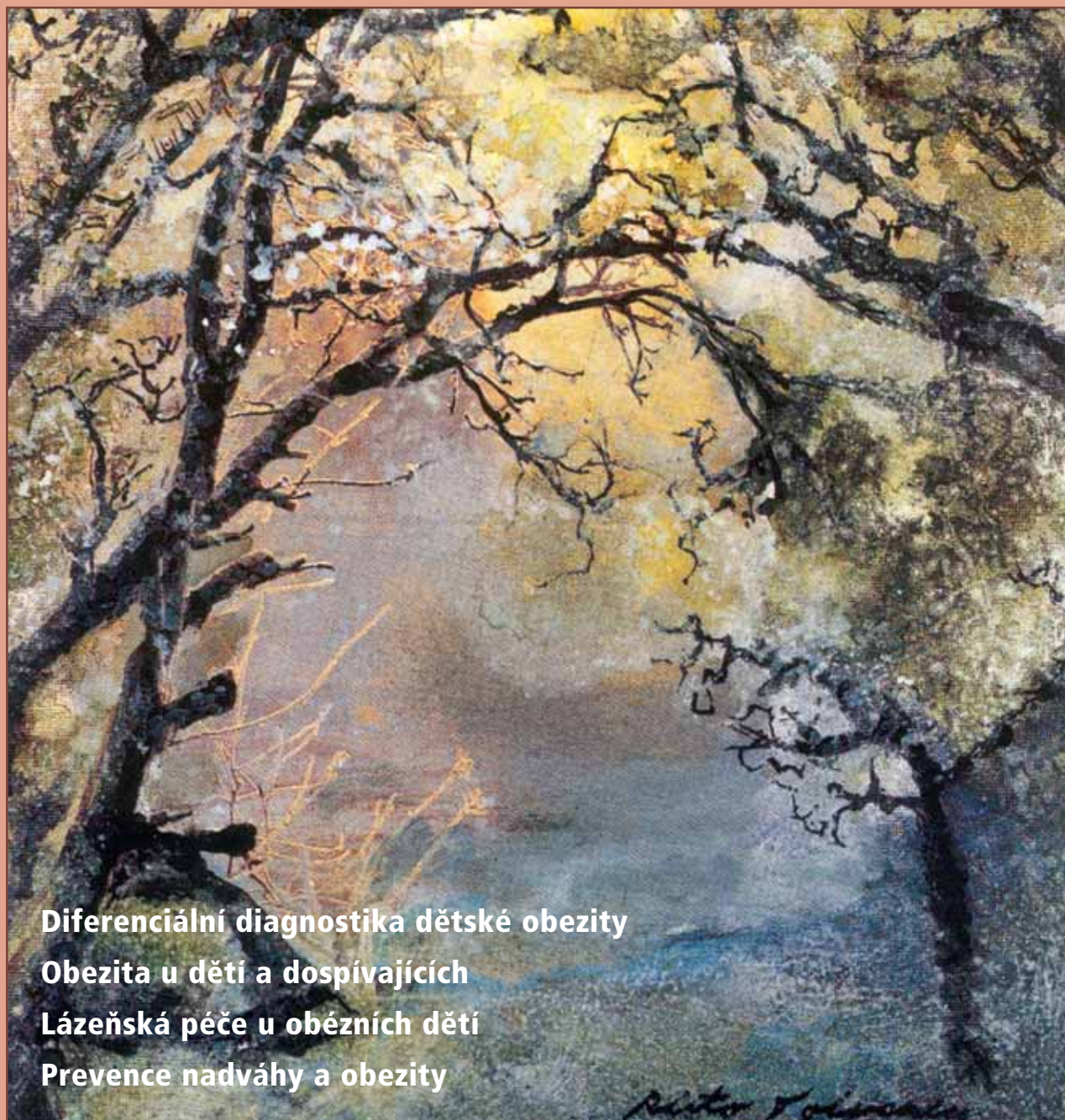


VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

listopad 2005 ■ číslo 9 ■ ročník 5



Diferenciální diagnostika dětské obezity

Obezita u dětí a dospívajících

Lázeňská péče u obézních dětí

Prevence nadváhy a obezity



**ČESKÁ
SPORITELNA**

ZENTIVA®



OSPDL ČLS JEP

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10
sekretariát:

tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Časopis garantován

Sdružením praktických lékařů
pro děti a dorost ČR

zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem
ve spolupráci s Odbornou společností
praktických dětských lékařů ČLS JEP
zastoupené MUDr. Hanou 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

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

vydavatelství

MEDIX Branická 141, 147 00 Praha 4

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc říjen 5

Koalice soukromých lékařů a další události 5

16. Kongres ESAP-SEPA v Barceloně 12



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP 13

Prof. MUDr. J. Lebl, CSC., MUDr. I. Hainerová
Diferenciální diagnostika obezity v dětském věku 14

MUDr. M. Finková
Obezita u dětí a dospívajících 17

MUDr. E. Coufalová, MUDr. A. Sobotka
Léčba dětské obezity ve Státních léčebných
lázních Bludov v letech 2004 a 2005 19

Prof. MUDr. F. Stožický, DrSc.
Prevence vzniku a rozvoje nadváhy
a obezity u dětí a adolescentů 22

MUDr. V. Holeček, MUDr. J. Liška, CSc.
Volné radikály, antioxidanty a další látky u obezity 27

PhDr. M. Nesrstová a kol.
KAZUISTIKA: Atypická forma mentální anorexie 30

PhDr. M. Nesrstová
Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10 32

MUDr. L. Němcová
Lázeňská léčba dětí v Léčebně Dr. L. Filipa 34

MUDr. P. Biskup
Sociálně právní poradna pro PLDD - 2. část 36

Zajímavosti ze světa odborné literatury 42



Aktuality 43

Řádková inzerce 50



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s.r.o.

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namaloval nohou Risto Toivanen



Vážené kolegyně a kolegové,

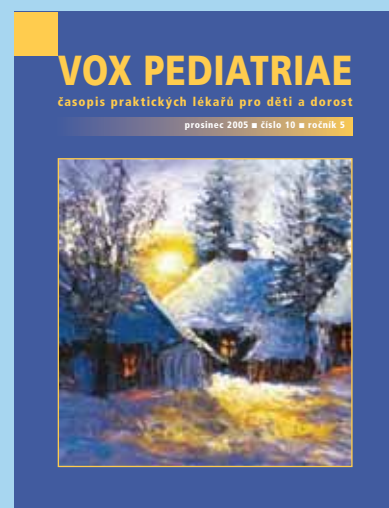
je listopad 2005 a po letech zase konečně víme, že:

- si nenecháme na sobě dříví štípat
- jsme našli společnou řeč i přesto, že jsme oněměli úžasem
- jsme schopni dělat revoluci a nečekat na evoluci
- lze ukrást i revoluci a dělat z ní „velkou“ politiku
- jsme schopni společně pouliční akce, pokud nám teče do bot
- drzost a arogance se vyplácí
- v praxi se vyplácí ulpívání na funkcích
- se jeden náš kolega dočkal toho, na co se dlouho těšil
- doba si našla svého člověka Ratha
- se z prezidenta může stát ministr zdravotnictví
- už konečně máme zase dalšího (desátého) ministra, který je schopný - všeho
- se ministerstvo dá řídit i s předsudky a bez dodržování dohodnutých pravidel
- i za dobu 8 měsíců lze dělat „zázraky“
- opět můžeme něco očekávat, aniž se toho dočkáme
- slova a činy nejsou jedno a totéž
- je před námi další nejistota týkající se prodlužování smluvních vztahů
- lékaři v ordinacích nahradí politiky, aby sdělili svým pacientům, že nemohou mít vše, co chtějí
- se ve zdravotnictví musí šetřit a přesto se pacienti i lékaři budou mít lépe
- lež se stává pravdou, pokud ji dovede někdo obratně překroutit
- za naše peníze a naším jménem se dělá politikaření a občas politika
- se blíží volby a konečně můžeme rozhodnout o tom, co vlastně chceme, pokud to vůbec víme.

Konečně ???

MUDr. Milan Kudyn
1. místopředseda SPLDD ČR

Novorozenec
s extrémně nízkou
porodní hmotností
Hyperaktivní dítě
Vývojová neurologie



seznam inzerujících firem

ASI PRAG
AVENT
BOEHRINGER INGELHEIM
BOIRON
BOOTS HEALTHCARE
ČESKÁ SPOŘITELNA
HERO
HIPP
NESTLÉ
NUTRICIA
SEKK
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 Cabmochová
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 říjen 2005

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc říjen byl z pohledu zdravotnictví určitě zajímavý. Krom nevídaného protestu praktických lékařů, kteří se sešli před budovou Ministerstva zdravotnictví ČR, totiž přinesl i nevídaný boj o křeslo ministra. Doc. MUDr. Emmerová musela nakonec horké křeslo opustit, nicméně ještě nikdy v minulosti nebylo o něj novým kandidátem s takovým úsilím bojováno. Co nám to asi přinese se jistě brzy dovíme. Již jednání 27.10. (viz níže) ukázalo, co vše nejspíše bude v našem zdravotnictví možné. V neposlední řadě je třeba připomenout, že se blíží naše republiková Konference, která bude opět bilancovat naši činnost za poslední rok.

1.-6.10. - informace byly zveřejněny v předchozím čísle Voxu

11.10. - v Evropském parlamentu v Bruselu proběhl seminář na téma elektronizace ve zdravotnictví, účastníci semináře byli seznámeni s Českým projektem elektronických zdravotních knížek společnosti IZIP

13.10. - v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR Ministerstvo zdravotnictví ČR představilo hlavní záměry návrhu zákony o zdravotnických zařízeních a veřejných neziskových službách - mnoho kontraverzních ustanovení, spojení prvků čistě soukromého podnikání se socializací zdravotnictví představuje nespojitelné prvky, k uvedenému návrhu máme celou řadu výhrad, bližší informace naleznete v části věnované Koalici soukromých lékařů

14.-16.10. - v Praze proběhl sjezd ČLK, opět nezdařený pokus svrhnout z pozice prezidenta ČLK MUDr. Davida Ratha, podporu mu přímo na sjezdu vyjádřil i premiér Paroubek, kam až tato spolupráce míří se asi teprve dozvíme

18.10. - v Kongresovém sále hotelu Pyramida proběhla další z konferencí Euro Fora, tentokrát s podtitulem „Zdravotnictví - zátěž veřejných financí nebo tvůrce hodnot?“, role dodavatelů léků a techniky ve zdravotnictví.

20.10. - na půdě VZP proběhlo závěrečné společné jednání dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí 2006, naše dohoda byla potvrzena, její finální podoba ale může doznat dokonce i zásadních změn, čtete další stránky

25.10. - na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů, blíže na jiném místě našeho časopisu

27.10. - na Ministerstvo zdravotnictví ČR si sezval tehdy ještě 1. náměstek řadu zástupců poskytovatelů zdravotní péče i zdravotních pojišťoven, aby jim přednesl svou vizi úhrad v roce 2006, blíže na dalších stranách časopisu

28.10. - jednalo Předsednictvo Sdružení, předmětem bylo samozřejmě hodnocení aktuální situace ve zdravotnictví, hodnotila se protestní akce praktických lékařů a samozřejmě probíhala i příprava celostátní Konference.

Koalice soukromých lékařů a další události

Události měsíce října ve zdravotnictví poznamenaly samozřejmě i činnost Koalice soukromých lékařů. O činnosti tohoto volného sdružení Vás pravidelně informujeme, výjimkou nebude ani toto číslo našeho časopisu. Předkládáme tedy některé důležité události v chronologickém uspořádání tak, jak se staly.

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 25.10. 2005

1. Aktuální situace

■ **Diskuse k cenovým dodatkům** smluv se zdravotními pojišťovnami na 1. pololetí 2006

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

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

Protestní akce praktických lékařů byla zá-

stupci Koalice velmi kladně hodnocena. Demonstrace před budovou MZ ČR byla dobře organizačně připravena a splnila dva ze tří hlavních cílů, které její organizátoři sledovali: 1. odvolání Dr. Emmerové z funkce ministryně zdravotnictví 2. zahájení diskuse o legislativních změnách ve zdravotnictví Zbývá splnit 3. úkol - prosadit stažení nevyhovujících zdravotnických zákonů, které jsou v PSP ČR v 1. čtení.

3. Výsledky Dohodovacího řízení k cenám zdravotní péče na 1. pololetí 2006

Členové Koalice se navzájem informovali o výsledcích jednání.

4. Předání funkce mluvčího

S platností od 1. 11. 2005 se funkce mluvčího Koalice soukromých lékařů ujímá Dr. Zorjan Jojko, výkonný místopředseda Sdružení ambulantních specialistů. Dr. Jelínek poděkoval Mgr. Sladkovské za dobrou práci v době jeho působení ve funkci mluvčího.



II. Prohlášení SPL ČR a SPLDD ČR ze dne 24.10.2005

Současný výkon funkce ministra zdravotnictví, respektive prvního náměstka ministra, a prezidenta ČLK pokládáme za střet zájmů.

Obáváme se, že MUDr. Rath jako vysoký funkcionář výkonné moci nebude dostatečně razantně hájit a prosazovat zájmy lékařů a jejich oprávněné požadavky vůči státní moci. Již současné kroky ministerstva, které v této době jako první náměstek řídí, naše obavy naplňují.

Dohoda o opatřeních k zajištění stabilizace v systému veřejného zdravotního pojištění, která nám byla dnes ministerstvem doručena,

se snaží řešit současné problémy systému prakticky pouze na úkor zdravotnických zařízení - lékařů.

Dohoda předpokládá nulové navýšení úhrad, zpřísnění regulací na léky, možnost dodatečných regulací úhrad řádně a odůvodněně poskytnuté zdravotní péče, předpokládá trvání úhrad po lhůtě splatnosti a podobně. Dohoda rovněž obchází stávající instituty dohodovacích řízení upravených zákonem. Počítá dokonce i s odložením dohodnutého navýšení ceny lékařské práce.

Nemůžeme se ztotožnit s nevybíravým způsobem jednání, kdy MUDr. Rath hrubě napadá ústavní činitele a představitele ostatních politických stran. Takové jednání poškozuje lékařský stav.

Vítáme proto aktivity některých okresních sdružení ČLK vyzývající k mimořádnému sjezdu ČLK a volbě nového vedení.

Za SPL ČR

MUDr. Václav Šmatlák, předseda

Za SPLDD ČR

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

III. Prohlášení prezidentů lékárnické a stomatologické komory

Jsmе zásadně znepokojeni posledním vývojem sporu kolem případného jmenování MUDr. Davida Ratha ministrem zdravotnictví.

Úkolem ze zákona zřízených komor je především dbát na odbornost výkonu profese, chránit profesní etiku, demokratické principy samosprávy a jejich apolitičnost. To vše postarádáme v posledních krocích prezidenta a vedení České lékařské komory.

Představenstvo ČLK za osobní účasti MUDr. Davida Ratha v pátek 21. října 2005 „upravilo“ stavovské předpisy ČLK tak, že:

„...prezident komory může nadále vykonávat svou funkci i v případě, že je pověřen funkcí člena vlády...“.

„...prezident komory může pozastavit výkon funkce prezidenta komory...“

Považujeme toto jednání za zcela účelové, nezákonné a protiústavní, směřující k jasnému cíli, kterým je koncentrace moci do rukou jediné osoby!

Zákon jasně stanoví, že v případě nepřítomnosti prezidenta řídí lékařskou komoru sjezdem zvolený viceprezident. Představenstvo ČLK si tuto pravomoc přisvojilo!

Vzhledem k tomu, že kandidát na ministra zdravotnictví, MUDr. David Rath, nerespektuje základní demokratické principy ani platné zákony této země, přestává pro nás být důvěryhodnou osobou.

Zároveň vyzýváme instituce i organizace působící v českém zdravotnictví, aby, pokud náš názor sdílejí, podpořily toto prohlášení a to zasláním jeho podepsané kopie na níže uvedená faxová čísla a adresy. Toto prohlášení včetně informací o tom, které organizace a instituce jej podporují, bude předáno prezidentu republiky i předsedovi vlády.

V Praze dne 26. 10. 2005

PharmDr. Lubomír Chudoba
prezident České lékárnické komory

MUDr. Jiří Pekárek
prezident České stomatologické komory

IV. Odpověď premiéra

Vážení pánové,
myslím, že celý „problém“ střetu zájmů se vyřeší během několika dní. Ostatně zákon o střetu zájmů dává nově jmenovanému ministru řešit tuto věc až po jmenování.

Vzhledem k tomu, že se nechci utápět v zá-

sadě neproduktivních sporech, vyřeší dr. Rath celou věc střetu zájmů ještě před svým jmenováním ministrem.

Věcně s Vámi však nesouhlasím, střet zájmů byl dr. Rath připraven řešit (viz jeho čestné prohlášení zasláné prezidentovi republiky

v pondělí 24.11.). Hysterie není na místě.

S pozdravem

Jiří Paroubek

V. Předseda Senátu podpořil prohlášení prezidentů lékárnické a stomatologické komory

Předseda Senátu PČR Přemysl Sobotka podpořil dnes svým podpisem prohlášení prezidentů lékárnické a stomatologické ko-

mory, ve kterém se vyjadřují k současné situaci kolem jmenování Davida Ratha ministrem zdravotnictví.

„Úkolem ze zákona zřízených komor je především dbát na odbornost výkonu profese, chránit profesní etiku, demokratické prin-



cipy samosprávy a jejich apolitičnost. To vše postrádáme v posledních krocích prezidenta a vedení České lékařské komory," praví se v prohlášení podepsaném PharmDr. Lubomírem Chudobou, prezidentem České lékařské komory a MUDr. Jiřím Pekárkem, prezidentem České stomatologické komory.

V prohlášení se dále uvádí, že představenstvo ČLK za osobní účasti MUDr. Davida Ratha v pátek 21. října 2005 upravilo stavovské předpisy ČLK tak, aby současný prezident mohl vykonávat funkci člena vlády pouze pozastavením výkonu funkce prezidenta komo-

ry. David Rath se tímto krokem rozhodl nerespektovat základní demokratické principy a platné zákony České republiky a přestává být důvěryhodnou osobou.

„S prohlášením se plně ztotožňuji a oběma pánům prezidentům jsem sdělil, že k němu připojuji svůj podpis. Jedině masivním odporem k takovým praktikám lze pana Ratha donutit, aby se buď vzdal své role na ministerstvu zdravotnictví nebo aby opustil křeslo prezidenta České lékařské komory," prohlásil Přemysl Sobotka.

„Pokud se potvrdí, že předsednictvo svévolně změnilo protiprávně stanovy, tak si dovolím vyzvat všechny lékaře aby chránili demokratické principy jejich profesní organizace a svolali mimořádný sjezd a předsednictvo odvolali," dodal k prohlášení předseda Senátu.

*Petr Kostka, tiskový tajemník
Kancelář Senátu Parlament ČR
27/10/2005*

VI. Stanovisko SPLDD k návrhu zákona o zdravotnických zařízeních a veřejných službách

1. Nesouhlasíme s rozsahem navrhovaného zákona. Jsme přesvědčeni, že část zabývající se veřejnými službami ve zdravotnictví by neměla být součástí zákona pojednávajícího o registraci zdravotnických zařízení. Veřejné služby patří logicky spíše do zákona o veřejném zdravotním pojištění.

2. Samotná úprava registrace zdravotnických zařízení žádným způsobem nereflektovala nedostatky zákona č. 160/1992 Sb. Zřizování zdravotnických zařízení, resp. povolení k poskytování zdravotní péče by mělo být upraveno analogicky jako jiné podnikání dle Živnostenského zákona. Výkon žádného jiného povolání není podmíněn dopředu vytvořením pracoviště, jakým je dle zákona č. 160/1992 Sb. i dle nově navrhované normy zdravotnické zařízení. Dle našeho názoru by jedinými podmínkami pro vydání příslušného oprávnění (registrace) měla být odborná způsobilost a popřípadě bezúhonnost a zdravotní způsobilost. Ostatní podmínky pro věcné, technické a personální vybavení by zákon stanovoval, nebyly by podmínkou pro registraci, avšak mohly by být následně kontrolovány. Současný navrhovaný stav téměř znemožňuje získání půjček na výstavbu zdravotnických zařízení. Bez vytvoření zdravotnického zařízení nemá lékař registraci a nemůže tedy získat půjčku, kterou na zřízení tohoto zařízení potřebuje. Motá se tedy v bludném kruhu. Podobná situace je u právnických osob, které by, pokud by jejich výkonem činnosti bylo pouze poskytování zdravotní péče, nemohly vůbec vzniknout.

3. Obecné základní rysy navrhované úpravy

- zesílená regulace, všeobjímající plánování
- oslabení zdravotních pojišťoven
- silná ingerence veřejné (státní) správy do vztahů mezi podnikateli
- omezení smluvní volnosti
- v konečném důsledku omezení podnikání ve zdravotnictví

4. Jedním ze základních cílů navrhované úpravy má být zrovnoprávnění všech subjektů v přístupu k provozování zdravotnických zařízení. Ve skutečnosti dochází k narušování podnikatelského prostředí, neboť především úprava vzniku oprávnění k provozování zdravotnického zařízení a přístupu k zajišťování veřejné služby kladou před soukromé osoby, ať fyzické či právnické, nepřekonatelné překážky. Převzetím institutu zdravotnického zařízení v dosavadní podobě totiž přetrvávají, ba jsou umocněny některé všeobecně známé problémy.

5. Srovnáním s právní úpravou jiných neživnostenských způsobů podnikání lze dospět k těmto obecným závěrům:

- podmínky pro získání oprávnění k výkonu povolání fyzických osob (veterinární lékaři, advokáti, patentoví zástupci, auditoři, soudní exekutoři atd.) se vztahují vždy k odborné, případně zdravotní způsobilosti těchto osob a k jejich bezúhonnosti, nikdy však k hmotným či personálním složkám jejich budoucí činnosti (výjimku tvoří notáři, u nichž je před-

pokladem zahájení činnosti pořízení úředního razítka).

- plnění případných požadavků na personální vybavení (odborné činnosti u soukromého veterinárního lékaře, advokáta, notáře apod. může vykonávat jen odborně způsobilá osoba) či věcné vybavení (nástroje či léky u veterinárních lékařů, speciální pomůcky u notářů, spisy u advokátů apod.) jsou předmětem následné kontroly.

Nutno též konstatovat, že u některých koncesovaných živností zákon ukládá jako podmínku provozování živnosti schválení provozovny, bezúhonnost všech zaměstnanců apod. Tyto podmínky však ukládá v koncesní listině a jsou předmětem živnostenské kontroly.

Z uvedených charakteristik též vyplývá, že proklamovaný první cíl navrhované právní úpravy, totiž zrovnoprávnění všech subjektů v přístupu k provozování zdravotnického zařízení, je do značné míry iluzorní. Neživnostenská výdělečná činnost fyzických osob (tradičně tzv. svobodná povolání) vykazuje totiž celou řadu specifíků, a proto snaha nastavit pro tento okruh osob shodné podmínky jako pro osoby právnické, které navíc nejsou podnikateli (příspěvkové organizace, organizační složky státu atd.), nemůže přinést vyvážené prostředí a povede naopak k znevýhodnění jednoho segmentu poskytovatelů zdravotní péče a k dalšímu omezování podnikatelského prostředí ve zdravotnictví.



VII. Výstupy z jednání na Ministerstvu zdravotnictví ČR dne 27.10.2005

1. Pozvání k jednání

- pozvánka byla formulována takto:

Vážení,

podle pokynu 1. náměstka pověřeného řízením Ministerstva zdravotnictví a řízením sekce zdravotního pojištění a mezinárodních vztahů MUDr. Davida Ratha je na Ministerstvu zdravotnictví dne 27.10. 2005 od 16.00 hod, zas. místnost č. 281, svoláno jednání s následujícím programem:

1) Jednání o dohodě u předsedy vlády Ing. Paroubka

2) Úhrady zdravotní péče na rok 2006

Komentář:

V pozvánce určitě zaujme již specifikace funkce 1. náměstka.

Pro upřesnění přikládám text Dohody uvedený v bodě 1/ a naše stanovisko k ní:

Dohoda o opatřeních k zajištění stabilizace systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2006

V návaznosti na „Všeobecnou dohodu“ o opatřeních v systému poskytování zdravotní péče ze dne 3. 6. 2005 proběhla ve dnech 27. září 2005, 5. října 2005, 13. října 2005 a 18. října 2005 jednání u předsedy vlády za účasti zástupců zdravotních pojišťoven, Ministerstva zdravotnictví, poradců předsedy vlády a prezidenta České lékařské komory. Projednávaným tématem byla opatření k zajištění stabilizace systému veřejného zdravotního pojištění a nalezení východisek ze současné situace růstu zadluženosti systému zdravotního pojištění.

Východiska:

Bylo docíleno shody, že:

- Uvedené návrhy budou představovat řešení situace v roce 2006 a nemají ambici řešit reformu systému veřejného zdravotního pojištění v delším časovém horizontu
- Bude vycházeno z analýzy příjmů a výdajů (modelace 3 variant), kterou předložili předšedové správních rad zdravotních pojišťoven na předchozím jednání s panem premiérem:
 - očekávané příjmy r. 2006: **173 mld. Kč**
 - náklady r. 2006 při nulovém navýšení budou ve výši: **172 mld. Kč**

- v roční bilanci r. 2006 vzniká „rezerva“ **1 mld. Kč**; kterou lze využít pouze na snížení deficitu předchozích let

■ Na realizaci nařízení vlády ve mzdové oblasti bude využito části navýšení platby za státní pojišťovnu dle bodu 7. Na realizaci se budou podílet jednou polovinou lůžková zdravotnická zařízení (formou vnitřních úspor) a jednou polovinou zdravotní pojišťovny (formou zvýšení úhrad).

■ Splnění následujících bodů umožní vyrovnanou bilanci systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2006 a vytvoří prostor pro následné řešení stávajícího kumulovaného deficitu.

Závěry:

1. Bylo docíleno shody v záměru, aby v roce 2006 závazky po lhůtě splatnosti u VZP poklesly oproti r. 2005 a byla zachována rovnováha hospodaření u zaměstnaneckých pojišťoven;

■ tím bude zabezpečena vyrovnaná bilance příjmů a nákladů v rámci rozpočtového roku,
■ zvýšení příjmů zdravotnických zařízení, zohledňující vliv nařízení vlády ve mzdové oblasti a inflační vlivy v předpokládané výši 2,2 % (2,64 mld. Kč) bude třeba řešit dodatečnými zdroji ze státního rozpočtu (viz bod 7); „inflační navýšení“ nákladů se nepředpokládá u léků a zdravotnických prostředků,

■ dílčí snížení závazků po lhůtě splatnosti u VZP a zabránění vzniku závazků po lhůtě splatnosti ostatních zdravotních pojišťoven bude umožněno navrhovanými úspornými opatřeními realizací bodů 5 a 6 a dodatečnými zdroji ze státního rozpočtu dle bodu 7; přes tato opatření se nepodaří v roce 2006 dosáhnout lhůt splatnosti dle Rámcové smlouvy,

■ zdravotní pojišťovny a ostatní účastníci jednání jsou si vědomi, že úsporná opatření nesmí vést ke snížení kvality poskytované zdravotní péče.

2. Bylo docíleno shody na tom, že pokud Ministerstvo zdravotnictví vydá úhradové vyhlášky pro r. 2006, nebudou tyto úhradové vyhlášky v rozporu s parametry této dohody.

3. Bylo docíleno shody, že regulace ná-

kladů vyplývajících z této dohody v roce 2006 bude zajištěna i na základě zdravotně pojistných plánů (§ 17 odst. 14 zák. č. 48/1997 Sb.) a smluvních ujednání;

■ za tímto účelem je třeba, aby byly zdravotně pojistné plány zdravotních pojišťoven na rok 2006 předloženy Poslanecké sněmovně Parlamentu v co nejkratším termínu,

■ schválené zdravotně pojistné plány jednotlivých zdravotních pojišťoven na rok 2006 budou sestaveny jako vyrovnané a jejich údaje budou respektovány (v souladu se závěry schůzky u předsedy vlády),

■ v případě schválení dodatečných zdrojů ze státního rozpočtu dle bodu 7 bude „nulový“ nárůst nákladů upraven.

4. Bylo docíleno shody, že problematika změny Seznamu zdravotních výkonů, včetně mzdových indexů lékařů, bude předmětem samostatného jednání pracovní skupiny.

5. Bylo docíleno shody, že všechny náklady na léky a zdravotnické prostředky budou řešeny na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení stanovením prospektivních limitů pro léčiva a zdravotnické prostředky v objemu maximálně 98 % nákladů za rok 2005.

Za tímto účelem je třeba:

■ vydání lékové vyhlášky musí vést ke snížení nákladů na léky. Před vydáním musí být provedena ekonomická kalkulace dopadů vyhlášky, na které se shodnou zástupci zdravotních pojišťoven a Ministerstva zdravotnictví. Nová vyhláška musí tuto kalkulaci respektovat;

■ změnit metodu stanovování maximálních cen léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, konkrétně maximální ceny léčivých přípravků a zdravotnických prostředků stanovit na úrovni průměru cen v jednotlivých zemích EU násobeném koeficientem odpovídajícím poměru vybraného makroekonomického ukazatele (zodpovědnost MF);

■ **regulovat kumulovanou obchodní přírážku na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky formou maximální a regresivní obchodní přírážky dle návrhu ZP (zodpovědnost MF);**

■ řídit výdaje u předepisovaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků na úrovni



výdajů roku 2005 v jednotlivých zdravotnických zařízeních tak, aby byla zachována dostupnost a kvalita zdravotní péče.

6. Bylo docíleno shody v provedení potřebných a oprávněných změn v síti smluvních zdravotnických zařízení tak, aby nedošlo ke snížení kvality a byla zajištěna potřebná dostupnost zdravotní péče pro pojištěnce. K realizaci těchto kroků je potřebná podpora státní správy a samosprávy.

K realizaci těchto změn se doporučuje:

■ vytvořit ve spolupráci zastoupených institucí a zástupců krajů jednotnou sadu základních ukazatelů pro sledování a hodnocení kvality pro poskytování zdravotní péče (s využitím dat a analýz Národního referenčního centra). Termín: do 30.6.2006. Výsledků tohoto hodnocení využít při modelaci sítě smluvních zdravotnických zařízení.

■ provést revize smluvních vztahů s ambulantními lékaři tak, aby jedné fyzicky podnikající osobě (zaměstnanci) odpovídal maximálně smluvní úvazek 1,0 (kapacitní číslo). Všem, kteří mají kapacitní číslo větší než 1,0 (a přitom jde o fyzickou osobu či jednoho zaměstnance na úvazek 1,0), snížit kapacitní číslo na 1,0,

■ zastavit uzavírání nových smluv či rozšiřování stávajících smluv s nákladnými provozy, především hemodialýzy, laboratoře, invazivní pracoviště, NMR, CT, PET. To předpokládá zastavení projednávání nových kapacit v přístrojové komisi MZ s výjimkou případů nutné obnovy stávajících kapacit.

■ vydat nový indikační seznam pro lůžkovou péči dle návrhu zdravotních pojišťoven z r. 2004, s platností nejpozději od 1. 4. 2006.

7. Bylo docíleno shody v potřebě dalšího zvýšení valorizace pojistného za státem hrazené pojištění (nad rámec již schválených 2,3 mld. Kč, které jsou zahrnuty v částce 173 mld. Kč - viz východiska) o minimálně 1 % (tj. 1,7 mld. Kč) z 21 % na 22 % vyměřovacího základu průměrné měsíční mzdy v roce 2006 tak, aby došlo k alespoň částečnému snížení historicky vzniklé disproporce této skupiny oproti ostatním plátcům pojistného.

Specifikace potřebných dodatečných zdrojů (nad rámec schválených 2,3 mld. Kč):

a) pro kompenzaci inflace ve výši 2,2 % je nutných cca **2,64 mld. Kč.**

b) pro kompenzaci zkrácení závazků po lhůtě splatnosti o cca 10 dní bude využita částka cca **2,36 mld. Kč.**

8. Účastníci jednání se shodli, že k naplnění této dohody budou probíhat pravidelná měsíční setkání pracovní skupiny s vyhodnocováním a případnými korekcemi vedoucími k naplnění této dohody.

V Praze dne 19. října 2005:

Předseda vlády

Ministerstvo zdravotnictví

Zdravotní pojišťovny

Stanovisko SPL a SPLDD k této dohodě je následující:

Pozastavujeme se nad tím, že ačkoli dohoda bude znamenat výrazné dopady na poskytovatele zdravotní péče a pacienty, nebyli zástupci těchto skupin vůbec účastníky jednání a ani neměli možnost se k věci před učiněním dohody vyjádřit.

Zarážející je, že ačkoli budou mít opatření výrazný dopad, účastníci přiznávají, že nemají snahu řešit reformu systému.

