

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

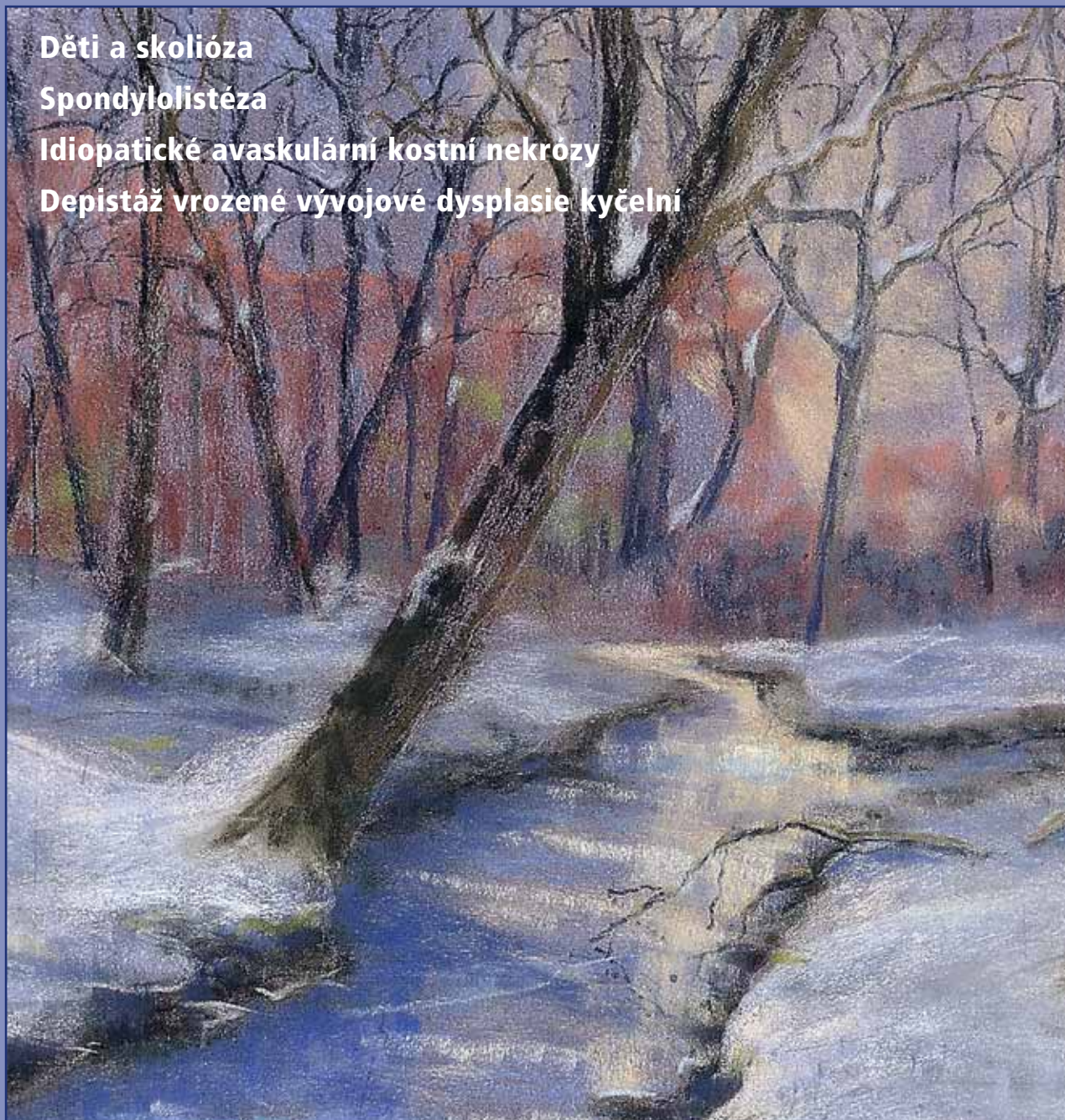
leden 2007 ■ číslo 1 ■ ročník 7

Děti a skolióza

Spondylolistéza

Idiopatické avaskulární kostní nekrózy

Depistáž vrozené vývojové dysplazie kyčelní



ZENTIVA

Johnson's
baby



Orion Diagnostica

Hefo

Sunar



OSPDL ČLS JEP

nejčtenější časopis
dětských lékařů

(Promediamotion,
Medical Research
2005)

Nutricia - Hami IMF

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

Vydavatel:

Sdružení praktických lékařů pro
děti a dorost ČR, o.s.

Odborná garance:

Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS J.E.P.

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s.r.o.

(vox@imedix.cz; GSM: 777 281 866)

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

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 písemným 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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc prosinec 2006	5
Koalice soukromých lékařů a aktuální informace	5
Co mění od ledna nový Zákoník práce	12
Meeting CESP/ESAP za účasti našich zástupců	14
Analýza situace v primární péči ČR	16
Primární péče v Evropě má problémy	17



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP	19
MUDr. Ing. J. Němec, doc. MUDr. P. Korbelář, CSc. Děti a skolióza	22
MUDr. P. Chládek, MUDr. V. Řeháček Depistáž vrožené vývojové dysplazie kyčelní	26
doc. MUDr. I. Mařík, CSc. Idiopatické avaskulární kostní nekrózy	29
doc. PaedDr. P. Kolář Spondylolistéza	39
Zajímavosti ze světa odborné literatury	46



Aktuality	47
Řádková inzerce	50
Znalostní test č. 5/2006 - vylosovaní výherci	50

Příloha:

Vyhláška č. 619/2006 Sb.

„Úhradová vyhláška pro rok 2007“

střed



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s.r.o.

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namalovala ústy Alison Lapper



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolte mi drobné shrnutí. Před rokem v tomto čase jsme stáli před situací, jak se vypořádat s tzv. Rathovými vyhláškami. Byla vyhlášena nucená správa na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu. Platby této pojišťovny byly vypláceny s více než dvouměsíčním zpožděním. Absolvovali jsme řadu jednání, na kterých nám byla vnučována představa nutnosti korekce naší péče na vyhláškou stanovené limity. V ordinacích jsme vyvěšovali plakáty s titulkem „Novoroční dárek doktora Ratha“, náš nesouhlas nakonec vyústil v únorové protestní shromáždění na Staroměstském náměstí.

Většina poskytovatelů zdravotní péče pochopila, že situace se stává neúnosnou, byl vytvořen nejdříve krizový štáb lékařů, později i krizový štáb zdravotníků-nelékařů. Sjednocení zdravotníci dali svou nespokojenost najevo v květnovém pochodu Prahou. Limity trvaly dál, došlo pouze k určitému změkčení novou úhradovou vyhláškou. Termíny splatnosti byly bohužel zkracovány nesystémovými injekcemi, základní rozpory systému řešeny nebyly. V důsledku nekompetentních činů odpovědných osob byl vedením Všeobecné zdravotní pojišťovny pověřen dr. Horák.

Pozice ministra Ratha se zdála neotřesitelná a velice pevná. Všichni jsme s napětím očekávali, zda volby přinesou tolik potřebné změny. Naděje, bohužel, nebyly naplněny, ba právě naopak. Dopad úhradových vyhlášek byl a je pro praktické lékaře naprosto katastrofický.

Něco se přeci jenom změnilo ...

Protože pro druhé pololetí neexistoval žádný předpis, který by stanovil, jak a v jaké výši bude námi poskytovaná péče hrazena, domnívali jsme se, že aktivní komunikací s pojišťovnami se nám podaří odstranit nesmyslnosti, které přinesly tzv. Rathovy vyhlášky. Obhajovali jsme pojišťovací systém s existencí více zdravotních pojišťoven před Rathovým modelem Národní zdravotní služby, stáli jsme na jejich straně. Pojišťovny si toho ale nejspíše nevšimly, naopak. Zhlédly se v modelu, který určil poměrně striktně limity maximálních úhrad ve většině segmentů. A to i díky možným „tučným ziskům“ v podobě regulací.

Zaskočení a vystrašení zdravotničtí pracovníci, především lékaři, se začali obávat své pacienty léčit. Péče se začala odkládat, systém proto dále šetřil. Některé pojišťovny začaly skutečně regulace realizovat. Mediálně nejvíce komunikovaný byl počín OZP. Poté začaly být zdravotní pojišťovny poněkud zdrženlivější, začala se objevovat vyhlášení, regulace byly významným způsobem omezeny.

Domnívali jsme se, že pojišťovny pochopily křehkost partnerských vztahů trojlístku poskytovatel zdravotní péče, pojišťovna a pacient. Opak byl pravdou, byly aplikovány restriktce výhradně na straně poskytovatelů zdravotní péče. Lékaři byli vnímáni jako vazalové pro tvorbu jejich zisků (myšleno zisky pojišťoven). Všeobecné zdravotní pojišťovně s narůstající ekonomickou silou narůstalo i její sebevědomí. Vánoční odměnou lékařům byl „netradiční“ dárek, který pod stromečkem obdržely. Toto neobvyklé překvapení připravilo mnoho lékařů a jejich rodiny o vánoční atmosféru, pohodu a klid. Místo toho přineslo atmosféru strachu, stresu a velkého smutku.

Co my na to ...

Pokud pojišťovna/y nezmění svou rétoriku - už se umíme bránit. Poučili jsme se z minulých období. Svědčí o tom i změna komunikace VZP ČR. Sebevědomá prohlášení ředitele VZP ČR z konce roku vystřídala umírněná vyhlášení o zastavení regulací v duchu „já nic, já muzikant“.

Výzva

Vážené kolegyně a vážení kolegové, budme rovnocennými partnery zdravotních pojišťoven!

Každý jednotlivý hlas lékaře je zcela zásadní. Sdružení to bez Vaší pomoci dále nezvládne...

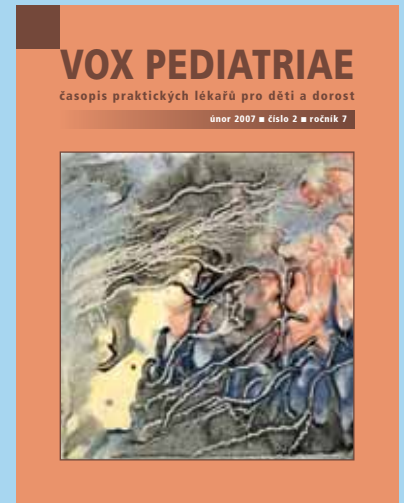
S úctou ke všem, kteří se přestali bát říkat nahlas svůj názor,

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR, o.s.

Využití inhalačních kortikosteroidů při léčbě dětského astmatu

Nežádoucí účinky inhalačních kortikosteroidů

Spolupráce PLDD s alergologem



seznam inzerujících firem

ANAG
ASTELLAS PHARMA
BEAUFOUR IPSEN
BOIRON
HERO
HIPP
NUTRICIA
STIEFEL
SERVIER
WWW.BABYONLINE.CZ
WYETH
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

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

Členy Výboru zpravidla

zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

8,00 - 12,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

15,00 - 18,00 - MUDr. Eva Vitoušová

Středa

16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová

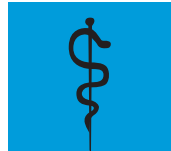
15,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn

17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Čtvrtek

11,00 - 14,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc prosinec

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Prosinec bývá standardně ve svých dvou třetinách přípravou na nejkrásnější svátky roku, vánoce a vůně cukroví přináší zpravidla pohodu, klid a lásku. Letošní vánoce ale mnoha praktickým lékařům pro děti a dorost narušila VZP svým oznámením o několikadesetitisícové srážce. Podaří se někdy změnit přístup této pojišťovny k praktickým lékařům? Jak si se vzniklou situací lékaři poradí? Dokáží zahájit ozdravný proces s touto zdravotní pojišťovnou? Jistě zajímavý podnět pro mnohá novoroční předsevzetí...

4.12. - zasedala Rada společnosti IZIP, probírány byly především nové formy a možnosti spolupráce, k 1.1.2007 by měla být ukončena exkluzivita pro pojištěnce VZP, je aktivně jednáno s ostatními ZP

6.12. - proběhlo akutní jednání s HZP, tato pojišťovna bez upozornění, resp. oznámení, uplatnila ne zcela jasné regulace, dopis s nepříliš pochopitelným vysvětlením následoval až po vlastním uplatnění srážky; způsob reakce i výstupy se nápadně podobaly situaci s OZP...

7. - 8.12. - v Praze proběhla konference o telematice, v rámci ní jsme si opět připomněli, jak rychle se k nám blíží digitalizace života, s fonendoskopem a tužkou v kapse brzy v žádné ordinaci již „nepřežijeme“; zajímavé semináře a vystoupení nicméně ukázaly, jaké možnosti digitální přenos dat může pro ordinaci přinést

8.12. - Předsednictvo Sdružení řešilo svízelnou situaci zejména v jednáních s VZP, na programu byla řada dalších problémů v regionech, dominance situace kolem VZP ale jednoznačně převládla i na všech regionech

12.12. - na jednání se zástupci ZP MV jsme se snažili najít průsečík mezi našimi požadavky a možnostmi této pojišťovny, úspěchem bylo oznámení, že „vratky“ za výkony tato pojišťovna uplatňovat skutečně nebude

13.12. - s VZP stále hledáme východisko z patové situace v úhradách, stále se nedaří dohodnout o vypořádání roku 2006, trváme na jednání se správní radou

18.12. - za vydatného přispění 1. náměstka ministra zdravotnictví a zároveň předsedy správní rady VZP Bc. Marka Šnajdra se podařilo dohodnout s vedením

VZP, že tato pojišťovna vyplatí praktickým lékařům všechny prostředky, které pro ně byly vyčleněny zdravotněpojistným plánem, tato dohoda byla později vykládána ze strany VZP jako dohoda o vypořádání se s rokem 2006, já osobně ji chápu jen a pouze jako závazek vyplacení odpovídající sumy segmentu PL, ostatně nic jiného dohodnuto v podstatě nebylo

19.12. - jednala Koalice soukromých lékařů a její krizový štáb, výstupy zveřejňujeme na jiném místě

28.12. - přes vánoční čas pokračují jednání se zdravotními pojišťovnami o úhradách, se ZP MV jsme řešili podklady pro rozhodnutí správní rady této pojišťovny, budou i nadále PL předmětem zájmu této pojišťovny?

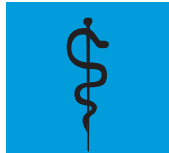
Odborné semináře regionu Praha a Střední Čechy v roce 2007

Semináře se konají každý 1. čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Praha 2, Sokolská 31, Stanice metra „C“ I. P. Pavlova.

Od 16.30 do 18.00 hodin odborná část.

Od 18.00 do 19.00 hodin profesní problematika.

- 4.1.2007 **Psychiatrická problematika v činnosti PLDD (nové přístupy);** MUDr. Ondřej Pěč, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET
- 1.2.2007 **Novinky v dětské urologii;** Doc. MUDr. Kočvara, Urologická klinika Praha
- 1.3.2007 **Hematologie** (transplantace kostní dřeně); Prof. MUDr. Jan Starý FN Motol
- 5.4.2007 **Konference SPLDD Praha a Středočeský kraj**
- 3.5.2007 **Chirurgie I. část;** MUDr. Karel Harvánek, Nemocnice na Bulovce
- 7.6.2007 **Chirurgie 2. část;** MUDr. Karel Harvánek, Nemocnice na Bulovce
- 6.9.2007 **Novinky v neodkladné péči pro PLDD;** Doc. MUDr. Ivan Novák, praktický lékař pro děti a dorost
- 4.10.2007 **Dětský pacient v ordinaci praktického zubního lékaře;** MUDr. Zdenka Šustová
- 1.11.2007 **Problém obezity v dětském a adolescentním věku;** PhDr. Iva Málková STOB
- 6.12.2007 **Roztroušená sklerosa u pacientů v adolescentním věku;** MUDr. Martina Kovari, RS centrum, Neurologická klinika ILF



Koalice soukromých lékařů a aktuální informace

Leden sice nepřinesl ochlazení v podobě sněhu a zimních radovánek, přinesl však výrazné ochlazení vztahů mezi praktickými lékaři pro děti a dorost a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Lékaři na mnoha místech republiky nemohou pochopit, proč a jakým způsobem jim Všeobecná zdravotní pojišťovna nadělila vánoční dárek v podobě oznámení o uplatnění několikadesetitisícových srážek. Co vše se tedy odehrálo?

■ I. Stručná rekapitulace důležitých mezníků

6.9.2006 byla podepsána dohoda o způsobu o výši úhrad na rok 2007

Tato dohoda byla uzavírána za situace výrazného nátlaku ze strany tehdejšího ministra Dr. Ratha a měla ambice zajistit alespoň minimální nárůst úhrad praktickým lékařům (ve výši cca 5%) a znovuzavedení bonifikací. Součástí této dohody bylo, že je prostor pro další upřesnění a modifikaci. Možnost úprav dohody byla i potvrzena úhradovou vyhláškou vydanou ministrem Julínkem.

