách. Výše uvedené počty absolventů nemohou v žádném případě onu generační mezeru nahradit. Vycházíme-li z našich dat, lze téměř s jistotou tvrdit, že po pěti letech nám bude chybět bezmála tisíc až dva tisíce zubních lékařů.

#### Kdo za to může?

Zbývá mi odpovědět na druhou otázku. Kdo za to může? Komora upozorňuje ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo školství na hrozící nedostatek zubních lékařů již více než šest let. Něco se podařilo. Vysoké školy zkrátily jejich přípravu na pět let a od letošního roku dostanou o něco více peněz na studenta. Jediným řešením je produkovat delší dobu dvojnásobně více absolventů než dnes, na to však ani kapacity vysokých škol, ani jejich finanční prostředky nestačí.

Je třeba si uvědomit, že dalších pět let bude vycházet přibližně stejný počet zubních lékařů jako dosud, neboť počty studentů jsou dány. Rozhodnutí zodpovědných orgánů mělo přijít již dávno a obávám se, že i přes zcela jednoznačnou argumentaci a hrozbu nedostupnosti zubní péče se ho i nadále jen tak nedočkáme. Jsou k němu zapotřebí nové investice pro vysoké školy, ale peněz ve státní pokladně je zoufale málo, neboť se rozdávají jinde.

Místo toho se ministerstvo zdravotnictví ve svých návrzích snaží zajistit dostupnost zavedením obvodů - jako za socialismu. To, že na jednoho zubního lékaře tak případně čtyři tisíce pacientů, jej však nezajímá. Česká stomatologická komora kritizuje tuto laxnost již dlouho a věřím, že se brzy a hlasitě ozvou i pacienti.

Dalších pět let bude absolvovat přibližně stejný počet zubních lékařů jako dosud, neboť počty studentů jsou dány. Rozhodnutí zodpovědných orgánů mělo přijít již dávno a obávám se, že se ho i nadále jen tak nedočkáme.

## I N Z E R C E

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

### Přenechám praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v Praze, popřípadně její část.  
Tel.: 737 413 564.

### Přijme dětského lékaře

Nestátní zdravotní středisko Pernink na Karlovarsku přijme dětského lékaře. Nabízíme: výhodné platové a pracovní podmínky, byt 2+1 k dispozici, horské turistické centrum. Kontakt - tel. 607 244 730.

### Hledám pediatra na zástup

Soukromý PLDD z Pelhřimova hledá pediatra s licencií na občasně zástupy v době nemoci, dovolené či láně, možné i jako asistent na 0,2 úvazku.  
Tel.: 565 326 179 či 723 433 778 v ordináční době, později: 723 666 156.

### Odkoupím zavedenou ordinaci PLDD

Lékařka- pediatr, atestace I.st., licence, uznání specializované způsobilosti v oboru praktický lékař pro děti a dorost podle zákona č.95/2004 Sb., odkoupí zavedenou ordinaci PLDD v Olomouci a okolí. Iničiální nástup jako asistent.  
Zn: spěchá, osobní jednání, telefon: 703 486 101

### Přenechám praxi PLDD

Přenechám praxi PLDD v Praze. Tel.: 602 214 724

### 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

### Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD

Nabízím místo asistenta do ordinace PLDD v Táboře na poliklinice.  
Přenechání ordinace a prodej podílů možný. Telefon: 381 253 220

### Hledám pediatrickou praxi

Hledám pediatrickou praxi s možností odkoupení v Praze. Tel.: 732 942 882.

### Odkoupím zavedenou ordinaci PLDD

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