Výsledkem má být ušetření 1 miliardy v roce 2006, přičemž současný deficit přesahuje miliard 10. Tedy současný deficit veřejného zdravotního pojištění nemá být v roce 2006 řešen a dohoda výslovně uvádí, že v roce 2006 nebude dosaženo úhrad v řádných, ve smlouvách uvedených, lhůtách splatnosti.

Dohoda předpokládá nulové navýšení úhrad zdravotnickým zařízením. Přitom ovšem řeší problematiku nařízení vlády zvyšujícího mzdy, které se týká pouze některých zdravotnických zařízení, a to tak, že polovinu tohoto navýšení má pokrýt státní rozpočet a polovinu zdravotní pojišťovny.

Dohoda předpokládá vydání úhradových vyhlášek ministerstvem, které by legalizovaly tuto dohodu. Tím může dojít k situaci, kdy dohodovací řízení zcela pozbývá smyslu, neboť veškeré úhrady a především regulační opatření bude stanovovat (v intencích této dohody) ministerstvo zdravotnictví.

Bylo dohodnuto, že regulace nákladů bude probíhat i podle zdravotně pojistných plánů, což znamená, že platné smlouvy a cenové dodatky vůbec nebudou zaručovat úhradu a regulace v nich uvedené. Tento systém regulace připouští následné krácení úhrad bez ohledu na to, zda zdravotní péče byla poskytnuta odůvodněně či nikoliv, ale pouze na základě rozpočtů zdravotních pojišťoven.

Seznam výkonů bude dle dohody řešen samostatným jednáním jakési pracovní skupiny, což zcela opomíjí platnou legislativu, která tuto kompetenci svěřuje dohodovacímu řízení k seznamu výkonů.

Dohoda předpokládá zavedení limitů na

léky a zdravotnické prostředky pro jednotlivá zdravotnická zařízení ve výši maximálně 98% nákladů za rok 2005. Neřeší však situaci, kdy limit bude dosažen či překročen.

Dohoda předpokládá změny v síti smluvních zdravotnických zařízení ve smyslu vyřazení některých stávajících smluvních zařízení z této sítě. Rovněž předpokládá úpravu kapacitních čísel u ambulantních lékařů.

Dohoda předpokládá novelu vyhlášky, která stanovuje podmínky pro lůžkovou péči, což jsme opakovaně ministerstvu doporučovali, a tudíž s tímto bodem pochopitelně souhlasíme (za předpokladu, že změna bude spočívat ve zpřísnění podmínek pro lůžkovou péči).

Vítáme i valorizaci pojistného za státem hrazené pojištění, i když navrhované zvýšení pokládáme za nedostatečné.

Za SPL ČR

MUDr. Václav Šmatlák, MUDr. Jana Uhrová

Za SPLDD ČR

MUDr. Pavel Neugebauer

2. Účastníci jednání

- předkládám adresář pozvaných

jirina.musilkova@vzp.cz ;

fberanek@vozp.cz; zdenek.vrozina@hzp.cz;

sekretar.gr@ozp.cz; ivana.filipiova@zpsko-da.cz;

ksatera@zpmvcr.cz ; kana@rbp-zp.cz ;

sekretariat@zpmca.cz ;

sekretariat@cnzp.cz; szp@mbox.vol.cz; jana.lacinova@volny.cz;

mudrtrzil@volny.cz ;

acmn@volny.cz; jana.popovicova@volny.cz ;

st.fiala@quick.cz; lerymed@volny.cz; p.ny-kodymova@tiscali.cz;

cb742338@tiscali.cz;

jirka.baly@tiscali.cz; l.jelinkova@volny.cz;

vocilkova@volny.cz; dr.zajic@seznam.cz;

ancr@vfn.cz; kunova@fnplzen.cz;

ancr@vfn.cz; kral@centromed.cz;

marie.koprivova@email.cz; brehovkapraha@czcom.cz;

riaps@szu-praha.cz;

tomas.jirka@fresenius.cz; brehovkapraha@czcom.cz;

aklcr@mbox.vol.cz; marcela.michalickova@seznam.cz;

t.merhaut@volny.cz; rene.pospisil@quick.cz;

tomas.koci@nemcl.cz ; irusava@iol.cz;

interga@comp.cz; epriban@maincube.net;

kardiomed@volny.cz; luberka@iol.cz; vstremam@volny.cz;

kalous@mbox.vol.cz; i.kopeciky@iol.cz;

j.michalek@iol.cz;

medico@mbox.vol.cz; rosicka.ortl@volny.cz;

hasek@iol.cz; sslzpcr@mbox.vol.cz; [VOX PEDIATRIAE - listopad/2005 - č.9 - ročník 5](mailto:ha-</p></div><div data-bbox=)



nus@bon.cz; nedrehab@mbox.vol.cz; vodvarkat@quick.cz; lhavranek@iol.cz; knajfl@volny.cz; gollova@volny.cz; sslzpcr@mbox.vol.cz; kontakt@ssl.cz; ssgcr@ti.cz; alexstara@volny.cz; knajfl@volny.cz; bohdan.babinec@seznam.cz; somberg@mujbox.cz; hana.tau@post.cz; fnbrno@fnbrno.cz; info.mediterra@malvazinky.cz; kadrnozka@plbrno.cz; spl@vol.cz; uher@zdravotnictvi.cz; centrum@detskylekar.cz; centrum@detskylekar.cz; rtg.pdy@wordonline.cz; julis@biolab.cz; predseda@lok-scl.cz.

Poznámka:

Pokud by někdo hledal analogii s adresářem dohodovacích řízení o cenách, hledal by marně, například segment stomatologů pozván vůbec nebyl, ačkoliv předmětem mělo být jednání o cenách na rok 2006.

3. Komentář k Dohodě ze strany 1. náměštka

1. náměstek seznámil přítomné s obsahem a vysvětlil nezbytnost dodržení této Dohody. Ačkoliv její součástí není žádná analýza, bylo konstatováno, že není jiné cesty a všichni proto musí šetřit. K textu Dohody se jednoznačně přihlásil, ačkoliv ji sám nesignoval.

4. Návrh Ministerstva zdravotnictví ČR

- k návrhu úhrad v segmentu lůžkové péče nebyl předložen žádný písemný materiál

- ve slovním komentáři bylo zdůrazněno, že k dohodě s Asociací nemocnic (sdružující fakultní nemocnice) již došlo a úhrada by měla odpovídat navýšení maximálně 2,2-3 % obsažených v Dohodě

- bližší podrobnosti budou součástí připravované Vyhlášky, která stanoví ceny na celý rok 2006 tak, aby vyhovovaly ustanovením v Dohodě, tj. upraví i již uzavřené Dohody v řádném dohodovacím řízení o cenách

- pro ambulantní sektor byl předán následující materiál (doslovný přepis)

Principy úhrad ambulantní sféry pro rok 2006

Cíle:

1. pokrýt nárůst nákladů zdravotnických zařízení
2. snížit výdaje VZP
3. snížit výdaje za léky a zdravotnické prostředky
4. snížit počet odložitelných (neakutních) výkonů

Návrh řešení:

Ambulantní specialisté:

Zachovat současný systém úhrady s navýšením maximální úhrady na rodné číslo o 3%, vydat nový seznam výkonů s cílem snížit objem poskytované péče o 10%, regulace léků, indukované péče a materiálu při překročení 100% vlastního objemu z referenčního období - souhrnný limit bude každé ambulanci nahlášen před započatým obdobím, při nižším objemu než 100% a při zachovaném počtu ošetřených rodných čísel se při nižších nákladech na léky, indukovanou péči a materiál vyplatí bonus ve výši 30% z ušetřené částky.

U praktických lékařů:

Vycházíme z požadavku jež tlumočil dr. Jelínek u premiéra - praktičtí lékaři nechťejí více, chtějí peníze v termínu splatnosti.

Limit na výkony ve výši 103% a nasmlou-

vání signálního kódu - tj. platba navíc bez limitace

Limit na léky a zdravotnické prostředky ve výši 100% referenčního období

Komplement:

Limit úhrad ve výši 100% referenčního období

Doprava:

Limit úhrad ve výši 100% referenčního období

Stomatologická péče:

Limit úhrad ve výši 103% referenčního období

Návrh neobsahoval žádnou signaturu

5. Závěr

- jde jednoznačně o snahu řešit Vyhláškou současný ekonomický marasmus zdravotnictví, i když legislativní zmocnění k takovému postupu rozhodně neexistuje
- pojišťovně nejspíše postup vyhovuje, nejsou jím nijak ohroženy, naopak
- hlavní břímě zodpovědnosti přeneseno na poskytovatele zdravotní péče
- pacient zůstává i nadále tabu
- obcházení legislativy pak asi nepřekvapí
- popřen princip dohodovacího řízení o cenách - změna období na 1 rok, dosud dohodováno pololetí, možný zásah do již uzavřených dohod
- Sazebník má být vydán s úpravami obcházejícími řádné dohodovací řízení
- V Dohodě lze najít i snahu řešit síť, opět obcházení dohodovacího řízení k Rámcovým smlouvám.

Zpracoval:

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

VIII. Zpráva k materiálu „Dohoda o opatřeních k zajištění stabilizace v systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2006“

Vážený pane předsedo,

jako přímý účastník jednání mezi zástupci pana premiéra Paroubka, MZ a zdravotních pojišťoven si Vám dovoluji sdělit následující:

„Dohoda“ sama o sobě nepředstavuje nic jiného, než vymezující rámec finančních možností v roce 2006, za kterých bude možno

uhradit poskytnutou, vykázanou a uznanou zdravotní péči v tomto roce, aniž by došlo k prodloužení lhůt splatnosti u VZP a aniž by byla porušena rovnováha hospodaření u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

V roce 2006 se nepředpokládá výrazná změna v objemu poskytnuté zdravotní péče proti roku 2005 a ani se neočekává radikální

změna léčebných postupů, které by významně vedly ke zvýšení ceny této péče v roce 2006.

V roce 2005 jsou očekávané příjmy ve výši 166,2 mld. a výdaje 172 mld.

V roce 2006 jsou očekávané příjmy ve výši 173 mld. a výdaje 172 mld.

Disproporce mezi příjmem v roce 2005 (činí 166,2 mld.) a výdajem za rok 2005 (či-



ní 172 mld.) je 5,8 mld. a toto zadlužení pouze v tomto roce vzniklo jako přímý důsledek vyhlášky MZ č. 50/2005Sb. ze dne 25.1.2005.

Obsahem „Dohody“ je konstatování, že při zachování stejného objemu poskytnuté zdravotní péče je finanční částka dostačující k úhradě této péče (poskytnutá péče je stejná v roce 2005 jako v roce 2006). Podmínky pro lůžková zařízení se ale poněkud změnily rozhodnutím vlády o navýšení mzdových prostředků u zaměstnanců od 1.9.2005 o 8 % a další očekávané zvýšení mezd o 4,5 % od 1.1.2006.

Vážený pane předsedo, tolik úvodem a nyní krátký komentář k jednotlivým bodům.

ad 1) Reálná výše předpokládaných příjmů, tomu je nutno podřídit výdaje, případně zajistit zdroje další (rozhodnutí o zvýšení příjmů s pouze částečným finančním krytím).

ad 2) MZ se hlásí, že případné vydání úhradových vyhlášek nenaruší finanční možnosti obsažené v této „Dohodě“ (nelze opakovat chyby, které obsahuje vyhláška 50/2005 Sb.).

ad 3) Zdravotně pojistný plán zdravotní pojišťovny je sdělením zdravotnickému zařízení o maximálních finančních možnostech příslušné zdravotní pojišťovny. Aby nedocházelo k retrospektivním regulacím v horizontu půl a více roku, mluví „Dohoda“ o nutnosti předložit ZPP Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR v co nejkratším termínu (nejlépe ještě v roce 2005). Po schválení ZPP je nutnost respektování jejich vyrovnaných rozpočtů (snaha eliminovat různé lobbistické zájmy vedoucí k dalšímu zadlužování systému).

ad 4) Realizace představy prvního náměstka MZ MUDr. Ratha o navýšení mzdových indexů lékařů k 1.1.2006 znamená navýšení výdajů v tomto roce o 15 mld. to je místo 173 mld. na 188 mld. V případě zahrnutí veškerého zdravotnického personálu do mzdových indexů je to navýšení o 21 mld., to znamená 194 mld. v roce 2006. Změna mzdových indexů u veškerého zdravotnického personálu je nutná, ale musí být vázána na zcela zásadní přepracování současného Seznamu výkonů. Tento zcela nový Seznam výkonů tak odstraní historické chyby včetně preferencí některých oborů před jinými a měl by objektivněji a spravedlivěji stanovit nárok

na odměnu u jednotlivých zdravotnických pracovníků. Termín uvedení v platnost tohoto nového Seznamu výkonů by mohl být 1.1.2007. Zdravotní pojišťovny již 3.6.2005 na schůzce u pana premiéra Paroubka veřejně deklarovaly zájem na tomto redesignu Seznamu výkonů začít pracovat a na další schůzce se zástupci MZ byla vyslovena nutnost podílet se na této činnosti i ze strany MZ. O tomto mluví bod 4.

ad 5) Konstatování nutnosti snížit vynakládané prostředky v oblasti nákladů na léky a zdravotnické prostředky, samozřejmě, že realizace je možná tak, jak je popsáno v tomto bodě.

ad 6) K 30.6.2006 končí platnost rámcových smluv, které jsou základem současných smluvních vztahů mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou. Platnost těchto smluv je na pět let. Rámcová smlouva ve svém obsahu prakticky vylučuje významnější možnost ovlivnění délky trvání smluvního vztahu. Proto je v bodě 6 vyslovena nutnost v provedení potřebných a oprávněných změn v síti smluvních zdravotnických zařízení tak, aby nedošlo ke snížení kvality poskytované péče pro pojištěnce a byla zajištěna její dostupnost.

ad 7) Konkrétní doplnění bodu 1).

ad 8) Hovoří o nutnosti aktuální reflexe pracovní skupiny na skutečnost a zároveň vytváří prostor pro další jednání k naplnění této „Dohody“.

Vážený pane předsedo, jak jsem si dovilil zmínit již úvodem, tato „Dohoda“ vznikla jako výchozí materiál vedoucí k zajištění stabilizace a nalezení východisek ze současné situace růstu zadluženosti systému veřejného zdravotního pojištění. „Dohoda“ pouze deklaruje finanční možnosti a dovedu si představit, že k realizaci je nutná součinnost všech „hráčů“ systému, nicméně „ta hra“ je pouze nad deklarovanými finančními prostředky, pokud nebudou nalezeny další zdroje.

S pozdravem a úctou

MUDr. Jiří Bek, v.r.

Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer

Rath uplácí nemocniční lékaře i ředitele

Novopečený náměstek neexistujícího ministra zdravotnictví David Rath se se svým bonusovým řádem pro ředitele desítky fakultních nemocnic pohybuje mimo zákon o rozpočtových pravidlech i zákon o platu pro příspěvkové organizace.

První uvedená norma ukládá (byť nedostatečně) zřizovatelům příslušných organizačních dohled nad hospodařením s veřejnými prostředky a nezmocňuje MZ ČR k uplácení vedoucích pracovníků nemocnic na úkor peněz daňových poplatníků. Slibování odměn ředitelům státních nemocnic, jež byly zřízeny výlučně pro prospěch veřejnosti, ve statistických částkách se nedá označit za racionální nakládání s veřejnými prostředky, spíše se tu nabízí podezření z korupce (když neohrozíte mou funkci, stanete se milionáři). Zákon o platu má zajistit stejné (standardizované) odměňování personálu nemocnic nekomerční povahy - Rath tedy nemůže tlačit na ředitele, aby přednostně a výrazně zvýšili platy lékařům na úkor jiných pracovníků, a nelze připouštět ani větší rozdíly v odměňování mezi jednotlivými státními nemocnicemi. Na druhou stranu ovšem dr. Rath dnes jen zneužívá stávající právně nekultivované prostředí v českém zdravotnictví.

Ve vyspělých zemích je personál státních, krajských a obecních nemocnic (včetně soukromých neziskových zařízení) odměňován bez jakékoli přímé závislosti na vedoucích pracovnících ministerstva a ředitelů těchto nemocnic nejsou bezmocnými loutkami v jejich rukou. Pro dokreslení zmiňme, že zatímco Rath nyní prosazuje, aby plat nemocničního lékaře činil nejméně 3,5násobek průměrné mzdy v ČR, ve Švýcarsku a dalších západních zemích má nemocniční lékař v průměru jen 2,5násobek. Ředitelé západních veřejných nemocnic jsou odměňováni zásadně nekomerčním způsobem, jako veřejní úředníci (podléhají služebním předpisům). Rathovo zvyšování doktorských a ředitelských platů nad možnosti této země skončí opět dalším zadlužením nemocnic i pojišťoven. Naši občané tedy místo mimozákonných bonusových řádů potřebují aplikaci zahraničních předpisů týkajících se veřejných nemocnic.



16. Kongres ESAP-SEPA 7.-8. října 2005 v Barceloně

Ve dnech 7.-8. října 2005 jsem se zúčastnil 16. kongresu SEPA-ESAP (Société Européenne de Pédiatrie Ambulatoire-European Society of Ambulatory Pediatrics) jako člen výkonného výboru této evropské organizace.

Kongres se konal v budově Lékařské komory ve čtvrti Sarria. Většina delegátů bydlela v hotelech nedaleko místa kongresu ve stejné čtvrti. Také veškeré doprovodné akce kongresu se konaly v budově Lékařské komory. V Barceloně bylo nádherné letní počasí, teploty okolo 27° C, svítlo celý den slunkce. Pro většinu účastníků bylo velmi obtížné v tomto nádherném počasí udržet pozornost po oba kongresové dny v uzavřeném, tmavém sále, zejména když v rámci kongresu nebyla prohlídka Barcelo, přesto účast po oba dny byla velká, přednášející i posluchači se disciplinovaně věnovali probíraným tématům.

Prezidentem kongresu byl Dr. Josep Cubells, prezidentem výkonného výboru Dr. Vicente Molina ze Španělska, viceprezidentkou Dr. Francoise Bovet-Boone ze Švýcarska, delegáty pak Elke Jager-Roman z Německa, Imants Lanka z Litvy, Roberta Luchelli z Itálie, Marilena Moretto z Belgie, Helena Porfirio z Portugalska a Karel Holub z Česka.

V pátek dopoledne 7. října zahájil Dr. Vicente Molina zasedání výkonného výboru ESAP a zástupců evropské ambulantní pediatrie. Zástupci evropské ambulantní pediatrie byli reprezentováni buď prezidenty evropských společností ambulantní pediatrie či jejich delegáty, delegáty národních pediatrických společností ze zemí, kde neexistuje žádná společnost ambulantní pediatrie nebo delegáty primární pediatrické péče CESP.

Dr. Molina přivítal delegáty a zejména pro nové delegáty připravil vyčerpávající přednášku o historii, současném stavu a záměrech SEPA. Zdůraznil rozdíly mezi SEPA a CEPS a nutnost spolupráce těchto dvou organizací. Zmínil se o výzkumných aktivitách

SEPA v minulosti a nových záměrech v této oblasti. Postupně probral financování organizace (na které poté navazovala detailní zpráva pokladníka Dr. Emile Tockerta z Lucemburska), kontinuální lékařské vzdělávání v oboru pediatrie, definoval obecné potřeby dětí v rámci pediatrické péče a zdůraznil nutnost guidelines pro ambulantní pediatrickou péči, které by měla SEPA vytvořit a prosazovat ve všech členských zemích.

Viceprezidentka Dr. Francoise Bovet-Boone se zabývala postgraduálním vzděláváním v oboru pediatrie.

Čestný prezident Dr. Francesco Prandi hořil o výzkumných aktivitách CESP v minulosti.

Poté jednotliví delegáti přiblížili krátce situaci primární pediatrické péče ve svých zemích.

Diskuse se zaměřila na rozdíly systému primární pediatrické péče v jednotlivých zemích, problematiku rodinných lékařů versus praktických dětských lékařů (Maďarsko, Litva, Belgie, Francie), rozdílech v očkovacích schématech dětí ošetřovaných praktickým (nebo rodinným) lékařem a praktickým dětským lékařem (Francie, Německo), jazykovou problematikou v ordinaci dětského lékaře (Belgie, Francie, Německo). Závěrem tohoto zasedání výkonného výboru CESP bylo prohlášení, že **péči o děti by měl vždy provádět praktický dětský lékař**. V zemích, kde není v primární péči praktický dětský lékař zastoupen, by měl na práci lékařů ošetřujících děti dohlížet kvalifikovaný pediatr buď jako člen smíšené praxe nebo jako konzultant.

V pátek 7. října odpoledne a po celý sobotní den probíhala odborná část kongresu. V pátek večer navazovala na odbornou část kongresu společenská a kulturní akce, jenž se konala v předsálí kongresové místnosti. Zástupci jednotlivých evropských zemí zde prezentovali své gastronomické speciality,

lékaři-delegáti se změnili v usměvavé průvodce národními kuchyněmi a sevírovali národní speciality- francouzské sýra a vína, španělská vína a kozí sýr, tokajské víno a husí škvarky, švýcarskou čokoládu a prosciutto atd...

Odborná část se první den kongresu zabývala genetikou v primární pediatrické péči, nejzajímavější byla přednáška Dr. Dallapicola: Vliv genetiky na lékařskou praxi. Druhý den kongresu byl věnován diagnostice a léčbě asthma bronchiale a atopického ekzému a demonstracemi klinických případů s interaktivním dotazováním, francouzské, italské a španělské verzi McArturova jazykového testu (Dr. Kern), komunikační technice lékaře a pacienta (Dr. Basanta), srovnání kvality pediatrické primární péče poskytované pediatri a rodinnými lékaři (Dr. Kádar), srovnání preskripce pediatriů a praktických lékařů (Dr. Boquet), zahájení prvního očkování u kojenčů (Dr. Languel), dětské obezity (Dr. Van Egroo), celiakii (Dr. Dionysio) a toxoplasmóze (Dr. Martins).

K některým z těchto přednášek se vrátíme v příštích číslech Voxu.

Z vyhodnocení rozdílů jednotlivých systémů primární péče o děti, jejich výhod a nevýhod, jednoznačně vyplynula nutnost legislativního zakotvení směrnic pro ambulantní pediatrickou péči platných ve všech členských zemích Evropské Unie. SEPA se bude nadále zabývat i výzkumem v této oblasti, aby vědecky podpořila své tvrzení, že *péči o děti by měl vždy provádět praktický dětský lékař*.

Barcelona, 9. října 2005

MUDr. Karel Holub
vedoucí zahraniční komise SPLDD ČR



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP

ZÁPIS Z JEDNÁNÍ PŘEDSEDŮ ODBORNÝCH SPOLEČNOSTÍ OSPDL A SVL ČLS JEP A PŘEDSEDŮ AKREDITAČNÍCH KOMISÍ TĚCHTO OBORŮ.

Vzhledem ke skutečnosti, že svou práci zahájila na MZČR akreditační komise rodinného lékařství, a to i přes náš nesouhlas s jejím složením, bylo nezbytné, aby došlo ke společné schůzce zástupců obou akreditačních komisí (PLDD a RL), včetně zástupců odborných společností a k vyjasnění celé situace. Zápis z této schůzky:

Místo a datum konání: Sekretariát SVL ČLS JEP, U Hranic 16, Praha 10, 12.10.2005

Přítomní: MUDr. Hana Cabrnchová, Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Jiří Marek, MUDr. Bohumil Seifert

Jednání: rámci jednání byly otevřeny problémy odborného, finančního a organizačního zajištění specializační přípravy v oborech praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost a rodinný lékař.

V rámci jednání došlo ke shodě v následujících bodech:

1. Zástupci OSPDL podporují změnu názvu oboru praktický lékař pro dospělé na **všeobecný praktický lékař** a souhlasí s tím, že specializační příprava v oboru PLD je zcela srovnatelná s náplní postgraduálního vzdělávání oboru (general practitioner, family physician) v zemích EU. Tato změna v terminologii je důležitá z hlediska uplatnění našich lékařů v EU.

2. Na jednání bylo zopakováno stanovisko předsedů odborných a profesních společností praktických lékařů a praktických dětských lékařů z 29.3.2005, na kterém byl odmítnut návrh **specializační přípravy v oboru rodinné lékařství** a doporučeno přepracování. Při jednání 12.10. převládla názor, že v průběhu přípravy by měly být možné flexibilní přechody mezi obory PL, PLDD a RL. Byly vyjádřeny pochybnosti, zda stát vůbec nalezne finanční prostředky pro zajištění šestileté přípravy

v oboru rodinný lékař, zda bude rodinným lékařům garantováno uplatnění v systému a o smyslu oboru RL při vzniku oboru všeobecný praktický lékař v ČR. Z tohoto pohledu je prioritní zajištění přípravy v oborech PLD a PLDD.

3. Předsedové akreditačních komisí pro obor RL a obor PLDD se shodli na doplnění **akreditační komise pro obor rodinné lékařství** 3 zástupci PLDD. Dr.Cabrnchová předloží Dr. Seifertovi seznam navržených kolegů s kontakty. Dále bude navrženo doplnění o jednoho člena SVL. Dr.Seifert pak následně podá ministroví (ministryni) návrh nových členů AK pro RL.

Akreditační komise v oboru rodinné lékařství by měla být doplněna o následující členy: MUDr. Hana Cabrnchová, MUDr. Pavel Neugebauer, MUDr. Jiří Marek

Hradecké vakcinologické dny 26.10.-27.10.2005

Kongres měl nečekaně velkou účast našich kolegů praktických dětských lékařů, dokonce jsme mohli potkat i kolegyně ze Slovenska. V sále bylo také mnoho odborníků z oblasti vakcinologie (infektologové, epidemiologové, zástupci vakcinačních firem apod.). Smutným okamžikem bylo, že ve stejný den, kdy konference zahájila, jsme se dozvěděli informaci o náhlé změně v postoji MZČR k otázce zavedení hexavakcíny do očkovacího schématu v příštím roce. Tuto informaci, tedy že ke změně nedojde a že ČR v příštím roce z úsporných opatření hexavakcínu nenakoupí, potvrdil i hlavní hygienik ČR MUDr. Michael Vít, který konferenci druhý den navštívil. Kdo sleduje situaci na MZČR jistě porozumí, proč k této změně došlo. Bohužel ale na tuto skutečnost doplatí rodiče novorozenců, kteří i nadále budou šetrnější očkovací látku nakupovat za plnou cenu bez možnosti získat zpět alespoň část prostředků, které tak státní ušetří. Zajímavé v této souvislosti bylo krátké vystoupení kolegyně ze Slovenska, které nás informovaly o zlepšující se situaci v oblasti zásobování očkovacími látkami na Slovensku a o možnosti, že na hexavakcínu si rodiče pouze doplácí v řádu několika set korun. Tuto

změnu umožnil přechod úhrady očkovacích látek pod zdravotní pojišťovny do stejného systému, jaký známe u léků (plně hrazená varianta nebo doplatek).

Z velkého množství velmi zajímavých přednášek na téma klíčová encefalitida, meningokokové infekce, variola, očkování proti varicele, infekční hepatitidy a očkování proti nim, bylo velmi zajímavé sdělení týkající se možnosti očkování proti papilomavirům a existence první skutečně protinádorové očkovací látky. Tuto vakcínu vyrábí dvě očkovací firmy a měla by být dostupná na našem trhu v horizontu několika málo let. Jistě pak bude předmětem diskuse její širší uplatnění v budoucnu a použití i do očkovacích schémat ve vyspělých státech. Zajímavá jako vždy byla přednáška prof. Berana o očkování při cestách do zahraničí. Pan profesor také představil novou knihu „Očkování“ na které se jako spoluautor podílel. Dále zazněly přednášky o rotavirových vakcínách, informace o tom jak je potřebné očkovat proti závažným onemocněním i HIV pozitivní osoby. Na téma očkování proti TBC vystoupil doc. Prymula a konstatoval, že není žádný důvod k posunu primovakcinace u dětí. Tuto skutečnost

podpořila i zpráva z WHO, kterou ČR před několika měsíci na toto téma obdržela. Je třeba se ale více věnovat kalmetizaci na novorozeneckých odděleních, aby se předešlo následným komplikacím. Jednou změnou v dohledné době by mohlo být zrušení revakcinace v 11 letech a její ponechání pro rizikové skupiny. Ke konsensu na toto téma ale bohužel zatím nedošlo.

Velmi zajímavý blok byl věnován očkování proti chřipce a diskusi na téma pandemie. MUDr. Vladimír Polanecký nás informoval o existenci národního pandemického plánu a o možných opatřeních, kdyby bylo nutné podle plánu postupovat. Současně ale uklidnil přítomné v sále, že zatím k žádné přímé nákaze virem H5N1 mezi lidmi nedošlo a že vzhledem k počtu lidí žijících v Asii a počtu případů nákazy od ptáků se zatím není třeba pandemie obávat. Z diskuse v sále vyplynulo také, že v případě očkování proti klasické chřipce u dětí jsme velmi zdrženliví a že přednostně je toto očkování určeno tak jako i v předchozích letech rizikovým skupinám obyvatel.

Zapsala: MUDr. Hana Cabrnchová

Upozornění:

Na základě náhlé změny postoje Ministerstva zdravotnictví nenakoupí Česká republika pro očkování dětí hexavakcínu! Očkovací kalendář se tedy v příštím roce opět nezmění, pro pravidelné očkování budou používány stejné očkovací látky jako v letošním roce. Hexavakcínu si rodiče mohou pouze koupit a to za plnou cenu! P.S. Čeká nás doba šetření, a to bohužel všude, i na dětech!



Diferenciální diagnostika dětské obezity

Prof. MUDr. Jan Lebl, CSc., MUDr. Irena Hainerová

Klinika dětí a dorostu 3. lékařské fakulty UK a FNKV, Praha

■ Jídelní chování

U zdravého člověka je přiměřená tělesná hmotnost spolu s adekvátním obsahem tělesného tuku zajištěna **rovnováhou mezi příjmem a výdejem energie**. Regulace příjmu energie je zprostředkována **jídelním chováním**, které je řízeno **centry hladu a sytosti v hypothalamu**. Díky poznatkům posledních let začínáme lépe rozumět tomu, proč se jeden člověk přejídá, zatímco druhý jí střídme a zůstává štíhlý.

Centra hladu a sytosti získávají vstupní informace díky signálům **mechanickým** (např. rozepětí žaludku), **neurogením** (cestou nervus vagus a sympatickým nervovým systémem) a **humorálním**. Mezi klíčové **humorální signální systémy** patří hormony leptin, inzulin a ghrelin. **Leptin** přináší informaci o stavu tukových buněk, **inzulin** informaci o glykémii a **ghrelin** informaci ze žaludku. Tyto hormony působí v hypothalamu na dva základní typy neuronů - **neurony orexigenní**, které jsou leptinem inhibovány, a **neurony anorexigenní**, které leptin aktivuje.

Po aktivaci anorexigenních neuronů se začne **štěpit POMC** díky prohormon-konvertáze 1 (PC1) na **melanokortiny**, mezi které patří α -melanostimulující hormon (α -MSH).

Ten aktivuje **melanokortinové receptory 3. a zejména 4. typu** (MC3-R, MC4-R). Konečným důsledkem je snížení příjmu a zvýšení výdeje energie.

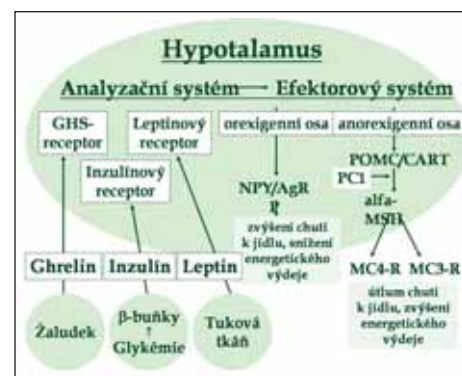
Na rovnováze energetické bilance se zřejmě podílí i řada dalších faktorů. Současný pohled na regulaci jídelního chování shrnuje obr. 1.

■ Etiologie dětské obezity

Zdravé dítě se nepřejídá. Má vyvinutou přirozenou regulaci příjmu potravy i výdeje energie. Tím je chráněno před obezitou.