27.11.2006 proběhlo jednání krizového štábu Koalice soukromých lékařů s vedením VZP, na kterém bylo dohodnuto neuplatnění regulací na léky i vyžádanou péči, do té doby nebyl o tomto žádný písemný doklad.

18.12.2006 proběhlo jednání za účasti obou sdružení PL, vedení VZP a předsedy správní rady VZP a 1. náměstkyně ministra zdravotnictví za účelem dořešení problematiky úhrad roku 2006. Vedení VZP jednoznačně prohlásilo a předseda správní rady potvrdil, že limitem pro maximum úhrady je zdravotněpojistný plán, zároveň se ale zavázalo vyplatit veškeré prostředky tímto zdravotněpojistným plánem pro segment PL vyplatit. Zároveň byla potvrzena dohoda s krizovým štábem Koalice soukromých lékařů o neuplatnění regulací na léky a vyžádanou péči v případě podepsání dodatků. Jakékoliv změny v úhradách za 1. pololetí byly odmítnuty. Cílem tohoto jednání bylo eliminovat rizika hrožící ze strany VZP - tj. např. že uplatní regulace dle typu dodatku, tj. i jen dle původní vyhlášky 550, ale hlavně, že vyplatí praktickým lékařům vše, na co mají ze zdravotněpojistného plánu nárok. Původně VZP dávala návrh na vyplacení části bonifikací

(celostátní průměr + dobrá praxe, započítány nebyly okresní průměry), toto však nepřipravila dle původní dohody a nemohlo tedy ani dojít k případnému snížení „vratek“. Jedná se tedy pouze o dohodu, že VZP vyplatí praktickým vše, co pro ně plánovala a už vůbec nejde o nějakou kompenzaci.

VZP „nadělila“ většině praktickým lékařům vánoční dárek v podobě zahájení rozesílání informace o vratkách, regulacích na výkony mimo kapítaci a na nepravděpodobnou péči.

Společné výbory obou sdružení PL vyhlásily 27.12.06 krizový stav a vyzvaly ZP k jednání o řešení situace

Lékaři okresu Uherské Hradiště se sjednotili a iniciovali diskusi s VZP - viz níže

Někteří naši kolegové z Jižních Čech uvažují o reálném vypovězení smlouvy s VZP - jsou již činěny konkrétní kroky

Skupina lékařů z oblasti Vysočina vybrali mezi sebou cca 100 000 Kč a chystají žalobu do Štrasburku na stát pro nezajištění ochrany fungování zdravotnických zařízení

Dr. Horák ve svém dalším tiskovém prohlášení přiznává chybu ve výpočtu ze strany HP, omlouvá se dopisem praktickým lékařům (viz níže), nařizuje pozastavení rozesílání dopisu s regulacemi. Ty ovšem chodily a byly rozesílány stále dál....

VZP rozesílá prolongační dodatek s platností do konce roku 2007, ovšem s přidáním posunutí termínu splatnosti faktur. I když prodloužení splatnosti bylo dohodnuto v nové rámcové smlouvě, bylo a je součástí dalších ustanovení této smlouvy. Izolované vytržení tohoto jediného ustanovení je

výrazně účelové pro deklaraci zlepšení cash flow VZP.

9.1.2007 se sešli zástupci krizového štábu Koalice soukromých lékařů s vedením ministerstva zdravotnictví a předložili návrhy na řešení vzniklé situace (viz níže)

Hlavní důvody protestů proti VZP:

- Výkony prevence a očkování jsou ze zákona nárokovatelné i frekvenčně omezené, nejsou možné spekulace, jsou žádoucí, proto nutná úhrada v plných cenách, VZP omezuje platbu jako jediná

- Výkony za neregistrované jsou péčí akutní a není možné ji ekonomicky omezovat, tj. je nutno jí proplácet a v plných cenách; stejné výkony jsou i VZP v plných cenách placeny, pokud jsou provedeny v rámci LSPP, znamená to snad, že v ordinacích praktických lékařů je tato péče horší než na LSPP?

- Výkony končící ..1 jsou vstupní vyšetření při převzetí do péče, omezení této úhrady znamená, že VZP nemá zájem o registraci nových pacientů nebo omezuje pacienty v jejich svobodné volbě lékaře

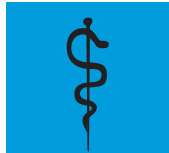
- Součástí dohody o cenách na rok 2007 je i možnost úprav, popření tohoto je popřením této dohody ze strany VZP

- Dohoda z 18.12.2006 není dohodou o cenách, ale dohodou, že VZP vyplatí praktickým vše, co jim bylo učeno zdravotněpojistným plánem

- Dodatky prolougující smlouvy do konce roku 2007 s účelově podsouvaným ustanovením o prodloužení termínů splatnosti faktur

- Zpochybněna vyúčtování VZP - chyba HP? Co předchází období....

- Informace o nutnosti dodržet vyhlášku v 1. pololetí 2006 zpochybněno vlastním dodatkem VZP pro 1. pololetí 2006, v určitých bodech se totiž i on od vyhlášek odchyluje



a jistě není přípustné rozdělení na „menší“ či „větší“ nedodržení vyhlášek

■ Informace vedení VZP, že budou vratky praktikům čímsi kompenzovány není pravdivá, nejde o žádnou kompenzaci, ale jen a jen o závazek z 18.12.06 vyplatit vše, co pro segment PL určil zdravotněpojistný plán

Všechny ZP byly osloveny k projednání cenového dodatku na rok 2007 návrh odeslán, ZP vyzvány k urychlenému jednání

Na 26.1.2007 je svoláno na 14 hod jednání krizového výboru praktických lékařů - bude vyhodnocen postup ZP a bude rozhodováno, co dál.

■ II. Dopis ředitele VZP ČR předsedům SPL ČR a SPLDD ČR

V Praze dne: 3. 1. 2007

Vážený páni předsedové,

Všeobecná zdravotní pojišťovna při auditu vyúčtování přeplatku praktických lékařů pro děti a dorost zjistila, že vinou firmy Hewlett Packard došlo k chybě v číselníku, který je součástí výpočtu. Touto chybou byl výpočet ovlivněn.

Jménem Všeobecné zdravotní pojišťovny se omlouvám všem lékařům, kteří nepřesně vyúčtování obdrželi.

Naše dohoda ze dne 18. 12. 2006 bude VZP dodržena a veškeré finanční prostředky v souladu se zdravotně pojistným plánem budou vyplaceny.

Po dohodě s Vámi chceme zvolit postup, který umožní korektní vyúčtování roku 2006 co nejdříve a zajistí, aby nikdo ze smluvních partnerů nebyl poškozen.

S ohledem na zjištěnou chybu ve vyhodnocení regulací se jejich uplatnění s okamžitou platností pozastavuje.

Kontrola správnosti vyúčtování bude provedena u obou odborností, tj. 001 a 002, pozastavení se proto vztahuje na obě tyto odbornosti.

VZP rovněž individuálně zohlední všechny případy, kdy lékaři poskytli více péče nebo prevence svým pacientům než v minulém období a dojde k tomu, že taková praxe by byla vyúčtováním postižena.

Cílem VZP je jednoduchý, předem známý způsob hrazení zdravotní péče, který nebude

závislý na složitých výpočtech prováděných až po skončení období. Vyhláška 619/2006 Sb. ze 30. 12. 2006 tuto možnost připouští.

Dovolím si Vás oslovit s návrhem termínu našeho společného jednání a to v průběhu příštího týdne, kdy budeme mít k dispozici všechny informace potřebné pro stanovení dalšího postupu. Ještě jednou se Vám za vznik této situace omlouváme, nicméně jsme přesvědčeni o tom, že naše vzájemné vztahy by se měly odvíjet v duchu uzavřených dohod. Způsob medializace v posledních dnech roku 2006 nepřispěl k větší informovanosti jednotlivých praxí o podstatě problému, nevytvořil vhodné prostředí pro uplatňování našich dohod a zbytečně situaci vyhotil. Rozhodně však neovlivnil odhalení chyby dodavatele.

Věřím, že naše vzájemné vztahy budou založené na důvěře v korektní postup protistrany.

MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA
ředitel VZP

■ III. Protest praktických lékařů pro děti a dorost okresu Nový Jičín proti postupu VZP

V posledním roce došlo k vyhocení situace ve vztazích VZP k praktickým lékařům.

Postrádáme snahu o jejich konstruktivní řešení. Jedná se o tyto nejzávažnější problémy:

Nesouhlasíme s regulačními opatřeními za první pololetí roku 2006, kdy se pojišťovna snaží lékařům strhávat finanční prostředky hlavně za výkony prevencí - preventivní prohlídky, očkování. Provádění těchto výkonů je nařízeno ze zákona, lékaři proto nemohou jejich provádění nijak omezovat či regulovat.

VZP jako jediná ze zdravotních pojišťoven se snaží snižovat uhrazenou cenu těchto výkonů. Neobstojí tvrzení ředitele Územní pobočky Nový Jičín, že nám pojišťovna platí za méně práce více peněz. Praktičtí lékaři pro děti a dorost jsou zvyklí pracovat na 100 % a předpokládají, že za svou práci dostanou zapláceno v řádné výši a včas! Důkazem pro toto tvrzení jsou výsledky dřívějších komplexních sledování nákladovosti ordinací praktických lékařů pro děti a dorost (GIP), kde se zcela zřetelně v položce tzv. dobré praxe pohybovalo číslo provedených JPP nejprve od 3 let věku dítěte, později od 5 let věku dítěte

na 99%. Pojišťovna navíc nesledovala provádění dalších JPP ve věkových kategoriích od 0 do 2 let věku. Na tuto věkovou kategorii připadá dalších 10 JPP na 1 dítě. Nutno podotknout, že řádné provádění JPP vede k včasnému odhalování možných zdravotních postižení a značnému snížení následných nákladů na léčení nepodchycených onemocnění.

Další finanční prostředky šetří pojišťovně očkovaním nadstandardních očkovaní, kdy např. naočkováním Infanrix Hexa šetří praktický lékař zdravotní pojišťovně až 300 Kč na dítě a státní kase 3500 Kč za ušetřený Tetract-HIB, Engerix vakcinu a Sabinovu vakcinu.

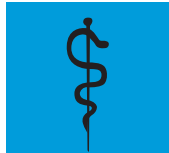
Začátkem roku 2007 nejsou doposud uzavřeny dodatky k smlouvám, nemáme vyřešené cenové ujednání, neznáme cenu své práce. Hrozí obdobná situace jako v roce 2006, kdy až po roce jsou lékaři nespravedlivě „regulováni“ za řádně odvedenou práci.

Pojišťovna přes uzavřené dohody, že bude hodnotit celý rok 2006, že vyplatí ušetřené prostředky za bonifikace, dává praktickým lékařům pro děti a dorost 22.12.2006 vánoční dárek v podobě mnohasettisícových regulací. Chceme jednoznačně stanovenou cenu práce a srozumitelné smluvní a cenové ujednání bez nesrozumitelných vzorců a složitých výpočtů různých bizarních regulací.

Protestujeme proti jakýmkoliv pokusům VZP regulovat zdravotní péči na straně poskytovatelů. Lékaři nemohou být přece finančně trestáni za to, že řádně provádějí svou práci.

Pokud VZP pociťuje nutnost regulování zdravotní péče, je nutno tuto regulaci provádět u jejich konzumentů, ať už formou spoluúčasti, nebo přesným definováním rozsahu zdravotní péče hrazené pojišťovnou. V případě snahy o pouze částečnou úhradu preventivních prohlídek a očkování je třeba stanovit jasnou část úhrady pojišťovny a podíl hrazený pacientem. Obdobně je potřeba vyřešit úhradu nepravdivé péče, vzhledem k tomu, že se jedná pouze o akutní nepředvídatelnou péči, není možná její regulace u poskytujících lékařů (za předpokladu, že ji chce VZP hradit). Není taky možné pacientům neustále tvrdit, že na všechno mají nárok a potom za preskripci takovýchto „nárokových“ položek postihovat lékaře (hlavně se jedná o inkontinentní pomůcky, jejichž preskripci lékaři považujeme za zcela nepotřebnou).

Žádáme o vedení jednání s lékaři jako



s rovnocennými partnery a ne jako s nevolníky, kterým jsou zpětně vnučovány k podpisu pro ně nepřijatelé různé smluvní a cenové dodatky bez možnosti jakékoliv diskuze o nich.

V Novém Jičíně, 4.1.2007

Za praktické lékaře
pro děti a dorost okresu Nový Jičín
MUDr. Michal Pukovec

■ IV. Otevřený dopis Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR

Ministři zdravotnictví ČR,
Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže ČR

na vědomí:
ředitelům zdravotních pojišťoven,
Ministerstvu financí ČR,
Ministerstvu spravedlnosti ČR.

**Věc: Žádost ministru zdravotnictví ve věci
uplatňování regulací za 1. pololetí
2006
Podnět Úřadu pro hospodářskou soutěž**

Vážený pane ministře,

Rada SAS ČR je velmi znepokojena způsobem vyúčtování zdravotnické péče za I. pololetí 2006 zdravotními pojišťovnami lékařům v segmentu ambulantních specialistů. Dostáváme četné stížnosti našich členů, upozorňující na zjevné nespravedlnosti ve vztahu k různým segmentům poskytovatelů zdravotní péče.

Chronologický popis situace:

1) Naše práce byla v I. pololetí 2006 hrazena podle vyhlášky č. 493/2005 Sb. - Seznamu výkonů. Tento seznam navyšuje cenu práce lékaře zhruba o 56% proti sazebníku předchozímu, a to hlavně v části vlastních klinických vyšetření lékařem. Např. některá cílená vyšetření byla nově oceněna 314 body, zatímco dle dříve platného Seznamu výkonů měla hodnotu jen 201 bodů. Šlo tedy o navýšení na 156 % původní hodnoty.

Byla to po dlouhé době očekávaná pozitivní změna, která i finančně uznává význam práce lékaře. Toto nezpochybňujeme a vítáme.

2) Ve stejném měsíci byla vydána tzv. úhradová vyhláška pro I. pololetí 2006 č. 550/2005 Sb., která stanovila 3 typy limitací úhrad:

a) regulace maximální úhrady za výkony, která de facto neguje navýšení ceny práce stanovené výše zmíněnou vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 493/2005 Sb., protože vrací cenu na tuto vyšetření na 103 % z původní hodnoty, např. u cílených vyšetření z 314 na cca 206 bodů,

b) regulace na předepsané léky a zdravotní pomůcky,

c) regulace na vyžádanou péči.

Poslední dvě jmenované znamenaly natolik silnou hrozbu tvrdých finančních sankcí, že vedly k odkládání některých druhů zdravotní péče. Pro poskytovatele i pacienty byly velmi silně stresující. Běžný ambulantní specialista má totiž měsíční finanční obrát v řádech desítek tisíc, zatímco léků předepíše i za stovky tisíc.

Tato vyhláška vyvolala bouři nevole jak ze strany lékařů, tak pacientů.

3) Vyhláška č. 101/2006 Sb., která byla vydána pod silným tlakem lékařské i pacientské veřejnosti, v několika ohledech zmírňuje dopad vyhlášky č. 550/05 Sb. (např. limitaci za výkony uvolňuje z 103% na 105%), obsahuje však mnoho nejasných formulací, jež připouští i několik možných výkladů, což vedlo a vede ke zbytečným sporům mezi poskytovateli a pojišťovnami.

4) Smluvní dodatky pro I. pololetí 2006 byly formulovány několikrát, lékaři je odmítali podepsat. Skutečností je, že byly podepsány pod nátlakem, i když je v textech obvyklá formální věta o svobodné vůli k podpisu. Nepodepsání dodatku bylo také několikrát ze strany pojišťoven užito ke zdůvodnění opoždění plateb za faktury příslušného zdravotnického zařízení, přičemž je známo, že nákladnost provozu ambulance specialisty nedovoluje jeho nezávislost na pravidelných tocích peněz od pojišťoven.

5) V současné době zasílají pojišťovny zdravotnickým zařízením vyúčtování zálohových plateb za I. pololetí 2006. V segmentu ambulantních specialistů se v něm v otázce regulace za výkony striktně drží limitací dle vyhlášek č. 550/2005 Sb. a č. 101/2006 Sb. - limitují ji tedy na 103 resp. 105% roku 2005.

6) Stejně právní předpisy, tedy vyhlášky č. 493/2005 Sb., č. 550/2005 Sb. a č. 101/2006 Sb., platí i pro segment praktických lékařů. Úhradové vyhlášky zde regulují zcela stejným procentem (103 resp. 105) výkony v preventivní péči a očkování. Např. ohodnocení opakovaného komplexního vyšetření (kód 02032) je navýšeno vyhláškou č. 493/2005 z původních 265 bodů nově na 415 bodů (156% předchozího), vyhláška č. 101/2006 Sb. to ovšem vrací na cca 278 bodů.

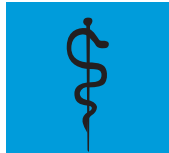
Zdravotní pojišťovny však v tomto segmentu zaujaly zcela odlišný postoj, než v segmentu ambulantních specialistů. Všechny - s výjimkou VZP - od regulace výkonů dle úhradových vyhlášek upustily, výkony praktických lékařů jsou tedy hrazeny při konečném vyúčtování plně podle platného sazebníku - vyhlášky č. 493/2005 Sb..

Všechny tyto skutečnosti nutí Radu SAS ČR vyjádřit následující stanovisko:

Nezpochybňujeme právo praktických lékařů dostat v plném rozsahu zaplacenou preventivní vyšetření. Plně také podporujeme jejich protesty vůči VZP, která se této úhradě brání, i když v poslední době registrujeme, že ze svého původně pevného stanoviska postupně ustupuje. Ohrazujeme se však proti tomu, aby při platnosti stejných zákonných pravidel bylo pro různé skupiny poskytovatelů péče užito různé tvrdých ustanovení. Rozdíly v částkách, které vychází dle vyhlášek č. 493/2005 Sb. a dle č. 101/2006 Sb. nejsou zanedbatelné, jde minimálně o desítky tisíc, přičemž nejen praktičtí lékaři, ale i ambulantní specialisté jsou lékaři vysoce kvalifikovaní. Lékař specialista je lékař se 2. atestací v oboru či nástavbovou specializací, mnozí vykonávají svou práci desítky let.

Na základě výše uvedeného žádáme ministra zdravotnictví, aby vším svým vlivem apeloval na pojišťovny, aby uznaly nárok i ambulantních specialistů na úhradu zdravotní péče u klinických kódů - komplexní, cílené a kontrolní vyšetření - podle platného ceníku, tedy vyhlášky č. 493/2005 Sb. nejen u segmentu praktických lékařů, ale současně také v segmentu ambulantních specialistů.

Zároveň žádáme Úřad pro hospodářskou soutěž, aby popsaný stav posoudil.



Závěrem deklaruji svou připravenost k jednáním v této věci.

V Praze 7.1.2007

Z pověření Rady Sdružení
ambulantních specialistů ČR:

MUDr. Pavel Tautermann,
předseda,

MUDr. Zorjan Jojko,
výkonný místopředseda,

MUDr. Marie Duřpektová,
členka Rady SAS a předsedkyně JM SAS ČR

■ V. Nespokojení lékařů Uherskohradištska

Na úterní (2.1.2007) protest lékařů z Uherskohradištska navázalo hned v pátek jednání v místní pobočce VZP. Asi 60 praktických lékařů pro děti a dorost, praktiků pro dospělé i několik ambulantních specialistů očekávalo odpověď na způsob, jakým VZP naloží s regulačními srážkami. Setkání se zúčastnil i poslanec PČR Ing. Hovorka.

Byl citován výrok ředitele VZP Pavla Horáka, že regulační srážky byly způsobeny softwarovou chybou; vyvolal v auditoriu smích. Ing. Karol Muránsky z VZP v Uherském Hradišti upřesnil, že chyba je jen ve výpočtu regulací pediatriu a v celkovém objemu srážek je zanedbatelná.

Ředitel krajské pobočky VZP ve Zlíně Martin Doležal prohlásil, že je loyální úředníkem a k tomu, zda VZP od srážek v rozsahu desítek, v některých případech až sta tisíc korun upustí, se nevyjádřil. „Kdo chce, hledá způsoby, kdo nechce, hledá důvody“, ozvalo se z pléna.

Členka výboru Spolku praktických lékařů pro děti a dorost Ilona Huleová a šéf zlínských praktiků dr. Nečas informovali o jednáních výborů obou odborných společností, která dosud nepřinesla výsledky. „Je zajímavé, že poskytovatelé zdravotní péče nemají nejen místo, ale ani přístup do správních a dozorčích orgánů naší největší pojišťovny“, zaznělo.

Opakovaně byla vyslovena obava o kvalitu primární péče při nejasných smluvních a platebních podmínkách. JUDr. Čumová z VZP v Uherském Hradišti omlouvala zpoždění platebních dodatků pozdě přijatou legislativou.

Poslanec Parlamentu ČR přislíbil pokusit

se přizvat zástupce lékařů k jednání do rozpočtového podvýboru, ve kterém zasedá. Byl žádán o iniciativu ve věci zdravotnické legislativy, i když mu tato oblast nepřísluší.

V závěru se lékaři zajímali, kdy mohou čekat ujasnění úhrad na letošní rok (údajně do konce ledna 2007) a byla zmíněna i možnost smluvních jednání i v rámci okresu v případě nesouhlasu s centrální dohodou. Toto bylo ředitelem zlínské pobočky VZP Doležalem přislíbeno.

Zúčastnění se rozešli s tím, že další jednání na půdě místní VZP se uskuteční podle dalšího vývoje situace.

Patová situace tedy sice trvá pokud jde o nespravedlivé regulace, ale začala širší diskuse. „Jedná se o systémovou chybu v úhradách zdravotní péče“, zaznělo. Nikdo již nepochybuje o tom, že pokud se nemá zhroutit zdravotní péče, je nutná urychlená a zásadní reforma jejich úhrad, byť by byla jakkoliv bolestná; vřdyť na Slovensku zavedení spoluúčasti konzumentů zdravotní péče přineslo nemalé úspory - mluví se až o 30% nákladů na léky, o vyžádané péči nemluví.

■ VI. Penalizace praktických lékařů je chybná a měla by být zrušena

pro Medical Tribune MUDr. Milan Cabrnach
poslanec Evropského parlamentu, ODS

9. ledna 2007

V posledních týdnech hrozí především Všeobecná zdravotní pojišťovna desetitisíčovými pokutami praktickým lékařům. Tato penalizace je systémovou chybou danou nepochopením a nerespektováním národních priorit a neměla by být uplatněna.

Základem systému zdravotní péče je primární péče, linie prvního kontaktu pacienta se systémem zdravotní péče. Součástí primární péče jsou praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, gynekologové, stomatologové a lékárníci. S primární péčí spolupracuje u nás bohužel velmi málo rozvinutá domácí péče. Teprve v případech, kdy v rámci primární péče nelze zdravotní problém pacienta vyřešit, nastupuje ambulantní specializovaná péče. Analogicky pouze ty případy, které nelze vyřešit ani s využitím ambulantní specializované péče, musí být řešeny v rámci lůžkové péče, tedy hospi-

talizací.

Způsob úhrady primární zdravotní péče je rozmanitý. Od roku 1997 je primární péče poskytována praktickými lékaři (pro dospělé i pro děti a dorost) hrazena prostřednictvím kombinované kapitačně výkonové platby. Tento způsob úhrady nebyl stanoven zákonem ani jinou podzákonnou normou, ale dohodu mezi organizacemi praktických lékařů, VZP a Ministerstvem zdravotnictví.

Základním principem kombinované kapitačně výkonové platby (dále „kapitační platby“) je zahrnutí veškeré běžné léčebné péče poskytované praktickými lékaři do měsíčního paušálu za jednoho registrovaného pojištěnce. Tato měsíční platba „na hlavu“ zohledňuje odlišné náklady na zdravotní péči podle věku pojištěnce.

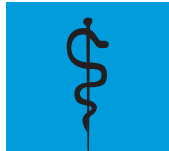
Mimo kapitační paušál jsou ponechány dvě skupiny výkonů. První jsou výkony prevence a druhou výkony, které jsou alternativou odeslání pacienta ke specializovanému lékaři.

Podpora prevence je základní zdravotně politickou prioritou. Vyčlenění výkonů prevence mimo kapitační paušál je tedy logickou praktickou podporou prevence. Lékaři, kteří prevenci provádí, jsou ohodnoceni lépe, než jejich kolegové, kteří se prevenci nevěnují. Je v zájmu občanů, lékařů, pojišťoven i celé společnosti, aby byla preventivní péče prováděna nejméně v tom rozsahu, ve kterém je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Z principu věci není preventivní péče „zneužitelná“ - frekvence pravidelných preventivních prohlídek i frekvence očkování je pevně dána a tyto výkony nelze provádět „navíc“, pojišťovny se tedy nemusí obávat zvýšeného vykazování těchto výkonů.

Je rozhodně nesprávné, aby byli lékaři trestáni za to, že provedli více výkonů prevence než v minulém roce. Jsou dva hlavní důvody, proč může lékař vykázat více výkonů prevence než v minulém roce: má více pacientů, více se prevenci věnuje, případně kombinace obou těchto důvodů. V obou případech je takové chování lékaře prospěšné a trestat jej za to je chyba. Pojišťovna tak tlačí na lékaře, aby nepřijímali nové pacienty a nevěnovali se preventivní péči.

Stejně tak je nesprávné, aby byli praktičtí lékaři trestáni za to, že poskytují svým pacientům určitou péči namísto toho, aby je poslali ke specialistovi. Pro vyjasnění uvedu příklad: některý praktický lékař zažívá ve své ordinaci drobné rány, jiný ve stejných přípa-



dech posílá pacienty k chirurgovi. Lékař, který ránu zašije ve své ordinaci, má bezpochyby právo tuto péči vykázat jako samostatný výkon mimo kapitační paušál. Tímto mechanismem podporujeme, aby praktičtí lékaři rozšiřovali spektrum péče, kterou svým pacientům poskytují.

Pokud praktický lékař poskytne zdravotní výkon namísto odeslání ke specialistovi, má z takového chování prospěch jak pacient, který nemusí cestovat k dalšímu lékaři, tak zdravotní pojišťovna, která by specialistovi musela uhradit nejen tento výkon (zašití rány v mém příkladu), ale i další výkony, přinejmenším výkon klinického vyšetření. Pokud je lékař trestán za poskytování péče nad rámec základního spektra výkonů praktického lékaře, bude logicky takovou péči odmítat, což je systémově nesprávné.

Správné a systémové je hradit plně, v reálných cenách a bez regulací všechny výkony preventivní péče i všechny výkony provedené praktickými lékaři namísto odeslání ke specialistovi v případě, kdy jsou poskytnuty registrovaným pojištěncům. Taková úhrada je prospěšná nejen pro pacienty a jejich praktické lékaře, ale i pro zdravotní pojišťovny a celý systém, společnost.

Stávající právní úprava nebrání poskytovatelům zdravotní péče ani pojišťovnám, aby se na takovém způsobu úhrady dohodli. Tato případná dohoda neohrozí vyrovnané hospodaření zdravotních pojišťoven a prospěje jejich pojištěncům.

Praktičtí lékaři tvoří páteř systému zdravotní péče. Současně nesou zásadní odpovědnost za systém preventivní péče. Úhradový systém musí respektovat jejich roli a motivovat je k plnění úlohy, kterou v systému mají. Optimální řešení je svobodná dohoda mezi poskytovateli a pojišťovnami. Tato dohoda může, jak ukázaly zkušenosti z minulých let, efektivně podpořit smysluplný rozvoj primární péče. Nezbytnou součástí systémového řešení musí být i zapojení pacienta, který musí převzít svůj díl odpovědnosti i v oblasti preventivní péče a musí být přiměřeným způsobem motivován ke zdravému způsobu života a řádné preventivní péči.

■ VII. Jednání Krizového štábu na MZ ČR 9. 1. 2007

Návrh řešení:

Úkolem, ba přímo posláním MZ ČR, je chránit veřejný zájem. Ministr na základě in-

formací o problémech poskytovatelů zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami nabídl Krizovému štábu jednání na půdě MZ ČR.

Ministr byl seznámen s následujícími problémy poskytovatelů:

- regulace úhrad zdravotní péče v roce 2006
- nevyřešené úhrady ve 2. pol. 2006 u většině segmentů
- dodatky prodlužující smluvní vztahy s VZP do konce roku 2007, nestejná lhůta splatnosti
- úhrady a regulace v roce 2007, rozpor mezi dohodami segmentů a zdravotních pojišťoven a vyhláškou MZ ČR
- postup při zavádění sociální pobytové péče
- úhrada léků předepsaných nesmluvními ZZ

Ministerstvo je připraveno v pracovních skupinách posoudit jednotlivé problémy a podílet se na vypracování možných řešení, která budou ve veřejném zájmu.

Tam, kde dojde ke shodě, je ministerstvo připraveno prosazovat dohodnutá řešení prostřednictvím zástupců státu ve správních radách VZP a dalších pojišťoven.

Ministr se zasadí prostřednictvím zástupců státu ve správních radách zdravotních pojišťoven o to, aby veškeré dodatky smluv byly před jejich rozesláním projednány se zplnomocněnými zástupci poskytovatelů.

Ministr a zástupci Krizového štábu se jednomyslně shodli na tom, že příčinou většiny projednávaných problémů je současný stav legislativy, zejména zákona č. 48/1997 a z něj vyplývajících vyhlášek a jedinou cestou vedoucí k principiální nápravě je jejich přepracování.

Krizový štáb navrhuje pravidelná setkávání zástupců poskytovatelů na MZ ČR a preventivní projednávání problémů zdravotního pojištění, které by předešlo podobným neshodám, jako v současnosti.

Zástupci Krizového štábu svolají z vlastní iniciativy jednání s předsedy správních rad zdravotních pojišťoven a budou je informovat o současných problémech poskytovatelů.

■ VIII. Tiskové prohlášení lékařů primární péče okresu Nymburk ze dne 19.1.2007

Preambule

- Zdraví je osobním majetkem každého občana a je jeho povinností starat se o ně.

- Zdravotní péče v ČR, navzdory všem prohlášením, nebyla nikdy poskytovatelům plně hrazena. Plně nejsou hrazeny ani preventivní prohlídky a očkování.
- Zdravotní pojištění nebylo a není skutečným pojištěním, ale zdravotní daní.
- Zdravotní pojišťovny nikdy neplnily skutečnou funkci pojišťovny. Ve skutečnosti to jsou jen přerozdělovny zdravotní daně.
- Primární péče všude v civilizovaných zemích zaujímá přední místo v jejich zdravotním systému. V ČR je naopak trvale systematicky likvidována. Stále dochází k omezování kompetencí lékařů primární péče.
- Poskytovatelé zdravotní péče nemohou a nechtějí nadále nést ekonomickou, odbornou a morální odpovědnost za systémové chyby a absenci koncepce zdravotního systému v ČR.

Prohlašujeme

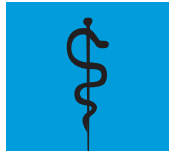
- Nejsme ochotni převzít zodpovědnost za politické a ekonomické chyby, kterých se politici léta dopouštějí.
- Nejsme ochotni účastnit se poškozování práv občanů, našich pacientů, které je reálným výsledkem posledních let chaosu ve zdravotnictví.
- Pacient není rukojmím lékaře, jak se nám všem v dřívějších krizových momentech snažila namluvit pravcová i levicová politická reprezentace, ale je to naopak lékař, který je rukojmím politiků a zdravotních pojišťoven, kteří pacientům slibují vzdušné zámky.

Odmítáme

- Nést ekonomickou zodpovědnost za spotřebu zdravotní péče.
- Regulace finančních toků ve zdravotnictví, které jdou pouze na vrub poskytovatelů zdravotní péče.
- Odmítáme být nadále pokutováni za péči poskytnutou lege artis a dle zákona.

Požadujeme

- Uskutečnění doporučení Světové banky v oblasti zdravotnictví.
- Plnou úhradu provedených výkonů podle ceníků, které jsou podloženy reálnými náklady.
- Ukončení administrativních zásahů do kompetencí kvalifikovaných lékařů, kteří nesou za svoje rozhodnutí odbornou a právní zodpovědnost.



Vyzýváme občany

- Starejte se o své peníze (zdravotní daň) jak nejlépe umíte.
- Donuďte politiky a takzvané zdravotní pojišťovny k účelnému vynakládání vašich peněz.

Vyzýváme zdravotní pojišťovny

- Starejte se o zdravotní daň vašich platících klientů.
- Řekněte už konečně, že na bezbřehou péči v systému švédského stolu nemáte!

Vyzýváme politiky

- Oznamte občanům, že finanční prostředky určené na primární péči jsou natolik nízké, že neumožňují plně hradit ani preventivní prohlídky a očkování.
- Uskutečňte doporučení Světové banky v oblasti zdravotnictví.
- Přestaňte se hádat o věci osobní či nepodstatné a konečně začněte řádně pracovat pro občany této republiky !!!

*Lékaři primární péče
okresu Nymburk dne 10.1.2007.*

■ IX. Výpis z jednání Krizového štábu dne 19. 12. 2006

Jednání Koalice soukromých lékařů

Členové KŠ byli seznámeni s předchozím jednáním Koalice a obsahem dvou prohlášení, která členové Koalice přijali. První prohlášení se týká úhrad zdravotní péče v roce 2007, druhé uplatňování regulačních srážek Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou (viz níže).