Některé patologické stavy vedou k porušení této rovnováhy a mohou mít za následek nárůst tělesné hmotnosti, resp. zvýšení obsahu tělesného tuku. Mezi tyto stavy patří:

- pokles výdeje energie při snížení bazálního metabolismu při **hypothyreóze** (obr. 2)
- patologicky zvýšená chuť k jídlu při **nadbytku kortizolu** (Cushingův syndrom nebo léčebné podávání kortikoidů) (obr. 3a,b, obr. 4)
- patologicky odchylné tělesné složení vlivem úbytku svalové hmoty a nadbytku tukové tkáně při **deficitu růstového hormonu** (obr. 5)
- poškození ventromediálního hypothalamu v důsledku **tumoru oblasti III. komory mozkové, neurochirurgické operace**, vrozené



Obr. č. 1 - Schematické znázornění některých současných poznatků o regulaci jídelního chování. Inzulin, leptin a ghrelin (GHS) přináší informaci do center v hypothalamu o množství jídla, jeho složení a o zásobách energie v tukových buňkách. Po analýze vstupních informací se aktivuje buď orexigenní nebo anorexigenní osa. Efektorovými molekulami orexigenní osy jsou neuropeptid Y / Agouti-related protein (NPY/AgRP). Po jejich aktivaci chuť k jídlu stoupá. Základem anorexigenní osy je štěpení proopiomelanokortinu (POMC) pomocí prohormon-konvertázy 1 (PC1) za vzniku alfa-melanostimulačního hormonu (alfa-MSH). Ten následně aktivuje 3. a 4. typ melanokortinového receptoru (MC3-R, MC4-R), což vede k útlumu chuti k jídlu a ke zvýšení energetického výdeje. Bylo prokázáno, že defekty leptinu, leptinového receptoru, POMC, prohormon-konvertázy 1, MC3-R a MC4-R narušují přirozenou regulaci jídelního chování a vedou k přejídání. To u některých typů defektů vyvolá kritickou obezitu (defekt leptinu, defekt leptinového receptoru), u jiných typů defektů lze patologickou chuť k jídlu do určité míry překonat vůlí nebo kompenzovat tělesným cvičením (např. u defektu MC4-R)

né **vývojové anomálie** nebo perinatálního nebo postnatálního traumatu této oblasti

tab. č. 1

Významné příznaky jednotlivých syndromů spojených s obezitou u dětí

Syndrom	Soubor příznaků
Pradera-Williho	svalová hypotonie v kojeneckém věku, obezita od 2.-4. roku života, akromikrie, hypogonadismus (mikropenis; testikulární retence téměř u 100% chlapců), mírná až střední mentální retardace, retardace růstu
Alströmvův	obezita od 2.-5. roku života, hypogonadismus, normální růst a normální mentální vývoj
Laurencův-Moonův-Biedlův	obezita od 2. roku života, polydaktylie, retinitis pigmentosa s časnou šeroslepostí, hypogonadismus, v některých případech porucha růstu a porucha koncentrační schopnosti ledvin; v současné době se někdy odlišuje syndrom Bardetův-Biedlův (obezita, polydaktylie, nefropatie a často vrozené srdeční vady) a syndrom Laurencův-Moonův (retinitis pigmentosa, spastická paraplegie, avšak méně často obezita)
Carpenterův	faciální dysmorfismus, anomálie skeletu končetin, normální růst, mírná mentální retardace
Cohenův	hypotonie v kojeneckém věku, obezita až od středního dětského věku, úzké ruce a chodidla, zraková porucha
Beckwithův-Wiedemannův	kojenecká makrosomie, visceromegalie, novorozenecké hyperinzulinemické hypoglykémie, později gigantismus, zvýšené ukládání podkožního tuku a zvýšená tvorba svalové hmoty, včetně makroglosie; zvýšené riziko malignit, zvl. Wilmsova tumoru
Polycystických ovarí a jeho varianty (PCO)	acanthosis nigricans (příznak inzulinové rezistence; obr. 7), obezita, hypertenze, hirsutismus, nepravidelné menses (příznaky hyperandrogenního stavu)



Obr. č. 2 - Sedmiletá dívka s narůstající hmotností na podkladě získané hypothyreózy při lymfocytární tyreoiditidě



Obr. č. 3a - Osmiletý chlapec s centrální formou Cushingovy nemoci

- primární hypotalamická dysregulace při **syndromu Prader-Willi** či při **pseudohypoparatyreóze**

- sekundární hypotalamická dysregulace při léčbě některými psychofarmaky

- narušení hypotalamické signalizace na molekulární úrovni např. při defektech **genu pro leptin, genu pro leptinový receptor, genu pro POMC, genu pro prohormon-konvertázu 1 či genu pro MC3-R nebo MC4-R.**

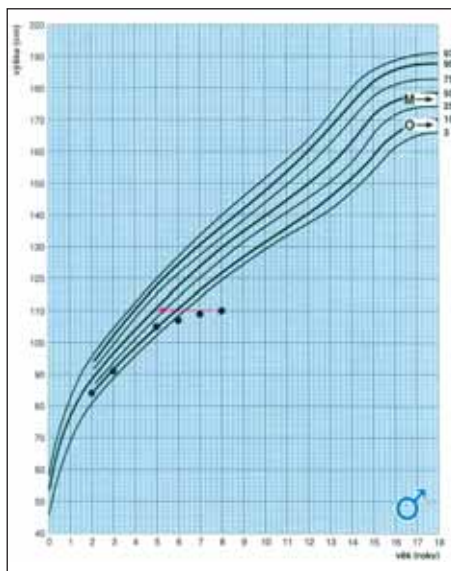
Nejčastější příčinou dětské obezity je však narušení přirozeného jídelního chování ze zevních příčin, soustavnou nadměrnou nabídkou chuťově atraktivní stravy s vysokou energetickou densitou, ve spojení s nedostatkem tělesného pohybu (tzv. **obesitas simplex**). I u těchto dětí se na rozvoji obezity podílejí z 50-90 % genetické faktory, mají však polygenní charakter a jejich podstatu dosud nedokážeme určit. Multifaktoriální etiopatogenezi obezity znázorňuje obr. 6.

Od počátku devadesátých let 20. století je řada vyspělých zemí postižena **pandemií dětské obezity**, která se postupně stává pri-

oritním zdravotnickým problémem. Příčinou je patologické jídelní chování, které zasahuje celé populace, a které je charakterizováno nadměrnou konzumací potravin a nápojů výrazné chuti s vysokou energetickou densitou (sladkých limonád, ovocných džusů, „fast food“, bramborových lupínků, crackerů, oříšků, čokolády atd.), ve spojení s útlumem přirozené pohybové aktivity a přemírou pasivních sedavých činností (televize, video, počítačové hry, internet atd.). V ČR je sice zatím výskyt dětské obezity jen na mírném vzestupu, avšak některé prvky životního stylu jsou varovným signálem, že epidemie obezity může zasáhnout i naši dětskou populaci.

Je prokázáno, že obezita v dětství a zejména v adolescenci přechází téměř pravidelně v obezitu dospělého věku a postižení jedinci jsou již v časném dospělém věku ohroženi řadou významných zdravotních komplikací.

Vyšetření obézního dítěte diferencujeme dle tíže obezity, dle rychlosti jejího rozvoje



Obr. č. 3b - Růstový graf osmiletého chlapce s centrální formou Cushingovy nemoci. Od pěti let věku došlo k výrazné růstové retardaci. Současně se prakticky zastavilo kostní zrání



Obr. č. 4 - Roční kojeneček s Cushingovým syndromem na podkladě karcinomu nadledviny. V obličejí je nápadný výsev steroidního akné

a dle rodinné zátěže. Zpravidla zahrnuje tři stupně:

- **posouzení tíže obezity**
- **posouzení příčiny obezity** (odlišení obezity prosté od ostatních příčin obezity)
- **posouzení komplikací obezity** (obvykle u dětí s těžkou formou prosté obezity).

■ Posouzení tíže obezity

Při posouzení stavu výživy dítěte jsou rozhodující údaje o tělesné hmotnosti a tělesné výšce. Z řady doporučených metod se v dětském věku nejlépe osvědčují dva - hmotnost vztahená k výšce a index tělesné hmotnosti (body mass index, BMI).

- **Hmotnost vztahená k výšce:** V percentilovém grafu tělesné hmotnosti stanovíme ideální tělesnou hmotnost ve vztahu k dané výšce dítěte a vypočítáme procento nadváhy. Jako mírnou obezitu označujeme stav s 120-130 % ideální tělesné hmotnosti, jako těžkou obezitu stav s více než 130 % ideální tělesné hmotnosti.

- **Body mass index:** BMI vypočítáme dle vzorce (hmotnost v kilogramech) / (výška v metrech)². Pro děti a dospívající jsou k dispozici percentilové grafy BMI, které umožní porovnat stav výživy příslušného dítěte ve srovnání s referenční populací příslušného

tab. č. 2

Možnosti laboratorního vyšetření u dětí s podezřením na sekundární příčinu obezity

Laboratorní vyšetření	Diferenciálně-diagnostický přínos
TSH	vyločení hypothyreózy
odpad kortizolu v moči za 24 hodin a sérová hladina kortizolu	vyločení Cushingova syndromu
IGF-I	vyločení deficitu růstového hormonu
parathormon	vyločení pseudohypoparatyreózy
spektrum androgenů a sex hormone binding globulin (SHBG)	blížejší objasnění hyperandrogenního stavu u dívek (při susp. PCO)
cytogenetické a molekulárně genetické vyšetření	rutinně lze prokázat syndrom Prader-Willi; vyšetření genu pro leptin, leptinový receptor, POMC, prohormon-konvertázu 1, MC3-R a MC4-R zatím není rutinní



Obr. č. 5 - Sedmnáctiletý chlapec s neléčeným deficitem růstového hormonu a dalších hypofyzárních hormonů. Pro tuto poruchu je typický nadbytek tukové tkáně a nedostatečný rozvoj svalové hmoty

věku a pohlaví. Vzhledem k odlišnému stavu výživy v jednotlivých zemích a v různých historických obdobích je třeba používat percentilové grafy BMI pro příslušnou populaci, nejlépe z doby před nástupem epidemie obezity. Pro českou populaci jsou k dispozici percentilové grafy sestavené na základě výsledků celostátního antropologického výzkumu dětí a mládeže z let 1991 a 2001 (dle Bláhy). BMI mezi 85. a 97. percentilem označujeme jako nadváhu, BMI nad 97. percentilem jako obezitu.

Obě tyto metody jsou jednoduché a poměrně spolehlivé, v jednotlivých případech však nemusejí zaručit správné posouzení stavu výživy. Např. aktivní sportovec v adolescenci může vlivem vysokého podílu svalové hmoty dosahovat hodnot BMI v pásnu obezity. Pro tyto případy lze využít stanovení tělesného složení (určení podílu tukové a netukové tělesné komponenty). K určení podílu tukové a netukové tělesné komponenty lze v klinické praxi použít řadu metod - měření tloušťky kožních řas kaliperem, stanovení bioelektrické impedance, hydrodenzitometrie (vážení pod vodou), změření tloušťky tukové tkáně pomocí ultrazvuku, počítačové tomografie nebo nukleární magnetické rezonance či vyšetření pomocí DEXA. Všechny tyto metody mají své přednosti a svá úskalí. Přesné určení tělesného složení např. pomocí distribuce radioizotopu je vyhrazeno pro experimentální účely.

■ Posouzení příčiny obezity

Anamnéza

Rodinná zátěž obezitou je typická pro obezitu prostou. Sporadický výskyt obezity, zejména časné nebo rychle progredující, je indikací k podrobnému vyšetření. Nové molekulárně-genetické poznatky však ukazují, že některé monogenně podmíněné defekty (např. defekt MC4-R) se v rodinách přenášejí autozomálně dominantně.

Z osobní anamnézy jsou významné údaje o podávání kortikoidů či o neurochirurgickém operačním výkonu v oblasti hypotala-

mu. Cíleně se ptáme na případnou medikaci psychofarmaky. Součástí osobní anamnézy je rozbor jídelního chování (nežítelný dravý hlad může signalizovat hypotalamickou příčinu obezity), stravovacích zvyklostí, pohybové aktivity a způsobu trávení volného času.

Posouzení výšky dítěte a biologického věku

Děti s prostou obezitou jsou obvykle středního nebo vyššího vzrůstu (většina má výšku nad 75. percentilem pro daný věk). Tyto děti mají mírně urychlený biologický věk - relativně časný nástup puberty a hraničně urychlené kostní zrání (vyšetření kostního věku však není pro tento účel nutné provádět).

Naopak většina dětí s patologickými příčinami obezity (hypotyreóza, Cushingův syndrom, deficit růstového hormonu, pseudohypoparatyreóza, syndrom Prader-Willi) mívají sníženou růstovou rychlost a opožděné biologické zrání.

Posouzení mentálního vývoje, neurologického nálezu a syndromologických známek

Pro **syndrom Prader-Willi** je typická mírná až střední mentální retardace a svalová hypotonie v kojeneckém věku. Děti s **pseudohypoparatyreózou** trpí mírnou mentální retardací a mohou mít parestézie či projevy manifestní tetanie. Děti s **vývojovou anomálií oblasti hypotalamu** nebo po traumatu této krajiny mohou mít komplexní neurologickou symptomatologii. Děti s **tumorem oblasti III. komory** mohou mít poruchu zorného pole, případně projevy nitrolební hypertenze.

Acanthosis nigricans (obr. 7) je projevem inzulínové rezistence a spolu s hirsutismem může být projevem syndromu polycystických ovarií (PCO) a jeho variant. Strie nejsou etiologicky příznačné, obvykle signalizují rychlý rozvoj obezity. **Pubertální vývoj** je typicky opožděn při syndromu Prader-Willi, ale také při deficitu leptinu. Cíleně pátráme také po projevech **spánkové apnoe**.

Významné syndromologické jednotky spojené s obezitou shrnuje tab. 1.

Laboratorní vyšetření a zobrazovací metody

Pokud po zhodnocení rodinné a osobní anamnézy a po posouzení výšky dítěte, biologického zrání a mentálního vývoje přetrvávají pochybnosti o příčině obezity, provedeme vybraná laboratorní vyšetření (tab. 2).

Při podezření na afekci v oblasti hypotala-



Obr. č. 6 - Multifaktoriální etiopatogeneze obezity: U mnoha dětí a dospívajících je obezita způsobena kombinací genetických a environmentálních faktorů. Důležitým úkolem lékaře je také posoudit možný vliv organického onemocnění



Obr. č. 7 - Acanthosis nigricans. Hyperkeratotická ložiska, lokalizovaná predilekčně v ohybových rýhách (např. axily, šije, sulcus itermammarius), jsou projevem inzulínové rezistence

mu je vhodným vyšetřením magnetická rezonance.

■ Posouzení komplikací obezity

U dětí a adolescentů s těžkou formou obezity provádíme podrobnější vyšetření se zaměřením na časnou detekci komplikací. V některých případech lze již v tomto věku zjistit klinicky významnou hypertenzi, diabetes mellitus 2. typu, jaterní steatózu či významnou dyslipidémii, které vyžadují léčení.

Vyšetříme jaterní enzymy, lipidové spektrum, stanovíme hladinu HbA1c, provedeme orální glukozový toleranční test (oGTT) s hladinami glykémie, inzulínu, C-peptidu a pravidelně monitorujeme krevní tlak.

V centrech pro léčbu obezity by měl být členem týmu také erudovaný psycholog, který přispívá diagnosticky (např. rozpoznání poruchy jídelního chování pomocí dotazníků), tak i terapeuticky (dlouhodobá psychologická podpora, řešení sociálních aspektů, afektivních poruch atd.).

Literatura u autora



Obezita u dětí a dospívajících

MUDr. Marie Finková

Klinika dětí a dorostu 3. LF a FNKV, Praha

Obezita patří celosvětově k závažným zdravotním problémům a její prevalence neustále vzrůstá. Celkový nárůst výskytu obezity je dán jednak změnami dietních návyků, zejména zvýšenou spotřebou potravin s vysokou energetickou densitou, vysokým podílem tuků a jednoduchých sacharidů, jednak poklesem pohybové aktivity. Zpráva International Obesity Task Force pro Světovou zdravotnickou organizaci z roku 2004 uvádí, že na celém světě asi 10% dětí a dospívajících má ve věku mezi 5 - 17 roky nadváhu a 2 - 3% jsou obézní (Stettler).

V České republice trpí nadváhou více než 50% populace ve věku od 20 do 65 let

a obezitou 20% žen a 16% mužů. Obezita se nevyhýbá ani dětem, ba naopak obezitou je postiženo stále více českých dětí (13% dětí ve věku od 7 do 11 let). Alarmující je, že stoupá počet dětí s extrémní obezitou. Za posledních 10 let se jejich počet zdvojnásobil ze 3% na 6%.

Obezita v dětském věku předurčuje jedince k obezitě v dospělosti. Stoupá tak riziko předčasné nemocnosti a úmrtnosti vlivem komplikací obezity.

Obezita představuje závažné **chronické onemocnění**, které ohrožuje zdraví pacienta zvýšeným rizikem vzniku přidružených onemocnění. Je to nemoc způsobující další

nemoci.

Obezita je přímo spojena s rozvojem **hypertenze, kardiovaskulárních, metabolických a endokrinních onemocnění**, chorob **pohybového aparátu, gastrointestinálního traktu**, dále zvýšeného výskytu **nádorových onemocnění a psychických obtíží**.

Obezita u dětí a adolescentů představuje závažný problém, který řeší lékaři ve všech vyspělých zemích světa. V posledních letech se i na naší klinice v rámci endokrinní ambulance věnujeme obézním pacientům.

Vyšetření zahajujeme podrobnou **rodinnou anamnézou**, zaměřenou na výskyt obezity v rodině (hmotnost a výška rodičů, sou-

Boehringer - Silomat



rozenců a prarodičů), hypertenze, úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, DM I. a II. typu, dny, nefrolithiázy atd., dále podrobnou **osobní anamnézou**, zaměřenou i na těhotenství (gestační DM, termín porodu), porodní hmotnost a délku, výživu, vývoj hmotnosti a výšky, BMI - percentilový graf.

Poté následuje **fyzikální vyšetření**, včetně posouzení typu obezity. Cíleně pátráme po striích a acantosis nigricans, měříme krevní tlak, tloušťku podkožní vrstvy v daných bodech a tělesné složení - % tělesného tuku.

Laboratorní vyšetření zahrnují odběr žilní krve na stanovení FW, CRP, KO + dif, Na, K, Cl, Ca, P, ALP, urey, kreatininu, kyseliny močové, ALT, AST, triacylglycerolu, celkového cholesterolu, HDL cholesterolu, LDL cholesterolu, glykémie, inzulinémie, C-peptidu, HbA1C, fT4, tT3, ssTSH, příp. protilátek, kortizolu - kortizolového profilu, dále vyšetření moči (moč + sed) a sonografické vyšetření štítné žlázy. V případě potřeby indikujeme pomocná vyšetření (OGTT se stanovením glykémie, inzulinémie a C-peptidu, event. EKG a kardiologické vyšetření).

Přistupujeme k **terapii**, jejímž základem je **dieta**, dále adekvátně zvýšená **pohybová aktivita** a kognitivně-behaviorální psychoterapie.

Nejedná se o dietu v pravém slova smyslu, ale o striktní dodržování zásad **racionálního stravování**. To znamená jíst méně a pravidelně (5-6x denně), volit potraviny s nízkým energetickým obsahem (tmavé pečivo, nízkotučné jogurty a sýry, bílé maso, ryby, dostatek ovoce a hlavně zeleniny) - viz obr. Z tekutin doporučujeme neslazené minerálky, ovocné čaje nebo jen vodu.

Vhodnou pohybovou aktivitou je aerobní cvičení po dobu min. 30 minut denně, dále ostřejší chůze, jízda na kole, plavání. Ideální je vedení pohybové aktivity zkušeným rehabilitačním pracovníkem.

Pomocí kognitivně-behaviorální psychoterapie se snažíme obézního pacienta postupně odnaučit nevhodným stravovacím návykům a nahradit je novými, racionálními. Psychoterapie probíhá pod vedením psychologa, případně psychiatra, zabývajícího se problematikou poruchy příjmu potravy.

Nedílnou součástí léčby je léčba **lázeňská** nebo **ozdravný pobyt**, zaměřený na redukci hmotnosti.

Léčba **farmakologická** a **chirurgická** je u dětí kontraindikována, u adolescentů vyžaduje přísně individuální přístup.

Komplexní péče o obézního pacienta je **týmovou prací**. Nezbytná je spolupráce

endokrinologa-obezitologa, dietní sestry a psychologa, případně **psychiatra** a **rehabilitačního pracovníka**.

Předpokladem úspěšné redukce hmotnosti u pacienta je **motivace** pacienta k hubnutí, dále snaha o **změnu dosavadního způsobu života** (problematické u dětí nízké věkové kategorie). Nezbytná je **spolupráce rodiny** - musí dojít ke **změně životního stylu celé rodiny**.

Jako ve všech oborech medicíny probíhá výzkum na **molekulárně genetické** úrovni, tak se nevyhýbá ani obezitě. Intenzivní výzkum v posledním desetiletí přinesl objevy několika genů, jejichž mutace vedou ke vzniku těžké obezity bez významného přispění dalších faktorů. Popsána byla mutace genu pro leptin (LEP) a leptinový receptor (LEP-R), které narušují přirozenou humorální signalizaci mezi adipocyty a hypothalamickými centry sytosti a hladu. Mutace genu proopiomelanokortinu (POMC), prohormon konvertázy 1 (PC1) a melanokortinových receptorů 3. typu (MC3-R) a 4. typu (MC4-R) inhibují funkci melanokortinového systému, který je základem anorexigenní osy v hypothalamu. Defekty ve všech uvedených genech jsou spojeny s fenotypem poruchy jídelního chování ve smyslu hyperfagie až jídelní obsese, v některých případech s „binge eating“ - těžkými bulimickými epizodami a v důsledku toho s rozvojem těžké obezity v časném dětství. Mutace genu pro LEP, LEP-R, POMC, PC1 a MC3-R jsou vzácné, dědí se autozomálně recesivně a byly popsány jen u velmi omezeného počtu obézních. Naproti tomu mutace genu MC4-R jsou relativně časté, přenášejí se převážně autozomálně dominantně s rozšířenou penetrací a expresí a zodpovídají až za 6% případů časně nastupující obezity u dětí.

Tyto nové molekulárně-genetické poznatky přispěly k objasnění fyziologie a patofyziologie řízení energetické homeostázy a jídelního chování. Otevírají tak potenciální možnosti pro budoucí cílené ovlivnění jídelního chování, a tím i pro efektivní terapii obezity v širokém měřítku.

Literatura u autorky



Léčba dětské obezity ve Státních léčebných lázních Bludov v letech 2004 a 2005

MUDr. Eva Coufalová, MUDr. Amadeus Sobotka

■ Úvod

Obezita u dětí a dospívajících je na léčbu jedno z nejnáročnějších onemocnění, které je nutné v dnešní moderní době řešit. Vzhledem k tomu jsou vytvářeny všude ve světě komise dětských obezitologů, které mají za



úkol vytvářet doporučení pro diagnostiku a léčbu. Vzhledem k tomu, že obezita je onemocněním multifaktoriálním, jsme přesvědčení že lázeňské léčení je jednou z nejvhodnějších forem, jak lze předejít dalšímu zvyšování tělesné hmotnosti, hlavně však dalším komplikacím obezity - inzulínové rezistenci a následně celému metabolickému syndromu se všemi jeho projevy.

Lázně Bludov se nacházejí na severním okraji Hanácké roviny na rozhraní podhůří Jeseníků. Až do znárodnění se zde léčili především dospělí pacienti s pohybovými obtížemi. V padesátých a šedesátých letech

přichází dětská klientela a s ní nová indikace - obezita. Postupně byla vypracována metodika léčby, jejíž výsledky chceme prezentovat.

Do lázní přijíždějí jak děti odesílané z obezitologických nebo endokrinologických poraden již přesně a kvalitně vyšetřené, ale i děti indikované k léčbě přímo praktickými dětskými lékaři se základním vyšetřením lipidového metabolismu a hormonálním vyšetřením štítné žlázy či s doporučením specialisty. Za loňský rok prošlo našimi lázněmi zhruba 670 dětí.

■ Metodika

Presentujeme metodiku a výsledky souborů chlapců a dívek ve 3 věkových kategoriích. Průměrné hmotnosti a procentuální úbytky jsou uvedeny ve sloupcových grafech a tabulkách. Za období III.čtvrtletí 2005 vyhodnocujeme i BMI.

Délka pobytu je jednotná - 6 týdnů komplexní LL-indikace XXIV/2. Vážení je prováděno na digitálních vahách Tonava s přesností na 0,1 kg. Děti byly váženy pravidelně 2x týdně, měření složení těla provedeno 2x za pobyt bioimpedanční metodou přístrojem Bodystat

1500 MDD. Ostatní biochemické parametry, s jejichž výsledky děti přijížděly, jsme sledovali jen ve výjimečných případech, u kterých byl AIP větší než 0,24. Rovněž provádíme měření a výpočet indexu pas-boky a u mladších dětí kaliperaci na obvyklých místech.

■ Léčebný plán

1. POHYBOVÝ PROGRAM vč. hydrotherapie.

- Ranní rozcvička denně 15 min. (obr. č. 2)
- LTV v termálním bazénu 3x týdně 20 min. (obr. č. 3)
- Plavání v termálním bazénu 1x týdně 20 min.
- LTV skupinová 7x týdně 40 min.
- LTV na přístrojích /posilovna/ 3x týdně 20 min.
- Vibrační masáž REDOR 3x týdně 10 min.
- Řízená terénní kúra-túra 2 hod.denně.
- Aerobní a kondiční cvičení 3x týdně po 60 min.

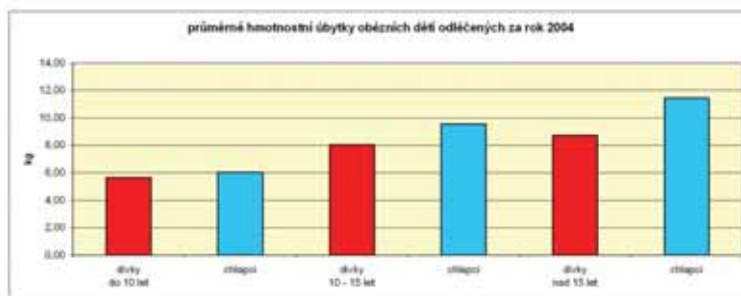
Nadstandardy:

- infrasauna, lymfodrenáž, hydrocolon, bioherik

2. REDUKČNÍ DIETA

Redukční dieta je rozdělena dle věkových

turnus	do 10 let		10 - 15 let				nad 15 let					
	divky	kg	chlapani	kg	divky	kg	chlapani	kg	divky	kg	chlapani	kg
I	15	6,43	2	6,20	21	6,30	12	10,15	4	9,93	11	11,70
II	8	4,36	9	6,72	30	7,73	18	10,44	4	7,06	2	10,25
III	10	5,51	3	4,56	25	7,86	19	9,35	6	8,27		
IV	4	8,13	4	5,08	37	8,42	20	8,60	2	9,20	2	11,55
V			1	3,80	19	7,31	11	10,40	6	8,17	2	13,27
VI	18	5,57	5	6,54	34	6,60	17	9,22	10	8,96	7	11,85
VII	10	5,40	8	6,36	52	6,80	27	8,78	12	8,88	2	12,10
VIII	10	6,19	3	6,66	36	9,30	25	9,52	8	9,40	4	9,60
celkem	75	5,66	35	6,03	254	8,04	149	9,56	109	8,74	42	11,47

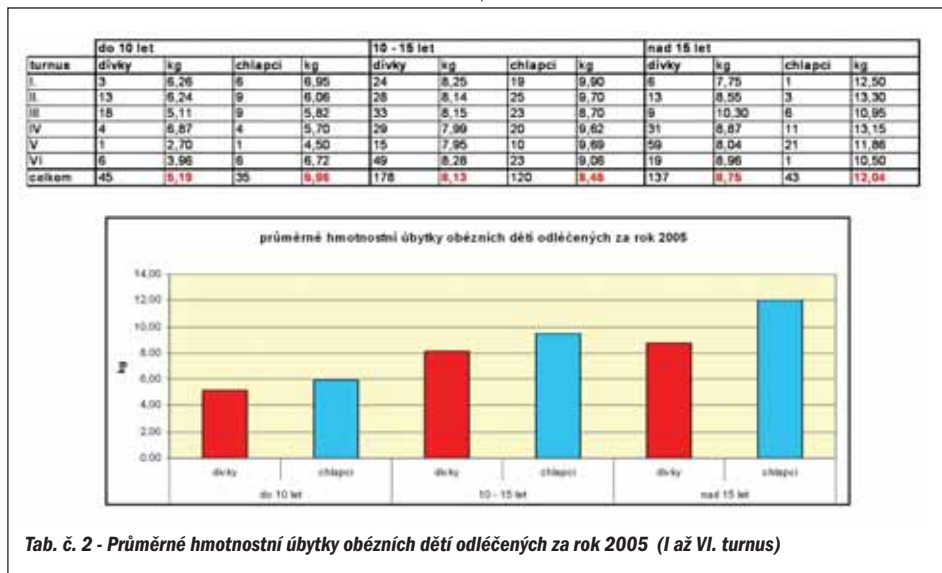


Tab. č. 1 - Průměrné hmotnostní úbytky obézních dětí odštěněných za rok 2004

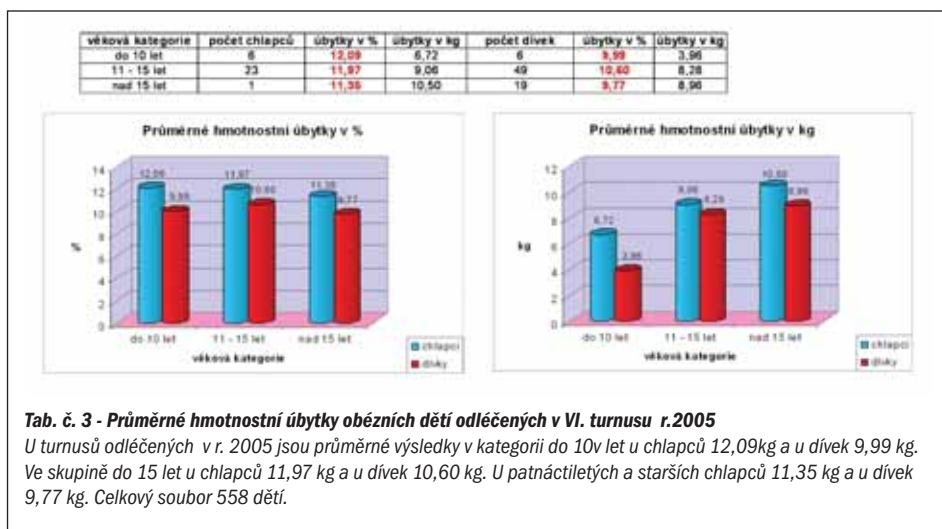
Ve skupině dívek do 10 let průměrný úbytek tělesné hmotnosti 5,66 kg, u chlapců 6,03 kg. Ve skupině do 15 let dívek 8,04 kg, chlapci 9,56 kg. Ve skupině do 18 let úbytek u dívek 8,74 kg a u chlapců 11,47 kg. Celkový soubor tvořilo 673 dětí.



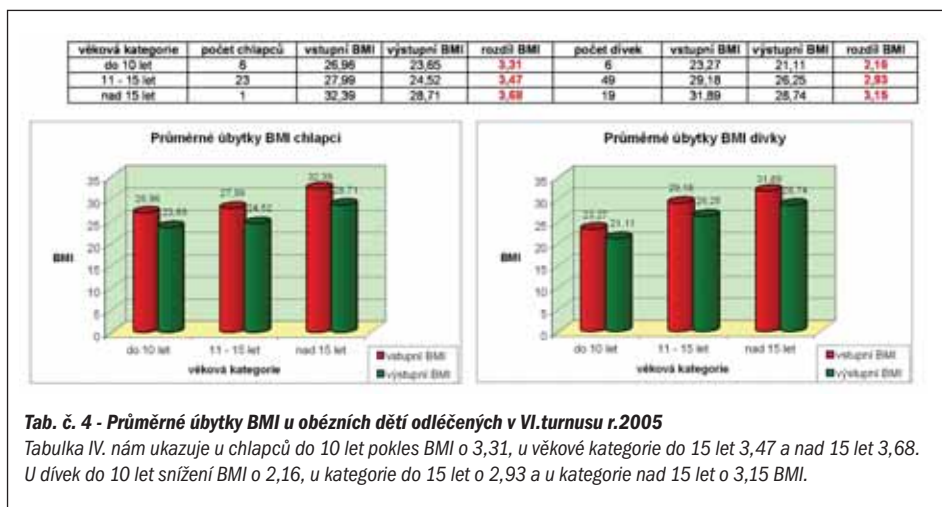
■ **Výsledky**



Tab. č. 2 - Průměrné hmotnostní úbytky obézních dětí odléčených za rok 2005 (I až VI. turnus)



Tab. č. 3 - Průměrné hmotnostní úbytky obézních dětí odléčených v VI. turnusu r. 2005
 U turnusů odléčených v r. 2005 jsou průměrné výsledky v kategorii do 10 let u chlapců 12,09 kg a u dívek 9,99 kg. Ve skupině do 15 let u chlapců 11,97 kg a u dívek 10,60 kg. U patnáctiletých a starších chlapců 11,35 kg a u dívek 9,77 kg. Celkový soubor 558 dětí.