Prodlužování smluv o úhradě zdravotní péče

Řada zdravotnických zařízení má smlouvu s VZP ČR a VoZP ČR uzavřenu pouze do konce roku 2006 a dodatky, které by smlouvy prodlužovaly, zatím ze zdravotních pojišťoven nepřicházejí. Členové KŠ se dohodli napsat otevřený dopis médiím, ve kterém na tento problém upozorní a veřejně vyzvou ředitele obou zdravotních pojišťoven, aby sjednali nápravu (viz níže). O obsahu dopisu budou informováni ředitelé obou ZP a Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Rámcové smlouvy

Po vydání nové vyhlášky o rámcových smlouvách se zástupci Koalice a Krizového štábu sejdou a dohodnou společný postup při přípravě typových smluv.

AČMN zašle do 16. 1. své stanovisko k rámcovým smlouvám.

■ X. Prohlášení Koalice soukromých lékařů

- k úhradám zdravotní péče pro rok 2007

Koalice soukromých lékařů projednala na svém setkání dne 19. 12. 2006 poslední verzi návrhu vyhlášky, kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007 a konstatuje: text vyhlášky neodpovídá dohodám uzavřeným v dohodovacím řízení dle zákona č. 48/1997 Sb. Nejde tedy o dohody, ale o stanovení úhrad a regulací Ministerstvem zdravotnictví ČR. Zdůvodnění, v čem byly dohody v rozporu s právními předpisy a veřejným zájmem, nemají zástupci Koalice soukromých lékařů k dispozici. Novelu zákona č. 48/1997 Sb., zákonem č. 117/2006 Sb., který nabyl účinnosti 1. 4. 2006, považuje Koalice za nesystémový krok v neprospěch poskytovatelů zdravotní péče a požaduje návrat ke stavu před přijetím novely.

■ XI. Prohlášení Koalice soukromých lékařů

- k uplatňování regulačních srážek

Koalice soukromých lékařů projednala na svém setkání dne 19. 12. 2006 způsob uplatňování regulačních srážek v segmentu praktických lékařů a ambulantních specialistů Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou. Způsob, jakým tato zdravotní pojišťovna regulace provedla, tj. stržení peněz provázené oznámením, ze kterého není jasné, za co je zdravotnické zařízení regulováno, považuje Koalice soukromých lékařů za nepřijatelný. Koalice soukromých lékařů důrazně vyzývá vedení Hutnické zaměstnanecké pojišťovny k jednání o dané problematice, nápravě vzniklé situace a požaduje detailní rozbor principu uplatněných regulací.

Za Koalici soukromých lékařů:

*MUDr. Zorjan Jojko,
výkonný místopředseda
Sdružení ambulantních specialistů ČR,
mluvčí Koalice
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR*

*MUDr. Jiří Pekárek,
prezident České stomatologické komory
MUDr. Jan Jelínek,
místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR
MUDr. Vladimír Dvořák,
předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR*

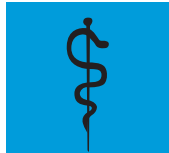
■ XII. Otevřený dopis Krizového štábu lékařů, lékárníků a nemocnic

- ke smlouvám s VZP ČR a VoZP ČR

Krizový štáb lékařů, lékárníků a nemocnic projednal na svém setkání dne 19. 12. 2006 situaci ve smluvních vztazích se zdravotními pojišťovnami a konstatoval, že řada zdravotnických zařízení má s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR a Vojenskou zdravotní pojišťovnou ČR uzavřeny smlouvy o úhradě zdravotní péče pouze do konce roku 2006. Přes opakovaná upozornění Krizového štábu na nutnost prodloužit smlouvy ještě v období jejich platnosti, tak ani jedna ze zmiňovaných pojišťoven dosud neučinila. Jejich laxní přístup vede k výrazné nejistotě poskytovatelů zdravotní péče. V případě, že smlouvy nebudou včas prodlouženy, ocitne se v novém roce řada lékařů v nesmluvním vztahu bez záruk, že jim bude poskytnutá péče uhrazena a tato situace ohrožuje péči o pacienty zmíněných pojišťoven. Krizový štáb proto vyzývá vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a Vojenské zdravotní pojišťovny k urychlenému řešení problému.

*Za Krizový štáb lékařů,
lékárníků a nemocnic:
MUDr. Jiří Pekárek,
prezident České stomatologické komory,
MUDr. Václav Šmatlák,
předseda Sdružení praktických lékařů ČR,
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR,
MUDr. Pavel Tautermann,
předseda Sdružení ambulantních
specialistů ČR,
MUDr. Vladimír Dvořák,
předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR,
PharmDr. Lubomír Chudoba,
prezident České lékárnické komory*

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



Co mění od ledna nový Zákoník práce v pracovních smlouvách

Nový Zákoník práce s účinností od 1. ledna 2007 přináší řadu významných změn do oblasti vzniku pracovního poměru.

Nejdůležitější práva a povinnosti v pracovním poměru by si zaměstnavatel a zaměstnanec měli uvést v pracovní smlouvě.

DŮLEŽITĚ: Podle § 34 odstavec 3 nového Zákoníku práce je zaměstnavatel povinen ji uzavřít písemně. To i v případech, kdy dosavadní právní úprava umožňovala ústní pracovní smlouvu, například sjednání pracovního poměru na dobu kratší než jeden měsíc.

Není-li pracovní smlouva písemná, zaměstnavatel sice poruší své povinnosti vyplývající ze Zákoníku práce, ale tato smlouva není neplatná.

V pracovní smlouvě je zaměstnavatel povinen se zaměstnancem dohodnout druh práce (funkci), na kterou je zaměstnanec přijímán; místo výkonu práce (obec, pracoviště nebo jinak určené místo); den nástupu do práce. Tímto dnem vzniká pracovní poměr.

Vymezení uvedených náležitostí je důležité pro rozsah dispoziční pravomoci zaměstnavatele pro převádění a překládání na jinou práci.

■ Druh práce

Druh práce může být sjednán úžeji nebo širěji (například referent, odborný pracovník, účetní). To bude záležet na konkrétních podmínkách. Příliš úzké vymezení druhu práce může dělat potíže zaměstnavateli, zejména při změně činnosti.

Příliš široké vymezení je zase nevýhodné pro zaměstnance, neboť umožňuje jeho převádění na jiné práce, někdy i se mzdovým rozdílem. Je proto třeba hledat takové vymezení, které by vyhovovalo jak provozním podmínkám zaměstnavatele, tak oprávněnému zájmu zaměstnance. Zpravidla by měl být druh práce sjednáván tak, že se omezí na určitou profesi.

Zaměstnavatel může zaměstnanci přidělovat jakoukoli práci odpovídající sjednanému druhu práce (sjednané funkci). Tím je určen celkový rámec pracovní náplně. Přitom pracovní náplň zpravidla není součástí obsahu pracovní smlouvy. Zaměstnavatel určuje zaměstnanci pracovní náplň svým jednostranným opatřením, kterým může tuto pracovní náplň též měnit nebo doplňovat. Vždy to však musí být v rámci pracovní smlouvy, to je podle sjednaného druhu práce.

Pokud by tedy zaměstnanec dostával práce, které jsou v rozporu s obsahem pracovní smlouvy, může jejich výkon odmítnout. Musí však být ji-

sté, že jde o práce, které jdou nad rámec pracovní smlouvy, a že nejde o případy, kdy zaměstnavatel může zaměstnance převést na jinou práci i bez jeho souhlasu (§ 41).

■ Ruší se vedlejší pracovní poměr?

DŮLEŽITĚ: Významná novinka je uvedena v § 13 odstavec 4 Zákoníku práce. Zaměstnanec pracující v dalším pracovním poměru nebo na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr nemůže u téhož zaměstnavatele vykonávat práce, které jsou stejně druhově vymezeny.

Je to z toho důvodu, aby nebyla obcházena ustanovení o přesčasové práci. To má souvislosti i s vedlejším nebo souběžným pracovním poměrem. Nový Zákoník práce s těmito instituty již nepočítá. To ovšem neznamená, že by zaměstnanec nemohl být zaměstnán ve dvou pracovních poměrech, například u jiných zaměstnavatelů. I když by u jednoho z nich konal práce po kratší než stanovenou týdenní pracovní dobu a u druhého by byl zaměstnán na plně stanovenou týdenní pracovní dobu, nepůjde o vedlejší pracovní poměr, ale o dva pracovní poměry s různě stanovenou pracovní dobou. Nároky z nich vyplývající se budou posuzovat samostatně.

Příklad: Zaměstnanec má sjednán pracovní poměr na 40 hodin týdně a druhý pracovní poměr u jiného zaměstnavatele na 20 hodin týdně (jedná se o vedlejší pracovní poměr).

Od 1. ledna 2007 nepůjde o vedlejší pracovní poměr, ale o pracovní poměr s kratší pracovní dobou. To bude mít i závažné právní důsledky.

Skončení vedlejšího pracovního poměru je jednodušší. Nemusí se například uvádět výpovědní důvod, je jednotná výpovědní doba 15denní apod. Od 1. ledna 2007 se však i na tento pracovní poměr s kratší pracovní dobou bude pohlížet jako na „obvyklý“ pracovní poměr.

■ Místo výkonu práce

Místo výkonu práce by mělo být sjednáváno přesně. Někdy to však nebude možné. Plyne to již z povahy práce. V pracovní smlouvě je ovšem možné dohodnout více než jedno místo výkonu práce.

Z hlediska nároku na náhradu při pracovních cestách je však nutné za pravidelné pracoviště považovat vždy jen jedno místo výkonu práce. Někdy může být místo výkonu práce sjednáno ši-

roce, například jihomoravský region, území okresu atd. Je to však možné jen tehdy, vyžaduje-li to charakter práce nebo pracoviště (například obchodní zástupci, dealeři, zaměstnanci služeb apod.). Nový zákoník práce reaguje na případy, kdy mezi účastníky nebylo sjednáno pravidelné pracoviště pro účely cestovních náhrad a místo výkonu práce, které se považuje za pravidelné pracoviště, bylo v pracovní smlouvě sjednáno v širším rozsahu, než je jedna obec.

Pro účely cestovních náhrad je to obec, ve které nejčastěji začínají pracovní cesty zaměstnance.

Příklad: Zaměstnanec má v pracovní smlouvě uvedeno jako místo výkonu práce Středočeský kraj. Pro účely cestovních náhrad však místo výkonu práce sjednáno nemá. Pravidelným pracovištěm je to místo, z něhož začínají pracovní cesty. Bydlí-li například v Benešově a odtud vyjíždí na pracovní cesty, pak je pravidelným pracovištěm pro účely cestovních náhrad Benešov.

■ Den nástupu

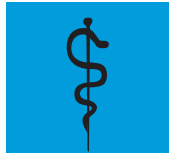
Den nástupu do práce má význam pro vznik pracovního poměru. Může být označen v pracovní smlouvě nejen kalendářním dnem, ale jakýmkoli způsobem nevzbuzujícím pochybnost o tom, o který den se jedná.

Může být například ujednáno, že zaměstnanec nastoupí „od dnešního dne za měsíc“, „dnem nástupu ženy na mateřskou dovolenou“ apod. Jako den vzniku pracovního poměru je možno sjednat v pracovní smlouvě i den pracovního klidu, například 1. leden.

Podle § 36 se za den vzniku pracovního poměru považuje den, který byl účastníky, to je zaměstnavatelem a zaměstnancem, sjednán jako den nástupu do práce. Od tohoto dne jsou oba účastníci povinni plnit všechny povinnosti vyplývající z pracovního poměru a mohou uplatňovat příslušná práva.

Znamená to, že pracovní poměr může vzniknout i v době pracovní neschopnosti. Jestliže však zaměstnanec ve sjednaný den nenastoupí do práce, aniž mu v tom bránila překážka v práci nebo do týdne neuvědomí zaměstnavatele o této překážce, může zaměstnavatel od pracovní smlouvy odstoupit.

Příklad: Jestliže by zaměstnanec měl sjednat pracovní smlouvu s datem nástupu do zaměstnání 1. ledna 2007 a od 28. prosince 2006 bude v pracovní neschopnosti, pracovní poměr



tento den vznikne, protože v nástupu do zaměstnání bránila zaměstnanci důležitá překážka.

Podmínkou je, že zaměstnanec o této překážce zaměstnavatele uvědomí do týdne. Zaměstnavatel nemá možnost od pracovní smlouvy odstoupit. Pokud by však zaměstnavatele o překážce neuvědomil, může zaměstnavatel od pracovní smlouvy odstoupit.

■ Odstoupení

Významnou novinkou je, že zaměstnavatel i zaměstnanec mohou i v průběhu pracovního poměru odstoupit od pracovní smlouvy. Je to důsledek nového pojetí Zákoníku práce, který umožňuje použití ustanovení Občanského zákoníku.

V § 48 tohoto zákona se umožňuje účastníkům pracovněprávního vztahu odstoupit od smlouvy.

DŮLEŽITÉ: Podmínkou je, že odstoupení bylo účastníky, to je zaměstnancem a zaměstnavatelem, dohodnuto.

Odstoupením od smlouvy se smlouva od počátku ruší, není-li právním předpisem stanoveno nebo účastníky dohodnuto jinak. Odstoupení od pracovní smlouvy znamená její zrušení a tím i nutnost vypořádání účastníků. V praxi sice půjde o zcela výjimečné případy, ale nový Zákoník práce s nimi počítá.

■ Mzda

Pracovní smlouva může obsahovat i ujednání o výši mzdy, případně dalších příplatků.

Jako smluvní (dohodnutá nebo sjednaná) mzda se označuje způsob odměňování zaměstnance nebo skupiny zaměstnanců jednosložkovou mzdou, do níž zaměstnavatel zahrne v paušálních měsíčních částkách všechny sjednané složky mzdy, které chce zaměstnanci poskytnout. Může se uplatnit jen u zaměstnavatelů (firm) dříve tzv. podnikatelského charakteru, nikoliv u nepodnikatelských subjektů.

DŮLEŽITÉ: Vzhledem k tomu, že Zákoník práce nerozlišuje „podnikatelské a nepodnikatelské“ subjekty, je rozlišení subjektů, jejichž zaměstnanci budou odměňováni mzdou nebo platem provedeno v § 109 odstavec 3.

V tomto ustanovení se vymezují subjekty, jež zaměstnanci budou dostávat za práci plat. Jde např. o zaměstnance státu, územních samosprávných celků, státních fondů, školských právnických osob apod. Zaměstnanci ostatních zaměstnavatelů budou odměňováni mzdou.

■ Paušál za přesčas

Smluvní mzda by neměla obsahovat další složky, zejména by do ní, na rozdíl od dosavadního stavu, neměla být zahrnována mzda za případnou práci přesčas.

DŮLEŽITÉ: Je však možné, aby zaměstnavatel se zaměstnancem dohodl paušální mzdu za případnou práci přesčas, která bude existovat mimo mzdu. To však bude vyžadovat, aby zaměstnavatel přesně evidoval případnou práci přesčas ve srovnání s poskytnutou mzdou za tuto práci. Nemůže dojít k situaci, kdy by paušální částka za přesčasy byla nižší, než odměna za tuto práci stanovená v Zákoníku práce (nejméně 25 % průměrného výdělku zaměstnance).

Zákoník práce neumožňuje sjednat mzdu s paušálním přihlídnutím k případné práci ve svátek. U tohoto mzdového zvýhodnění platí, že mzda a její zvýšení za práci ve svátek se poskytuje mimo sjednanou smluvní mzdu v každém jednotlivém případě práce zaměstnance ve svátek.

Pokud bude mzda sjednávána v pracovní či jiné smlouvě, je třeba respektovat příslušná ustanovení nového Zákoníku práce. Pracovní (jiná) smlouva je neplatná v té části, ve které je dohodnuta nižší mzda, než náleží podle kolektivní smlouvy nebo podle zákona.

■ Delší výpovědní doba

V pracovní smlouvě si mohou zaměstnavatel a zaměstnanec dohodnout další podmínky a podrobnosti výkonu práce. Např., že zaměstnanci bude umožněno studium při zaměstnání, že žena pečující o dítě bude mít upravenou pracovní dobu apod.

DŮLEŽITÉ: Nově se umožňuje, aby si zaměstnavatel se zaměstnancem dohodli delší výpovědní dobu pro skončení pracovního poměru, než jsou dva měsíce (§ 51). Tato dohoda je však závazná pro obě strany.

Všechny sjednané podmínky nesmějí však být v rozporu s právními předpisy. Kdyby se zaměstnavatel a zaměstnanec dohodli v pracovní smlouvě na takových podmínkách, které by byly v rozporu se Zákoníkem práce, jinými právními předpisy, případně s kolektivní smlouvou, byla by ta část pracovní smlouvy, která by uvedené podmínky obsahovala, neplatná. Ostatní části pracovní smlouvy by však platily.