Tab. č. 4 - Průměrné úbytky BMI u obézních dětí odléčených v VI. turnusu r. 2005
 Tabulka IV. nám ukazuje u chlapců do 10 let pokles BMI o 3,31, u věkové kategorie do 15 let o 3,47 a nad 15 let o 3,68. U dívek do 10 let snížení BMI o 2,16, u kategorie do 15 let o 2,93 a u kategorie nad 15 let o 3,15 BMI.

skupin. Od 3-10 let obsahuje denní výši 4000 kJ. Ve věkové skupině od 10 do 15 let strava dosahuje 6000 kJ a ve skupině od 15 do 18 let má dieta 7000 kJ. Při skladbě těchto diet jsme vycházeli z uznávané potravinové pyramidy a hlavně jsme dbali na dostatek vlákniny formou zeleniny a jako vlákninový doplněk používáme řasu Chlorella pyrenoidosa. Tato řasa vyniká i dobrými imunitními účinky a také detoxikačními účinky v tlustém střevě. Zásobuje tělo účinnými antioxydanty, betakarotenem, vitamínem E, stabilizuje hladinu cholesterolu a podporuje regeneraci jaterní tkáně např. u hepatálních steatos.

Složení stravy: 38,3% sacharidů, 16,6% tuků a 25 % bílkovin. 2x týdně je zařazen odlehčovací den - 4500 kJ.

3. BEHAVIORÁLNÍ THERAPIE

Psychoorganické příčiny nejsou jasně identifikovatelné a známé, začarovaný kruh obezita - frustrace - pocit méněcennosti a následný stres zaháněný jídlem je dostatečným podkladem pro důraz kladený na individualitu pacienta, rozbor jeho životních návyků a stereotypů. Cílem je odstranění jeho patologických prvků životního stylu.

Působíme jak cestou individuálních pohovorů, tak cestou skupinových besed. Do tohoto procesu jsou zapojeni všichni pracovníci - naše oddělení pro léčbu obezity je nazváno jako Výchovné centrum, aby se více zvýraznila i funkce výchovná - edukační.

Vedle toho dostávají mladí klienti při příchodu tzv. Osobní manuál, kde se dovídají vše o pohybových potřebách a cvičeních, stravování, aby mohli společně s rodiči i nadále svoji váhu korigovat. Pro rodiče pak je 2x za pobyt o víkendů organizována beseda s vrchní a dietní sestrou za přítomnosti lékaře, kde si mohou všechny problémy léčby a režimu u obézních dětí vyjasnit.

■ **Závěr**

Z uvedených výsledků je zřejmé, že je během lázeňské léčby dochází ke statisticky významnému úbytku tělesné hmotnosti a snížení BMI. O její potřebnosti a prospěšnosti v této době není pochyb. Z našich zkušeností však vyplývá již citovaná nutnost spolupráce s rodiči a praktickými lékaři pro děti a dorost.

Literatura u autorů

Avent A4 - pomůcky ke kojení



Prevence vzniku a rozvoje nadváhy a obezity u dětí a adolescentů

Prof. MUDr. František Stožický, DrSc.

Pracovní skupina pro prevenci aterosklerózy u dětí ČPS ČLS JEP

Souhrn

Obezita dítěte není nevýznamnou kosmetickou odchylkou, ale závažným multifaktoriálním onemocněním. V její etiologii hrají významnou roli genetické faktory i vlivy životního prostředí. I když je patofyziologie obezity velmi složitá, je základním mechanismem jejího vzniku déleodobá převaha příjmu energie nad jejím výdejem. I pro člověka platí základní energetické zákony a energie se z něj nemůže vypařit, ale vždy jen přeměnit z jedné formy v jinou. Tuto bazální premisu je třeba mít na mysli jak při identifikaci obézního jedince, tak zejména při jeho léčení. Nelze v žádném případě připustit, aby v léčebném přístupu pediatra k dítěti trpícímu nadváhou nebo obezitou, která vznikla právě především nepoměrem mezi příjmem a výdejem energie, stála na předním místě terapie farmakologická.

■ Personální předpoklady

Praktický lékař pro děti a dorost (dále PLDD) vyhledává, diagnostikuje a léčí děti a adolescenty s nadváhou a obezitou.

Dietní terapeut (dietní sestra) se podílí na sestavování diety a spolu s PLDD sleduje a podporuje její dodržování.

Ambulantní specialista pro děti a dorost - pediatr s příslušnou atestací, pracující ve specializované dětské endokrinologické ordinaci nebo dětské ordinaci obezitologické, poskytuje v případě potřeby konziliární službu PLDD.

Zdravotníčtí pracovníci lázeňských léčebných zařízení v Poděbradech a Karlových Varech.

■ Technické předpoklady

Vyšetření dítěte s obezitou

Rodinná anamnéza - výskyt obezity a jejích komplikací u členů rodiny.

Osobní anamnéza - průběh těhotenství (diabetes těhotné), porodní hmotnost a délka (adnátní hypotrofie, hypertrofie plodu), zhodnocení dosavadního způsobu výživy a životního stylu (kojení, jídelníček, pohybová aktivita), **známky hypoventilace, dysmenorea u adolescentních dívek**, závažná onemocnění, operace, úrazy, psychosociální problémy (deprese, poruchy příjmu potravy).

Fyzikální vyšetření - tělesná výška a hmotnost, výpočet hodnoty BMI, vývoj sekundárních pohlavních znaků, genitálu, **změření krevního tlaku**, ortopedické odchylky, identifikovat znaky, které svědčí pro sekun-

dární obezitu nebo obezitu jako jeden ze symptomů geneticky podmíněných syndromů (viz. tab. 1 a 2), obezita dítěte, které má tělesnou výšku odpovídající jeho věku, je obvykle primární.

■ Definice nadváhy a obezity

Nadváha a obezita jsou diagnostikovány na základě **klinického vyšetření** a potvrzeny určením hodnoty **indexu tělesné hmotnosti - body mass index (BMI)**. U dětské a dospívající populace nelze používat „normální“ hodnoty pro dospělé. Díky skupině českých antropologů (1) jsou k dispozici **percentilové grafy pro děti od narození do 18 let pro obě pohlaví**. Ty dovolují kategorizaci dětí. Jedinci, jejichž hodnoty BMI se pohybují v rozmezí 75. až 90. percentilu pro věk a pohlaví, jsou jedinci se **zvýšenou hmotností**. Hodnoty BMI nad 90. percentilem znamenají **nadměrnou hmotnost**, která hraničí s obezitou a většinou souvisí s nadměrným rozvojem tukové tkáně. **Hodnoty BMI nad 95. percentilem pro věk a pohlaví znamenají jednoznačně obezitu**. Grafy jsou konstruovány tak, aby umožnily přesné zařazení především těch jedinců, kteří svou hodnotou BMI spadají do krajních pásem percentilové škály. Při opakovaných vyšetřeních je možné **monitorovat změny v hodnotách BMI v průběhu času** přímo v percentilovém grafu.

Je k dispozici také **počítačové hodnocení BMI pomocí programu Růst 2, který je součástí publikace Kompendium pediatrické auxologie**. CD-ROM s tímto programem je

k dispozici na adrese NovoNordisk, Blanická 28, 120 00 Praha 2.

Dalším důležitým indexem tělesné hmotnosti, hodným právě pro použití u dětí, je **Rohrerův index**. Ten je definován jako podíl tělesné hmotnosti v kilogramech a tělesné výšky v metrech umocněný na třetí.

Změření tělesné výšky a hmotnosti a výpočet hodnoty BMI a jejich vyhodnocení v percentilových grafech je součástí každé z pravidelných povinných preventivních prohlídek dětí a mladistvých.

■ Vybavení ordinace PLDD

Ordinace PLDD musí být vybavena zařízením pro měření tělesné výšky a hmotnosti, rtuťovým tonometrem a zařízením pro odběr vzorku žilní krve.

■ Postup při vyšetřování lipidového metabolismu

Lipidogram zahrnuje hladinu celkového cholesterolu a triacylglycerolů a hodnoty LDL a HDL-cholesterolu v krevním séru.

Vzorek žilní krve na určení lipidogramu se odebírá ráno po minimálně 12ti hodinovém lačnění a po náležité přípravě nemocného. Příprava spočívá v tom, že večere v den před odběrem krve neobsahuje žádný tuk (například rohlík s džemem a čaj). V případě akutního infektu je nutné odběr odložit.

Pro **celkový cholesterol** v séru je považována za hodnotu hraniční hladina 4,4 mmol/l a za hodnotu vysokou hladina 5,2 mmol/l a vyšší. Pro hodnotu **LDL-choles-**



terolu to jsou hladiny 2,8 a 3,4 mmol/l. **Hypertriglyceridemií** se rozumí hladina vyšší než 1,7 mmol/l. Sérová hladina **HDL-cholesterolu** by neměla být nižší než 0,9 mmol/l.

■ Postup při vyšetřování glycidového metabolismu

Glykémii lze stanovit buď ve vzorku krve, odebrané bez jakékoli předchozí přípravy (postprandiálně, nebo ve vzorku krve odebrané nalačno.

Glykémie nalačno větší než 7 mmol/l nebo **postprandiálně** větší než 11,1 mmol/l a přítomnost příznaků jako polydipsie, polyurie a pokles hmotnosti jsou diagnostické pro diabetes.

Průkaz **inzulinorezistence a hyperinzulinemie**, které charakterizují **diabetes mellitus typ 2**, vyžadují speciální vyšetřovací metody.

■ Postup při měření krevního tlaku

Pro měření krevního tlaku u dětí od 3. roku věku se doporučuje klasický **rtuťový tonometr a auskultační metoda**. Je nutné použít vhodně manžety. Měřit dítě pohodlně sedící, po 3–5 minutách zklidnění. Tlak má být měřen na pravé horní končetině, která je opřena o podložku tak, aby střed manžety upevněné na paži se nacházel v úrovni srdce. Měřicí škála tonometru by měla být ve výšce očí vyšetřujícího. Fonendoskop je umístěn nad brachiální arterií proximálně a mediálně od loketní jamky a pod spodním okrajem manžety. Systolický tlak odpovídá objevení se Korotkova fenomenu 1. Diastolický tlak se odečítá v momentě vymizení zvuků (Korotkův fenomen 5). Měření se provádí vždy dvakrát a z dosažených hodnot se vypočte průměr.

Za **normální tlak** se považuje systolický

a diastolický tlak pod 90. percentilem pro věk, pohlaví a výšku. **Hraniční krevní tlak** (také „high normal“) je průměrný systolický nebo diastolický tlak rovný 90. percentil ebo vyšší, ale nižší než 95. percentil. **Hypertenze** je definována jako průměrný systolický nebo diastolický tlak vyšší než 95. percentil pro věk, pohlaví a výšku, měřený při alespoň 3 různých příležitostech.

K potvrzení nebo vyloučení závažné hypertenze je vhodné **celodenní monitorování krevního tlaku**.

■ Prevence a léčení

Preventivní opatření pro děti a adolescenty s dispozicí k obezitě (famil. výskyt, genetické faktory, pohybové omezení, nadváha) zahrnují **zdravou výživu** s redukcí příjmu energie odpovídající pohybovému omezení a **zvyšování pohybové aktivity** tak, jak to případný handicap dovoluje. Nutná je v tomto směru spolupráce s **nutričním terapeutem**. Důležitý je přehled o způsobu stravování mimo rodinu (jídelniček v kolektivu, pitný režim) a koordinace výživy doma s výživou mimo domov. Využívání všech vhodných a použitelných aktivit k posilování tělesné zdatnosti (cvičení, plavání, jízda na kole) ve spolupráci s **rehabilitačním pracovníkem**.

Součástí jsou pravidelné kontroly tělesné výšky a hmotnosti a hodnoty BMI (se zaznamenáváním aktuálních hodnot do percentilových grafů) a ověřování míry dodržování preventivních opatření.

Primárním cílem **léčby nekomplikované obezity** je navození **zdravého způsobu výživy a tělesné aktivity**, nikoli dosažení ideální tělesné hmotnosti. Jde spíše o déleodobý proces, zahrnující vypěstování a zafixování zásad zdravého životního stylu, než o rychlé zhubnutí pomocí „záračných“ prostředků. Dítě je nutné těmto zásadám naučit. Pro děti s komplikacemi obezity je důležitým cílem zmírnění (např. hyperinzulinemie) nebo úplné odstranění (hypertenze, dyslipoproteinemie) těchto problémů.

Při redukci tělesné hmotnosti je nutné zvolit **realistické cíle**. U nejmladší věkové skupiny 2 až 7letých je prvním krokem udržení stávající hmotnosti. Pro děti starší 7 let je strategie **udržení stávající hmotnosti vhodná**, pokud trpí nadváhou. U obézních je nutné **snížení hmotnosti**. To je také nezbytné u každého jedince s nadváhou nebo obezitou, pokud jsou provázeny komplikacemi. Při běžných léčebných programech lze většinou

očekávat pokles hmotnosti o 2 až 7 kg.

Základním předpokladem úspěchu léčby obezity je **přesvědčení dítěte**, jeho **pevná vůle a spolupráce celé rodiny** na změně životního stylu v oblasti stravovacích zvyklostí a fyzické aktivity. Účinnější jsou preventivní opatření v rodinách s vyšší ekonomickou úrovní a u dětí s vyšším stupněm inteligence. Cílem je trvalá změna dosavadního chování v rodině, nikoli jen rychlé snížení hmotnosti. Příznivě působící prostředí může vést k úspěchu i u obezit se silnou hereditární a familiární složkou.

Včasný záchyt a prevence nadváhy dávají větší šanci na úspěch. Naopak, čím později se s obezitou začne něco dělat, tím větší je pravděpodobnost, že si ji dítě uchová i do dospělosti. Bránit rozvoji nadváhy je účinnější než ji odstraňovat.

Péče o dítě trpící nadváhou nebo obezitou by měla být týmová. **Rozhodující postavení v tomto týmu náleží praktickému lékaři pro děti a dorost**. Jeho případné selhání je také nejčastější příčinou léčebného neúspěchu. Dietní opatření by měl pediatr realizovat ve spolupráci s **dietní sestrou (nutričním terapeutem)** a změny pohybové aktivity s příslušným odborníkem. Důležitá role náleží psychologovi.

Behaviorální přístup v léčení obezity vychází především z poznání souvislosti mezi výživovým a pohybovým chováním a složkami životního prostředí, například výživovými stimuly nebo sociálními aktivitami. Nejprve je třeba dosáhnout toho, aby obézní dítě získalo zájem o své tělo a navyklo si, že je nutné o ně pečovat. Potom je mu třeba vštípit metody, kterými to lze dělat. Předpokladem pro to je určitá hladina mentální úrovně. Změny životního prostředí vyvolávají změny v chování dítěte a příznivě ovlivňují jeho životní styl. Jídlo se musí oddělit od ostatních aktivit, např. sledování televize. Také je třeba zamezit jídlu mezi hlavními jídly. Chladničku a spíž je vhodné označit „stopkou“. S dítětem musí být diskutovány příčiny, které ho vedou k nesprávnému výživovému chování a nedostačivé pohybové aktivitě. Poznání těchto příčin se pak velmi hodí i k zamezení případného relapsu. Velmi účinná je zejména cesta vytyčování postupných a dosažitelných cílů. Namísto je vhodná odměna. Kárání, nebo dokonce trestání, dítě spíše demotivuje. Zejména v této oblasti léčebného vedení obézního dítěte je významná spolupráce s těmi, kteří o něj pečují.

tab. č. 1

Geneticky podmíněné syndromy s obezitou

- Cushingův syndrom
- deficit růstového hormonu
- Turnerův syndrom
- Alstrom-Hallgrenův syndrom
- Carpenterův syndrom
- Cohenův syndrom
- Bardetův-Biedlův syndrom (Laurenceův-Moonův-Biedlův-Bardetův syndrom)
- Praderův-Williho syndrom



tab. č. 1

Zhodnocení klinických stavů sdružených s obezitou

Nález	Potenciální klinický stav
Anamnéza	
mentální retardace	genetická porucha
porucha lineárního růstu	hypotyreóza, Cushingův syndrom, Praderův-Williho syndrom
bolesti hlavy	pseudotumor cerebri
noční problémy s dýcháním	spánkové apnoe, syndrom hypoventilace obézních
denní somnolence	spánkové apnoe, syndrom hypoventilace obézních
bolesti břicha	cholecystopatie, pankreatitida
bolest v kyčli nebo koleně	epifyzeolýza
oligomenorea nebo amenorea	syndrom polycystických ovarií
Fyzikální nález	
trunkální obezita	Cushingův syndrom
dysmorfní postava	genetické poruchy např. Praderův a Williho syndrom
acanthosis nigricans	inzulínová rezistence
hirsutismus	syndrom polycystických ovarií, Cushingův syndrom
kožní strie	Cushingův syndrom
městnání na očním pozadí	pseudotumor cerebri
palpační citlivost v pravém podžebří	cholecystopatie
nesestouplé varle	Praderův-Williho syndrom

U obézních adolescentů to mohou být i jejich kamarádi.

Výživa a dieta

Základem dietoterapie obézního dítěte je **vyvážená zdravá strava a zdravé výživové návyky**, které musí mít permanentní charakter. Rozhodujícím předpokladem účinnosti léčení dietou je **zamezení převahy příjmu energie nad jejím výdejem**. Dítě s převládajícím sedavým způsobem života si nemůže „dovolit“ přijmout potravu tolik energie co dítě sportující. Z jídelníčku obézního dítěte musí být vyloučeny všechny rafinované sacharidy, tedy sacharidy v mnohem koncentrovanější podobě než v jaké se nacházejí v přírodě, například řepný cukr. Sladkosti, včetně pečiva, by neměly být zařazovány do jídelníčku dítěte častěji než jednou týdně. Chléb a celozrnné pečivo má přednost před bílým pečivem. Jako přílohy k hlavním jídlům by měly být upřednostňovány brambory, rýže, bezvaječné těstoviny a zelenina před knedlíky. Důležitým zdrojem pro růst dětského organismu potřebných kvalitních bílkovin a vápníku jsou odstředěné mléko a mléčné výrobky s nízkým obsahem tuku a libové ma-

so, zejména telecí, drůbeží a králičí. Z masných výrobků je pro redukční dietu vhodná pouze šunka. Při přípravě jídel musí být co nejvíce nahrazeny živočišné tuky vhodnými tuky rostlinnými. Na zvýšený pocit hladu dítěte na redukční dietě lze reagovat dvojnásobem. Buď zvýšenou nabídkou vhodných druhů ovoce a zejména zeleniny (mrkev, kedlubny, rajčata, zelí), které dítě pomohou zasytit bez toho, že by ho zatěžovaly nadbytečnou energií. **Toho lze dosáhnout dodržováním zásady „ovoce a zelenina 5x denně“**. Nebo zvýšením nabídky potravy, ovšem se současným zvýšením pohybové aktivity. O jídlech, která můžeme zahrnout pod široký pojem „fast food“ platí totéž co o sladkostech. Při výběru potravin do „redukčního jídelníčku“ lze vycházet z „potravinové pyramidy“ nebo se řídit tzv. semaforovým systémem. Také dítě redukující nadváhu nebo obezitu musí dodržovat pitný režim. Jako tekutiny k tomuto účelu vhodné jsou nepříchucovaná vodovodní voda, neslazená balená voda, minerálky i čaje, odstředěné mléko a přírodní ovocné a zeleninové šťávy. **Vzhledem k tomu, že i redukční dieta musí být co nejpěšnější, není obvykle nutné doplňovat ji multivitaminovými pre-**

paráty. Není vyloučené, že některé doporučované i firemní „recepty na snížení tělesné hmotnosti“ nejsou při redukcí nadváhy a obezity účinné, ale zkušenosti s nimi u dětí nejsou zatím dostatečné.

Součástí dietoterapie obézních dětí a dětí s nadváhou je odbourávání nesmyslných pověr zakořeněných v naší společnosti. Jednou z nich je přesvědčení, že Čech musí nevyhnutelně zemřít, pokud nemá alespoň jednou denně „teplé jídlo“. „Co by to bylo za dětství, kdyby dítě nesmělo sladkosti“ je druhým nesmyslným názorem některých rodičů, horším toho prvního.

Cvičení a pohybová aktivita

Zatímco příznivý vliv tělesné aktivity na zdravotní stav dítěte i adolescenta, a to jak zdravého, tak i obézního, je evidentní a obecně akceptovaný, pak kontrolovaných studií potvrzujících tuto skutečnost existuje poměrně málo.

I minimální pohyb, například stoj ze sedu, je spojen s výdejem energie. Stojí proto za to všestranně podporovat u dětí aktivní způsob života, i když není dosud známo, v jakém ob-
jemu a jak často by to mělo být.

Než budou k dispozici objektivní údaje, měla by platit starší zásada, že by se každé dítě mělo aktivně pohybovat minimálně 6 až 8 hodin týdně. Na základě zkušeností u dospělých se doporučuje energetický výdej na úrovni 60-80 % maximální srdeční frekvence. To odpovídá doporučením, která vyplývají z pediatrické části Národního výchovného cholesterolového programu. **Za minimální pohybovou aktivitu je považováno soustavné (nepřerušované!) cvičení nebo sportování 3 x týdně po dobu alespoň 30 minut.** To se pak rozšiřuje, podle tolerance a možností obézního dítěte, na každý den. Zatímco aerobní pohybová aktivita působí při redukcí nadváhy a obezity příznivě, pak vliv aktivity anaerobní může být i opačný. Vhodné jsou zejména sportovní aktivity, které lze dobře „dávkovat“, které nezatěžují pohybový aparát a které může provozovat obézní dítě se svými rodiči. K nim patří chůze, cyklistika, aerobik a plavání. Příznivě působí i pohybová aktivita, která nemá vysloveně charakter cvičení nebo sportu, například tanec. Významná jsou z hlediska prokázané účinnosti i minimální pohybové aktivity taková opatření jako například chůze do školy místo jízdy autobusem nebo chůze po schodech místo používání výtahu.

Pohybová aktivita by měla zaujímat pod-

Nutricia - Hamijars A4



statnou část denního programu dítěte.

Naproti tomu, existují důkazy o tom, že tělesná inaktivita se významně podílí na vzniku a rozvoji nadváhy a obezity.

Fyzická aktivita je spolu s redukční dietou druhým důležitým faktorem, který zvyšuje negativní energetickou bilanci.

Pravidelné a soustavné cvičení a/nebo sportování charakterizují jedince, kteří úspěšně snížili nadváhu.

Délku „sedavých“ aktivit, kupříkladu sledování TV nebo práci s počítačem, je nutné omezit na nezbytné minimum, a to ve prospěch cvičení a sportu. **Významným věkovým momentem je v tomto ohledu přibližně 10. rok života, kdy dosud přirozeně pohybové aktivní dítě začíná „nahrazovat“ s přechodem do adolescence aktivní životní styl sedavými aktivitami.**

Psycholog může pomoci obéznímu dítěti zbavit se obav z účasti na sportu, který „ovládají“ děti „normálně“ živené.

Nejúčinnější je při redukcí nadváhy a obezity kombinace redukční diety a soustavné a dostatečné pohybové aktivity.

I u člověka platí základní energetické zákony a energie, kterou přijal se z něj nemůže „vypařit“, ale může se jen přeměnit v jinou!

Kurzy, skupinová terapie a prázdninové tábory tvoří účinnou součást léčebného režimu obézních.

■ Léčba v rodině

Redukce tělesné nadváhy nebo obezity není v podstatě nikdy jen záležitostí postiženého dítěte. Způsob života, včetně výživových návyků a tělesné aktivity, vymezuje podstatným způsobem jeho rodina. Rodiče jsou i v této oblasti pro své děti vzorem a děti přejímají jejich výživové i režimové návyky. Důležitou součástí terapie obézního dítěte je edukace a psychoterapie celé rodiny.

■ Lázeňská léčba

Lázeňská léčba, která má své indikace, působí příznivě v systému redukce tělesné nadváhy a obezity několikerým způsobem. Kromě snížení tělesné hmotnosti pomůže dítěti a jeho rodičům vytvořit si adekvátní představu o systému redukce nadváhy a obezity a „dokáže“ jim, že vhodnými dietními a pohybovými opatřeními lze dosáhnout úspěchu. Často pomůže usvědčit rodiče z toho, že jsou to právě oni, kdo dítě „překrmují“. Vhodné je pobytem dítěte v lázních zahájit redukční režim. Lázeňská léčba je tedy vhodná, avšak

u některých dětí, těch kupříkladu „stýskavých“, není nutné na ni trvat.

■ Medikamentózní léčba

Medikamentózní terapie je indikována u extrémně obézních dětí s vytvářejícími se nebo již vytvořenými komplikacemi, u kterých režimová a dietní opatření nevedou po několikaměsíčním přesném dodržování k úspěchu. Vedení této léčby náleží do rukou příslušného odborníka, například dětského endokrinologa. Také medikamentózní terapie komplikací obezity, například inzulinorezistence a hyperinzulinemie, dyslipoproteinemie, hypertenze nebo ortopedických abnor-

mit, patří do rukou příslušného specialisty.

■ Chirurgická léčba

Chirurgická terapie musí být zvažována vždy přísně individuálně jako krajní řešení, není-li úspěch s léčbou konzervativní. Přichází v úvahu téměř výhradně u obezity, která je součástí hereditárních syndromů, například syndromu Pradera a Williho. Informace o ní v odborné literatuře mají charakter jednotlivých kazuistik a zkušeností, které by byly podloženy, výsledky kontrolovaných studií větších souborů obézních nejsou k dispozici.

Literatura u autora

Metodické doporučení pro vyhledávání a léčení dětí s obezitou se zaměřením na prevenci jejích komplikací

Prof. MUDr. František Stožický, DrSc.

Pracovní skupina pro prevenci aterosklerózy u dětí ČPS ČLS JEP

MUDr. Jiří Liška, CSc.

Mulačova nemocnice, Plzeň

Celosvětově narůstá počet obézních jedinců, a to jak v dospělé, tak i dětské populaci. Pandemie obezity se stává charakteristikou přelomu tisíciletí. Ve Spojených státech se například počet obézních dětí zvýšil v období let 1980 až 2000 3x. Obezita hraje ústřední úlohu v etiopatogenezi metabolického syndromu inzulinové rezistence, který je spojen s hyperinzulinemií, hypertenzí, dyslipoproteinemií, nealkoholickou steatohepatitidou, diabetem mellitem typu 2 a zvýšeným rizikem aterosklerózy. Nadváha a obezita vedou k řadě dalších závažných komplikací, například k cholecystopatiím, tromboembolizmu, obstrukční spánkové apnoe, ortopedickým poruchám, intrakraniální hypertenzi a některým typům rakoviny a nelze ji nadále považovat jen za nezávadnou kosmetickou odchylku. Obezita významně zvyšuje dlouhodobou morbiditu a mortalitu. Její výskyt nabývá v mnoha zemích charakter epidemie. Je obava, že ve státech, ve kterých se dlouhodobě prodlužoval střední věk obyvatel, se tento příznivý trend zastaví. Obezita se tak stává závažným celospolečenským problémem, který představuje významnou ekonomickou zátěž. V již vzpomínutých Spojených státech jsou náklady na zdravotní péči o obézní jedince ve věku od 18 do 65 let o 36 % vyšší než náklady na zdravotní péči poskytovanou jedincům, kteří obezitou netrpí.

V České republice zatím nebyl tento nepříznivý trend u dětské populace zaznamenán. **Prevalence obezity**, jak byla zachycena při měření dětí ve věku 7 až 11 let v náhodně vybraných školách v r. 2000, dosáhla u chlapců 6 a u dívek 5,6 %. Podstatně horší je však situace pokud jde o prevalenci obezity v dospělé populaci. **Hodnotou tohoto parametru se Česká republika řadí na čelné 3.-4. místo v Evropě.** Z tohoto hlediska jsou pak důležité výsledky studií zaměřených na sledování osudu obézních dětí do dospělosti. Bylo zjištěno, že po 6. roce života více než 50 % obézních dětí zůstává obézních i ve věku dospělém. Ve věkovém období od 10 do 14 let to bylo až 80 % obézních dětí. Klíčový význam v řešení problematiky nadváhy a obezity má proto včasný záchyt obézního jedince, a to pokud možno ještě v dětském věku. Nezastupitelná role zde náleží praktickým lékařům pro děti a dorost, kteří musí sledováním a vyhodnocováním antropometrických parametrů v rámci povinných, pravidelných, preventivních prohlídek zavčas identifikovat dítě s počínající nadváhou a obezitou. Prevence je vždy snazší a méně nákladná.



Volné radikály, antioxidanty a další látky u obezity

MUDr. Václav Holeček, MUDr. Jiří Liška, CSc.

Mulačova nemocnice, Plzeň

Souhrn

Obezita se stává v našich zemích epidemií. Nejčastěji se hodnotí pomocí body mass indexu. BMI je poměr hmotnost/výška v m². Má být do 25, lidí s BMI nad 25 je např. v USA 60%, s BMI nad 30 pak přes 30%. Je ovšem třeba vzít v úvahu, že u 25-letého muže 45% BMI je způsobeno svaly, u 70-letého pak jen 27%. Jednodušší je měřit velikost pasu. U žen má být 80 - 87 cm, u mužů 94 - 101 cm. Regulačními hormony pro udržení správné váhy jsou insulin a leptin, které stimulují hypothalamus, aby vydával signály ke snížení příjmu potravy a ke snížení tukových zásob.

Je u lidí různá schopnost metabolizovat potravu a ukládat ji ve formě tuku. Jsou dva typy tukové tkáně: bílá a hnědá. Hnědá tuková tkáň oxiduje mastné kyseliny a vydává teplo do krve. Hnědá tuková tkáň je aktivována při expozici chladu. Hnědé adipocyty jsou nejvíce u dětí. Bílá tuková tkáň je jednak viscerální, jednak subkutánní (abdominální, gluteální nebo femorální). Podle typu obezity bývá obezita dělena na androidní (mužský typ s objemným břichem), gynoidní typ (s objemnou gluteální obezitou) a dětskou a adolescentní obezitu. Ke každému typu je třeba při terapii zaujmout jiný přístup. Pro organismus je nejbezpečnější skladovat triacylglyceroly v „malých adipocytech“ podkožní tukové tkáně. Pokud je jejich kapacita překročena, dojde k zaplavení jater, kosterního svalstva a beta-buněk pankreatu, **dojde k akumulaci ve viscerální tukové tkáni - asi klíčový faktor insulinorezistence**. Lidé, kteří hromadí tukovou viscerální tkáň, trpí častěji metabolickými a kardiovaskulárními chorobami. Oxidativní fosforylace vytváří energeticky bohaté fosfáty a tuk. Lze ji rozpojit (kupř. tyroxinem) na oxidaci (tvorba tepla) a fosforylaci (tvorba energeticky bohatých fosfátů jako je ATP). Rozpojení zvyšuje ztráty energie teplem a snižuje obezitu. Vysoký příjem tuku v potravě - pokud obsahuje hodně n-3 PUFA (polynenasycené mastné kyseliny **obvykle z ryb, podporující redukci hmotnosti**) - nemusí vést k obezitě.

Obezita je obvykle spojena s insulinovou resistencí, zvýšenou hladinou triacylglycerolů, s nízkým HDL-cholesterolem, se zvýšením malých hustých částic LDL (small dense LDL), vysokým LDL-cholesterolem, zvýšeným krevním tlakem, což vytváří tzv.

metabolický syndrom. Komplikacemi obezity jsou karcinomy, spánková apnoe, deprese, infarkt myokardu, onemocnění periferních cév (např. endothelová dysfunkce), vysoký krevní tlak a často diabetes II. typu.

Zásoby energie byly nutné statisíce let k tomu, aby živočišové mohli přežít. V posledním století, kdy ubylo fyzické námahy, změnil se životní styl a v řadě zemí přestala být potrava špatně dosažitelná se ukazuje, že fyziologické mechanismy ochrany před obezitou jsou nedostatečné.

Citlivost na insulin snižují cukry, tuky a natriové ionty, naopak citlivost zvyšuje restrikce potravy, cvičení, magnesium, podání chromu, vanadia, rozpustných vláknin

a některých antioxidantů.

■ Onemocnění spojená s obezitou

S velkou obezitou jsou spojeny karcinomy ledvin, prsu, endometria aj. U obezity je vyšší výskyt karcinomu ezofagu a kolorektálního karcinomu.

Pacienti s vysokým BMI po úrazech častěji trpí komplikacemi a mají vyšší úmrtnost. Těžká obezita je kontraindikací pobytu v nadmořské výšce 2 500 m. Ženy s hyperlipidemií by měly být vyšetřeny na osteoporozu (Orozco). Dietní mastné kyseliny a obezita ovlivňují akumulaci tuku v játrech, zvyšují tvorbu volných radikálů, lipoperoxidaci, vyvolávají insulinorezistenci, podporují tvorbu angiotensinu

Externí hodnocení kvality pro systémy POCT

(např. C-reaktivní protein, stanovení glukózy apod.)

Máte-li zájem o zajištění externího hodnocení kvality pro váš systém, navštivte laskavě naši internetovou stránku <http://www.sekk.cz>, nebo nás kontaktujte:

- e-mailem na adrese: sekk@sekk.cz
- telefonicky na čísle: 466 530 230
- faxem na čísle: 466 530 824
- nebo písemně na adrese: SEKK s.r.o.