DŮLEŽITÉ: Neplatná by byla část pracovní smlouvy, v níž by si účastníci upravili práva a povinnosti odchylně od nového Zákoníku práce, ačkoli ten to výslovně zakazuje nebo z povahy jeho ustanovení vyplývá, že se od něj není možné odchýlit. Nelze sjednat jinou úpravu platnosti právních úkonů, podmínky pro převedení zaměstnance na jinou práci, neplatnost výpovědi, pořadí srážek ze mzdy, právo na mateřskou a rodičovskou dovolenou, nástup a délku dovolené pod minimální rozsah apod.

■ Práce na vedlejší a souběžný pracovní poměr

V zákoníku práce jsou rozlišeny v podstatě tři

druhy pracovního poměru: hlavní pracovní poměr, souběžný a vedlejší. Hlavní pracovní poměr je takový, ve kterém zaměstnanec pracuje na celou zákonnou pracovní dobu, obvykle tedy v rozsahu 40 hodin týdně (výjimky jsou například u zaměstnanců v dolech).

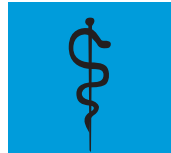
Zaměstnavatel nemá možnost zaměstnanci zakázat, aby zároveň pracoval i pro jiného zaměstnavatele (s výjimkou takzvané konkurenční doložky, která zaměstnanci zakazuje bez souhlasu zaměstnavatele podnikat ve stejném oboru jako zaměstnavatel, či pracovat pro jinou firmu, která působí ve stejném oboru jako jeho zaměstnavatel). Na plný úvazek, to znamená obvykle na 40 hodin týdně, však může zaměstnanec pracovat pouze u jednoho zaměstnavatele.

V případě souběžného pracovního poměru jde o situaci, kdy má zaměstnanec několik pracovních poměrů, ale v žádném z nich nedělá nad stanovenou zákonnou pracovní dobu (40 hodin týdně). Pracuje tedy například u tří zaměstnavatelů, vždy na 15 hodin týdně. Souběžné pracovní poměry může mít i k jednomu zaměstnavateli - například v roli asistentky na 30 hodin týdně a v roli fakturantky na 5 hodin týdně. Ať již jde o pracovní poměry u několika zaměstnavatelů nebo o pracovní poměry u jednoho zaměstnavatele, jsou vždy rovnocenné a každý se posuzuje samostatně. Pro souběžné pracovní poměry neplatí žádné výjimky, pokud jde o skončení pracovního poměru a podobně.

Má-li zaměstnanec sjednan hlavní pracovní poměr (tedy na 40 hodin týdně) a vedle má uzavřený ještě další na kratší pracovní dobu, je ten druhý takzvaným pracovním poměrem vedlejším. Vedlejší pracovní poměr musí být vždy uzavřený na kratší pracovní dobu.

V případě vedlejšího pracovního poměru platí odlišná právní úprava než u hlavního či souběžného pracovního poměru. Nejpodstatnější odchylkou je způsob ukončení vedlejšího pracovního poměru, neboť ten může jak zaměstnanec, tak zaměstnavatel kdykoli ukončit výpovědí, a to i bez udání důvodu výpovědi - a výpovědní doba činí 15 dnů. Běh této doby začíná dnem, kdy byla výpověď doručena druhé straně. Dá-li zaměstnavatel zaměstnanci výpověď z vedlejšího pracovního poměru, nemusí zaměstnanci nabídnout jinou vhodnou práci. V případě skončení vedlejšího pracovního poměru neplatí ani takzvané ochranné doby, ve kterých zaměstnanci nelze dát výpověď (například nemoc).

Je-li zaměstnanci v hlavním pracovním poměru zkrácen úvazek, stanou se oba pracovní poměry, to znamená původní hlavní a původní vedlejší, pracovními poměry souběžnými.



Meeting CESP/EAP za účasti našich zástupců

Brusel, 1.12.2006

Zasedání pracovní skupiny pro vakcinaci

Téma: Rotavirová vakcína v Evropě

Dr. Parez z Francie prezentovala evropská data ohledně výskytu rotavirových infekcí (RVI), jejich významný podíl na počtu hospitalizovaných pacientů s dehydratací ve věkové skupině dětí do 5 let, a to u komunitních i nosokomiálních infekcí. Z rozsáhlých epidemiologických studií je známo, že neexistuje prediktivní laboratorní marker, který by po prodělané infekci dokázal indikovat, zda je pacient chráněn proti další infekci. Na druhé straně však existuje tzv. **progresivní protektivní efekt**, t.j. po prodělané RVI každá další střevní virová infekce (nejenom rotavirová, ale i střevní infekce jinými viry) má lehčí průběh.

Dr. Desselbauer z UK prezentoval obrovské množství podtypů rotavirů v Evropě a fakt, že neustále vznikají nové podtypy. Neznáma ochrana existujících vakcín proti nově vznikajícím kmenům.

Dr. Van Damme z Belgie prezentoval multicentrickou cost-effectiveness REVEAL Study, která proběhla v 7 krajích Evropy a jejímž cílem bylo podpořit důkazy o ekonomických benefitech zavedení rotavirové vakcíny do standardního očkovacího kalendáře.

Prof. T. Vesikari z finského Tampere, který je profesorem infektologie a koordinátorem největších klinických studií s rotavirovými vakcínami, prezentoval současný stav rotavirových vakcín na Evropském trhu. Původní vakcína **ROTASHIELD** byla licencována v roce 1998, pozastavená 1999 pro nežádoucí účinky ve smyslu invaginací po podání. V USA byla v období 1998-1999 podána 433 222 kojencům. Z toho se objevila invaginace u 45 dětí a z toho u 36 dětí, jestli byla 1. dávka podaná po ukončení 3. měsíce a 3. dávka po 7. měsíce. Po jejím pozastavení byli postupně realizovány 3 fáze klinických studií pro dvě další vakcíny **ROTATEQ**, Merck (pentavalentní bovinohumánní vakcína) a **ROTARIX**, GSK (humánní monovalentní vakcína). Studie probíhaly v rámci celého světa, převažně v USA, Latinské Americe a Finsku (cca 60 tis dětí ve věku 2-6 měsíců) a na základě dobrých výsledků imunogenicity i bezpečnosti byla v únoru 2006 v USA a potom v červenci 2006 v Evropě povolena vakcína Rotateq, Rotarix byl licencován v Brazílii v červenci 2005 a v EU v únoru

2006. Postupně je v mnoha zemích Evropy v 2-dávkovém schématu zavedena rotavirová vakcinace i do povinného očkovacího kalendáře (Belgie, Finsko, Lucembursko, Rakousko...).

Závěrem bylo shrnuto:

- Vakcína je určena pro všechny kojence, bez stanovení rizikových skupin
- První dávka musí být podána mezi 6. a 12. týdnem a všechny dávky do ukončení 6 měsíce věku
- Může se podávat současně s ostatními vakcínami, nemá vliv na jejich imunogenicitu
- Orální poliovakcína (OPV) se musí podat s odstupem minimálně 2 týdnů

Diskuse:

Klinické studie nebyly realizovány na dětech starších 7. měsíce, tudíž bezpečnost vakcíny musí být provázena dodržením indikačního kritéria ukončení ve věku do 6 měsíců.

Pro VOX zpracovala
MUDr. Natália Szitányi,
členka zahraniční komise SPLDD

Zasedání pracovní skupiny prevenci dětských úrazů

Téma: Bezpečný transport dětí - zodpovědnost pediatra

Dne 1.12.2006 dopoledne - přednáškový blok prevence úrazů pod názvem Bezpečný transport dětí - zodpovědnost pediatra.

V přednášce Syndrom třeseného dítěte (Shaken baby sy) Dr. Carole Jenny USA bylo upozorněno na nebezpečí mikrotraumat mozku při opakovaných vibracích např. při jízdě autem, na kole, na čtyřkolce, v letadle. U dospělého člověka jsou tyto vibrace kompenzovány svalovým napětím šije. Děti tuto schopnost nemají. Míra následků vibrací záleží od jejich frekvence, amplitudy, doby působení. Můžou to být subdurální hematomy, retinální hemorrhagie, retinoschisis, mikrokrvácení do mozku.

V přednášce Dr. Liljany Kornhauser (Slovinsko) byly uvedeny závěry ze studie, která

byla provedena u kojenců umístěných v autosedáčce. Zjistili, že u kojenců vlivem tvaru hlavičky a hypotonie šije dochází v sedačce k flexi hlavičky dopředu, tlaku jazyka na zadní stěnu nosohltanu, flexi dýchacích cest, následně obstrukci, poklesu saturace krve kyslíkem, následně k bradykardii až apnoe. Upozornila na časté ponechávání kojenců i novorozeňat v sedačkách i doma, mimo jízdu autem.

V rozsáhlé přednášce Dopravní nehody postihující děti (Dr. Alf Nicholson Irsko) byl uvedena aktuální statistika výskytu dopravních nehod s následnou traumatizací a usmrcením dětí. Jsou to jednak úrazy chodců, se zvyšující rychlostí auta se zvyšuje pravděpodobnost smrtelného úrazu. U malých dětí bý-

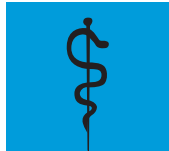
vá častější náraz zezadu u větších odhození na stranu.

Možnosti prevence: zřizování pěších zón, snížení rychlosti na 30 km/hod v obytných zónách, oddělit stezky pro cyklisty od stezek pro chodce.

Dále jsou to úrazy cyklistů a mladých motocyklistů. Používání a legislativní úprava bezpečnostních přileb snížilo výskyt traumat hlavy a mozku o 68-88%.

Možnosti prevence: samostatný cyklistické stezky, odstupňované přidělování řídicího průkazu pro mladistvé podle věku, nulová tolerance alkoholu u mladých řidičů.

Možnosti prevence: výrazné dopravní značení středových pásů na venkovních cestách s označením míst vhodných na předjíždění,



důsledné používání bezpečnostních pásů.

Úrazy dětí jako spolujezdců - důraz na používání dětských autosedaček vhodných pro malé a větší děti. Ne vždy odpovídají zásadám bezpečnosti (konstrukcí, materiálem, tvarem, velikostí). Vhodnější poloha sedačka pro kojence je poloha čelem dozadu.

Role pediátrů: Sledování a prezentace

statistik autonehod s postižením dětí, odhalování všech faktorů, které kladně nebo záporně ovlivňují riziko dopravních úrazů dětí, navrhnout efektivní opatření s legislativním zabezpečením, doporučena více sektorová spolupráce, včetně osvěty.

V přednášce Prevence dopravních nehod zmínila Dr. Joanne Vincenten velice prakticko-

u web stránku s množstvím informací Eurosafe Good Practice Guide.
Adresa: www.eurosafe.eu.com.

*Pro VOX zpracovala
MUDr. Gabriela Kubátová
pověřena vedením
zahraniční komise SPLDD*

Zpráva z pravidelné schůze delegátů CESP/EAP-EBP

Pravidelné schůze delegátů Confederation Européenne des Spécialistes en Pédiatrie jsem se zúčastnil společně se svými kolegy němi ze zahraniční komise SPLDD MUDr. Gabrielou Kubátovou a MUDr. Natalií Szitanyi. Setkání se konalo ve dnech 1.-2. prosince 2006 v hotelu Meridien v Bruselu. Setkání se zúčastnili zástupci všech zemí EU včetně zástupců nových členských států. Jednacím jazykem byla angličtina, ale téměř všichni delegáti přecházeli plynule do francouzštiny nebo němčiny.

V úvodu meetingu vystoupil prezident CESP (Confederation Européenne des Spécialistes en Pédiatrie) prof. Peter Hoyer a poté generální tajemník CESP prof. Jose Ramet. Přivítali účastníky a seznámili je s plánovaným programem setkání.

V pátek dopoledne 1. prosince proběhlo celkem 5 přednášek na téma **úrazy u dětí**: Dlouhodobý účinek opakovaných malých traumat (Dr. Philippe Evrard, Francie), Transport a syndrom třeseného dítěte (shaken baby syndrome) (Dr. Carole Jenny, USA), Vědecký přístup k bezpečnému transportu zdravého dítěte (Dr. Lilijana Kornhauser, Slovinsko), Automobilové nehody postihující děti (Dr. Alf Nicholson, Irsko), Prevence dopravních nehod (Joanne Vincenten, The Child Safety Alliance). Odpolední program dne 1. prosince byl věnován **rotavirům**. V 6 před-

náškách jsme se seznámili s problémy rotavirových infekcí v EU, s typy rotavirů, s ekonomických náklady na léčbu rotavirových infekcí, s vakcínami proti rotavirům, s výhodami a nevýhodami tohoto očkování. (Podrobný přehled této problematiky bude zpracován a otištěn ve Voxu pediatriae.)

Dne 2. prosince proběhlo jednání jednotlivých pracovních skupin: primární a sekundární péče (předseda Dr. Diego L. van Esso), vakcinační (předsedkyně Dr. Zsafia Meszner), lékové (předseda prof. Jose Ramet), CME/CPD (předseda prof. A.Tenore), dorostového lékařství (předseda Dr. E. Jager-Roman).

Odpoledne 2. prosince postupně probíhalo generální shromáždění národních delegátů CESP. Program jednání proběhl podle běžného schématu pravidelných schůzí: schválení agendy, zpráva prezidenta CESP prof. Petera Hoyera, zpráva generálního tajemníka prof. Jose Rameta, zpráva pokladníka, schválení memoranda předchozího setkání v Kolíně nad Rýnem, návrh struktury Evropské Akademie Pediatrie (European Academy of Paediatrics), jež přednesli profesori Peter Hoyer a Jose Ramet, probíral se její další vývoj a kontakty s AAP (American Academy of Pediatrics), vytvoření webové stránky EAP/CESP. Poté byly předneseny zprávy z jednotlivých pracovních skupin (zúčastnil jsem se jednání pracovní skupiny pri-

mární a sekundární péče společně s Dr. Gabrielou Kubátovou, která zde prezentovala krátkou přednášku MUDr. Cabrnociové o zdravotní péči v České republice, jež vyvolala velký zájem a dlouhou diskuzi). Po přednášce Dr. Weindlinga o etice a soukromí proběhla volba viceprezidenta a chairmana (předsedy), do těchto funkcí byli zvoleni prof. Dr. Patricia Hamilton (UK) a Dr. Alfred Tenore (Itálie). Poslední informace se týkala dalšího kongresu CESP/EAP, který se koná na Kypru v termínu od 1. do 3. května 2007.

V závěru setkání proběhl společenský večer, který moderoval prezident CESP Dr. Peter Hoyer. Právě během této společenské akce proběhly asi nejčestnější výměny informací, navázali jsme osobní vztahy... Největším praktickým přínosem tohoto setkání bylo, že SPLDD byla vyzvána, aby se její zástupci zúčastnili práce v demografické komisi, kterou vede Dr. Francis Rubel.

V dalších vydáních VOX PEDIATRIAE se budeme postupně podrobně zabývat jednotlivými body jednání CESP a zejména jednáním pracovních skupin.

*Pro VOX zpracoval:
MUDr. Karel Holub,
viceprezident SEPA
člen zahraniční komise SPLDD*

VIII. Teyschlův pediatrický den

Téma:

KOMPLEXNÍ PÉČE O DĚTI S TĚLESNÝM A MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Datum konání: **sobota 17. února 2007, začátek v 9:00 hodin**

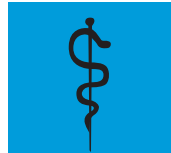
Pořádají: **I. dětská interní klinika LF MU a FN Brno, Česká pediatrická společnost ČLS JEP**

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

Přihlášky a dotazy, prosím, zasílejte na adresu:

Sekretariát I. dětské int. kliniky, FN Brno, Černopolní 9, 625 00 Brno, tel: 532 234 237, fax: 532 234 238

E-mail: vvalouskova@fnbrno.cz, ichromko@fnbrno.cz, vlangr@med.muni.cz.



Analýza situace v primární péči ČR

MUDr. Milan Kudyn

1. místopředseda SPLDD ČR

Zástupci praktických lékařů pro děti a dospěle vyhlásili krizový stav primární péče.

K tomuto kroku se rozhodli proto, že i přes opakovaná ujišťování (vlády, parlamentu i vedení některých zdravotních pojišťoven) o podpoře a posilování role primární péče v systému českého zdravotnictví dochází k prohlubování komplexu problémů. Tyto problémy významnou měrou omezují a „dusí“ poskytovatele primární péče. V současnosti nelze vyloučit, že ze strany VZP bude docházet k uplatňování desetitisícových sankcí jednotlivým praktikům na základě deficitu v „propočtech“ finančních prostředků vzniklého uplatňováním cen za úhrady výkonů vypočítaných podle nového Seznamu a uplatňování úhradových vyhlášek. Metodou tzv. zpětného zápočtu v prvních týdnech nového roku je 7 500 praktických lékařů vystavováno bezprostřednímu ohrožení fungování svých praxí se všemi důsledky omezení rozsahu a dostupnosti poskytované komplexní léčebně preventivní péče dětem i dospělým. Lékaři se tak dostávají do rozporu se zájmy svých pacientů a jsou systematicky nuceni k postupům, které jsou v rozporu s požadavky kladenými na rozsah činnosti v jejich každodenní praxi. Praktičtí lékaři se proto snaží prakticky upozorňovat veřejnost a příslušné instituce na nezbytnost zahájení systémových změn tak, aby se v budoucnu neopakovala situace z předcházejících měsíců a nedocházelo k ohrožení základní zdravotní péče poskytované občanům ČR. Z těchto důvodů praktičtí lékaři požadují věcný dialog nad těmito změnami:

1) v oblasti legislativní

■ **vymezit pojem zdravotní péče od pojmu zdravotní služba** tak, aby byl otevřen prostor ke spoluúčasti pacienta za zdravotní služby

■ **sjednotit legislativní normy, aby všechny zdravotní pojišťovny byly řízovány jednotnou normou** tak, aby nedocházelo ke zneužívání dominantního postavení VZP v systému a byla umožněna skutečná konkurence mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami ve vztahu k objemu poskytované primární péče

■ **zahájit legislativní proces, který by umožnil přímý vztah mezi plátcem zdravotního pojištění (občanem) a jím zvolenou zdravotní pojišťovnou** tak, aby nebyla svobodně regulována svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení pacientem a mezi lékaři

a pacienta nebyly kladeny administrativní a ekonomické bariéry a bylo mu umožněno dle individuálních potřeb vycházejících z jeho zdravotního stavu přiměřené připojištění,

■ **požadujeme přijetí legislativní normy (zákona o zdravotnickém zařízení)**, který by transparentně vymezil práva a povinnosti nestátních zdravotních zařízení působících v primární péči a vymezil jejich činnost a postavení **vyplývající z jejich nezastupitelnosti v systému zdravotní péče**

■ **na MZ ČR zřídit odbor primární péče**, který by koordinoval aktivity tohoto segmentu k legislativním normám deklarovaným veřejným zájmem (péče o děti a seniory) a určoval rozsah zdravotní péče ve vztahu ke zdravotně pojistným plánům zdravotních pojišťoven na následující roky (v současnosti chybí koordinace mezi požadavky státu na zdravotnické služby primární péče a ekonomickými možnostmi zdravotně pojistných plánů)

2) v oblasti financování

■ **zrušení tzv. zpětného zápočtu** při vyúčtování úhrad praktickým lékařům

■ **sjednocení metodiky vyúčtování a fakturace** jednotlivým zdravotním pojišťovnám tak, aby neodporoval zákonům o účetnictví (?) a administrativně nezatěžoval činnost praktických lékařů

■ **ustavení pracovní skupiny zástupců PL, PLDD a zdravotních pojišťoven, která by vypracovala do konce roku 2007 ceník výkonů (v Kč)** prováděných lékaři primární péče vycházející z nového Seznamu výkonů tak, aby zohledňoval reálné reálné náklady spojené s provozováním zdravotnického zařízení a byl transparentní pro případné přímé úhrady nesmluvními pacienty

■ **zrušení bariér, které brání dobrovolnému přímému dofinancování deficitu zdravotního pojištění pacientem** (např. roční registrační poplatky, platba za kontakt)

■ **zřízení a „prozatímní“ nastavení fondu praktických lékařů ve zdravotně pojistných plánech zdravotních pojišťoven na rok 2007** tak, aby byla zohledněna výše úhrad a objem poskytované léčebně preventivní péče vycházející z roku 2006 a nového Seznamu výkonů a nedocházelo k nepředvídaným výkyvům v úhradách praktickým lékařům ve prospěch či neprospěch ostatních segmentů poskytovatelů zdravotní péče

■ **zastavit netransparentní a chaotické zá-**

sahy jednotlivých krajských poboček VZP do dohodnuté metodiky, smluvních vztahů a cenových dodatků, které ve svých důsledcích vedou k separátní smluvní a ekonomické politice poboček, nerespektující Zákon o všeobecné zdravotní pojišťovně

3) v oblasti vzdělávání lékařů primární péče

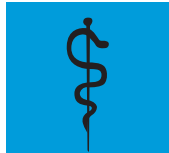
■ **dostupnost základní zdravotní péče v budoucnu je bezprostředně závislá na rozvíjení základních oborů primární péče (všeobecné lékařství a praktické dětské lékařství) a plynulé generační obměně ve stávající síti ordinací praktiků**

■ **demografická situace PL a PLDD zavrhuje důvod k obavám, že pokud nedojde k urychlené stabilizaci a vyřešení financování systému postgraduálního vzdělávání obou základních oborů včetně ekonomického zatraktivnění nestátních zdravotních zařízení primární péče, která jsou klíčová z dlouhodobého odborného zajištění primární péče o obyvatele ČR dojde k významnému omezení dostupnosti a rozsahu této péče v horizontu 5 až 7 let**

■ **postupné zřizování tzv. tréninkových center primární péče** na lékařských fakultách tak, aby postupně mohlo dojít k rozšiřování odborných kompetencí praktických lékařů nejen osvojením nových teoretických znalostí, ale jejich praktické aplikace

■ **ze strany zdravotních pojišťoven nesmí být administrativně bráněno praktickým lékařům zavádět novou přístrojovou a laboratorní diagnostiku (screening) na úkor zdravotního pojištění (zvyšování odborných kompetencí praktických lékařů na úrok nemocniční ambulantní péče)**

Požadavky krizového výboru praktických lékařů vycházejí z dlouhodobě neřešených problémů a nekoncepčních zásahů do systému zdravotní péče ČR. Vycházejí z obavy možného ohrožení dostupnosti a snížení kvality poskytované komplexní léčebně a preventivní péče o děti a dospělé. Krizový výbor si je vědom, že nelze tento nepříznivý vývoj okamžitě zvrátit. Tato analýza má upozornit veřejnost i současnou politickou garnituru na situaci primární péče. Praktičtí lékaři jsou připraveni se aktivně podílet na optimalizaci systému zdravotní péče tak, aby ve svém důsledku nedošlo v budoucnu k ohrožení dostupnosti primární péče o obyvatele.



Primární péče v Evropě má problémy

Masové demonstrace německých lékařů

Desítky tisíc praktických lékařů, zubařů, lékárníků a zdravotního personálu demonstrovaly 4. prosince v řadě německých měst proti reformě zdravotnictví prosazované vládou kancléřky Angely Merkelové.

Demonstrace byla součástí jednodenní stávky, během níž zůstaly praxe účastníků zavřené. Podle demonstrujících doplatí na reformu zhoršenou péčí především pacienti. V celé zemi se protestních akcí zúčastnilo asi 40 000 zdravotníků, nejsilnější byly údajně demonstrace v Berlíně a Düsseldorfu.

V německém hlavním městě uspořádali lékaři, zubaři a lékárníci protestní pochod k největší berlínské nemocnici Charité. Lékárníci, kteří zachovali provoz svých lékáren, pracovali na protest v čer-

ném smutečním oblečení. Ve spolkové zemi Severní Porýní-Vestfálsko se ke stávce připojila asi polovina ze 30 000 lékařských praxí, také v Berlíně zůstala téměř každá druhá ordinace zavřená. Připojily se i některé nemocnice, zajistily však nouzový provoz. Další významná protestní shromáždění byla podle agentury DPA hlášena z Duisburgu a Essenu na západě země a z Hannoveru ve středu Německa.

Politik vyhání lékaře?

Stávku a demonstrace zorganizovalo sdružení asi 40 lékařských a lékárnických organizací. Účastníci nesli transparenty s nápisy „Nenasytlost ohrožuje zdraví“ a „Politici, vyháníte lékaře“. Německá ministryně zdravotnictví Ulla Schmidtová

krizovala „stávkové“ zavírání lékařských praxí. Lékaři nejsou oprávněni bojkotovat pacienty, zdůraznil mluvčí ministerstva.

Vláda velké koalice kancléřky Merkelové schválila v říjnu reformu zdravotnictví, jejím cílem je uspořít a zabránit neustálému zvyšování nákladů na lékařské úkony. Reforma ale na druhé straně počítá i se zvýšením státního příspěvku do zdravotního systému s cílem zastavit neustálé zvyšování částek zdravotního pojištění placeného občany. Pro pacienty má být také napříště snazší měnit lékaře a nemocnice, aby bylo dosaženo konkurenčnějšího prostředí.

Odměny praktikům ve Velké Británii podle průzkumu

Pacienti, kteří nejsou spokojeni s přístupem ke svým praktickým lékařům, budou moci ovlivnit příjem jejich ordinací. Ministryně zdravotnictví Patricia Hewittová připravuje jeden z největších průzkumů zaměřených na britské pacienty.

Odpovídat by mělo až 5 milionů respondentů a mezi mnoha dalšími jsou do průzkumu zahrnuty také otázky, zda je podle názoru pacientů snadné domluvit si rychle návštěvu u praktického lékaře. Příjmy praktických lékařů potom budou do určité míry odvozeny od toho, jak s nimi budou jejich pacienti podle výsledků tohoto výzkumu spokojeni.

8000 liber navíc

Dotazníková akce, která bude provedena v lednu, poskytne data, na jejichž základě bude rozděleno 72 milionů liber jako bonusy pro britské praktické lékaře. Průměrná praxe se 6000 pacienty může

obdržet až 8000 liber navíc. Zlepšení dostupnosti praktických lékařů bylo jedním ze slibů Tonyho Blaira během kampaně v roce 2005. Patricia Hewittová k tomu uvedla: „Průzkum nám poskytne informace o tom, jak pacienti vnímají schopnost jednotlivých ordinací zvládat objednávky a telefonický kontakt.“

Bude zjišťována také spokojenost pacientů s ordinacími hodinami. Připravujeme nové, štedré smlouvy s praktickými lékaři a bude pro nás důležité mít jistotu, že praktičtí lékaři vycházejí co nejvíce vstříc potřebám pacientů, mimo jiné i pokud jde o jejich dostupnost.

Součást smlouvy

Podle Britské lékařské asociace (British Medical Association, BMA) však průzkum obsahoval zaujaté otázky, které v pacientech vyvolávaly dojem, že ma-

jí nárok mimo jiné i na to, aby byli ošetřeni v ranních hodinách nebo o víkendech. Hamish Meldrum, předseda komise pro praktické lékaře v rámci Britské lékařské asociace, uvedl, že ordinace mohou získat negativní hodnocení za to, že nenabízejí služby, které systém stejně neproplácí.

„Tento průzkum je podle našeho názoru zcela zdiskreditován zařazením některých zavádějících otázek a jsme přesvědčeni, že tudy cesta ke zlepšení nevede.“ Ministerstvo zdravotnictví na tyto výtky odpovídá: „BMA je odborovou organizací, která musí při vyjednáváních hájit zájmy svých členů, praktických lékařů. Průzkum měl vést ke zlepšení přístupu k praktikům, což je jedna ze součástí smlouvy pro rok 2006-2007, kterou vyjednávali BMA přijali.“

Lékaři hrozí žalobou na stát

Jen pár hodin po opětovném jmenování prezidentem republiky do funkce musel ministr zdravotnictví Tomáš Julínek řešit doutnající požár ve svém resortu. Soukromí lékaři se na něj obrátili se stížností na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu.

Kromě problémů s opožděným podpisem dotatků ke smlouvám na letošek je vydráždil úmysl pojišťovny sebrat ordinacím část příjmů z prvního pololetí. Jsou to peníze za léčení pacientů nad limity striktně nastavené předchozím ministrem Davidem Rathem.

Lékaři tvrdí: Dělalí jsme jen to, co nám zákon předepisuje. A teď pojišťovna říká, že část práce jsme měli dělat zadarmo. A varují: Pokud budeme muset požadované až statisíce vrátit, začalujeme stát. Protože ten vyhláškami ministra Ratha navodil protiprávní stav. Podklady pro případný soud už shromažďují.

„Pojišťovna chce strhnout peníze za překročení regulací u preventivních prohlídek, očkování a také

část peněz vyúčtovaných za akutní péči o pacienty. To jsou ale všechno věci, které jsme povinni dělat ze zákona. A ten je nad nějakou ministerskou vyhláškou. Takový soud nemůžeme prohrát,“ připomíná předseda Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák.

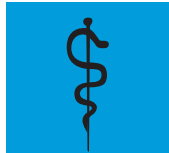
Pokud by například lékaři odmítli některému z pacientů provést preventivní prohlídku s odkazem na vyčerpaný limit, vystavovali by se sami riziku trestního stíhání za zanedbání péče.

„Stát po nás nemůže chtít, abychom tuto práci dělali zadarmo. Je povinen chránit veřejný zájem. Pokud se tak nestane, musí následovat naše razantní akce,“ varuje Šmatlák. Také ambulantním specialistům chce VZP strhnout peníze za péči, kterou lékaři nemohli svým pacientům odmítnout. Klíčem je Rathova vyhláška, kterou nařídil zhruba o třetinu zvýšit cenu, již si lékař účtuje za práci. Zároveň ale povolil pojišťovnám dát ordinacím na pololetí jen o tři procenta více peněz.

Mnohokrát jsme upozorňovali na tuto disproporcii a na problémy, které to způsobí. Kvůli možným dopadům jeho vyhlášek jsme dokonce demonstrovali. Ale byli jsme tehdy označeni za žoldáky ODS, kteří vyvolávají nepokoje na politickou objednávku,“ připomíná sekretář Skalpelu soukromých lékařů Miroslav Havrda.

„Rath, který ovládal VZP pod nucenou správou, tehdy veřejně slíbil, že se regulací nemusíme bát. Že k nim nedojde,“ dodává. Praktickým lékařům, pediatrům i ambulantním specialistům, kteří se dostali do křížku s Rathovými vyhláškami, už VZP rozeslala dopisy, ve kterých je informuje o výši částky, kterou jim strhne.

Ministr Julínek včera lékařům slíbil, že se pokusí prostřednictvím svých zástupců ve správní radě VZP situaci nějak řešit. „Rathovy vyhlášky ale rušit nemohu, nemám k tomu kompetence,“ konstatoval.



Lékaři ve Španělsku chtějí více času na pacienta

V pátek 10. listopadu 2006 proběhla 24hodinová stávka lékařů primární péče devíti španělských autonomních oblastí.

Tímto protestem lékaři upozorňují na petici starou více než 5 let, jejímž hlavním bodem je čas, který chtějí lékaři primární péče věnovat jednotlivým pacientům. Lékaři i pacienti se ve Španělsku shodnou na tom, že počet lékařů je vzhledem k počtu obyvatel malý.

Lékaři, kteří se stávky zúčastnili, konkrétně požadovali zvýšení průměrného času, který mohou věnovat jednotlivým nemocným v ordinaci, ze současných asi 6 minut na 10. Podle organizátorů protestu se stávky zúčastnilo 80 % zdravotnických středisek 9 autonomních oblastí, i když podle zástupců administrativy jednotlivých autonomních oblastí účast nepřesáhla 10%.

Pacienti žádají pohodlnější objednávání

Zpráva časopisu Consumer, která se zakládá na anketě, do níž se zapojilo 4700 pacientů ze 162 zdravotních středisek v 18 provinciích, ukazuje na to, že pacienti jsou spokojeni s pří-

stupem lékařů, avšak stěžují si na obtížné telefonické objednávání, na čas strávený v čekárně a na krátkou dobu trvání vyšetření či konzultace.

Tyto dva poslední body spolu přitom úzce souvisí. Jestliže lékař nerespektuje čas přesně vymezený pro jednotlivé pacienty, doba v čekárně se samozřejmě prodlužuje. Podle zprávy je průměrná doba pobytu v ordinaci kratší než 10 minut. Průměrný čas strávený v čekárně je podle zprávy 14 minut, přičemž jeden ze šesti respondentů tvrdí, že se setkal s čekací dobou delší než půl hodiny.

Ministerstvo má plán

Španělská ministryně zdravotnictví Elena Salgadová konstatovala, že stávka praktických lékařů, je určitou formou upozornění na jejich skutečně existující problémy a určitě stojí za pozornost. Ministerstvo zdravotnictví zároveň považovalo za nutné zdůraznit dvě skutečnosti, které s požadavky lékařů, respektive s tím, komu je adresovali, souvisejí. Za prvé, kompetence organizace zdravotnictví spadá pod admi-

nistraci jednotlivých autonomních oblastí.

Ministerstvo zdravotnictví také věří, že mnohé z požadavků budou vyřešeny přijetím nového dokumentu nazvaného „Primární péče 21. století: Strategie zlepšení“. Text obsahuje přibližně 200 konkrétních návrhů zaměřených především na snížení zátěže lékařů a rozšíření času, který mohou věnovat pacientům.