P.O. Box B35
530 02 Pardubice

Podrobné informace včetně nabídky našich služeb na rok 2006 vám zašleme obratem.

Těšíme se na spolupráci





II, norepinefrinu, neuropeptidu Y a leptinu.

■ Účinek peptidů na příjem potravy a na obezitu

Leptin: je produkován hlavně v bílé tukové tkáni. **Leptin potlačuje chuť k jídlu** a zvyšuje výdej energie. Zvyšuje však tvorbu volných radikálů a stimuluje produkci prozánětlivých cytokinů z monocytů.

Melanokortin: kontroluje příjem potravy.

Neuropeptid Y (NP Y): je neuronální signalizační peptid. Působí zvýšením příjmu potravy a snížením výdaje energie. NPY je zvýšený u pacientů s obstrukční spánkovou apneou.

Ghrelin: je chuť ovlivňující hormon, „hormon hladu“. Je secernován žaludkem, jeho hladina v krvi stoupá před jídlem, po jídle naopak klesá v závislosti na hladu. Eradikace *Helicobacter pylori* zvyšuje koncentraci ghrelinu v žaludeční tkáni a může způsobit zvýšení hmotnosti.

Adiponektin: je produkován adipocyty. Je snížený u obézních pacientů. Stoupá při poklesu hmotnosti. Je antiatherogenním a protizánětlivým faktorem.

Melanin-konztrující hormon (MCH): je neuropeptid, nadbytek MCH působí u myší obezitu.

Orexin: Orexin-A a Orexin-B z hypotalamu jsou dva peptidy. Orexiny regulují bdělost a energetickou rovnováhu (Flier). Porušení jejich funkce působí narkolepsii a obezitu.

Fibroblastový růstový faktor (FGF 21): je antiobézní polypeptid.

Různé další peptidy: Glukagonu podobný peptid (**GLP**) podporuje sekreci insulinu. Obézní lidé mají nižší plazmatické hladiny **PYY**. PYY je endogenní peptid, který se uvolňuje po jídle z GIT, vydává signál o sytosti. Obézní lidé mají hladinu PYY nízkou. **Cholecystokininy (CCKs)** jsou fyziologické faktory, které signalizují, že by mělo dojít ke snížení množství jídla. **Bombesinu podobné peptidy** jsou v CNS a v GIT.

Monoxidin: Snižuje krevní tlak, vedlejším účinkem je pokles hmotnosti.

Účinek cytokinů na příjem potravy a obezitu: Je vztah mezi cytokiny, leptinem a insulinem. Prozánětlivý interleukin-1 působí uvolňování kortikotropin-releasing faktoru, který potlačuje chuť k jídlu. U obézních jedinců je zvýšená hladina IL-6, která je spojena s insulinoresistencí. Dalším prozánětlivým cytokinem je TNFa secernovaný adipocyty.

Účinek biogenních aminů na příjem potravy a obezitu: První látkou na potlačení

přejídání se byl **amfetamin**. Dalšími látkami z této skupiny byly **fentermin** a **mazindol**, dexfenfluramin aj. **Serotonin** snižuje chuť na jídlo, příjem potravy a hmotnost. **Dopamin** reguluje hlad a sytost v specifické hypothalamické oblasti. Efedrin byl vyloučen z antiobézní terapie pro škodlivé vedlejší účinky. Léky na zvýšení termogeneze nebyly úspěšné.

■ Dietní opatření a poznámky

Ke snížení obezity musí příjem potravin v kJ být menší než energetický výdej. Při vytrvalostní práci se spalují nejdříve cukry, po jejich vyčerpání tuky a bílkoviny. U těžkých stavů se spalují nejdříve rozvětvené aminokyseliny, obsažené nejvíce v albuminu. U intenzivní námahy (např. sprint) se spalují tuky. Malé děti ovšem obvykle nejsou schopny tak intenzivní námahu vyvinout. **Vhodné jsou činnosti, kdy se zadýcháme (kyslíkový dluh) a potíme.** U činnosti, na kterou nejsme zvyklí, obvykle metabolizujeme více tuků. Cvičením se zvyšuje svalová hmota na úkor tuků a ta váží více než původní tuk. (Litr vody váží skoro o třetinu více než litr tuku).

Ztráta hmotnosti by neměla být rychlejší než cca 1 kg za týden. Při rychlém hubnutí hrozí nebezpečí, že dojde k jo-jo efektu, tj. rychlému návratu k původní nebo i nad původní váhu. Jídlo (resp. jeho celkovou energetickou hodnotu) je třeba rozložit do 5-7 dávek. Tím se zmenší pocit hladu a nedochází k ukládání tukových zásob. (Námořníci, kteří ztroskotali na moři a nemají zásoby jídla, přecházejí - aniž by jim to někdo poradil - na 1 jídlo denně). Někteří lidé mají tzv. syndrom nočního jídla. Kromě nadváhy bývá tento syndrom spojen s poruchami spánku. Dále je třeba se alespoň 1x týdně najíst normálně, aby si organismus nezvykl na malý přísun potravy a maximálně nezlepšil využívání podané potravy. Ani hladovění od cca 17 hodin do rána není užitečné, protože organismus na to reaguje obdobně jako na dlouhodobější hladovění „vnitřními úsporami“. Stresové hladovění může vzniknout již za 72 hodin.

Případně je vhodné vyšetřit i funkci štítné žlázy. Podávání extraktů štítné žlázy na hubnutí se však neosvědčilo. Je třeba respektovat konstituci člověka - atletická postava má jiné parametry než např. asthenik. Měnit konstituci nemá smysl.

Vhodný je i dostatek spánku (nejlépe 7 - 8 hod denně). Dříve lidé v letních měsících méně spali, ale získávali více potravin, která se v nich ukládala ve formě tuků na zimu, kdy

bylo potravy mnohem méně. V zimě naopak více spali a žili z tukových zásob.

Je třeba respektovat i diurnální rytmy. Přes den jídlo, večer (po 18 hod) už jen ionty (např. minerálky) a vodu. Tělo je tomu za tisíce let přizpůsobené. Jíst je třeba pomalu, pocít hladu přetrvává nějaký čas, i když už příjem potravy byl dostatečný. Pivo snad snižuje karcinogenezi a osteoporózu. **Špatné jsou zkušenosti s otužováním.** Tělo reaguje na zimu vytvářením tlusté ochranné vrstvy tuku.

Udržet nižší váhu po zhubnutí bývá velkým problémem. Ukazuje se, že vyšší příjem bílkovin při nízkém příjmu tuků snižuje pocit hladu a pomáhá udržet novou hmotnost. Celá řada dalších látek může příznivě při rozumném příjmu ovlivňovat hmotnost: **katechiny z čaje potlačují akumulaci tuku, zvláště abdominálního.** Kromě čaje při kontrole váhy může poněkud pomoci i mléko a ořechy..

Je třeba dát pozor na některé prostředky prodávané na trhu, které mohou obsahovat toxické látky. Látky působící průjem se moc neosvědčily.

■ Volné radikály, antioxidanty a obezita

Významnou roli v problematice obezity hrají volné radikály. Dieta s vysokým podílem tuku (32%) působí stoupnutí lipoperoxidace účinkem volných radikálů. **Obezita působí oxidační stres, který přispívá ke vzniku chorob spojených s obezitou.** Problematika volných radikálů u obezity je spojena zvláště s volným radikálem oxidu dusnatého (NO). NO hraje klíčovou roli v kardiovaskulární homeostáze a v rovnováze glukózy. Látky uvolňující vasodilatační NO se mohou stát potenciálním lékem insulinové rezistence. NO snižuje tvorbu angiotensinu II v mozковém kmeni. Zdrojem NO je L-arginin, který má i schopnost snižovat krevní tlak.

■ Dětská a adolescentní obezita

V některých zemích je dětí s nadváhou a obézních až 25%. Obezita je nejčastější příčinou metabolického syndromu (insulinová rezistence, hypertenze, dyslipidémie, diabetes mellitus 2. typu a další metabolické abnormality). Na budoucím vývoji metabolického syndromu se mohou podílet již intrauterinně působící faktory, z nichž velmi častá je obezita, dále zvýšený CRP a interleukin-6, též snížený adiponektin. **U obézních dětí je vyšší hladina peroxylových radikálů jako produktů zvýšené hladiny volných kyslí-**



kových radikálů. Ta je nejvyšší u dětí s hyperlipidemií a pozitivně koreluje se sérovými triacylglyceroly, LDL-cholesterolem, systolickým i diastolickým krevním tlakem a vzdáleností pas-boky. Zvýšený systolický tlak a hyperlipidemie zvyšují oxidační stres (převaha volných radikálů nad antioxidanty) u dětské obezity. Obezita je nebezpečím pro vznik diabetu 2. typu, pro hypertenzi, dyslipidemii a nealkoholické steatohepatitidy.

Snaha po zhubnutí u adolescentů často vede k anorexii a těžkým zdravotním problémům. Vyvolávání zvracení, podávání laxativ, pilulek na hubnutí nejsou vhodné. Nelze podceňovat ani zvýšený příjem potravy atavistického původu: „emoční jídlo“ (lepší duševní pohoda po jídle jako „záchrana“ života v minulosti s hladomory). **Tuková vrstva děvčat obvykle koreluje s tukovou vrstvou matek, ale ne se syny.** V mládí je třeba tedy jak v rodině, tak ve škole vytvářet výchovné programy výživy.

Tréninkový program OBELDICKS trval

1 rok, zahrnoval fyzická cvičení a výchovu v jídle. 74% adolescentů snížilo BMI o 0,43 a 34% již po ukončení nebylo obézních, což přetrvávalo i po 2 letech.

■ **Farmakoterapie obezity**

Chirurgické způsoby léčby obezity jsou stále neúčinnější, ale jimi se v tomto článku zabývat nebudeme.

Léků na obezitu je mnoho, většinou však nejsou příliš účinné. Snížit hmotnost pouze pilulkami, a nikoliv celkovou změnou životního stylu, vychází marně.

Další metodou terapie obezity je inhibice resorpce tuků ze střeva. **Podání tuků aktivuje dva enzymy: žaludeční lipázy a pankreatické lipázy.** Nejčastěji se používají léky orlistat a sibutramin. **Orlistat je inhibitor gastrointestinálních lipáz a tedy brání absorpci tuků z potravy.** Je pacientem celkem dobře tolerován, někdy pouze působí průjem. Při současném omezení potravy snižuje riziko diabetu 2. typu. **Sibutramin** se používá v dáv-

kách 10-15 mg. **Redukuje příjem energie tím, že navozuje pocit sytosti a brání inhibiči výdeje energie, což se děje často u nízkokalorické diety.** Podávání sibutraminu snižuje HbA1C, zlepšuje lipidogram a snižuje insulinorezistenci, inhibuje zpětné vychytávání serotoninu v hypothalamických neuronech (serotonin působí libé pocity po příjmu potravy). **Zlepšení BMI nastalo po 6 měsících terapie,** zlepšení dalších parametrů nastalo za 12 měsíců. Sibutramin je lépe snášen pacienty než orlistat.

Zajímavý je vliv **zinku. Zinek brání diabetickým komplikacím. Nedostatek Zn může vést ke snížení antivirové schopnosti organismu, ale ke zvýšení humorální imunity. Nedostatek Zn podporuje vznik obezity, ale i karcinomů a alergií. Je třeba podávat jen malé dávky zinku, protože ten kromě antioxidantního účinku má i některé nepříznivé účinky jako zvýšení agregace destiček.** ■

Literatura u autorů

Boehringer - Mucosolvan



Kazuistika:

Poruchy příjmu potravy - atypická forma mentální anorexie u 14-ti leté dívky při závažném somatickém onemocnění

Nerstová M. ¹, Baraníková Z. ², Michková E. ¹, Tláskal P. ³, Szitányi P. ¹

¹ Pediatrická klinika FN Motol a 2. LF UK, Praha

² Dětská psychiatrická klinika FN Motol a 2. LF UK, Praha

³ Dětská poliklinika FN Motol, Praha

Souhrn

V našem sdělení demonstrujeme kazuistiku pacientky s poruchou příjmu potravy. U dívky je zřejmá komorbidita, atypická forma mentální anorexie a současně organické onemocnění - fistulující Crohnova choroba.

Klíčová slova

atypická mentální anorexie, diagnostická kritéria, komorbidita, terapie, Crohnova nemoc

■ Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou závažná onemocnění, zahrnující změny jak v oblasti psychické, tak i somatické. Psychické onemocnění postihuje predominantně dívky a ženy mladšího věku, u chlapců a mužů je toto onemocnění méně časté. Rozpoznáváme dvě základní formy: mentální bulimii a mentální anorexii.

U mentální anorexie je úbytek na váze vyvolán vědomým omezováním příjmu potravy. Je také spojena s podstatnými somatickými změnami, které vyplývají z déletrvajících malnutrice. Některé dívky též zvrací nebo používají laxativa a tím si navozují průjem. Často bývá přítomen depresivní syndrom, dráždivost, porucha tělového schématu, kdy dívka přes svou hubenost mívá pocit, že má stále nadváhu a je tlustá.

Crohnova nemoc je závažné idiopatické střevní zánětlivé onemocnění, při kterém se mimo jiné objevují necharakteristické bolesti břicha, intermitentní průjem, neprospívání a také úbytek na váze.

Diferenciálně diagnosticky je však někdy obtížné zhodnotit somatické obtíže pacienta v souvislosti s psychickou problematikou. V našem sdělení prezentujeme případ takového souběhu onemocnění.

■ Kazuistika

Na I. dětskou kliniku FN Motol byla v únoru

2003 přijata 14-ti letá dívka s těžkou kachexií nejasné etiologie, s recidivujícím průjmovým onemocněním, s astma bronchiale, se skoliózou a suspektním hemangiomem jater.

Dívka je z 5. rizikové gravidity pro krvácení v I. trimestru. Porod nastal v 36. týdnu, porodní hmotnost 2700 g, délka 46 cm. Nebyla kříšena. Kojena plně 2 měsíce.

Od kojeneckého věku byla léčena pro recidivující, převážně respirační infekty. Ve 4 letech věku dívky diagnostikováno astma bronchiale. Absolvovala opakované lázeňské pobyty. Dívka od útlého věku málo jedla, byla vybíravá, některé pokrmy jako omáčky, zeleninu, těstoviny, ryby zcela odmítala. Somatický vývoj viz tabulka.

V říjnu 2002 byla léčena v Jánských Lázních pro skoliosu. Po návratu domů měla úbytek hmotnosti o 4,5 kg, a to na 24,5 kg ve 14-ti letech.

V lednu 2003 nastal opět pokles hmotnosti na 23,5 kg. Byla unavena, měla subfebrilie, vysokou sedimentaci až k hodnotám 100 za hodinu. Obvodním lékařem byla odeslána k hospitalizaci v okresním městě. Měla průjmové stolice s negativní kultivací. Neurolog vyslovil podezření na neuroinfekci nebo degenerativní onemocnění mozku. Proto bylo doporučeno přeložení dívky na dětskou neurologickou kliniku ve FN Motol. Zde vyloučili neuroinfekci i jiné onemocnění CNS. Diagnóza mentální anorexie byla zpochybněna. Po pedia-

trickém konziliu byla pacientka přeložena na dětskou kliniku ke stanovení diagnózy. Při příjmu na kliniku měla hmotnost 22,7 kg při 143 cm výšky a věk 14,6 roků. V této době byla žákyní osmé třídy základní školy.

Ze základního vyšetření měla TK 80/45, FW 93/131, CRP 110. Na RTG plic byl oboustranný lehký plicní emfyzém, výrazná dextrokonvexní skoliosa hrudní páteře s rotací obratlů. Na ultrazvukovém vyšetření břicha byl hemangiom jater 28 x 20 mm, a také nález zánětlivých změn na klíčcích aborálních partií ilea, céka a části kolon ascendens svědčících pro Crohnovu chorobu. RTG nález - enteroklyza prokázal také rozsáhlé crohnovské změny na střevě a potvrdil přítomnost píštěle mezi rektem a ileem. Diagnózu morbus Crohn podpořila také pozitivita ASCA protilátek. Dívka byla afebrilní, anxiózní, bledá s chladnou periferií, měla hypotenzi 80/45, byla těžce kachetická, s hypotrofickým svalstvem. Chrup měla zažloutlý s kariézní denticí. Dívčí genitál bez ochlupení, měla primární amenoreu. Perianálně byl absces se 7 píštělemi.

Antropologické vyšetření prokázalo, že výška u dívky odpovídá věku 10,8 let. BMI byl 11,1. Patrná byla hypotrofie tkání, svaloviny.

U pacientky byla zahájena kortikoterapie v kombinaci s azathioprinem. Byl zaveden ČŽK po dobu 2,5 měsíců s totální a následně s doplňko-



Obr. č. 1 - Fotografie dívky při příjmu na kliniku

vou parenterální výživou. Dívce byla aplikována 2x transfuze erymasy, Endobulin. Pro minimální perorální příjem byla dívce také zavedena nasogastrická sonda s oligomerní enterální výživou a podávána bezezbytková dieta. Nedařilo se popíjení Nutridrinku.

Postupně se upravily stolice a začaly se uzavírat perianální píštěle. Dívka začala navýšovat hmotnost, ale s běžným stravováním byly obtíže. Z domova nebyla zvyklá na normální jídla, ale jen polévky z pytlíku, guláš, párky, uzeniny.

Z komplexního psychologického vyšetření vyplynulo, že se u dívky jedná o atypickou formu mentální anorexie. Posléze tuto diagnózu potvrdilo i speciální vyšetření pedopsychiatrické. Dívce byla naordinována Zyprexa večer a Zoloft na ráno (4,12). Celkový stav uzavřen jako atypická forma mentální anorexie při základním onemocněním Crohnovou chorobou a při výrazně špatných stravovacích návycích.

Před přijetím dívky do nemocnice byl režim jídla následující: nesnídala, na dopolední svačinu snědla 1/2 rohlíku, vypila sklenici limonády. Oběd měla doma, a to polévku z pytlíku. Na odpolední svačinu snědla 1/2 jablka, někdy zákusek - indiánka, ale jen našlehanou cukrovou pěnu. Na večeri jedla opékaný salám neb 1 nožičku párku, sklenici limonády. Celkově za den málo pila, cca 1/2 litru. Ve škole uváděla bolesti hlavy.

Jak jsme již uvedli, problémy s jídlem byly u dívky od útlého věku, ale výrazněji nastaly v 7. třídě (r. 2002), kdy měla neshody se spolužáky. Říkali dívce, že je malý precek, trpaslík, chlupci často konstatovali, že není vůbec šikovná v tělocviku. Ze strany pedagogů byly výtky za špatnou přípravu na výuku. Měla reparát z jednoho předmětu, jinak převaha 4 na vysvědčení. Intelektové schopnosti byly u dívky v pásmu hlubokého pod-



Obr. č. 2 - Fotografie dívky po terapii, před propuštěním do domácí péče

průměru. Výchova ze strany rodičů byla nejednotná a nedůsledná. V době hospitalizace byla pacientka depresivní, plačtivá, zvláště při rozhovoru o jídle. Často byla anxiózní, ale myšlenky na sebevraždu nešlo. Její osobnost byla výrazně nezralá, s minimální spoluprací. S dívkou v době hospitalizace probíhala intenzivní behaviorální psychoterapie, s rodiči psychoterapeutické rozhovory zaměřené na zvládnutí jídelního režimu a chování u dívky. Postupně se upravovala spolupráce, zlepšil se somatický stav. Dívka docházela na ergoterapii, rehabilitační cvičení páteře. Pro dívku byl zhotoven nový hrudní korzet. Během 4 měsíčního pobytu na I. dětské klinice se postupně hmotnost u dívky navýšila o 13 kg, a to ze 22,7 kg na 35,6 kg.

Dívka byla dále 1 rok sledována v naší psychologické a gastroenterologické ambulanci. Pokračovala kombinovaná imunosupresní léčba Crohnovy choroby, též pedopsychiatrická péče. Byla dále medikována Zyprexou.

Ve škole opakovala 8. tř. ZŠ ze zdravotních důvodů. Byla posléze přijata na jednoduchý 2-letý učební obor „Praktická škola“. Hmotnost při kontrolním setkání v květnu 2004 byla 39,8 kg a koncem prázdnin již přesáhla hranici 40 kg. Dívka se dobře začlenila mezi vrstevníky. Rodiče neuváděli doma problémy se stravováním.

Z gastroenterologického hlediska bylo základní onemocnění stabilizované po celou dobu sledování. Při posledním kontrolním vyšetření v květnu r. 2005 byla hmotnost dívky 39,2 kg, výška 149cm, BMI 17.7, začala již menstruovat.

Změny somatického vývoje od narození, v období nemoci a dalšího ambulantního sledování shrnuje tabulka č. 1.

■ K poruchám příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy lze zařadit mezi tzv. civilizaci choroby, jejichž prevalence i v České republice neustále stoupá. V 70.-80. letech minulého století se praktičtí lékaři i pediatri s tímto onemocněním setkávali méně, v současné době je výskyt této poruchy mnohem vyšší. Uvádí se výskyt 10 dívek a žen na 100 000 obyvatel i když v poslední době bude pravděpodobně mnohem vyšší, zejména mezi 14.-18. rokem. Máme však ve



Obr. č. 3 - Fotografie dívky po léčbě v domácím prostředí

se objeví sekundární pohlavní znaky, např. růst prsů. Dívka dochází k názoru, že je silná a začne omezovat příjem stravy. V některých případech může být spouštěčem nevhodný výrok členů rodiny - „začínáš mít pěkný zadeček, nejez tolik, budeš jako naše babička“ nebo hodnocení spolužáků, týkající se jejího vzhledu. Jindy se může podílet na problematice neurované rodinné prostředí - rozvod rodičů, úmrtí blízkého člena v rodině.

Dívky jí méně, omezují sladká jídla, masa, smažená jídla, někdy i příjem tekutin. Občas hovoří o přechodu na vegetariánskou stravu. Dvě dívky u nás sledované jsou dokonce veganky. Většina dívek se denně zabývá excesivním cvičením v délce 1 hodiny i více. Někdy je redukce hmotnosti tak významná, že dívky přicházejí k hospitalizaci výrazně kachektické. Jsou většinou zvýšeně dráždivé, ztrácí zájem o své koníčky, ale školní výkon bývá převážně velmi dobrý. Dívky často sdělují, že pokud by navýšily hmotnost, váha se nezmění, ale bude pokračovat až do významné obezity „a budu jako sud“. Přitom se velmi rády zabývají jídlem, vaří pro ostatní členy rodiny, shromažďují recepty, znají kalorické hodnoty téměř všech pokrmů. Pociťují chuť k jídlu a hladu se postupně téměř vytráčí (2, 3).

V rodině většinou dochází v rámci malého příjmu potravy nebo odmítání jídla ke konfliktům s rodiči, kteří dívku do jídla nutí, vyčítají - „ty nás nemáš vůbec ráda, děláš nám všechno naschvál, všechno děláme jen pro tebe a ty se nám takto odvděčuješ“. Dívka posléze začne manipulovat s jídlem, které vyhazuje, schovává, krmí s ním domácí zvířata, a nebo po jídlu, které musí sníst, jde vzápětí zvracet. Takto se vztahy v rodině ještě zhoršují. Dostávají se somatické příznaky, které si rodiče uvědomují až většinou v pokročilém stadiu. Jsou to především amenorhea, vypadávání vlasů, suchá pokožka, někdy lomivost nehtů. Dívky si často stěžují na bolesti břicha, zácpu (6, 7, 8).

Literatura u autorů



Diagnostická kritéria mentální anorexie dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)

PhDr. Marie Nesrstová

Pediatrická klinika, FN Motol, Praha

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou hmotností (ať byla již snížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo). Body mass index (BMI) činí 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nespĺňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

2. Snížení hmotnosti si pacient způsobuje sám. Vyhýbá se jídlům, „po kterých se tloustne“ a mívá jeden nebo několik z následujících prostředků projevů: vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, užívá laxativa s provokací opakovaných defekací, užívá diuretika, anorektika.

3. Je přítomna specifická psychopatologie, přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, jako vtíravá, ovládavá myšlenka. Pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.

4. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-pituitární gonádovou osu, která se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.

5. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je většinou opožděna.

Pro stanovení diagnózy mentální anorexie by měla být zastoupena všechna popsána kritéria. Pokud chybí jeden nebo více projevů, ale jinak je klinický obraz téměř typický, hovoříme o atypické mentální anorexii (14).

■ Netypické jídelní poruchy lze rozdělit do několika skupin:

1. Jde o subklinické příznaky poruchy příjmu potravy. Tato oblast je široká. Dívky vykazují problémy v některých nebo ve všech diagnostických kritériích, avšak intenzita příznaků není tak velká. Jedná se o skupinu dívek s hraničním BMI, častým zabýváním se jídlem a strachem z tloušťky. Tyto dívky praktikují nejrozumnější dietní opatření. Nedochází však u nich ke vzniku kachexie. Mnoho dívek se subklinickými příznaky nacházíme mezi modelkami, baletkami, gymnastkami. Lze sem také zařadit příznivkyňe „moderních a zdravých trendů výživy“, např. vegetariánství a makrobiotiky.

Krch a Drábková (9, 10) sledovali soubor pubescentních dívek, kdy u 7,4 % zjistili narušené postoje k jídlu a k svému tělu.

2. Další skupinu poruch příjmu potravy tvoří pacienti, u kterých jsou zesíleny jinak doprovodné psychopatologické syndromy, jako je depresivní syndrom a obsedantně kompulsivní syndrom. Většina autorů konstatuje že depresivní projevy jsou sekundární a z velké části jsou vázány na stav hladovění (1, 5).

3. Třetí skupinu tvoří pacienti, kteří nespĺňují diagnostická kritéria, avšak v jednom nebo několika kritériích jejich obtiže dosahují klinické hloubky. Nejčastěji sledáváme pokles hmotnosti, mnohdy až do kachexie.

4. Čtvrtou skupinu tvoří pacienti, u kterých hubnutí nasedne na somatické onemocnění, spojené

běžně s nechutenstvím a určitým úbytkem hmotnosti. Hubnutí však pokračuje i po odeznění nemoci a plynule přechází do obrazu atypické mentální anorexie. Pacienti popírají svůj aktivní podíl na snížení hmotnosti. Strach z tloušťky má ale charakter až dysmorfofobického bludu. Pravděpodobně se jedná o nevědomé mechanismy vzniku obtiží, kdy si skutečné přání hubnout nemusí uvědomovat.

5. Diagnosticky nejobtížnější je porucha příjmu potravy v podobě atypické mentální anorexie, která se vyskytuje jako komorbidita se somatickým onemocněním, především v oblasti gastrointestinálního traktu (GIT), tak jak tomu bylo u naší pacientky. Bývá to nejčastěji somatické onemocnění, na které je diferenciatně diagnosticky pomýšleno v první řadě. U naší pacientky problém s příjmem stravy byl již od útlého dětství. Somatický stav se však poslední dva roky před hospitalizací zhoršoval, kdy se pomýšlelo i na onemocnění CNS. Z rozsáhlého vyšetřovacího programu byla posléze stanovena diagnóza Crohnovy nemoci a dalším podrobným vyšetřením i diagnóza atypické mentální anorexie.

■ Terapeutická opatření

Léčba atypických forem poruch příjmu potravy nebývá jednoduchá a odvíjí se již od stanovení správné diagnózy. Léčba musí zahrnovat jak faktory biologické, tak psychologické. Při hospitalizaci je nutné zhodnotit u dívky stav hydratace a výživy. Při závažných metabolických změnách je nutné přistoupit k infuzní terapii, jako to bylo u naší pacientky.

tab. č. 1

Zhodnocení klinických stavů sdružených s obezitou					
Věk	Hmotnost (kg)	Výška (cm)	BMI Index , SD, percentil	Hmotnost k výšce SD, percentil	Výška k výšce SD, percentil
1 rok	8,2	70	16,7, -0,2, 40	0, 50	-1,5 , 6
3 roky	11	88	14,2, -1,1, 14	-1,3, 9	-2,1 , 2
5 let	15	100	15, -0,2, 40	-0,3, 35	-2,1, 2
7 let	18,5	113	14,5, -0,6, 25	-0,5, 30	-1,9, 3
11 let	22	130	13,0, -1,7, 5	-1,6, 5	-2,3, < 1
13 let	29	140	14,8, -1,5, 7	-0,9, 11	-2,8, < 1
14,6 let *	22,7	143	11,0, -3,6, < 1	..., < 1	-3,6, < 1
15 let a 10 měsíců**	39,8	146	18,4, -0,9, 17	-0,6, 30	-3,29, < 1
16 let a 10 měsíců***	39,2	149	17,7, -1,13, 9	-1,1, 13	-2,8, < 1

Poznámky : * v tuto dobu byla pacientka hospitalizována a dále sledována
 ** v průběhu ambulantního sledování
 *** výsledky posledního ambulantního vyšetření

Vysvětlivky : BMI = (hmotnost (kg) / výška (cm) 2), SD = směrodatná odchylka, hmotnost k výšce = poměr aktuální hmotnosti k aktuální výšce pacientky, výška k výšce = poměr aktuální výšky pacientky k výšce referenčního souboru pro daný věk a pohlaví)

Po normalizaci somatického stavu se provádí realimentace, která musí být pozvolná a opatrná. Strava má být lehce stravitelná, v menších dávkách a častěji. Postupně se celková dávka zvyšuje během 1-2 týdnů na doporučené množství kcal. Umožňujeme dívce mírnou fyzickou aktivitu, bez které by nedošlo k obnově svalové hmoty, ale k ukládání tuku. Jídlo se podává 6 x denně, je bohaté na bílkoviny a ve zvýšené míře vitamíny. Postup je u každé dívky individuální, závisí na spolupráci pacientky. Pokud nespolupracuje, je nezbytné přistoupit k výživě sondou.

Přístup k pacientům by měl být komplexní, má zahrnovat stránku psycho-terapeutickou a dle závažnosti stavu i psychofarmakologickou (4, 11, 15).

■ Shrnutí

U naší pacientky se jednalo o atypickou formu mentální anorexie v kombinaci se závažným chronickým onemocněním zažívacího traktu. V popředí jejich obtíží představovalo toto postižení určitě tu nejvýznamnější roli. Po důsledném psychologickém vyšetření jsme stav uzavřeli také jako poruchu příjmu potravy nesouvisející jenom s Crohnovou nemocí. Komorbidita tohoto druhu patří mezi ty nejdůležitější z hlediska zvládnutí celkové léčby pacienta a vyžaduje dlouhodobé psychologické sledování a celoživotní léčbu základního onemocnění. V současné době je pacientka i nadále v péči dětského gastroenterologa a také psychologa.

Poruchy příjmu potravy představují závažné onemocnění, které zejména v dospívání zasahuje do vývojových procesů. Terapie musí být komplexní a zahrnovat jak přístupy biologické, psychologické, tak i sociální faktory terapeutické intervence. Nejčastěji používanými metodami jsou psychoterapie, farmakoterapie, režimová léčba, nutriční poradenství, rodinná terapie.

Základní psychotherapeutickou metodou je kognitivní behaviorální terapie, rodinná terapie (rodičovské poradenství). Cílem kognitivně behaviorální terapie je snaha změnit patologické vzorce ve vztahu k jídelnímu chování, postoje pacientky k vlastnímu tělu, změnu způsobu myšlení, které souvisí s rozvojem a udržováním dané poruchy.

Při stanovení cílové hmotnosti je třeba u pacienta brát v úvahu biologickou zralost organismu.

Cesta k úzdavě je často dlouhá a náročná, ale může dívce do jejího života přinést nové možnosti a naučit ji jiným, neohrožujícím způsobem řešit své problémy.

Podpořeno VZ FNM MZO 000 64203

Literatura:

1. Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J.: *Psychosomatická medicína. Praha, Grada Avicenum, 1993*
2. Bergh, C., Eriksson, M., Lindberg, G., Sodersten, P.: *Selective reuptake inhibitors in anorexia. Lancet, 1996, 384, p. 1450 - 1460*
3. Faltus, F.: *Anorexia mentalis. Praha, Avicenum, 1979, p. 29*
4. Gaskill, J.A., Treat, T.A., McCabe, E.B., Marcus, M.D.: *Does olanzapine affect the rate of weight gain among inpatients with eating disorders? Eat Disord Rev 2001, 12, p.1 - 2*
5. Hansen, L.: *Olanzapin in the treatment of anorexia nervosa. Br.J.Psychiatry, 1999,175, p. 592*
6. Kocourková, J. et al.: *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha, Galen, 1997, p. 16 - 17*
7. Koutek, J.: *Poruchy příjmu potravy in : Dětská a adolescentní psychiatrie, Praha, Portál, 2000, p. 263 - 283*
8. Koutek, J., Zámečníková, R., Kocourková, J., Nestrsová, M.: *Některé charakteristiky pacientek s poruchou příjmu potravy s raným začátkem onemocnění. Čes.-slov.Pediat., 2004, roč. 59, č. 8, p. 410 - 414*
9. Krch, F.D.: *Poruchy příjmu potravy. Praha, Grada, 1999*
10. Krch, F.D.: *Mentální anorexie, Praha, Portál, 2002*
11. La Via, M.C., Gay, L., Kay, W.H. : *Casereport of olanzapin treatment in anorexia nervosa. In: J. Eat Disord, 2000, 54, p. 363 - 366*
12. Mehler, C., Wewetzer, C., Schultze, U., Warnke, A., Theisen, F., Dittman, R.W.: *Olanzapin in children and adolescents with chronic anorexia nervosa. A study of five cases. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2001, 10, p. 151 - 157*
13. Nestrsová, M., Kocourková, J.: *Mentální anorexie s raným začátkem onemocnění. Čes.-slov. Pediat., 2003, 58, No. 5, p. 310 - 312*
14. Papežová, H. : *Poruchy příjmu potravy. In: Hoschl C., Libiger J., Švestka J. : Psychiatrie, Praha, Tígrs, 2002, p. 599 - 605*
15. Woolston, J.L.: *Eating and Growth Disorders in Infants and Children. In: Lewis, M.: Child and Adolescent Psychiatry, Baltimore, Williams and Wilkins, 1996, p. 577 - 586*

Boiron, Oscillocoquinum



Lázeňská léčba dětí v Léčebně Dr. L. Filipa v Poděbradech

MUDr. Libuše Němcová

Léčebna Dr. L. Filipa, Poděbrady, vedoucí lékař

■ Historie

Léčebnu založil Doc. MUDr. Filip v roce 1933 původně pro dospělé pacienty. Od 50. let do roku 1991 sloužila dětem a byla součástí Státních lázní v Poděbradech. V té době bylo organizační součástí i samostatné oddělení o 46 lůžkách v Sadské.

Po restituci v roce 1991 přešla budova zpět do rukou potomků Filipů a jako Léčebna Dr. L. Filipa s.r.o. poskytuje toto soukromé zařízení dál komplexní lázeňskou léčbu pro děti ve věku od 3 do 18 let. Oddělení v Sadské bylo zrušeno.

Současná kapacita léčebny je 80 lůžek.

Personální zajištění - léčebnou péči zajišťují 3 lékaři, 14 sester v nepřetržitém provozu, 4 rehabilitační pracovníce, 1 nižší zdravotní pracovníce pro vodoléčbu, 1 dietní sestra, vrchní, staniční a příjmová sestra.

Součástí léčebny je speciální základní škola s 6 učiteli. Škola vyučuje všechny základní předměty včetně cizích jazyků. Mimoškolní čas v odpoledních hodinách pomáhají vyplňovat 2 vychovatelky.

Provoz léčebny je celoroční, pouze s 3 týdenní provozní přestávkou v zimě.

Příjem pacientů do léčebny se řídí Vyhláškou č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví seznam pro lázeňskou péči o děti a dorost. Podle tohoto seznamu jsou do naší léčebny přijímáni pacienti:

- s onemocněním kardiovaskulárního aparátu
- obezitou a poruchou lipidového metabolismu
- onemocněním pohybového aparátu, a to juvenilní chronické artritidy, stavy po úrazech a ortopedických operacích.

Návrh na lázeňskou léčbu vystavuje odborný pediatr nebo dětské oddělení nemocnice, potvrzuje ho revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny. Lázeňská léčba dětí a dorostu je komplexní, tj. plně hrazena zdravotní pojišťovnou.



votní pojišťovnou.

Pro děti ve věku od 3 do 6 let je možný pobyt s doprovodem

Délka pobytu je 4-6 týdnů, rozhoduje o ní vedoucí lékař léčebny. V případě pobytu dítěte s doprovodem jsou to 4 týdny.

Každá indikační skupina má vypracovaný svůj specifický léčebný program.

■ Onemocnění kardiovaskulární

Patří sem vrozené a získané srdeční vady, stavy po operacích, zánětlivá onemocnění srdce, nemoci periferních cév, juvenilní hypertenze, neurocirkulační astenie závažné symptomatologie.

Tradice léčení kardiovaskulárních onemocnění v Poděbradech spočívá v léčivém účinku minerální uhličitě vody na krevní oběh, tato je podávána ve formě vanových koupelí.

Program dětí s tímto onemocněním tvoří balneoterapie - uhličitě vanové koupele, do-

plněné koupelemi perličkovými a vířivými, cvičení v bazénu, dále skupinová a individuální denní léčebná tělesná výchova, vycházky. Cvičení jsou zaměřena hlavně na zlepšení dechové kapacity, vadného držení těla. Používají se i facilitační metody ve formě míčkování.

■ Obezita a hyperlipoproteinemie

Základem léčby obezity je dietní režim, pohybová aktivita, balneoterapie a behaviorální intervence. Redukční dieta pro obezní děti má energetickou hodnotu 5 000 - 7 000 KJ dle věku se zachováním správného poměru jednotlivých živin (bíkovinky, tuky, sacharidy). Pohybová aktivita ve formě LTV, terénní chůze, plavání, míčových her, cvičení na rotopedu, fitnessu má rozsah 3-4 hodin denně. Snažíme se během pobytu, aby pohybové aktivity byly pestré a děti zaujaly, neměly by být pro ně nutným zlem, ale měly by si je i oblíbit. Velký význam má skupinová a individuální edukace za použití behaviorálních technik,



vypracovaných a používaných na základě spolupráce pracovníky STOB klubu Praha. Z balneoprocudur se podávají uhlíčitě koupele, perličkové a vířivé koupele.

K redukci hmotnosti dochází u všech dětí, a to v průměru o 10 % nástupové hmotnosti. U 50% obezných dětí nacházíme zvýšenou hladinu celkového cholesterolu. Po absolvování lázeňské léčby je tato normalisována u 98 % dětí.

Dobré výsledky lázeňské léčby vyžadují dobrou motivaci dítěte a spolupráci. Při odchodu z léčebny jsou děti se sebou spokojeny, vidí že jejich situace není bezvýchodná. Jsou ochotny pokračovat v navozeném režimu, ale je nutná další spolupráce rodičů a důslednost.

Pacienti s geneticky podmíněnou familiární hyperlipoproteinémií přicházejí do léčebny většinou na doporučení lékaře odborné ambulance, kde jsou již podchyceny. Tyto děti mají obvykle přiměřenou hmotnost nebo bývají až asthenického typu. Léčba spočívá v dietě a pohybové aktivitě.

Nízkocholesterolová dieta byla vypracována v 80. letech v oddělení Sadská na popud a ve spolupráci s pracovníky preventivní kardiologie IKEM Praha. Jde o dietu, kde vhodným výběrem potravin nepřesahuje denní příjem cholesterolu 200-220mg. Na základě dobrých zkušeností s touto dietou, s možností současně zajistit pohybovou aktivitu a edu-

kaci během lázeňského pobytu, byla tato metabolická porucha zařazena do indikačního seznamu, neboť hyperlipoproteinémie je jedním z rizikových faktorů aterosklerózy, který lze dobře ovlivňovat již od dětství.

Po lázeňském pobytu dochází u 82% dětí ke zlepšení lipidového spektra.

■ Onemocnění pohybového aparátu

Do této skupiny, léčené v Poděbradech, patří především juvenilní idiopatická artritida, dále jiná chronická onemocnění kloubů a páteře, stavy po úrazech a ortopedických operacích při poruše motorických funkcí a osteoporóza.

Léčebna spolupracuje s dětskými revmatology i s rodiči dětí postižených JIA.

Sleduje aktivity rodičů, kteří jsou sdruženi buď v Kloubíku nebo ve skupině pro autoimunní onemocnění.

Léčebný režim u celé skupiny těchto onemocnění je založen především na cílené rehabilitaci. Léčebná tělesná výchova sestává ze skupinových a individuálních cvičení 3x denně. Jsou používány aktivní a pasivní formy cvičení, dále měkké techniky, mobilisace, ergoterapie, klasické masáže, cvičení na míčích, cvičení ve vodě, plavání. Z balneoterapie se aplikují koupele perličkové, vířivé, přísadové. V indikovaných případech se používá magnetoterapie, lokální aplikace tepla, kryoterapie, biolampa.

Každý pacient je při nástupu i odchodu kromě celkového vyšetření změřen goniometry pro objektivizaci výsledku léčby. Během pobytu si děti osvojí cvičební jednotku, takže mohou dále cvičit i doma.

Lázeňská léčba má v ČR mnohaletou tradici. Správně indikovaná léčba by měla být součástí dlouhodobého léčebně-preventivního plánu dítěte. Její dobré výsledky jsou prokazatelné.

Aby však měla léčba skutečně dlouhodobý příznivý efekt, je nutná spolupráce rodičů, praktických i odborných lékařů s příslušnou lázeňskou léčebnou.

Léčebný pobyt v lázních nevyřeší zcela zdravotní problémy dítěte,lepší však vnímání svých potíží, naučí děti pracovat na sobě, být samostatnější. Pohyb, dietní režim, edukace přispívají k navození zdravějšího životního stylu u dětí s poruchou metabolismu. Cílená LTV a balneoprocudury u dětí



s pohybovými potížemi pak přispívají ke zlepšení pohybových funkcí a snížení invalidity. U dětí s kardiálním onemocněním lázeňská léčba přispívá ke zlepšení celkového zdravotního stavu a tělesné kondice.

■ Chřipku ovlivní konzumace tuků

Lidé by měl nahradit jídla z fastfoodů ořechy či vajčičky na hniličku.

Proti chřipce posílí lidský organismus nejen otužování a dostatek pohybu na čerstvém vzduchu, ale také vhodná strava, která není zatížena „špatnými“ tuky.

Psycholožka Marcela Slavičková z Ústřední vojenské nemocnice v Praze, která se zabývá léčením stravou, tvrdí, že riziko pro lidské zdraví představují především tučná, smažená a fritovaná jídla.

Tuky jsou ve stravě nezbytně důležité, je však třeba si umět vybrat, uvedla Slavičková. V zimě či ve stresu člověk instinktivně cítí, že tuk ve stravě potřebuje. Tuky by však měly tvořit nanejvýš třetinu celkové denní dávky potravin. Těch „zdravých“ by mělo být nejméně 85 procent, „špatných“ do 15 procent, upřesnila psycholožka.

Ryby místo hamburgerů

Chce-li tuto stravovací zásadu člověk dodržet, měl by se podle Marcely Slavičkové rozhodně vyhnout například rychlým občerstvením ve stáncích, fastfoodech, jídelnách a restauracích, kde si nemůže předem zkontrolovat, jaké tuky byly na přípravu konzumovaného pokrmu použity.

Zdravé tuky obsahují hlavně lidskému tělu prospěšné nenasycené mastné kyseliny a jsou například v kvalitním panenském olivovém nebo řepkovém oleji, vlašských ořechů a mandlích, lněném semínku, tučných rybách a rybím oleji a také ve žloutku vejce vařeného na hniličku.

Nezdravé tuky obsahují nasycené mastné kyseliny a jsou v másle, sádle, ztužených tucích a levných stolních olejích.

Podle Slavičkové by to lidé neměli přehánět ani s tučnými mléčnými výrobky a měli by počítat se skrytým tukem v uzeninách a pečivu. Podle zásad čínské medicíny, jimiž se psycholožka řídí, posiluje obranyschopnost i to, že se člověk vyhne řepnému cukru, který dodává tělu prázdné kalorie a vyplavuje minerály z těla.

Slavičková varovala i před velkou konzumací pšeničné mouky, která „zalepuje“ střeva a činí ho neodolným proti virům.



Sociálně právní poradna pro PLDD - 2. část

MUDr. Pavel Biskup

konzultant oddělení péče o dítě a ženu, MZ ČR

Od praktického lékaře pro děti a dorost se očekává v mnoha případech též sociálně právní rozvažování a citění. Tyto případy, které praktickému lékaři přináší každodenní komunikace s rodiči dítěte, pedagogy, psychology či sociálními pracovníky, velice úzce souvisí s tzv. sociálně právní ochranou dítěte. Proto záleží na jeho profesionálně citlivém vnímání okolí dítěte, aby včas rozeznal prostředí, ve kterém dítě nebo adolescent žije a eventuálně včas vytušil sociální patologii s přímým vlivem na rozvoj konkrétních psychosomatických obtíží (bolesti břicha, zvracení, zácpa, pocity dušnosti, hubnutí nebo naopak obezita, atd.). Záleží jen na věku dítěte.

Rozvoj psychosomatických potíží je plíživý. Pokud dítě nenalézá ve své rodině toho, komu může svěřit svůj problém, který navíc neumí často pojmenovat, uzavírá se do sebe. Určitě se nebude hned svěřovat jinému dospělému nebo vrstevníkovi. Navíc se stydí i za to, co se v jeho rodině děje a intuitivně se bojí posměchu svých vrstevníků nebo zraňujících dotazů cizích dospělých. Dítě se tak dostává do bludného kruhu své úzkosti, špatného tušení a stresu z dysfunkčního či afunkčního rodinného prostředí. Tato chronická psychotraumatizace, s vlivem nepodnětného rodinného prostředí, vyprovokuje po určité době zcela určitě v životě dítěte či adolescenta poruchy chování a zvraty v jeho dosud přirozených mezilidských vztazích (ztráta kamarádů, osamocení). Tyto nápadnosti v jeho chování dříve nebo později upoutají pozornost prarodičů, spolužáků, pedagogů či sousedů v bydlišti rodiny. Pokud není včas rozpoznán a řešen pravý zdroj změn chování a projevů dítěte, dochází často k šikanování takového dítěte nebo naopak k rozvoji trestné činnosti (záškoláctví, drogy, násilí, atd.).

Z hlediska léčebně-preventivní činnosti praktického lékaře pro děti a dorost je proto důležité sledovat všechny změny v chování dítěte a respektovat informace, do určité doby bezproblémového, dítěte či mladistvého, které slyšíme z jeho okolí. Ve spolupráci s PhDr. Lenkou Průšovou, vedoucí oddělení sociálně právní ochrany dětí Ministerstva prá-

ce a sociálních věcí ČR, pokračujeme v odpovídání na dotazy praktických lékařů pro děti a dorost, které se týkají sociálně právní ochrany dítěte:

Mám právo jako ošetřující lékař se dozvědět podrobnosti rozvodu rodičů?

Tyto informace může sdělit jen rodič dítěte, pokud to uzná za vhodné. Běžně lékař tyto informace neobdrží, neboť pracovník sociálně-právní ochrany dětí (sociální pracovník) je vázán mlčenlivostí přímo vycházející ze zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí.

Existuje oznamovací povinnost sociální pracovníce nebo soudu ošetřujícímu lékaři dítěte o tom, že žije v prostředí, kde se rodiče rozvádí?

Neexistuje, závisí to na okolnostech. Většinou se tyto informace lékař dozví od samotných rodičů, ale může však být vyzván příslušným pracovištěm sociálně-právní ochrany dětí k podání některých informací o dítěti, které se bezprostředně mohou dotýkat řízení o úpravě poměrů ať již před rozvodem nebo po rozvodu.

Může mne obecní úřad požádat, abych sdělil úroveň spolupráce s rodiči v péči o dítě které mám registrováno?

Obecní úřad obce s rozšířenou působností je orgánem sociálně-právní ochrany dětí dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. a je povinností lékaře zprávu tomuto orgánu sdělit.

Může mne starosta obce požádat o informace, která se týká péče o dítě rodiči?

Starosta obce není orgánem sociálně-právní ochrany dětí, a tudíž jemu lékař informace týkající se dítěte nesděljuje.

Může sociální pracovníce požádat o výpis ze zdravotní dokumentace? V jakých případech?

Orgán sociálně-právní ochrany může požádat lékaře o zprávu o zdravotním stavu dítěte v souvislosti s výkonem povinností orgánu sociálně-právní ochrany dětí. V praxi to může

být v případech, kdy je prošetřováno podezření na týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte. V ostatních případech, kdy se jedná změnu výchovy dítěte či náhradní rodinnou péči, žádá orgán sociálně-právní ochrany dětí pouze souhrnnou zprávu, která je specifická. Např. pro potřeby náhradní rodinné péče je přesně stanoven rozsah vyšetření, kterým je dítě podrobeno.

Lékař je povinen tuto zprávu orgánu sociálně-právní ochrany dětí poskytnout. Pokud tak neučiní vystavuje se nebezpečí možného postihu.

Jak mám postupovat, když mne sociální pracovníce telefonicky vyzve, abych navštívila rodinu s dětmi, kteří bydlí v blízkosti ordinace? Rodiče neznám a děti nemám registrovány ve své zdravotní péči. Orgán sociálně právní ochrany má nahlášen od sousedů častý křik dospělých a pláč dětí až do nočních hodin.

Takový případ je velmi ojedinělý, neboť orgán sociálně-právní ochrany dětí vždy vyhledává lékaře, který má konkrétní děti ve své péči. Z pohledu zákona o sociálně-právní ochrany dětí lze jen doporučit některá řešení, která by byla vhodná především s ohledem na zájem a blaho dětí v konkrétní rodině, neboť zákon o sociálně-právní ochraně dětí neukládá žádné povinnosti lékařům navštěvovat děti a provádět přímo šetření v rodině. Pokud se jedná o děti, které jsou ohrožené na životě, není důvod aby tuto rodinu lékař ne navštívil. V případě, že nehrozí nebezpečí z prodlení bylo by jistě **vhodnější doporučit sociální pracovníci** provést takové šetření, které by vedlo k identifikaci lékaře, který má děti registrované ve své péči, případně se zúčastnit společné návštěvy se sociální pracovníci v rodině. Takové situace jsou obvyklé v případech starších dětí, které se ocitly v mezní životní situaci, či je zde určitá obava z možného pokusu dítěte o sebevraždu. Sociální pracovníce v těchto případech žádají o společné sociální šetření lékaře, který je dítěti nejbližší, neboť by skutečně mohlo dojít ohrožení zdraví či života dítěte.

Přednosti použití přípravku Sunar Alidiar v některých dietních režimech

Doc. MUDr. Lubomír Kužela, DrSc.

3. lékařská fakulta UK, Praha

Výrobek SUNAR ALIDIAR je přípravkem pro speciální lékařské účely a je určen jako zdroj výživy pro použití na přechodnou dobu u kojenců od ukončení 3. měsíce, kteří nejsou kojeni. Je velmi vhodným dietetikem při průjemových onemocněních a následné realimentaci při těchto stavech.

Od mléka standardního složení se liší v několika směrech. Jednak téměř neobsahuje laktózu, sacharidy jsou tvořeny maltodextrinem (99% celkových sacharidů). To zajišťuje při akutních průjemových onemocněních a při následných stavech podstatně lepší toleranci a současně zajištění tolik potřebné energie.

Dalším důležitým znakem je přítomnost MCT tuků, které tvoří 10% celkového množství lipidů. Při poruchách vstřebávání v období odeznívajícího zánětlivého postižení střeva tato složka zajistí rychlejší přísun energie z lipidů.

Důležitou součástí je také dostatek všech vitamínů a minerálů, takže u stavů s potřebnou rychlou rehydratací jsou v tomto nápoji přítomné

všechny potřebné živiny.

Významnou složkou je přítomnost tzv. dietní vlákniny z banánů a jablek. Podle nových poznatků o výživě při zánětlivých střevních onemocněních je tato rozpustná vláknina střevními bakteriemi fermentována na mastné kyseliny s krátkým řetězcem, které napomáhají růstu fyziologické střevní mikroflóry a některé z nich, zejména kyselina mléčná, zvyšují prokrvení střeva. Tím se následně urychlují reparační pochody ve střevě v období rekonvalescence, tj. při rekolonizaci fyziologické střevní mikroflóry.

Souhrnně je možno konstatovat, že přípravek Sunar Alidiar odpovídá moderním poznatkům o dietoterapii, akutních a subakutních střevních zánětlivých onemocněních. Je indikován pro děti, ale vzhledem k jeho nutričním vlastnostem je možno jej aplikovat i u starších jedinců bez horní věkové hranice, a to v případě akutního či subakutního stavu s průjemovými potížemi.

Jak v pediatrii, tak i u starších jedinců v sou-

časné době převažuje přiměřená dietoterapie před dřívějším téměř automatickým podáváním antibiotik či chemoterapeutik. Sunar Alidiar je možno přirovnat k vhodné enterální výživě podávané nikoli sondou, ale formou tzv. „sipping“, tj. opakovaného popíjení menších dávek vhodného nutričního přípravku.

Sunar Alidiar je možno zařadit mezi nové nutriční výrobky, u nichž je přihlíženo ke specifickým potřebám choroby, nikoli jen jako na standardní, třeba i vysoce kvalitní přípravek. Patří již do oblasti, kde je možno mluvit o speciálních dietetických výrobcích, které v řadě případů mohou úspěšně nahradit či velmi vhodně doplnit klasické léčebné postupy s použitím medikamentózní terapie.

Považuji proto za vhodné, aby se na tento výrobek nepohlíželo jako na „klasickou výživu“, ale jako na moderní dietetický či dietetickoterapeutický přípravek, který si zaslouží správné ohodnocení i v tomto směru. ■

Hero, Sunar Alidiar



Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
a SPLDD ČR REGION PRAHA A STŘEDOČESKÝ
pořádá
ODBORNÉ SEMINÁŘE V ROCE 2006

každý 1. čtvrtek v měsíci od 16.30 do 18.00 hodin, profesní problematika od 18.00 do 19.00 hodin,
Lékařský dům, Praha 2, Sokolská 31 stanice metra „C“ I. P. Pavlova

5.1.2006	Novinky v genetice	Prof. MUDr. Milan Macek, DrSc., FN Motol
2.2.2006	Korekce dětských orthopedických vad	Doc. MUDr. Petr Korbelář, FN Motol
2.3.2006	Kapitoly z dětské nefrologie	MUDr. Jan Langer, Klinika dět. a dorost. lékařství VFN Praha
6.4.2006	Konference SPLDD Praha Středočeský kraj	
4.5.2006	Lymfská boreliosa	MUDr. Jiří Hančil, Nemocnice na Bulovce
1.6.2006	Infekční hepatitidy (opatření před výjezdem do zahraničí)	Doc. MUDr. Jiří Vaništa, CSc.
7.9.2006	Coeliakie /novinky v potravinových alergiích)	Doc. MUDr. Jaroslav Utěšený, II. DK Brno
5.10.2006	Revmatologická problematika dětského věku	MUDr. Kateřina Jarošová, Revmatologický ústav Praha
2.11.2006	Náhlé stavy v dospělém věku	MUDr. Bohumil Seifert, Ústav všeob. lékařství 1. LF UK Praha
7.12.2006	Základy kardiologie pro PLDD	MUDr. Bohumil Procházka, PLLD Kutná Hora

AAM Agentura, P.R. článek

AAM Agenura, A4 inzerce

Rozšířená verze hygienické hypotézy

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

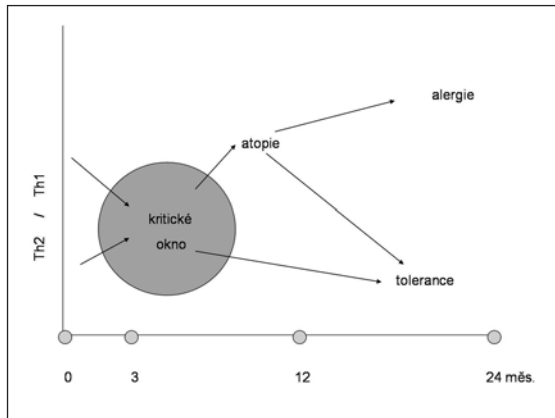
Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a Ústav sociální medicíny a veřejného zdravotnictví 1. LF UK, Praha

Narůstající výskyt alergických onemocnění se pokusil vysvětlit Starchan tzv. hygienickou hypotézou (1). Tato teorie se opírá o epidemiologická pozorování, spočívající v inverzní korelaci mezi velikostí rodiny a prevalencí alergické rýmy. Tyto výsledky vedly ke

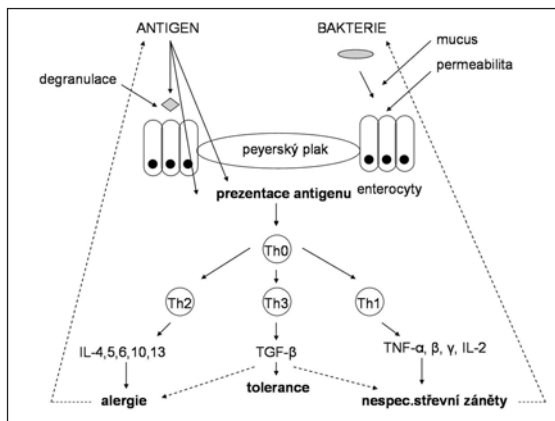
kým onemocnění, podávání antibiotik v graviditě vedlo k většímu výskytu astmatu u porozených dětí, děti žijící v podmínkách farmy mají nižší riziko rozvoje alergie, podávání probiotik vede k nižšímu výskytu atopické dermatitidy a dalších alergií (2).

Orální tolerance může být indukována inaktivními antigeny ale také peptidy a enzymatickými hydrolyzáty, které mají výhodu v redukované alergicitě, při zachování tolerance indukujících vlastností (12).

Rozšířená hygienická hypotéza zdůrazňuje, že epidemie atopických a autoimunitních onemocnění je výsledkem změn životních podmínek a zlepšení hygieny. Tyto změny mají za důsledek i změny v intestinální mikrobiotě. Současní kojenci mají kritický nedostatek bakteriálních kmenů, které podporují rozvoj antiinflamatorních tolerogenních mediátorů jako TGF- β a IL-10 (obr. č.2). Proto kromě péče o optimální složení bakteriální flóry, především u uměle živěných kojenců, je důležitá i dostatečná stimulace antigeny podněty při výživě kojenců, kteří jsou indikováni k výživě hypoantigenními preparáty z důvodu alergické zátěže v rodinné anamnéze (13).



Obr. č.1: Rozvoj imunitní odpovědi u zdravého a atopického kojence



Obr. č. 2: Imunomodulační potenciál střevní flóry a regulační pochody ve sliznici

zobecnění, že infekce v časném dětství, získané od starších sourozenců, mohou poskytovat ochranu před rozvojem atopických onemocnění jako je ekzém, alergická rhinokonjunktivitida a astma. Vlastní mechanismus byl vysvětlován tím, že v důsledku nedostatečné zevní stimulace infekty nedochází ke změně intrauterinní predominance Th 2 lymfocytů na Th1 a v důsledku toho se otevírá pole pro alergické reagování, což brání navození tolerance (obr. č.1).

Na podporu hygienické teorie jsou uváděny studie zabývající se vlivem velikosti rodiny na výskyt alergie - větší počet sourozenců, menší výskyt alergií, BCG vakcinace v Guinea-Bissau vedla k nižšímu výskytu atopických

Byly shromážděny rovněž argumenty proti hygienické teorii. Některé studie nepotvrzovaly vztah mezi velikostí rodiny a výskytem alergií, studie ve Švédsku nepotvrzovala vztah mezi BCG vakcinací a výskytem alergií, byl zpochybňován efekt probiotik na IgE mediované alergie, nebyl potvrzován příznivý efekt expozici endotoxinům ani příznivý efekt kontaktu se zvířaty (pobyt na farmě) (3).

Základem rozšířené hygienické hypotézy je téze, že v rozvinuté společnosti s vynikajícími hygienickými podmínkami nedochází v organizmu k imunitním a antiinflamatorním odpovědím na antigeny a alergeny a výsledkem je „líný imunitní systém“ (4). Zdá se, že konstantní stimulace intestinálního imunitního systému intestinální mikrobiotou je podstatnějším vlivem vedoucím k toleranci než příležitostné interkurentní infekty (5). Antiinflamatorní a tolerogenní odpověď je mediována a koordinována vztahem mezi vnitřním a adaptivním imunitním systémem. Je zdůrazňována role a důležitost regulačních T lymfocytů, které bývají označovány jako Th3 (6). TGF- β a IL-10 jsou nejdůležitější cytokiny ovlivňující regulační efekt (7). TGF- β má supresivní efekt na Th1 i Th2 lymfocyty a tím

ochraňuje před rozvojem Th1 (autoimunitních) i Th2 (atopických) onemocnění (8). Počet buněk produkujících TGF- β je snížen u dětí s potravinovou alergií, která je prvním projevem selhání orální tolerance (9).

Stávající hypotéza je tedy postavena na zvládnutí kontaktu s antigeny a bakteriemi mikrobioty bez zánětlivých reakcí (obr.č.2).

Orální tolerance

Je součástí normální fyziologické odpovědi (10). Orální tolerance má v organizmu navodit snášenlivost vůči antigenům, kterým je jedinec chronicky exponován, zejména potravním antigenům. Pro navození orální tolerance je důležitá i přítomnost fyziologické střevní flóry (11).

Literatura:

1. Starchan DP. Hay fever, hygiene and Household size. *BMJ* 1989, 299:1259-60.
2. Warner J. Hygiene Hypothesis - For. In: *Focus on Food Allergy in Childhood, 4th SHS Food Allergy Study Day, September 2003, London. Sborník sdělení, s.21-22.*
3. Custovic A. Hygiene Hypothesis - Against. In: *Focus on Food Allergy in Childhood, 4th SHS Food Allergy Study Day, September 2003, London. Sborník sdělení, s.23-25.*
4. McLachlan SM. Graves' disease: The Th1/Th2 paradigm versus the „hygiene“ hypothesis nad defective immune regulation. *Thyroid* 2003, 13:127-8.
5. Rautava S, Ruuskanen O, Ouwehand A, Salminen S, Isolauri E. The Hygiene Hypothesis of Atopic Disease-An Extended Version. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004, 38:378-88.
6. Umetsu DT, Akbari O, Dekruyff RH. Regulatory T cells control the development of Allergic disease nad astma. *J Allergy Clin Immunol* 2003, 112:480-7.
7. Navleč-Anderson C. Tolerance and immunity in the intestinal immune systém. *Crit Rev Immunol* 2000, 20:103-20.
8. Kalionmäki M, Ouwehand A, Arvilommi H et al. Transforming growth factor-beta in Brest milk: a potential regulátor od atopic disease at an early age. *J Allergy Clin Immunol* 1999, 104:1251-72.
9. Pérez-Machado MA, Ashwood P, Thomson MA et al. Reduced transforming growth factor-beta-producing T cells in the dodenal mucosa of children with food allergy. *Eur J Immunol* 2003, 33:2307-15.
10. Husby S. Normal Immune Response to Ingested Foods. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2000, 30:Suppl.1:S13-19.
11. Fučíková T. Postavení střeva v imunitě, *Čas Lék čes.*, 2005, 144:614-616.
12. Fitché R. et al. Induction of systematic immunologic tolerance to β -lactoglobulin by oral administration of a whey protein hydrolysate. *J Allergy Clin Immunol.* 1997, 100:266-273.
13. Von Berg A, Koletzko S, Grubl et al. The effect of hydrolysed cow's mil formula for allergy prevention in the first zdar of life. *The German Infant Nutritional Intervention Study, a randomized double-blind trial. J Allergy Clin Immunol* 2003, 111:533-540.

Nestlé A4 inzerce



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Hemofilie A u praematurit

Incidence praematurity se v Německu pohybuje kolem 10% novorozenců. Nezralé děti s hemofilií A jsou navíc raritou. V práci je uváděn rozbor dvou nezralých dětí s porodní hmotností 1200 a 710 g, které se narodily ve 28. a 30. týdnu gestace. Podle doporučení Světové federace pro hemofilii je při podezření velmi nutně vyloučit komprese při vaginálním porodu (obě tyto děti se rodily per S. Caes.), včasné měření hladiny faktoru VIII a sono CNS provést ihned po porodu a i následně. Vyšší riziko intraventrikulární hemoragie je i u zralých novorozenců. Je všeobecná tendence velmi včasného podávání faktoru VIII.

U prvního pacienta hmotnosti 1200g 30.týden gestace byla hladina faktoru VIII krátce po porodu 0,03 IU/ml při nálezu I. stupně intraventrikulární hemoragie. Pacient byl substituován 1 hodinu po porodu 50 IU/kg plasmou mající faktor VIII koncentrát, pak každých 12 hodin po prvních 11 dní a pak 1x denně až do 5.týdne. Všechny náběry byly dělány vždy až po substituci. Z komplikací se při současném CPAP objevila transitorní haemoragická enterokolitis. Nepodařilo se po 35-ti dnech aplikace zjistit žádný inhibitor faktoru VIII a reexpozice faktoru VIII nebyla dále nutná.

U druhého dítěte porodní hmotnosti 710 g, narozeného sekci s prolongovaným krvácením po náběru, byla naměřena postpartální hladina faktoru VIII 0,01 IU/ml. Sono CNS bylo normální. Pacient vyžadoval intubaci a uzávěr Botalovy dučejky. Ani po indomethacinu se neobjevilo žádné krvácení, ale kardiologická situace se nezlepšila. Botalova dučejka byla uzavřena chirurgicky v druhém týdnu. Během operace dostalo dítě 80 IU/kg rekombinantního koncentrátu faktoru VIII každých 6-12 hodin, resultující ve stabilní hladinu VIII nad 1,0 IU/ml. Po 38 expozičních dnech se nenašel žádný inhibitor aktivity faktoru VIII. Po aplikaci f. VIII se neobjevily žádné alergické příznaky, teploty, infekce nebo tromboflebitis, žádná trombóza. Genetické pozadí hemofilie je v daných případech nejasné. U těchto nezralých dětí v současné době neexistují žádná doporučení, ale uvedený postup se ukázal jako velmi bezpečný.