Pomoci by v tom mělo omezení byrokratické zátěže či informatizace co největšího množství procesů ve zdravotnictví, od anamnézy až po recepty, což by odstranilo mnoho překážek efektivního fungování systému. Důležitým bodem dokumentu je také snaha o dosažení stavu, kdy by se 85 % zdravotních problémů populace vyřešilo v rovině primární péče. Ke splnění tohoto cíle by podle autorů dokumentu výrazným způsobem přispělo širší používání informačních technologií, a to i těch běžných, jako je elektronická pošta, a dále systémů pro efektivnější organizování času v ordinaci nebo například pro elektronické objednávání. ■

Praktici ve Španělsku hájí svoji roli

Platforma 10 minut spojuje tisíce profesionálů z oblasti primární péče, kteří chtějí v ordinaci věnovat více času svým pacientům.

„Jsme zemí, kde se pacientům v ordinaci věnuje nejméně času v Evropě a kde se do primární péče investuje nejméně peněz.“ Toto je fráze, která vítá návštěvníky webové stránky www.diezminutos.org a která stmeluje všechny sympatizanty projektu Platforma 10 minut.

Ta je tvořena profesionály z celého Španělska - rodinnými lékaři a lékaři pracujícími v primární péči. Sdružení hledá zlepšení vztahu mezi pacientem a lékařem a usiluje o to, aby mohli lékaři věnovat nemocnému více času v ordinaci a také aby nebyl umenšován význam rozhodovací kompetence primární péče. „Děláme to hlavně v zájmu státního systému zdravotní péče,“ prohlašuje Rafael de Pablo, který je koordinátorem sdružení.

Srovnání úrovně

Platforma 10 minut vznikla v roce 2001 jako politicky nezávislé hnutí, složené z řadových lékařů. „Komunikujeme spolu virtuální formou, prostřednictvím elektronické pošty a webové stránky,“ vysvětluje Rafael de Pablo. V červenci letošního roku Lékařská komora publikovala

zprávu, ve které se jasně prokázalo chronické pracovní přetížení zdravotních středisek. „Není to etické, pokud lékař nemá čas na své pacienty,“ trvá na svém 52letý rodinný lékař ze Zaragozy. „Já jsem patřil do prvního ročníku na lékařské fakultě, který již mohl zvolit specializaci rodinných lékařů,“ vzpomíná de Pablo.

Rezidenci jsme skončili v roce 1979, noví mladí lékaři se spoustou plánů a iluzí. Předtím, než byla všeobecná medicína specializací, měla velmi malou prestiž (nebylo nutno složit zkoušku MIR a pracovat po určité období jako rezidenční lékař, lékaři se všeobecné medicíně věnovali ihned po skončení lékařské fakulty). Ale od tohoto roku se věci změnilly, prošli jsme specializačním vzděláváním stejně jako nemocniční lékaři a navíc nám bylo umožněno být v neustálém přímém kontaktu s pacienty, s jejich rodinami v jejich vlastním prostředí,“ dodává de Pablo.

Praktičtí lékaři zvládnou více

„Před více než 10 lety byla nicméně naše profese - rodinný lékař - odstrčena na vedlejší kolej a stala se z ní popelka medicíny,“ stěžuje si de Pablo. Ve Španělsku se na tuto specializaci dává 14 % z rozpočtu zdravotnictví, zatím-

co v Evropě je to mezi 20 a 25 %. „Toto má samozřejmě dopad na prodloužení čekací doby pacientů jak ve specializované péči, tak i na pohotovostních příjmech nemocnic,“ tvrdí zástupci sdružení Platforma 10 minut. „Pokud bychom mohli věnovat více času našim pacientům, odesílali bychom jich méně ke specialistům,“ uvádí de Pablo.

„Navíc pokud bychom disponovali jednoduchými diagnostickými přístroji, jako je například ultrazvuk, odesílali bychom jich ještě méně,“ dodává a upozorňuje, že každým rokem ubývá lékařů, kteří by chtěli studovat tuto specializaci v programu MIR (médico interno residente). Ministerstvo zdravotnictví představilo nový dokument APXXI (primární péče 21. století), který vypracovalo osmdesát expertů. „Je to velmi dobré a podrobněji nás s tímto dokumentem seznámí na schůzi v prosinci, my bychom ale přesto uvítali, aby se hovořilo přesněji o financích a o časovém horizontu,“ uzavírá de Pablo.

Odkazy:

www.diezminutos.org

www.cgcom.org (Organización médica colegial) ■



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Doporučení výboru OSPDL k vakcinaci proti HPV:

■ Dívky do 15 let (před zahájením pohlavního života) vakcinovat u praktického lékaře pro děti a dorost v souladu s očkovacím schématem a dle možností očkovacího kalendáře. Nutné poučení o nutnosti preventivních prohlídek u gynekologa. Údaj je třeba zaznamenat do očkovacího průkazu.

■ Dívky nad 15 let před zahájením pohlavního života je možné vakcinovat u PLDD, případně u gynekologa, praktického lékaře pro dospělé nebo u jiného lékaře provádějícího očkování.

■ Dívky nad 15 let a mladé ženy do 26 let pokud již zahájily pohlavní život, by měly v posledním roce před vakcinací absolvovat preventivní prohlídku u gynekologa. Těm, které na prohlídce nebyly by mělo být doporučeno tuto preventivní prohlídku před vakcinací absolvovat.

■ **Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem č. 537/2006 Sb.**, která vstoupila v platnost k 1.1.2007, nově ukládá pravidelné očkování proti pneumokokovým nákazám u tzv. rizikových dětí pneumokokovou konjugovanou vakcínou. V těchto případech je očkovací látka plně hrazena, stejně jako jiná povinná očkování v uvedené vyhlášce. Vakcínu Vám pro tyto děti v plném očkovacím schématu platném pro konkrétní věkovou kategorii dodá KHS. Tato očkovací látka bude na KHS k dispozici v druhé polovině měsíce ledna 2007. V současnosti výrobce této vakcíny, firma Wyeth, rozesílá všem PLDD podrobnou informaci o vakcíně včetně definovaných rizikových skupin.

■ Vzhledem k zavedení očkování hexavakcínou budou KHS provádět **kontroly počtu vydaných očkovacích látek**. Zatím, tedy do 31.3.2007 se bude jednat pouze o evidenci 4. dávky. Jednání na téma nepokračovat

v této akci proběhnou koncem března, kdy případně budeme preferovat pokračovat dále v průběžných kontrolách počtů aplikovaných látek přímo v ordinacích na základě namátkových kontrol. Prozatím prosíme kolegy, aby důsledně oddělovali aplikace očkovacích látek vyfasovaných od KHS a nedocházelo k míchání s nakoupenými očkovacími látkami (nejlépe odděleně skladovat a vést řádně evidenci zakoupených).

■ Text dopisu rozeslaného všem KHS z MZ ČR:

„...vzhledem k tomu, že vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, stanoví podání 4. dávky hexavalentní vakcíny a současně i pravidelné očkování touto vakcínou u dětí narozených po 31.12.2006 hrazené ze státního rozpočtu, žádám Vás o zajištění předání informace praktickým lékařům pro děti a dorost o evidenci takto očkovaných dětí v následujícím rozsahu:

- v průběhu I. pololetí roku 2007 budou praktičtí lékaři pro děti a dorost vykazovat spotřebu této očkovací látky pro pravidelné očkování hexavakcínou podle rodných čísel očkovaných dětí vždy do konce každého měsíce územnímu pracovišti KHS,

- do konce roku 2007 bude vázána potřeba 4. dávky této očkovací látky rovněž na rodné číslo očkovaného dítěte a vykazována ve stejných intervalech každému územnímu pracovišti KHS.

Uvedené vykazování vychází z potřeby indikovaného podání této vakcíny v souladu s výše citovanou vyhláškou.“

■ Termíny očkování proti dětské přenosné obrně (OPV) pro rok 2007:

I. etapa 12.3. - 23.3.2007

II. etapa 7.5. - 18.5. 2007

Současně vzhledem k četným dotazům uvádíme, že očkování dětí IPV podle § 4 odst. 3 a podle § 21 vyhlášky č. 537/2006

Sb. se provádí od II. čtvrtletí 2007 průběžně a stanové termíny obou etap se vztahují pouze na podání OPV. Očkovat budeme v roce 2007 dva ročníky IPV (10.-11. rok a 13.-14. rok).

■ Koncem roku 2006 byla na IPVZ podána **žádost o společnou akreditaci školitelů z řad PLDD**, kteří byli schváleni Akreditační komisí a doporučení pro společnou akreditaci pro vzdělávání v oboru praktický lékař pro děti a dorost na základě doložených materiálů. Nyní čekáme stanovisko IPVZ a MZ ČR k žádosti, dále Vás budeme informovat.

■ Po jednání s ředitelkou Odboru vědy a vzdělávání na MZ ČR (Mgr. Eva Prošková) upřesňujeme **doporučení platné pro přidělení specializační způsobilosti v oboru praktické lékařství pro děti a dorost:**

Podle § 44 odst. 2):

... Lékaři, kteří podle dosavadních právních předpisů získali specializaci I. stupně v základním oboru pediatrie, získávají specializovanou způsobilost v oboru praktické lékařství pro děti a dorost stanoveném v příloze k tomuto zákonu, pokud v oboru pediatrie pracují déle než 3 roky, z toho alespoň 1 rok v primární péči...

Zákon nestanoví, na jaký úvazek je třeba pracovat „alespoň rok v primární péči“. Zákon nestanoví, zda je práce na LSPP prací v primární péči.

Z uvedených důvodů vydal výbor OSPDL ČLS JEP doporučení, které bylo přijato na mimořádném zasedání dne 23.5.2004 v Kroměříži a pozměněno s platností od 1.1.2007 a to i v souvislosti s novelou Zákoníku práce platného od 1.1.2007:

Rok v primární péči může být uznán pouze na úvazek 1,0, v případě úvazku na 0,5 může být zkrácen na 6 měsíců pouze je-li současně doplněn službami na LSPP. Oba úvazky jsou možné současně, Zákoník prá-



ce neomezuje počty současných pracovních úvazků.

V případě, kdy se pro uznání této doby bude počítat i s LSPP, musí být minimálně 6 měsíců v úvazku 0,5 v ordinaci PLDD a zbytek, tedy 6 měsíců LSPP s přepočtem odsloužených služeb na úvazek 0,5.

■ **Výňatek ze zápisu z jednání výboru OSPDL ČLS JEP z 6.12.2006:**

Jednání se zástupci Asociace klinických logopedů ČR (AKL ČR) PaedDr. Marcelou Michalíčkovou, předsedkyní a PaedDr. Renatou Cikanovou - předmětem jednání:

■ dohoda o vzájemné spolupráci a vydání jednotného pokynu, který bude distribuován mezi PLDD

■ definice zvláště nákladné péče - seznam diagnóz

■ žádanka musí být vystavena vždy dopředu - nebude se vydávat zpětně

■ návštěvy logopedů ve školce - nesouhlasí ani OSPDL ani AKL ČR

■ žádost se vydává pouze jedenkrát bez ohledu na to, jak dlouho dítě logopeda navštěvuje

■ frekvenční omezení 2x týdně, nutná zpráva od logopedů zpět k PLDD

■ výsledky jednání budou vydány v časopise Vox Pediatrice a v časopise AKL ČR

■ podrobnosti o činnosti AKL ČR na www.klinickalogopedie.cz

V současnosti čekáme na potvrzení zápisu od kolegů logopedů, uveřejníme v dalším z čísel časopisu VOX.

■ **Výňatek ze Zápisu z jednání k zubním průkazům dětí 8. 11. 2006:**

Přítomni:

MUDr. Pekárek,
MUDr. Cabrnchová,
MUDr. Merglová,
MUDr. Ivančaková,

MUDr. Neugebauer,
RNDr. Švábová,
Mgr. Sladkovská

Cílem schůzky bylo seznámení se zubními průkazy, s jejich účelem, projednání jejich obsahu a způsobu distribuce za pomoci praktických dětských lékařů a praktických zubních lékařů ošetřujících děti:

■ Dr. Pekárek podal základní informace o zubních průkazech (ZP) dětí. První průkazy byly předány do porodnic začátkem loňského roku, další v lednu tohoto roku a ČSK bude ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví zajišťovat každoroční dotisk tak, aby zubní průkazy obdržely všechny nově narozené děti. Kromě toho bylo vytištěno dalších 90 000 zubních průkazů pro věkové kategorie od 2 do 6 let, které předávání v porodnicích minulo.

Zástupci PLDD upozornili na skutečnost, že jsou zatím ZP distribuovány cestou zdravotních a očkovacích průkazů novorozencům, faktická potřeba však nastává až v roce věku života při první návštěvě u zubního lékaře, proto by bylo vhodnější distribuovat zubní průkazy cestou zubních lékařů, Dr. Neugebauer navrhl i pomoc při distribuci při ročních prohlídkách v ordinacích PLDD. Rozhodně se PLDD nemohou podílet na zajištění zubního lékaře dítěte za situace, kdy v mnoha lokalitách je jich nedostatek. Na tuto skutečnost byli zástupci stomatologů upozorněni..

■ Dr. Pekárek navrhl vytvoření pracovní skupiny složené ze zástupců praktických dětských lékařů a praktických zubních lékařů ošetřujících děti k dořešení:

- a) textu v zubním průkaze, tak aby bylo možné v něm uvádět údaje, které umožní lékařům při ošetřování dětí spolupracovat,
- b) distribuce
- c) medializace zubních průkazů.

Tato skupina by nahradila zrušenou Komisi pro prevenci při MZ ČR.

V každém očkovacím průkaze by měl být prostor pro razítko registrujícího PLDD a zubního lékaře který převzal dítě do péče, aby byl zajištěn vzájemný kontakt na lékaře.

■ Na změně obsahu zubního průkazu se dohodli všichni účastníci jednání, pediatři předají své návrhy do konce roku 2006.

■ Pro zubní lékaře připravuje ČSK publikaci zaměřenou na ošetřování malých dětí.

Dr. Pekárek požádal Dr. Cabrnchovou o spolupráci pediatrů při zpracování textu.

■ ČSK si je vědoma problémů při hledání zubních lékařů, kteří ošetřují děti a řeší situaci ve spolupráci s MZ ČR, zdravotními pojišťovkami a MŠMT ČR. Současně se snaží získat finanční prostředky pro výrobu zubních průkazů.

■ Zástupci výboru OSPDL (Cabrnchová, Procházková, Růžková, Růžičková) se podílejí na úvodní fázi projektu „**Protidrogová prevence v ordinacích PLDD**“ financovaného z prostředků EU, jedná se o projekt Magistrátu hl. m. Prahy, následně po vypracování úvodních materiálů bude probíhat v hl. m. Praze. Jeho cílem bude proškolení 20- ti kolegů z řad PLDD v problematice protidrogové prevence. V případě úspěšnosti se počítá s pokračováním projektu v rámci celé ČR.

■ **Změna referenčních hodnot imunoglobulinů u dětí v imunologické laboratoři Imumed:**

V souvislosti s mezinárodními doporučeními a zavedením certifikovaných materiálů - referenční materiály pro stanovení plasmatických proteinů (CRM470, IFCC International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) bylo nutné, abychom upravili rozsah referenčních hodnot pro **imunoglobuliny**. Výhodou této úpravy bude také možnost snadnějšího porovnání našich výsledků s výsledky vyšetření v jiných klinických laboratořích. Od 1.1.2007 tedy přecházíme na referenční hodnoty doporučené IFCC u imunoglobulinů IgG, IgA, IgM v séru. Tyto referenční intervaly mají širší rozmezí než referenční intervaly, které jsme používali dosud. Je proto větší riziko, že by bylo možno přehlédnout počínající změnu laboratorního nálezu. Pro interpretaci nálezů je důležité sledovat individuální vývoj výsledků vyšetření. Podrobnější rozbor a příklady klinických nálezů uvedeme v průběhu ledna na našich webových stránkách www.imumed.cz.

Wyeth



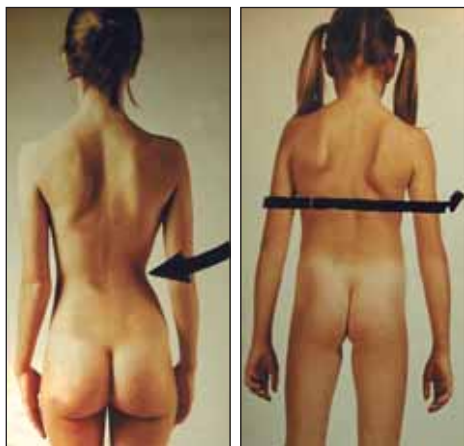
Děti a skolióza

MUDr. Ing. Jan Němec, Doc.MUDr. Petr Korbelář, CSc.

Ortopedická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Dětská a dospělá ortopedie a traumatologie

Souhrn

Fyziologický vývoj dítěte zahrnuje i fyziologická zakřivení jeho páteře. Pediatrická péče je základním pilířem sledování tohoto vývoje. Vybočení páteře ve frontální rovině nazýváme skolióza, v sagitální rovině potom hyperkyfóza či hyperlordóza.