Eur.J. Pediatr, 2005, 164, 70-72

Akutní apendicitida u předškoláků

Diagnosa akutní apendicitidy tvoří 2% dg. na akutních pediatrických odděleních. Zůstává stále diagnostickým problémem. Rozlišení mezi akutními pediatrickými potížemi a apendicitidou je velmi obtížné, často rezultuje v operaci, absces nebo

perforaci nebo pooperativní komplikace. Vylepšuje se v současné době přesnost pro sonografickou diagnosu akutní apendicitidy. Ruptura apendixu, která je velmi častá v předškolním věku, vede ale k vymizení sonografického nálezu a nahrazení peritoneální tekutinou se ztlustěním stěny útrobních orgánů.

V práci analyzovali zkušenosti s apendektomiemi u dětí pod 5 let věku, a to během 11-leté periody. V tomto období provedli u 122 dětí akutní apendektomie s preoperativní diagnosou akutní apendicitidy. Při operaci mělo 24% dětí akutní supurativní apendicitidu, 52% dětí perforující apendicitidu!!! a 21% dětí apendikální absces. Tři děti souboru měly nálezy akutní apendicitidy. Všechny apendixy byly vyšetřeny histologicky. Z tohoto souboru bylo 74 chlapců a 48 děvčat. Většina potíží se jevila v tomto pořadí:

- Difusní abdominální bolest - 94% pacientů
- Nausea a zvracení - 86%
- Anorexia - 40%
- Diarhea - 46%
- Teplota nad 37°C - 75%
- Dráždivost - 15%
- Kašel a bolesti v krku - 11%
- Dysurie - 15% !!!
- Únava a malátnost - 25%
- Narušení spánku - 52%

Střední trvání symptomů bylo 71 hodin. U dětí kolem 4 let potíže trvaly 55 hodin, u batolat 97 hodin. 66% dětí bylo před odesláním léčeno antibiotiky nebo antipyretiky. Pooperativní komplikace se objevily u 10-ti pacientů. Všichni pacienti s infekcí rány dostávaly lokální drenáž a antibiotika. Diagnosa jiná než apendicitida byla v tomto pořadí: infekce HCD, gastroenteritis a močová infekce, k tomu v 8 případech nespecifikované břišní bolesti. Lékaři se musejí včas také zaměřit na inaktivitu, letargie, pokles kapiilárního návratu a hypotermie u počínající peritonitidy. Tendencí je samozřejmě větší počet apendektomií bez perforace. Tato řecká práce prezentuje vyšší incidenci komplikovaných apendicitid u předškolních dětí, pravděpodobně pro tenkou stěnu apendixu.

Závěrem autoři ještě zdůrazňují léčbu perforovaných apendixů postoperačně ampicilinem, aminoglykosidy a metrodiazolem po 5 dní, u abscesu po 8 - 10 dní. Infekce rány se vyskytovala v 5%. Ve všech případech infekce rány v krátké době odezněla.

Eur.J. Pediatr. 2005, 164., 80-83.

Těžké hypoglykémie u dětí s diabetem typu 1

Hypoglykémie jsou častým limitujícím fakto-

rem k dosažení optimálních glykemických kontrol. Insulinová terapie, incidence hypoglykémie a glykemické kontroly byly vyšetřovány ve vzorku 6309 neselektovaných dětí s diabetem typu 1. Intenzivní terapie diabetu v dětském věku je na jedné straně velmi nutná pro prevenci a zamezení progresu mikrovaskulárních změn a komplikací. Zvyšuje však incidenci hypoglykémie. Studie ukazuje, že trvání prepubertálního diabetu je v relaci k mikrovaskulárním změnám. Incidence hypoglykémie v této studii byla 22,6/100 pacientů/rok, třetí stupeň hypoglykémie (koma a křeče), pak 4,1/100 pacientů / rok. V poslední době pak těžké hypoglykémie byly presentovány u 13,8% pacientů pro stupeň 2 a 3,5% pacientů pro stupeň 3. Děti mladší 5-ti let měly signifikantně vyšší incidenci hypoglykémie 31,2/100 ve srovnání se staršími dětmi 19,7/100. Další diference byla nalezena mezi dětmi dostávajícími inzulin více než 3x denně ve srovnání se staršími dětmi. Když byly děti klasifikovány podle trvání diabetu (méně či více 2 let), děti s delším trváním diabetu měly signifikantně těžší hypoglykémie. HbA1c byl signifikantně nižší u pacientů s kratším trváním diabetu, ale ne ve vztahu k věku. Diabetická centra, léčící méně než 50 pacientů za rok, mají vyšší incidenci hypoglykémie u dětí pod 5 let věku ve srovnání s většími centry. Ukazatelem pro možnost hypoglykemických stavů je mladší věk, delší trvání diabetu, vyšší dávka inzulinu na kg/den, injekční režim a zkušenosti centra.

Eur.J.Pediatr.2005, 164, 73-79

Zkreslení výsledků otoakustických emisí u termínových dětí po hypoxii

U 46 dětí narozených v termínu, které prodělaly hypoxickoischemickou příhodu, byly vyšetřeny otoakustické emise. 3.-5. den po porodu měly tyto zdravé děti hodnoty emisí mezi 1-10 kHz, nižší než u normálních zdravých dětí. 80 pacientů s typem A tympanogramu bylo retestováno za měsíc. Výsledkem byly hodnoty mezi 1-2 kHz, dále poklesly. Tyto výsledky potvrzují, že neonatální cochlea, většinou ve frekvencích 1-5 kHz, je narušena po perinatální hypoxii a ještě v měsíci zůstává tato porucha beze změny. Toto je důležitý údaj pro včasnou intervenci. Pro vysvětlení otoakustické emise jsou založeny na tom, že reprezentují zvuky vysílané cochleou v odpovědi na pár simultánně prezentovaných čistých tónových stimulů.

Eur.J.Pediatr. 2005, 164.,84-87

Ve spolupráci s firmou MUCOS zpracoval MUDr. J. Liška, CSc.



Aktuality

VZP už platí lékařům rychleji

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) už platí lékařům mnohem rychleji než dřív. Řekla to novinářům v pondělí Jiřina Musílková, ředitelka uvedené pojišťovny.

„V lednu jsme platili zhruba 45 dní po lhůtě splatnosti, pak 38 a nyní je to 29 dní. A do konce roku to může být ještě lepší,“ řekla Musílková. Nechtěla říci konkrétní číslo, ale pak přiznala, že ke konci roku by pojišťovna mohla platit lékařům už jen 20 dní po lhůtě. Pomohla k tomu i injekce ze strany státu, kdy pojišťovna za zkrachovalé státní podniky již dostala od konsolidační agentury 2,8 miliardy korun.

„Peníze u nás nezůstaly ani den. Ihned jsme je zasílali těm lékařům, kterým jsme platili s nejdelším zpožděním,“ uvedla Musílková.

Právě kvůli zpoždování plateb stávkovali 6. října lékaři a demonstrovali před budovou ministerstva zdravotnictví. Stávka vedla k pádu ministryně Milady Emmerové a k nástupu nového vedení ministerstva. To již dělá kroky k tomu, aby finance VZP se stabilizovaly, dluh zkracoval. Kumulovaný dluh od r. 2000 totiž letos dosáhne zhruba 14 miliard korun.

„Jednání s panem dnešním ministrem je na velmi korektní úrovni. Pokud se podaří uplatnit úsporné návrhy, o nichž nyní s ministrem jednáme, mělo by se v příštím roce zadlužování VZP zastavit a zhruba do tří let bychom mohli být bez dluhů,“ uvedla Musílková. Některé nemocnice platí svým dodavatelům také s ročním zpožděním. „Když slyším, že VZP zkracuje lékařům dobu po lhůtě splatnosti, tak se musím ptát, kam tyto peníze jdou, když nemocnice v současné době dluží dodavatelům zdravotnických prostředků 1,1 miliard korun,“ řekl Právu Tomáš Vican, prezident České asociace dodavatelů zdravotnických prostředků.

Nejlépe podle něj platí FN Hradec Králové, naopak nejhůře FN Bulovka, Thomayerova nemocnice a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a dále FN u sv. Anny v Brně a další. „U nich je to dokonce přes 300 dní,“ řekl uvedl Vican.

Lékařům chce pomoci i Československá obchodní banka. Nabízí jim získat peníze za velice výhodných podmínek, a to až do 1 miliónu korun.

VZP, jak uvedla Musílková, nepočítala s tím, že bude hradit vakcíny proti chřipce pro osoby starší 65 let, které se ze zákona povinně očkují. Až dosud byly hrazeny ze státního rozpočtu, letos prvně ze zdravotního pojištění. Jde o 300 miliónů korun.

„Tyto peníze po skončení chřipkové epidemie budeme žádat od ministerstva zdravotnictví,“ řekla Musílková. Dodala, že i ministerstvo pod novým ministrem Davidem Rathem je více nakloněno jednání o zaplacení vakcín.

Reprezentuje Rath lékaře? Ne!

Nový ministr zdravotnictví David Rath konečně vyřešil střet zájmů a vzdal se předsednictví České lékařské komory (ČLK), jak se říká anglicky, „lépe později než nikdy“. Mezitím nastaly rychlé změny, které Rath provádí v resortu. Mezi ně patří zvýšená finanční zodpovědnost Všeobecné zdravotní pojišťovny, reforma předepisování léků a zveřejnění údajů státních nemocnic. To všechno jsou kroky nezbytné pro skutečnou reformu zdravotnictví.

Neměnné vedení komory

I přes tyto důležité body se většina autorů stále soustřeďuje na osobu Ratha samého. Bohužel, většina těchto „analýz“ je výslovně bulvárního typu. Nejlepším ukazatelem budoucího chování člověka je jeho chování předchozí.

Působení Ratha ve funkci prezidenta ČLK je prováděno řadou právně pochopných okolností. Jeho instalování do funkce prezidenta neproběhlo právně korektním způsobem tím, že se na jeho zvolení neusnesl usnášeníschopný sjezd delegátů komory. Delegáti ČLK jsou podle zákona voleni jednotlivými okresními sdruženími ČLK. Jak komora sama přiznává, těchto zasedání se zúčastňuje méně než zákonem požadovaná polovina.

Následně zvolení „delegáti“ ve skutečnosti tedy žádnými delegáty nejsou, a tím je jejich následná volba prezidenta na hlavním sjezdu ČLK od počátku neplatná. Právníci komory tvrdí, že volba delegáta není usnesením, a proto není třeba, aby bylo okresní shromáždění usnášeníschopné. Zákon ale jinou formu rozhodnutí okresního sdružení, než jakým je usnesení, nezná.

Dále si Rath prodloužil vlastní volební období nad dobu, na kterou byl zvolen. Díky „novelizaci volebního řádu“ komory si Rath a funkcionáři komory dvakrát prodloužili - bez voleb - své funkční období, nejprve na čtyři a potom i na pět let. Funkcionář nemůže sám sobě prodloužovat dobu, na kterou mu voliči mandát udělili, stejně tak jako parlament nemůže přijmout novelu, ve které by si již zvolení poslanci prodloužili své volební období na pět let. S kolegy Rathem v čele si ČLK tak vytvořila neměnné vedení.

Posledním tahem Ratha je jeho zájem obejít zákon o komorách a ponechat si funkci prezidenta ČLK v jakési zakonzervované podobě, po dobu, kdy se bude politicky realizovat jako ministr. Hovoří se o „pozastavení funkce“ a o „přechodu pravomocí prezidenta na představenstvo“. Představenstvo komory se k věci dokonce pokusilo přijmout stavovský předpis. Takový postup je právně vyloučen. Český zákon nezná pozastavení funkce. Prezident komory nemůže zastávat svou funkci v jiných formách než v těch, které zákon stanovil. Pravomoci prezidenta přítom podle zákona přecházejí na viceprezidenta komory, nikoli na představenstvo. Svým vnitřním předpisem nemůže ČLK měnit zákon.

Naše postkomunistická lhostejnost

Kolega Rath mě jako lékaře nereprezentuje tím, že ve vlastní kariéře nikdy nevystupoval a nevystupuje tak, aby zachoval určitý standard, přičemž by sloužil jako vzor pro ty, které reprezentuje. Uvedený způsob uzurpace moci to dosvědčuje. Nicméně dokud se lékaři sami nezlepší a neprosadí profesionální standard chování v ČLK, funkcionáři jako Rath se nezmění. Není důvod, aby se zástupce nechoval hůř než členové, pokud členové jeho chování neodsoudí.

Na ministerstvu tedy sedí člověk, který má znalosti a povahu, díky nimž může prosadit nezbytná řešení ve zdravotnictví. Stejně tak je to člověk, který zároveň nejen potvrzuje, ale přímo ztělesňuje míru naší setrávající postkomunistické lhostejnosti ke spravedlnosti a ke slušnému chování.

„Dokud se lékaři sami nezlepší a neprosadí profesionální standard chování v ČLK, funkcionáři jako Rath se nezmění. Není důvod, aby se zástupce nechoval hůř než členové, pokud členové jeho chování neodsoudí.“

Závěry sjezdu lékařské komory jsou sporné

Letošní sjezd České lékařské komory končil v neděli 16. října trochu chaoticky. Jednání se poslední den nečekaně protáhlo a nestačily se projednat některé do té doby podané návrhy. Mezi nimi byl i návrh na usnesení, které mělo zavazovat dr. Ratha, aby v případě svého jmenování do funkce ministra zdravotnictví ihned odstoupil z funkce prezidenta ČLK. Kromě toho nebylo přijato ani závěrečné souhrnné usnesení, kterým delegáti potvrzují písemnou podobu rozhodnutí odhlasovaných sjezdem v předchozích dvou dnech.

Hovořil jsem s řadou delegátů, kteří jsou přesvědčeni, že Rath jednání poslední den sjezdu protahoval záměrně, aby znemožnil projednání otázky neslučitelnosti funkcí prezidenta ČLK a ministra. Podle náldy mezi delegáty prý poznal, že by v tomto bodu neuspěl, a domluvil se proto v kuloárech se svými příznivci, že odjedou dříve, a učiní tím sjezd neusnášeníschopným. Mimoděčně a poněkud komicky to potvrzuje i prohlášení mluvčího ČLK Kubíčka ze dne 20. 10., byť v něm bylo zacíleno hlavně na Rathovi nepohodlnou viceprezidentku komory Fouskovou: „... Následně se alespoň pokusila (pozn.: miněno Fousková) o to, aby sjezd svým usnesením Dr. Ratha zavázal k tomu, aby v případě svého jmenování ministrem musel okamžitě na funkci



prezidenta ČLK rezignovat. Názor na tuto její snahu vyjádřila většina delegátů tím, že sjezd na protest proti tomu předčasně opustila. " Je celkem jedno, že dotyčný návrh ve skutečnosti nepodala Fousková, ale místopředseda Sdružení dětských lékařů dr. Kudyn. Ať již bylo příčinou předčasného odjezdu delegátů cokoli, dnes se úplně přesně neví, co sjezd během předchozích dvou dnů schválil, a co ne.

Právně totiž neexistuje jiná autorita, která by mohla osvědčit písemnou podobu sjezdem schválených rozhodnutí, než je sjezd. Ten tak každoročně činí tím, že na konci svého zasedání bod po bodu prochází všechna přijatá rozhodnutí přepsaná do písemné podoby a hlasováním je potvrzuje. K tomu letos nedošlo. Tuto proceduru nelze nahradit. Přesto se na internetových stránkách ČLK objevil písemný přehled rozhodnutí údajně přijatých letošním sjezdem. Kdo však teď může zaručit, že si tam prezident Rath svévolně nepřipsal pár slůvek nebo že nebylo něco „omylem“ vynecháno?

Prospívá jen střídmé pití piva

Konzumace piva a jeho účinky na lidský organismus jsou tématem diskusí nejen v České republice, ale i v zahraničí. Z chemického hlediska je směs různých sloučenin - makromolekul - bílkovin, sacharidů, lipidů a nukleových kyselin.

Z dalších látek jsou to ještě polyfenolové sloučeniny, hořké látky chmele, vitamíny, minerální látky a také alkohol. Chemické složení piva se významně mění v závislosti na složení mladiny, stupni prokvašení a kvalitě výchozích surovin.

Kombinací těchto složek vzniká fyziologicky vyrovnaný roztok, který je izotonický (podobný krvi či roztoku určenému k infuzi) až lehce hypotonický (zředěný).

Zdrojem jeho energie jsou především sacharidy a alkohol (10stupňové světlé pivo obsahuje přibližně 1510 kJ a 12stupňové pivo má kolem 1850 kJ).

Minerály a stopové prvky

Pivo obsahuje více než 30 minerálních a stopových prvků. Kromě draslíku, sodíku a chloridů jsou zde ve fyziologicky využitelném stavu také vápník, fosfor, hořčík a křemík, prvek nezbytný pro růst kostí a zdravou strukturu pokožky.

Je v něm řada vitamínů, z nichž největší podíl mají vitamíny skupiny B -pyridoxin, thiamin, riboflavin, niacin a kyselina listová. Jeden litr piva obsahuje asi 10 až 30 % jejich denní spotřeby.

Vitamíny skupiny B jsou důležité pro řadu procesů látkové výměny (sacharidů, lipidů, aminokyselin), dále pro správné fungování nervového systému apod.

Vitamíny skupiny B a kyselina listová také příznivě ovlivňují hladinu homocysteinu. Jeho zvýšená hladina se považuje za jeden z rizikových faktorů při vzniku kardiovaskulárních onemocnění.

Chrání před volnými radikály

Polyfenoly obsažené v pivu mají antioxidační účinky a mohou chránit před škodlivým působením volných radikálů, které mají podíl na rozvoji kardiovaskulárních onemocnění a nádorového bujení. Z látek pocházejících ze sladu zmíníme katechin, epikatechin a xanthohumol, který má protirakovinné účinky.

Hořké chmelové látky podporují sekreci žluče a trávicích šťáv, které pozitivně ovlivňují trávení. Phytoestrogeny zase působí na řadu metabolických procesů v organismu. Pivo můžeme zařadit mezi nápoje s relativně nízkým obsahem alkoholu (30 až 50 g v jednom litru). V současné době se hodně diskutuje o preventivním účinku alkoholu na vznik kardiovaskulárních onemocnění, např. ovlivňováním hladiny LDL a HDL cholesterolu.

Je nutné zdůraznit, že relativně bezpečné dávky alkoholu pro zdravou dospělou populaci se pohybují mezi 30 až 40 g alkoholu denně.

Při vyšší konzumaci hrozí riziko poškození jater nebo nervového systému. Možný je také vznik závislosti.

Nejen k utišení žízně

Pivo je možné vnímat nejen jako tekutinu vhodnou k utišení žízně, ale též jako nápoj jisté nutriční hodnoty s vyváženým obsahem iontů, minerálních látek, vitamínů a polyfenolů. Příznivé účinky piva na lidský organismus se ale mohou projevit pouze při jeho střídmé konzumaci.

Objímání je zdravé pro srdce žen

Ženy by měly být objímány co nejčastěji. Nejenže se jim to líbí, ale navíc to blahodárně působí na jejich zdravotní stav. Vyplývá to z nové studie, podle níž má ženské srdce z objetí větší zdravotní prospěch než mužské, napsal zpravodajský server BBC.

Tým vědců z univerzity v Severní Karolíně si vybral 38 párů a studoval účinky objetí na oba partnery. Ukázalo se, že objetí zvyšuje hladinu „něžného“ hormonu oxytocinu a snižuje krevní tlak - což zmenšuje riziko srdečních chorob. U žen toto snížení nabývalo podstatnějších hodnot než u mužů. Oxytocin je hormon, který tělo ženy produkuje při porodu a v průběhu kojení.

Na počátku studie změřili vědci zkoumaným lidem krevní tlak a hladiny oxytocinu a „stresového hormonu“ kortizolu. Potom zkoumaní lidé měli vzpomínat a povídat si o době, kdy se spolu cítili nejšťastnější. Zhlédli pět minut z romantického filmu a dalších deset minut si povídali o příjemných věcech. Pak se měli dvacet vteřin objímat. Kromě zvýšené hladiny oxytocinu u obou pohlaví se ale u všech žen po objetí snížila i hladina škodlivého kortizolu.

„Tato studie podpořila dosavadní zjištění, že podpora partnera, v tomto případě objetí milovaného člověka, blahodárně působí na srdeční zdraví,“ uvedla Charmaine Griffithsová, mluvčí British Heart Foundation s tím, že „vědci se stále více zajímají o možný účinek pozitivních emocí na zdraví člověka“.

Vědci tak našli další důkaz toho, jak je psychika propojena s fyzickým zdravím a že příjemné pocity a prožitky léčí nejen duši ale i tělo.

Nové očkování chrání před nádory

Čtvrt milionu žen každý rok zemře na rakovinu děložního čípku. Vakcína to může zcela změnit.

Očkování proti rakovině. Dříve nepředstavitelná věc se stává realitou. Jednou z prvních takových vakcín - proti karcinomu děložního čípku - již vědci vyvinuli a nyní se testuje i v České republice.

Preventivní očkování dvanácti až třináctiletých dívek (a přeočkování ve věku 18 let) by podle profesora Vladimíra Vonky, vedoucího laboratoře imunoterapie a genové terapie nádorů pražského Ústavu hematologie a krevní transfuze, bylo s to téměř stoprocentně ochránit před infekcí dvěma typy papillomavirů, které zhoubné nádorové onemocnění vyvolávají nejčastěji. „Je to nejlepší vakcína, o jaké jsem kdy slyšel,“ říká profesor Vonka.

Zrádné papillomaviry

Karcinom děložního čípku je světově druhým nejčastějším zhoubným nádorem u žen. „Každý rok je ve světě diagnostikováno téměř půl milionu nových případů a umírá na něj téměř čtvrt milionu žen,“ připomíná doktorka Eva Hamšíková, vedoucí laboratoře epidemiologie a imunologie nádorů na oddělení experimentální virologie téhož ústavu. V rámci Evropy bohužel zaujímá jedno z předních míst Česká republika. Výskyt rakoviny děložního čípku je u nás až čtyřnásobný proti skandinávským zemím. Každý rok se objeví více než tisícovka nových případů. A stovky českých žen na tuto nemoc každý rok zemřou.

Závažnou a obtížně léčitelnou nádorovou chorobou způsobují lidské papillomaviry (HPV). V současnosti je ve vyspělých státech papillomavirová infekce nejčastějším sexuálně přenosným virovým onemocněním - některými typy papillomavirů se v průběhu života nakazí více než polovina sexuálně aktivních osob. Vstupní branou pro infekci jsou mikroskopická poranění sliznice.

Jak vysvětluje Eva Hamšíková, tyto sexuálně přenosné viry jsou hlavním rizikovým faktorem pro vznik karcinomu děložního čípku. Ale nejen to. S vysokou pravděpodobností se podílejí i na vzniku některých dalších nádorů v genitální oblasti a v oblasti hlavy a krku u obou pohlaví.

„V současné době je známo již více než sto genotypů, které infikují člověka. V buňkách karcinomu děložního čípku se nejčastěji nachází typ 16 a 18; genitální bradavice, nezahubné, ale život značně nepříjemnější onemocnění, jsou ve více než 90 procentech případů spojeny s typem 6 a 11,“ uvádí doktorka Hamšíková.



Infekce lidskými papillomaviry často probíhá skrytě. Inkubační doba trvá měsíc až půl roku. Poté se aktivuje imunitní systém organismu a po zhruba devíti měsících od infekce se u značné části nakažených objeví specifické protilátky. „Následují dva scénáře - buď je imunitní systém schopen infekci potlačit a onemocnění ustoupí, nebo změny tkáně přetrvávají. V důsledku dlouhodobě přetrvávající infekce se mohou stát postupně závažnějšími a nakonec se v tomto místě může objevit nádor. Celý tento proces může trvat desítky let.“

Při vzniku jakéhokoliv zhoubného nádoru tedy i karcinomu děložního čípku, se postupně uplatňuje řada genetických změn buňky. Infekce papillomaviry představuje pouze začátek, má však pro pozdější vznik nádoru klíčový význam. Trvalá přítomnost virových genů v buňce mění její biologické vlastnosti. Buňka uniká běžným kontrolním mechanismům, stává se „nesmrtelnou“. Aby se stala nádorotvornou, je třeba dalších genetických změn vyvolaných jinými karcinogeny. Zvláště nebezpečné jsou ty, které jsou obsaženy v cigaretovém kouři. „Ve studii, již jsme provedli společně s nedávno zesnulým prof. Jiřím Kaňkou před dvaceti lety v Praze, jsme zjistili, že ženy, které denně vykouří aspoň deset cigaret, mají více než čtyřnásobné riziko vzniku neoplastických změn na čípku,“ říká profesor Vonka.

Jak zabránit infekci

Vědci opakovaně prokázali, že ústup infekce jde na vrub imunitního systému a že přítomnost protilátek je s to virové infekci zabránit. A že průběh infekce je daleko těžší u žen s poruchou imunity. Správně fungující imunitní systém je tedy nutným předpokladem účinné obrany proti důsledkům infekce.

Vzhledem ke všem nahromaděným důkazům se stala hlavním motivem výzkumu lidských papillomavirů příprava vakcín.

Nabízejí se dvě cesty: preventivní a léčebná. V prvním případě vakcína vybudí v organismu tvorbu protilátek, které infekci virem zabrání, ve druhém případě je cílem likvidovat buňky patologicky pozměněné v důsledku infekce. V přípravě terapeutických vakcín vědci zatím nebyli příliš úspěšní a vývoj je pořád ještě předmětem intenzivního bádání. V oblasti preventivních vakcín, které mají zabránit infekci, je však situace odlišná. Průlom v přípravě takové experimentální vakcíny způsobil na počátku 90. let minulého století objev, že bílkovina, kterou je tvořen obal papillomavirů, je schopna spontánně vytvářet tzv. viru podobné částice (pseudoviriony), které jsou makroskopicky k nerozeznání od infekčních virionů, ale nejsou infekční, neboť nenesou virovou genetickou informaci (DNA), a nejsou tedy schopny vyvolat tvorbu nádorů. Jsou vysoce imunogenní, to znamená, že po vpravení do organismu vyvolávají tvorbu vysokých hladin protilátek, jež zabrání infekci příslušným typem viru.

Pseudoviriony, které jsou základem HPV vakcín, se připravují v kvasinkách či pomocí bakulovirů (viry, jež jsou schopné se množit pouze ve hmyzích buňkách). Kvasinky nebo bakuloviry jsou geneticky upraveny tak, aby vytvářely povrchové bílkoviny viru.

Úspěšnost těchto vakcín, jak se ukázalo v klinických testech, dosahuje až sta procent.

První klinické studie preventivních HPV vakcín zahájilo několik skupin soustředěných kolem dvou zahraničních firem koncem 90. let 20. století. Studie s vakcínami obou firem probíhají v mnoha zemích světa a výsledky jsou velice slibné. Vakcinace zabrání u 100 procent očkovaných jak přetrvávající infekci, tak vzniku onemocnění vyvolaného typy HPV obsaženými ve vakcíně. Ukazuje se, že obě vakcíny jsou částečně účinné i proti infekci dalšími typy HPV. Nyní je vakcína aplikována v klinických pokusech třetí fáze desítkám tisíc žen po celém světě. Kromě žen ve věku 16 až 25 let, které jsou HPV infekcemi ohroženy nejčastěji, i ženám starším, mladým mužům a dětem obou pohlaví ve věku od 10 do 15 let. Podle předběžných výsledků se zdá, že u dětí očkování vyvolává tvorbu protilátek nejúčinněji.

I pro české ženy

Vzhledem k úspěšnosti klinických testů se očekává, že první vakcína bude na trhu již v příštím roce, druhá o rok později. Do obou velkých studií byla zařazena i Česká republika a asi 1400 českých žen.

Očkování naší populace by mohlo být zahájeno záhy poté, kdy bude vakcína komerčně dostupná.

Tak jako jinde ve světě, i u nás se mezi odborníky vedou diskuse, jakou vakcinační politiku zvolit. Jak dr. Hamšíkové, tak prof. Vonkovi se jeví jako nej-

rozumnější zahájit očkování co nejdříve a zaměřit se v prvé řadě na dívky ve věku, který předchází započetí sexuální aktivity. Studie provedené v poslední čtvrtině minulého století, z nichž největší byla již zmíněná pražská studie, jednoznačně potvrdily, že infekce HPV je tím nebezpečnější, čím časněji k ní dojde. Očkování by se ročně týkalo asi čtyřiceti tisíc mladých dívek, což by bylo spojeno při současném odhadu ceny vakcíny s ročními náklady 300 až 400 milionů korun „Toto očkování,“ je přesvědčen profesor Vladimír Vonka, „by výrazně snížilo výskyt jedné z velmi zhoubných forem rakoviny v průběhu příštích desítek let.“

Eva Hamšíková však dodává: „Problémem se může jevit snad jen postoj očkováných žen - nesmějí nabytí falešného dojmu, že po očkování už žádné preventivní prohlídky nepotřebují. A že jim nehrozí jiné sexuální přenosné choroby.“

- Výskyt rakoviny děložního čípku je v České republice až čtyřnásobný oproti skandinávským zemím.

- Ročně se objeví více než tisícovka nových případů. A stovky českých žen na tuto nemoc každý rok zemřou.

- Očkování by se mělo týkat v prvé řadě dívek ve věku, který předchází započetí sexuální aktivity

Očkování proti nádorům

Ztráta plodnosti u mladých žen, psychické trauma spojené s chirurgickou léčbou onemocnění, možná ztráta partnera, onkologická léčba a jako nejhorší varianta - smrt. Všechny tyto problémy by mohla výrazně redukovat nově vyvinutá vakcína.

Zvláště výrazný by mohl být její příznivý vliv u žen, které z nedbalosti vynechávají pravidelné preventivní gynekologické prohlídky. Důkazem toho, jak vážně se v naší republice problém bere, je zřízení zvláštní komise pro očkování proti papillomavirům, kterou na návrh profesora Pavla Klenera zřídilo ministerstvo zdravotnictví. Výsledky očkování bude třeba pečlivě sledovat po dobu nejméně deseti let, což bude vyžadovat velmi těsnou spolupráci mezi virology, gynekology, onkology a epidemiology. Významnou roli zde bude hrát Národní referenční laboratoř pro papillomaviry při Ústavu hematologie a krevní transfuze, kterou vede Dr. Ruth Tachezy.

Odborníci musí dále zkoumat přetrvávání protilátek vytvořených po vakcinaci, jak jejich množství skýtá účinnou ochranu, vliv vakcinace na rozšíření jiných typů HPV v populaci apod. Plošné očkování by bylo nesmírně drahé a je vědecky neodůvodnitelné. Jako nejrozumnější se zatím jeví očkovat mladé dívky před započtím sexuálního života.

■ **Odvykání kouření**

Je opět o něco jednodušší

Společnost Pfizer uvedla na trh nový výrobek náhradní nikotinové léčby, žvýkačku Nicorette Freshmint gum 2 mg, 4 mg. Díky snadnějšímu žvýkání a vylepšené chuti těchto žvýkaček se odvykání kouření stává pro uživatele náhradní nikotinové léčby opět o něco jednodušší a příjemnější. Svěží mátová chuť, jemnější textura a zvýšené množství xylitolu (obsažen v křupavém potahu žvýkačky, vyvolává pocit sladké chuti) dělá ze žvýkačky pro odvykání kouření podobný chuťový zážitek, jako při žvýkání běžné cukrovinkové žvýkačky. Nová žvýkačka bude prodávána ve variantách s obsahem 2 nebo 4 mg léčivé látky (nikotinu).

Žvýkačky Nicorette Freshmint gum 2 mg, 4 mg jsou, stejně jako ostatní přípravky řady Nicorette, určeny kuřákům, kteří se rozhodli přestat kouřit. Pomáhají jim překonávat abstinenční projevy spojené s ukončením či přerušením kouření. Vedle nově nabízené varianty žvýkačky Nicorette Freshmint gum je při odvykání kouření možné využít také již klasické žvýkačky Nicorette gum 2 mg, 4 mg a Nicorette Mint gum 2 mg, 4 mg. Žvýkačky Nicorette jsou určeny jako pomoc pro jednorázovou náhradu cigarety nebo pro postupné odvykání kouření. Při postupném odvykání přitom pomáhají plynule snižovat počet vykouřených cigaret a tím umožňují snadněji odvyknout kouření.

Žvýkačky Nicorette Freshmint si můžete koupit již za cenu 99,50 Kč. Jsou k dostání v lékárnách bez lékařského předpisu.

Jak správně užívat žvýkačky Nicorette Freshmint

Žvýkačky Nicorette Freshmint gum 2 mg, 4 mg se užívají v okamžiku, když se



u kuřáka dostaví chuť na cigaretu. Velikost dávky nikotinu ve žvýkačce by měla být zvolena podle míry závislosti kuřáka na nikotinu. Silní kuřáci by měli zahájit léčbu přípravkem Nicorette Freshmint gum 4 mg. V ostatních případech je vhodná počáteční léčba přípravkem Nicorette Freshmint gum 2 mg. Pro většinu kuřáků dostačuje užití 8 - 12 žvýkaček vhodné síly denně, nemělo by se užívat více než 24 kusů denně. Doporučená délka léčby je alespoň 3 měsíce a pravidelné užívání žvýkaček by nemělo překročit 12 měsíců.

Dávka nikotinu se má postupně snižovat snižováním celkového počtu žvýkaček denně v závislosti na subjektivním vnímání potřeby kouřit každého odvykajícího kuřáka. Jakmile klesne denní spotřeba na 1-2 žvýkačky, užívání přípravku Nicorette Freshmint gum se vysadí. Více informací na www.nicorette.cz

Náhradní nikotinová léčba

Náhradní nikotinová léčba (NNL) je název pro jednu z nejčastěji doporučených metod pro odvykání kouření, jež byla klinicky ověřena v léčbě závislosti na tabáku. Je založena na principu nahrazení nikotinu, který lidský organismus přijímá z cigaret „čistým“ nikotinem, ve formě přípravků NNL. Dodáváním omezeného množství nikotinu do těla, pomáhá NNL překonat abstinenční příznaky vyskytující se v průběhu odvykání kouření. Množství nikotinu dodávaného do těla prostřednictvím přípravků NNL se postupně snižuje.

Kouřením cigaret se do lidského organismu dostává více než 4000 nebezpečných látek, z toho je 43 karcinogenů. Cigaretový dým obsahuje například amoniak, aceton, arsen, butan, kadmium, oxid uhelnatý, DDT, kyanovodík, metanol, naftalen, toluen, vinylchlorid. Naproti tomu nebylo klinicky prokázáno, že by náhradní (čistý) nikotin způsoboval rakovinu.

Srovnávací studie terapie recidivující akutní rinfaryngitidy 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 rinfaryngitidy u dětí.

Jednalo se o způsob léčby lékářů homeopatů (LH) a lékářů 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 ($p = 0,009$).

Více informací o výzkumu v homeopatii najdete na:

www.boiron.com

Prostatu lékaři ozáří teplem

Místo operace začali v Brně používat nejmodernější přístroj

Unikátní léčbu prostaty teplem zahájili dva lékaři v Brně. Léčba se přitom obejde bez narkózy a pacient za hodinku může pěšky odejít domů.

Lékaři si od zahraniční firmy pronajali nejmodernější přístroj svého druhu, který využívá účinnější zdroj tepla a umožňuje mimořádně šetrný zákrok.

„I když se termoterapie používá ve světě už nejméně dvacet let, náš přístroj je jediný v republice. Do prostaty se pomocí katetru přivede teplota kolem dvaapadesáti stupňů Celsia. Působením tepla se žláza zmenší. Termoterapie se hodí k léčbě středně zvětšené prostaty,“ popsal jeden z urologů, Igor Motíl.

Podle světových studií je léčba radiofrekvenční termoterapií úspěšná u třiačtyřiceti procent lidí. Ti nejpozději po třech měsících pocítí výrazné zmírnění svých potíží. Muži, kteří „zahřívání“ prostaty podstoupí, se problémů při

močení zbaví v průměru na pět až sedm let.

Devětapadesátiletý František Navrátil, který nový přístroj v Česku jako první vyzkoušel, je pár dnů po zákroku jako rybička. „Byla to paráda a vůbec to nebolelo. Za hodinku jsem jednoduše sedl do auta a odjel domů do Lelekovic. Už teď mám menší potíže, i když to ještě není úplně ono. Můj tchán byl s prostatou na endoskopické operaci a užil si svoje,“ pochvaluje si zákrok.

Problém až tři mužů ze čtyř

Prostata po padesátce trápí zhruba tři čtvrtiny mužů. Většinu jejich potíží s častým močením, slabým proudem moči a nutkáním na močení způsobuje zvětšení prostaty, která stlačuje močovou trubici.

„My samozřejmě nepopíráme dosavadní způsoby léčby, jako jsou operace. Termoterapie je doplňuje,“ dodal druhý z lékařů, primář Martin Drábek. Lékaři věří, že si do jejich ordinace najdou cestu i další, přestože termoterapie není zadarmo. Zákrok, který přijde ve světě až na 90 tisíc korun, dělají v Brně za patnáct tisíc korun.

Zástupce primáře urologického oddělení ve Fakultní nemocnici u svaté Anny Petr Řehořek iniciativu kolegů v privátní praxi nezpochybnuje. „Pro každého pacienta se hodí něco jiného. Většina vystačí s léky, ale je dobré, když nemocným můžeme nabídnout celé spektrum postupů včetně přístroje nové generace na termoterapii,“ míní urolog.

Lék proti chřipce vynáší miliardy

Švýcarský kolos Roche se pod tlakem světa podělí o výrobu léku proti ptačí chřipce.

Majitelům akcií švýcarského farmaceutického kolosu Roche hraje do karet strach z šířící se ptačí chřipky. Roche je jednou ze dvou firem, které vyrábějí účinný lék proti tomuto smrtelnému onemocnění.

Cena akcií firmy letos stoupla skoro o 50 procent, jen od dubna ze 130 na 190 dolarů za jednu.

Kromě společnosti Roche, která vyrábí lék Tamiflu, nabízí alternativu firma GlaxoSmithKline se svým preparátem Relenza, jež si hromadně objednala například německá vláda. Světová zdravotnická organizace však doporučuje jako nejúčinnější právě Tamiflu a svět po tomto léku sílí.

Od začátku roku se prodej Tamiflu zvýšil v USA sedmkrát a v některých zemích včetně Česka není v poslední době k sehnání.

Obrovský zájem o Tamiflu odráží také to, že internetová aukční síň eBay včera musela zastavit obchodování s tímto lékem. Výše nabídky za jedno balení léku s deseti tobolkami se vyšplhala až na 174 dolarů (4340 korun), přičemž běžná cena v evropských lékárnách se pohybuje v přepočtu okolo 1100 korun. Společnost eBay své rozhodnutí zdůvodnila tím, že její pravidla nepovolují prodej léků na předpis za účelem spekulace.

Další zásilka pro Česko

Podle mluvčího české pobočky firmy Roche Jiřího Pešiny v Česku stojí lék zhruba 990 korun. V polovině listopadu by se podle něj mělo ze Švýcarska dovést 20 tisíc balení léku ve formě tobolek a v lednu příštího roku dalších 70 tisíc balení. Navíc by měla dorazit i dětská balení.

Zájem výrobce léku zaskočil a lék, který je na trhu od roku 1999, nestíhá vyrábět. Tamiflu se pro celý svět vyrábí ve Švýcarsku. Jeho vývoj trval přes deset let a stojí za ním americká společnost Gilead, která pak patent za podíl z prodeje převedla na Roche. Produkce Tamiflu se od roku 2003 zvýšila desetkrát.

Koncern sice ještě staví továrnu v USA, ta však ještě není dokončena, zatímco tlak na zvýšení výroby účinného preparátu sílí. Svět podle expertů potřebuje ještě nejméně šest měsíců na to, aby se dokázal na epidemii ptačí chřipky připravit.

Podle koordinátora OSN pro chřipkovou nemocnost Davida Nabarra by v případě velkého rozšíření epidemie ptačí chřipky světovou ekonomiku stála miliardy a možná až biliony dolarů.

„Zdraví lidí musí dostat přednost před problémy s licencemi a obchodními patenty,“ prohlásil nedávno šéf sekce pro epidemie a pandemie Světové zdravotnické organizace Mike Ryan ve snaze zatlačit na Roche, aby uvolnil svá práva na výrobu a prodej Tamiflu.

Společnost Roche proto dala včera najevo, že za určitých okolností je ochotna předat část výroby tohoto léku jiným farmaceutickým společnostem. „Pri-



oritou je rychlá expanze výrobní kapacity Tamiflu. Kromě toho jsme připraveni diskutovat o všech možnostech, a to s jakýmkoliv vládami nebo soukromými společnostmi, které projeví zájem pomoci nám s výrobou Tamiflu," řekl agentuře AP William Burns, výkonný ředitel farmaceutické divize koncernu Roche. Společnost se však nehodlá jen tak vzdát patentu na Tamiflu, jenž platí do roku 2016.

„Jsme eticky se chovající firma a chápeme potřebu nouzového poskytnutí know-how na výrobu Tamiflu. Ta je ale technologicky velmi náročná, a tak Roche poskytne omezená práva na výrobu zřejmě jen několika vybraným firmám, které jsou dostatečně technologicky vyspělé a zaručí zachování kvality a norem," doplnil Pešina.

■ Léky na bolest mohou poškodit srdce

Dlouhodobé užívání tisících medikamentů významně zvyšuje riziko vzniku infarktu. Vyplývá to z rozsáhlé studie, kterou nyní zveřejnili britští vědci.

Zhruba polovina všech zemřelých ve vyspělých zemích podléhá chorobám srdce a cév. Padesát procent těchto lidí umírá na infarkt. Nová studie britských vědců naznačuje, že k neradostné bilanci nejspíše přispívají také některé léky užívané k tlumení bolesti.

Tým badatelů z univerzity v Nottinghamu podrobně prozkoumal chorobopis 9218 pacientů, kteří v roce 2000 až 2004 prodělali svůj první infarkt. Věk dotyčných se pohyboval mezi 25 a 100 lety, všichni pocházeli z Anglie, Skotska nebo Walesu. Jako kontrolní skupina vědcům posloužily informace o dalších více než 85 tisících osobách v lékařské databázi.

Ukázalo se, že riziko vzniku infarktu výrazně vzrůstá u lidí, kteří tři měsíce před jeho propuknutím brali léky na záněty kloubů, snižování horečky a tišení bolesti, tedy látky patřící do skupiny nesteroidních antirevmatik označované zkratkou NSAID. V případě ibuprofenu pravděpodobnost vzniku infarktu stoupla o 24 procent, a to v porovnání s lidmi, kteří během uplynulých tří let uvedený medikament neužívali. U obdobného léku proti bolesti, u diclofenacu, se riziko zvýšilo dokonce o 55 procent. Ještě výraznější nárůst vědci zaznamenali, pokud pacienti tyto preparáty brali déle než tři měsíce.

Studii, kterou minulý týden zveřejnil renomovaný vědecký časopis *British Medical Journal*, nelze podle odborníků rozhodně brát na lehkou váhu. Jak ale upozorňuje jedna z jejích autorek Julia HippisleyCox, získané výsledky bychom zatím měli vyhodnocovat velice opatrně. Během výzkumu mohlo dojít k určitým zkreslením. Část sledovaných osob patrně léky užívala trochu jinak, než jim doporučil lékař. Někteří pacienti je nejspíše dostali předepsané omylem. „Lékař se domníval, že dotyčný trpí bolestí zad. Ve skutečnosti se však mohlo jednat o anginu pectoris," upozorňuje Jan Pirk, přednosta Kardiocentra pražského Institutu klinické a experimentální medicíny. Tento předstupeň infarktu lze totiž mnohdy diagnostikovat jen velice obtížně. Celkově ale přední český kardiolog studii hodnotí jako velice zajímavou. „Její výsledky nejspíše nevyvolají revoluci ve zdravotnictví. Nové poznatky se však jistě dostanou do popředí zájmu vědců a budou předmětem dalšího výzkumu," podotýká profesor Pirk.

Čeští i zahraniční odborníci se však jednoznačně shodují, že by pacienti neměli započatou léčbu sami přerušovat. „Nejprve je nutné posoudit, jak významné jsou vedlejší účinky v případě konkrétního pacienta a zda jsou dostatečně vyváženy pozitivním přínosem medikamentu," upozorňuje Jiří Paleček z Fyziologického ústavu Akademie věd ČR, který se specializuje na zkoumání mechanismů vzniku bolestivých stavů. Podle jeho názoru by se v budoucnu při předepisování léků proti bolesti měly zohledňovat určité predispozice k onemocněním srdce.

Podivný sourozenec Co se vlastně odehrává v lidském těle, když pocítujeme bolest? Enzym zvaný cyklooxygenáza podněcuje tvorbu prostaglandinu - látky, která zvyšuje citlivost periferních nervových zakončení a zároveň podporuje přenos bolestivého signálu na míšní úrovni. Z míchy směřují informace o bolesti do thalamu - jakéhosi přenosového centra mozku. Následně jejich cesta pokračuje do mozkové kůry. Informace pronikají i do oblastí odpovědných za emoce a chování. Chronická bolest proto může vést také ke změnám osobnosti člověka. Léky ze skupiny nesteroidních antirevmatik aktivitu enzy-

mu cyklooxygenáza zablokují. Prostaglandin se proto nevytváří a dochází k tlumení bolesti.

V posledních letech vědci zjistili, že enzym cyklooxygenáza existuje v několika různých formách. Dvě základní se označují COX 1 a COX 2. Ukázalo se, že utišující léky, které působí na oba enzymatické „sourozence“ (jako například aspirin nebo ibuprofen), vyvolávají obtíže v zažívacím traktu. Ty mohou vést až ke vzniku žaludečních vředů.

„Z výzkumů vyplynulo, že je COX 1 přítomný v řadě tkání a jeho hladina se nijak zvlášť nemění," popisuje MUDr. Paleček. Druhý „sourozenec“ COX 2 naopak reaguje na poranění nebo zánět. Hladina enzymu se při těchto příležitostech výrazně zvyší.

Uvedené poznatky se staly impulsem k vytvoření tisících léků nové generace ovlivňujících výhradně COX 2. „Tyto medikamenty mají opravdu mnohem méně nežádoucích účinků na trávicí trakt. Nedávné výzkumy však naznačují, že mohou poškozovat oběhovou soustavu," vysvětluje Jiří Paleček. Za své vzala také představa, podle níž se na přenosu bolesti měl podílet výhradně COX 2. Badatelé zjistili, že se funkce obou „sourozenců“ částečně prolínají. Ani nedávná studie britských vědců na analgetika nové generace nepěje žádnou chválu. Při používání léku s účinnou látkou celecoxib vzrostlo riziko vzniku infarktu o 21 procent. V případě rofecoxibu dokonce o 32 procent. A tuto látku obsahovaly tablety s obchodním názvem Vioxx, které byly z evropského trhu nedávno staženy právě kvůli výrazným vedlejším účinkům. Zvyšovaly riziko vzniku infarktu a mrtvice.

Hledání ideálního léku Bolest je nezbytná pro přežití. Chrání organismus před poškozením a signalizuje určité choroby. Proto příroda velmi dobře zabezpečila, aby se mechanismus přenosu bolesti nedal jen tak přerušit.

Akutní bolest, která plní funkci jakéhosi výstražného světla, zpravidla zmizí, pokud odstraníme její příčinu. Někdy však přechází do chronické podoby. Tyto stavy už organismu neprospívají a vyžadují léčbu.

Chronická bolest je spojena například s artrózou kloubů, poškozením periferních nervů nebo nádorovými onemocněními. „Současné možnosti léčby jsou velmi omezené," podotýká Jiří Paleček, „sledujeme intenzitu bolesti, dobu trvání obtíží, ale stále se nám nedaří přizpůsobit léčbu mechanismům vzniku bolesti“.

Ideální lék proti bolesti vědci zatím stále ještě hledají. Pokud v této oblasti nedojde k výraznému objevu, lze podle MUDr. Palečka zásadní změnu léčby očekávat za 15 až 20 let. Jenom zavedení účinné látky do klinické praxe totiž může trvat až deset let.

■ Vědci vítězí nad klíšťaty - vakcínou

V roce 2010 by mohla být k dispozici vakcína proti nebezpečné nákaze přenášené klíšťaty, lymfscé borelióze

Dva vědecké týmy - rakouský a americký - s pomocí českých parazitologů pracují na vývoji středoevropské vakcíny proti lymfscé borelióze. V Rakousku již byly povoleny klinické testy, a tak na podzim začnou zkoušky na dobrovolnících. Půjde-li vše dobře, od roku 2010 by lidé měli mít možnost se proti zákeřným parazitům spolehlivě bránit očkováním.

Klíšťaty přenášené choroby jsou strašákem letních pobytů v přírodě. Na rozdíl od klíšťové encefalitidy však proti lymfscé borelióze dosud neexistuje obrana v podobě očkování.

Lymfscou boreliózu způsobují spirochety - známé jako borelie (objevy teprve roku 1982) - a na vakcíně se usilovně pracuje již mnoho let. Není divu, infekce postihuje klouby, kůži i nervový systém a může mít i velmi závažné zdravotní následky - od obrny lícnicích nervů po poškození srdce. Je znám i případ mladého pacienta, kterému spirocheta „sedla“ na srdce a žít mu dnes pomáhá kardiostimulátor.

Čím se tak liší encefalitida a borelióza, že první vakcína už funguje tak dlouho, ale ke druhé je tak dlouhá cesta?

Naneštěstí jsou borelie zvláště rafinované organismy.

Jednoduchá střela

„Původcem klíšťové encefalitidy je virus, který svou strukturou patří spíše k těm jednodušším. Je to taková jednoduchá střela," vysvětluje děkan Biologické fakulty Jihočeské univerzity a biochemik z Parazitologického ústavu



Akademie věd Libor Grubhoffer, „má poměrně malý genom a v jeho obalu je pouze jediná bílkovina, která může provokovat imunitní systém postiženého organismu. Třeba virus neštovic má takových bílkovin několik desítek.“

Proto nebylo ani nijak složité vyvinout proti tomuto patogenu vakcínu. Žato borelie jsou velmi rafinované. Profesor Grubhoffer, který se věnuje klíštěcím parazitům, líčí: „Neznám jiný tak náročný mikroorganismus. Boreliím musíte v laboratoři doslova podstrojovat, aby byly ochotny se dělit, replikovat. Situaci komplikuje i obrovská variabilita těchto bakterií.“

Dosud je popsáno 11 podezřelých druhů, z nichž čtyři nade vši pochybnost způsobují lymfskou boreliózu. Ve střední Evropě jsou jednoznačně usvědčené tři, nejčtenější je druh *Borrelia afzelii*. Mezi nimi, jak dodává profesor Grubhoffer, navíc patrně dochází k výměně genetického materiálu, organismus se tedy stále proměňuje. To vše práci na účinné a spolehlivé vakcíně velice ztěžuje.

Neúspěšná vakcína

Spolupráce našich odborníků na výzkumu klíštěcích parazitů s americkými začala vlastně již v letech 1992-93. Tehdy parazitolog Libor Grubhoffer vycestoval na studijní pobyt do Spojených států na Arizonskou univerzitu v Tucsonu.

Společné zájmy v oblasti biochemie, molekulární biologie a fyziologie krev sajících členovců, komárů a klíšťat, pak stály také za zrodem spolupráce s Jihoegyptijskou univerzitou. Právě sem před 30 lety přišel dnes již legendární badatel v oblasti klíšťat a nákaz klíšťaty přenášených James Oliver jr. a vybudoval zde na americkém venkově jedno ze světových center výzkumu klíšťat. (Začátkem 70. let se mu podařilo sem přesunout i americkou národní sbírku klíšťat, která čítá na 865 druhů. Největší - nasáté - měří 4 cm.)

Dalším expertem na studium spirochet lymfské boreliózy, se kterým spolupracuje laboratoř Libora Grubhoffera, je Benjamin Luft, šéf infekční kliniky a laboratoří na Státní univerzitě v New Yorku, zaměřených zejména na výzkum vakcín. Benjamin Luft usiloval mnoho let o vývoj vakcíny proti americkému typu lymfské boreliózy. V konkurenčním boji před lety prohrál a v Americe šla na trh jiná vakcína.

Jamesi Oliverovi trvalo několik let, než přesvědčil americkou lékařskou obec o tom, že se na území jihovýchodní části a potažmo dalších oblastí USA vyskytuje mnoho různých variant borelií, podobně jako v Evropě, byť s drobnými genetickými rozdíly. A to také zpochybnilo uplatnění původní americké vakcíny. Dopadla neslavně - v roce 2002 ji výrobci byli nuceni stáhnout z trhu lidských přípravků.

Od té doby i Spojené státy na účinnou vakcínu proti lymfské borelióze čekají.

Další pokračování příběhu vakcíny proti lymfské borelióze je typickým dokladem toho, jak mezinárodní je dnešní věda.

Do boje!

„Profesor Luft se na mě v roce 1998 obrátil, že se po prohraném souboji o americkou vakcínu proti lymfské borelióze chystá vytáhnout do boje proti středoevropské lymfské borelióze a že k tomu nutně potřebuje slušnou laboratoř v samém epicentru, která by mohla spolehlivě testovat tzv. kandidátní vakcíny.“ Tak se označují umělé molekuly, které vznikají pospojováním různých částí povrchových molekul (v tomto případě) borelie potenciálně správným způsobem tak, aby provokovaly obrannou reakci očkovaného jedince.

A tak budějovičtí biologové tyto kandidátní vakcíny testovali v předem prodělaných pokusech na speciálním kmeni myši, dostatečně vnímavém vůči původci lymfské boreliózy. Vědci speciální myši očkovali kandidátskými vakcínami, pak na ně nasazovali klíšťata, postupně odebírali myším krev, sledovali přítomnost borelií v krvi, kultivovali je ze vzorků kůže a ledvin - aby získaná data byla co nejuplněnější.

Kdy pomůže očkování?

Během čtyř let v českobudějovickém Parazitologickém ústavu otestovali sedm kandidátských vakcín.

Mezitím se do práce na vývoji vakcíny proti lymfské borelióze středoevropského typu pustil i vídeňský tým výzkumníků, vedený doktorem Ianem Liveym. Rakousko má již dlouhou tradici ve výzkumu a výrobě vakcíny proti klíšťové encefalitidě (je oblíbenou vakcínou i u nás). Ani zde však nemají

patričné zkušenosti s laboratorními chovy klíšťat. Tu mají českobudějovičtí parazitologové.

Livey a Luft - to jsou dnes dva úzce spolupracující týmy. A při klíštěcích experimentech se spoléhají i na českobudějovickou laboratoř. „Naším vkladem byla i znalost lokalit s vysokým výskytem klíšťat nakažených původcem lymfské boreliózy. V jižních Čechách víme, kam jít a kde nasbírat klíšťata, z nichž nakaženo je až 80 procent - z toho i tři čtvrtiny druhem *Borrelia afzelii*. Za těchto podmínek se lze spolehnout, že ochranný účinek prokázáný v experimentu u kandidátních vakcín se uplatní i v reálné situaci,“ vysvětluje profesor Libor Grubhoffer.

Globální vakcína

O prvních výsledcích informoval Benjamin Luft již v roce 2001. Na prestižním parazitologickém kurzu v Českých Budějovicích tehdy přednášel o chimérických vakcínách. To jsou vakcíny, kde jsou úseky dvou nebo více imunitně aktivních proteinů (bílkovin) sešity dohromady a vytvářejí tak „umělý“ antigen (schopný vyvolat v těle tvorbu protilátek).

Luft je podle profesora Grubhoffera na stopě globální vakcíny. Tě, která nebude pouze regionální, ale ochrání očkovaného člověka proti lymfské borelióze v Číně, stejně jako v USA a Evropě.

Ian Livey pracuje se svým týmem v Rakousku na vakcíně proti lymfské borelióze, jež je založena na jednom konkrétním proteinu bakterie lymfské boreliózy.

Tě podle Grubhoffera zůstává handicap regionálnosti. „Bude spolehlivě chránit, ale jen v našem středoevropském prostoru. Testy na zvířatech dopadly výborně, a proto kolega Livey získal povolení rakouských úřadů na klinické testy. Měly být na dobrovolnících započaty na podzim,“ vysvětluje. Jednodušší rakouská vakcína by tak mohla být k dispozici v roce 2010.

Cesta chimérických vakcín se jeví jako správná cesta ke globální vakcíně, nicméně je mnohem složitější. Kdy bude hotova?

„To je zatím ve hvězdách. Velká diskuse na téma globální vakcíny se rozvinula v červnu tohoto roku, kdy jsme u nás na univerzitě v Českých Budějovicích pořádali první ročník mezinárodní Letní školy molekulární vektorové biologie. Právě zde oba zmínění badatelé referovali také o chystaných vakcínách proti lymfské borelióze.

Testy na zvířatech dopadly výborně, zkoušky na dobrovolnících začnou na podzim. Vakcína, která bude spolehlivě chránit v našem středoevropském prostoru, má být k dispozici v roce 2010.

Bleskový americký test umí určit pohlaví už v pátém týdnu

Mezi odborníky a aktivisty to budí obavy, že přibude potratů

„Bude to kluk, nebo holka,“ ptají se nastávající maminky od nepaměti. Revoluční test, který v USA přišel na trh tento měsíc, jim slibuje jistou odpověď prakticky v okamžiku, kdy zjistí, že jsou těhotné. Stačí k tomu jediná kapka krve matky, odebraná již v pátém týdnu těhotenství.

Na poplach ale bijí protipotratové skupiny. Mají obavy, že snadnost celé záležitosti povede k nekontrolované eugenice neboli pokusům o zkvalitňování populace - rodiče zkrátka těhotenství ukončí, pokud si budou přát dítě jiného pohlaví. „Můžete kolem toho chodit po špičkách, ale skutečnost je taková, že jsme zahájili kšeftování s volbou pohlaví,“ říká Arthur Caplan, bioetik z Pensylvánské university.

Spolehlivost prý na 99,9 procenta

Společnost, která za produktem Baby-Gender-Mentor stojí, zavádí test na trh s neviným reklamním sloganem: rodiče prý alespoň včas rozhodnou, zda vymalovat ložnici narůžovo nebo namodro. Revoluční test stojí v přepočtu sedm tisíc korun a holedbá se přesností 99,9 procenta.

Do ČR by se mohl teoreticky dostat nejdříve za několik měsíců, nejspíše do roka. Podle platných norem jej nejprve musí certifikovat Evropská unie, a později ještě Česko.

Dosavadní metody mohly určit pohlaví teprve v okamžiku, kdy jsou na ultrazvuku rozpoznatelné genitálie plodu, tedy nejdříve po šestnácti týdnech těhotenství. V pátém týdnu těhotenství ale embryo není větší než dva a půl centimetru a žena nezdíka vůbec netuší, že je v jiném stavu. Baby-Gender-

HIPP 2xA5, mléka + kaše



Mentor však v její krvi spolehlivě odhalí přítomnost chromozomu Y, neomylnou známku, že to bude chlapec.

Selekce pohlaví byla až dosud problémem sužujícím především asijské země. Zejména v Číně je upřednostňování chlapců cestou k zpomalení populační exploze a nezřídka vede k zabíjení nenarozených děvčátek. Také statistická čísla z Indie mluví jednoznačně. V aglomeraci Dillí se na tisíc chlapců rodí jenom 762 dívek, což je důkazem, že mnohé ženy volí potrat tak dlouho, dokud se nedočkají chlapce.

Majitelka licence na Baby-GenderMentor a prezidentka společnosti Pregnancystore.com Sherry Bonelliová však tvrdí, že v západní společnosti žádné takové nebezpečí nehrozí. „Naší cílovou skupinou není nikdo jiný, než rodiče, kteří nemají dost trpělivosti čekat, jaký potomek je na cestě. A pokud jim osud uchystá zklamání, pak jim vlastně prodáváme potřebnou časovou lhůtu navíc, aby se s ním vyrovnali,“ vysvětluje Bonelliová.

Organizaci jako Amerika spojená pro život, odmítající potraty, takové vysvětlení ale nikterak neuklidňuje. Podle ní trh navíc brzy zaplaví i další testy, založené na zjišťování DNA plodu. Mohly by například zjišťovat akutní genetické defekty embryí, například Downův syndrom.

To prý povede k růstu potratů. „Cítíme morální nadřazenost nad Sparfany, házející neduživé jedince z Terapijské skály, sami ale otevíráme dveře v konečném důsledku neméně brutálnímu jednání,“ uvedl mluvčí společnosti Daniel McConchie.

Tuberkulóza se maskuje

Původce nemoci vzdoruje lékům pomocí makety DNA

Nečekaný způsob ochrany před účinkem antibiotik odhalil u bakterie, která způsobuje tuberkulózu, americký biochemik John Blanchard z newyorské Albert Einstein College of Medicine.

Odolnost vůči antibiotikům představuje ožehavý problém současné medicíny. Počet mikrobů rezistentních k lékům roste a farmaceutické firmy nestačí vyvíjet nová antibiotika, která by mohla nahradit ta, jež ztratila na účinnosti, protože mikroorganismy si na ně dokázali „zvyknout“.

V případě tuberkulózy je ofenziva rezistentních kmenů zvláště znepokojivá. Odhaduje se, že z osmi milionů lidí, kteří ročně onemocní tuberkulózou, jsou čtyři procenta nakažena bakterií, která odolává přinejmenším jednomu ze základních antibiotik.

John Blanchard odhalil u původce tuberkulózy gen, díky němuž si bakterie vyrábí krajně nezvyklou ochrannou bílkovinu. Její molekula připomíná tvarem i povrchovým elektrickým nábojem dvojitou šroubovici DNA. Touto „falešnou DNA“ si bakterie kryje místa zranitelná antibiotiky.

Pro dobré fungování genů potřebuje bakterie enzym zvaný gyráza. Ten jezdí po dvojitě šroubovici „popsané“ dědičnou výbavou jako jezdec zipu a vlákna DNA přitom nejprve „rozepíná“ a vzápětí hned zase „zapíná“. Některá antibiotika se vážou na gyrázu a na ni napojenou DNA a nedovolí, aby enzym rozepnutou dvojšroubovici opět zapnul. Bakterie s takto „nedopnutou“ DNA nakonec hyne.

Původce tuberkulózy si chrání gyrázu tak, že ji spojí s bílkovinnou atropou DNA. Pak už antibiotikum nemůže napadnout enzym pro bakterii životně důležitý. „Je to úžasný způsob, jak může bakterie získat rezistenci k antibiotikům,“ komentoval objev kanadský biochemik Gerry Wright.

Není tomu ovšem tak, že by si bakterie tuto zbraň vyvinuly v průběhu „zavodů ve zbrojení“ s lidmi. Falešnou DNA užívali dávno před tím, než jsme jim vyhlásili válku antibiotiky. Využívají ji pro vypínání a zapínání genů. Shodou náhod - šťastných pro bakterii a nešťastných pro člověka - se bílkovinná atropa DNA hodí i k ochraně před léky.

Falešná DNA ale může paradoxně stát také u zrodu zcela nového typu antibiotika. Farmakologové už zkoušejí vyrobit malé molekuly podobné bílkovinné atropě a hledají mezi nimi takové, které se budou spolehlivě lepit na gyrázu.

Vyřadily by tak enzym ze hry a původce tuberkulózy by zahubily. Zabíraly by zřejmě proti širokému spektru infekčních chorob, protože bílkovinný „model“ dvojitě šroubovice používají k řízení genů i další mikrobi.

I N Z E R C E

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

Hledám pediatra

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

Přijmeme sekundárního lékaře

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

Kontakty: telefon: 315 637 111 - ústředna, 315 637 337 - personální odd. fax: 315 684 212, e-mail: nemocnice@almeda.cz *Ev.č. 36-10-05*

NZZ přijme PLDD

Nestátní zdravotnické zařízení přijme na plný pracovní úvazek PL pro děti a dorost do zavedeného obvodu v Praze 4.

Tel.: 241 444 753, paní Rohlová, 8 - 17 hodin. *Ev.č. 40-06-05*

Odkoupím praxi PLDD

Dětská lékařka s licencií odkoupí praxi PLDD v okresech Olomouc, Prostějov, Přerov. Případně přijme asistentské místo s perspektivou odkoupení praxe v budoucnu. Tel: 723 255 125. *Ev.č. 29-06-05*

Hledám praxi s možností odkoupení

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

Přenechám praxi PLDD

Přenechám zavedenou praxi PLDD v okrese Nový Jičín, termín dle dohody. Bližší informace na tel.: 728 133 047 po 18. hod. *Ev.č. 31-08-05*

Přijmu asistentku

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

Daruji sterilizátor

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

Hledáme pediatra na částečný úvazek

Pro soukromou pediatrickou praxi v Roztokách u Prahy (okr. Praha- západ) hledáme lékaře/lékařku pediatra na částečný úvazek (0,5 s možností jeho budoucího rozšíření). Požadujeme: LF, I. atestace v oboru pediatrie, vstřícný přístup ke klientům, základní uživatelskou znalost práce na PC.

Nabízíme: zajímavou a odpovědnou práci v přátelském prostředí, podmínky pro osobní a profesionální rozvoj, dobré finanční ohodnocení. Nástup možný dle dohody - od listopadu či prosince 2005. Tel: 608 284 740 *Ev.č. 37-10-05*