Obr.č.1 - Linie boků a kompenzace křivky páteře (vertikála ze spinózního výběžku C7 či středu okcipitální krajiny ve vztahu ke středu sakrální krajiny)

Obr.č.2 - Výše ramenních kloubů, lopatek a hřebenů lopat kostí kyčelních (měříme i spino a umbilikomal-leolární distanci)



Obr.č.3-5 - Přítomnost paravertebrálních prominencí (jsou způsobeny dílem skoliotickým vybočením obratlů, dílem jejich rotací a torzí)



Obr.č.6 - Měření křivky dle Cobba

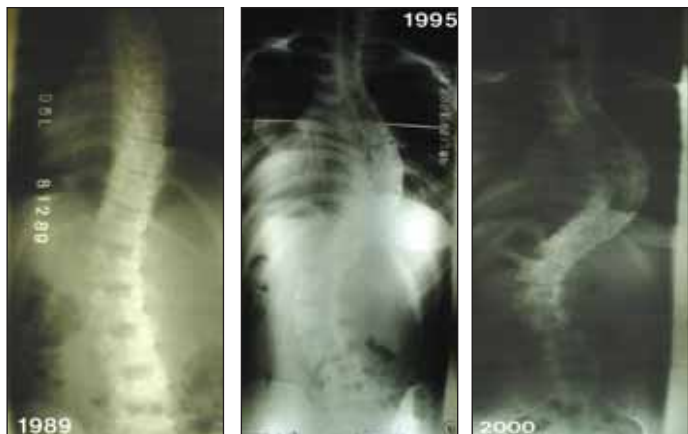
Četnost výskytu skoliózy jako nejčastější formy deformity páteře je kolem 3%. Poměr dívek a chlapců je přibližně 2:1, idiopatická etiologie je přibližně u 70% skolióz. Idiopatická skolióza je spojena obvykle s hypokyfózou (je navíc podporováno i korzetoterapií, způsobující plochá záda), jedná se tedy většinou o lordoskoliózu. Při rodinné zátěži se u přímých příbuzných pohybuje rodinná zátěž kolem 10%.

Aktivní spolupráce vycházející z rodiny by měla být jedním z nejdůležitějších stavebních kamenů péče o dětské pacienty. Bohužel není úplnou výjimkou, kdy rodiče v záplavě jiných povinností „nemají čas“ vidět dítě svlečené i několik let. Někteří dokonce i po poučení o onemocnění skoliózou a způsobu léčby nejsou schopni dítě k dodržování doporučeného režimu přivést, podobně jako i erudovaní rodiče dítěte s ortodontickou vadou nedokáží již tříletému dítěti „vzít dudlík“ či jej naučit základním hygienickým potřebám bez používání jednorázových plenek. Zde vidíme obrovský prostor v edukačním působení pediatriů na rodiče i děti. V naší praxi jsme nu-

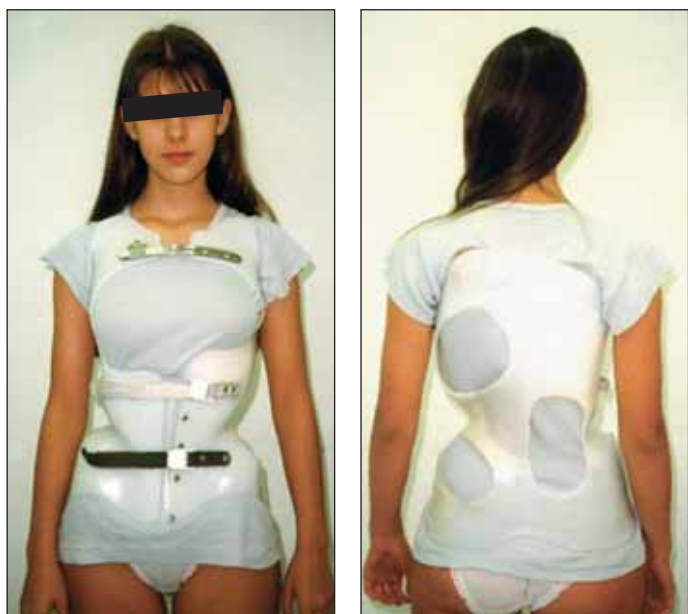
eni velmi často zdůrazňovat osobní odpovědnost rodičů za průběh léčby především u pacientů nad 14 let věku.

■ Důležitá anamnestická data v ambulanci pediatra

Při preventivních prohlídkách v ambulanci praktického lékaře je na místě dotaz na pacienta i na dítě, týkající se:



Obr.č.7 - Možný vývoj křivky při nespolupráci pacienta



Obr.č.8 - TLSO - příklad dnes používaného korzetu

1. bolestí pohybového aparátu včetně zad - obecně vzato bolest je v dětském věku příznakem přetížení či patologie. Při anamnéze klidové či noční bolesti se musí rozvíjet červený vykičník!!! - neprodleně odeslat dítě k urgentnímu vyšetření i na ortopedickou ambulanci (neurologické a event. jiné specializované vyšetření je rovněž samozřejmostí). Skolióza v dětském věku není běžně spojena s klidovou či noční bolestivostí, naopak může vznikat sekundárně při jiné závažné patologii. Spondylitida, discitida, tumor či v lepším případě olistéza nejsou u dětí raritní!

2. asymetrie postavy - kongenitální skolióza vzniklá např. na podkladě hemivertebry může do 3 let věku při běžném vyšetření snadno uniknout naší pozornosti. Často u pacientů v tomto věku při negativistickém přístupu k vyšetření nemusí být klinické vyšetření vůbec výtěžné, při upozornění na anomálii ze strany rodičů je jedinou možností pro pediatra doporučit ortopedické vyšetření, při kterém je obvykle nezbytné provedení RTG.

3. narušení fyziologického stereotypu chůze - může být následkem nestejně délký dolních končetin. Nestejná výška hřebenů lopat kostí kyčelních však nemusí být jen následkem odklonu LS přecho-

oscillococcinum®

prevence chřipky
léčba chřipkových stavů



Preventivně: 1 dóza týdně po dobu chřipkového období.

Počínající chřipkový stav: 1 dóza co nejdříve, zopakovat 2-3x vždy po 6 hod.

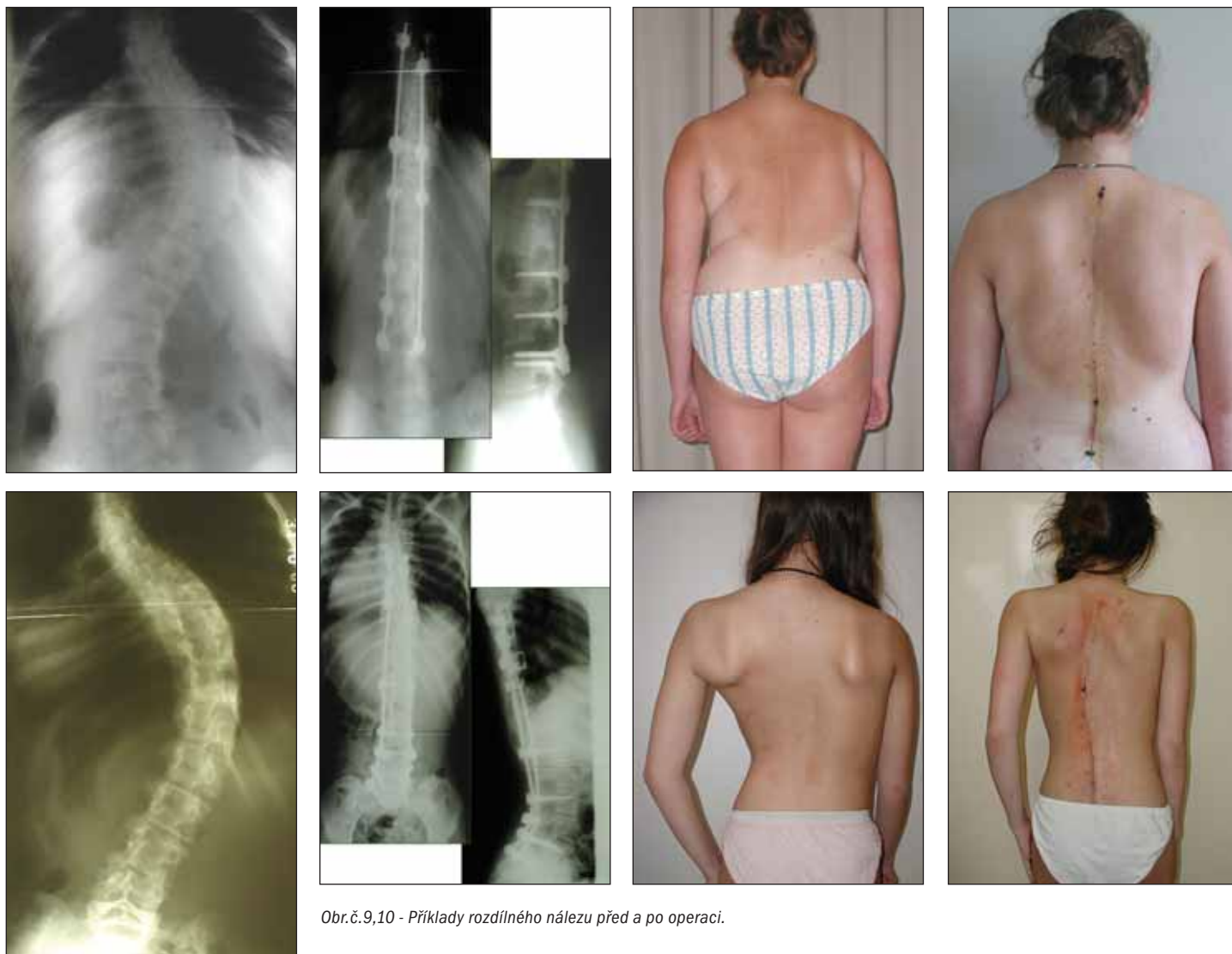
Rozvinutý chřipkový stav: 1 dóza ráno a večer po dobu 1 až 3 dnů.

Přípravek je tím účinnější, čím dříve od výskytu prvních příznaků je podán. Obsah dózy nechat volně rozpustit v ústech, event. v malém množství vody. Přípravek nemá žádné známé kontraindikace, interakce a nežádoucí účinky. Může být proto doporučen také těhotným a kojícím ženám, malým dětem a starším osobám.

Homeopatický přípravek. Údaje o indikacích a dávkování jsou doporučením výrobce a nebyly schvalovány v rámci registračního řízení. K dostání v lékárnách i bez lékařského předpisu. Není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Složení: Anas barbariae hepatis et cordis extractum 200 K. Pomocné látky: sacharóza, monohydrát laktózy. Držitel rozhodnutí o registraci: BOIRON S.A., 20 rue de la Libération, 69110 Sainte-Foy-lès-Lyon, Francie. Reg.č.: 93/364/92-C, datum posl. revize textu: 19.11.03.

BOIRON®

Boiron CZ, s.r.o., Pobežní 3, Praha 8, tel.: 224 835 090, www.boiron.cz



Obr.č.9,10 - Příklad rozdílného nálezu před a po operaci.

du od horizontální linie, ale i asymetrickým vývojem pánve při jinak stejné délce dolních končetin.

4. režimu dne - sportovní aktivity (zejména vrcholový sport hokej znamená nošení velmi těžké výstroje a trénink spojený s výrazným přetěžováním je rizikem nejen pro páteř), četnost a závažnost úrazů, hmotnost tašky do školy a způsob a délka jejího nošení, běžné aktivity (dlouhé vysedávání u počítače bez protahování a rekreačního sportu) apod.

■ Vlastní vyšetření pediatrem

Základní schéma celkového vyšetření se nemění.

Nezbytností je vidět dítě svlečené! Vidět linii těla, symetrii postoje, fyziologický stereotyp chůze, výšku paravertebrálních prominencí v předklonu, pohmatem zjistit linii spinálních výběžků obratlů a výšku lopat kostí

kyčelních patřít dle našeho názoru k neopominutelným součástem tohoto vyšetření, bohužel občas opomíjeným.

Na snímcích č. 1 - 5 je jasně vidět, co vše je třeba sledovat.

Provádění RTG snímků páteře má být indikováno ortopedickou ambulancí. Způsob měření a popisu křivky je prezentován obrázkem č. 6.

■ Schéma odesílání na ortopedické ambulance

Schéma odesílání na ortopedické ambulance je následující.



V případě odesílání z ambulance pediatra pacient směřuje na ambulanci spádového ortopeda. Bohužel se běžně setkáváme s pacienty, kteří mají doporučení pediatra přímo

na ortopedickou spondylologickou ambulanci klinického pracoviště. Tento postup považujeme za nesprávný ze dvou hlavních důvodů - pacient musí cestovat mnoho desítek až stovek kilometrů, aby se dozvěděl diagnózu špatného držení těla, za druhé o tyto pacienty by se jinak dobře postarala spádová ortopedická ambulance.

Ambulantní ortoped sám rozhodne o dalším postupu. V případě záchytu skoliózy či jiné patologie nebo nejasném nálezu by měl odeslat dítě k vyšetření na klinické pracoviště. Pokud však patologii neshledá nebo se nález pohybuje v limitách špatného držení těla, může pacienta odeslat zpět pediatrovi. Pravdou ale je, že by měl pacienta vidět alespoň 2x v odstupu do 3 měsíců i při vědomí, že nový systém úhrad pojišťovnou toto schéma péče nepodporuje.

Frekvence sledování zad na pediatrické



ambulanci by u dětí dosud nesledovaných pro deformity či jiné obtíže měla být v období růstového spurtu alespoň 1x ročně, mimo toto období 1x za 1.5 roku. Je pravdou, že takovýto systém doplňuje částečně roli rodiny, zamezuje ale „propásnutí“ počátečního stadia onemocnění skoliózou.

■ Schéma následné péče

- při špatném držení těla by klinické lékařské sledování mělo probíhat alespoň 1x za 3 - 6 měsíců v období růstového spurtu, mimo toto období 1x za půl roku až rok. Tyto kontroly je možné provádět buď ambulantním ortopedem nebo kombinovaně s pediatrem 1:1 dle erudice a spolupráce pediatra, řídicí roli má ortoped.

- při dispenzarizaci ortopedem je role pediatra zaměřena na kontrolu spolupráce s rodinou, mělo by probíhat zakládání zpráv jako forma tohoto prověřování.

- u pacientů po operačních výkonech je role pediatra shodná s předchozím bodem.

Cílem spolupráce jednotlivých specialistů je redukovat riziko nekontrolovaného rozvoje

skoliotické křivky ať již jako následek nespoupráce rodiny nebo vlivem náhodných vlivů způsobujících poruchu koordinace. Příklad vývoje křivky při nespoupráci pacienta a rodiny během terapie ukazují RTG snímky obr. č. 7.

Klasifikace skolios ve vztahu k terapii (stupně dle Cobba)			
0 - 20 RHB	20 - 40 Korzet	40 - 60 ?Operace?	nad 60 Operace

Průběh rehabilitace (event. průběh pobytu v RHB zařízení či lázních) je možné sledovat ze zpráv z těchto zařízení, méně spolehlivé je potom sledování paravertebrální muskulatury.

Na dodržování korzetoterapie (její součástí je pochopitelně rehabilitace) je možné odhadovat z míry „obnošenosti“ korzetu, velikosti opořebených přezek a popruhů. Neklamnou známkou jsou především kožní otlaky, které i jsou při dobrém promašťování pokožky přítomny (při dobré funkčnosti korzetu) (obr. č. 8).

Pooperační období většinou zajišťujeme novým korzetem s trvalým nošením alespoň po dobu 3 měsíců. Poté období do 6-12 měsíců od operace je charakterizováno režimo-

vými opatřeními. Stav rok od operace je již definitivní. Dojde-li k odchylce anatomie páteře kdykoli po operačním zákroku či bolesti či neurologickým obtížím po operaci, je nutno pacienta ihned odeslat ke kontrole na ortopedickou ambulanci! (obr. č. 9,10)

S vývojem technologií je dnes na trhu celá řada instrumentáří, umožňujících velmi dobrou korekci i relativně těžkých křivek. To dokumentují předešlé snímky klinického a RTG nálezu před a po operaci. Optimální věk pro operaci křivek, progredujících nad 40-60 stupňů dle Cobba je rozmezí 14-16 let +/- Křivka bývá i při přítomnosti degenerativních změn včetně artrózy ještě relativně poddajná pro korekci, současně však prováděná instrumentovaná spondylodéza již prakticky nenaruší růstový vývoj páteře.

Spolupráce pediatra s ortopedem je nezbytnou podmínkou správné péče o dětské pacienty se skoliózou. Současná míra spolupráce je jistě vysoká, nesmí nás však odchýlit od trendu jejího dalšího prohlubování! ■

Literatura u autorů

Servier - Bioparox



Depistáž vrozené vývojové dysplasie kyčelní v současné době

MUDr. Petr Chládek, MUDr. Viktor Řeháček

Ortopedická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Dětská a dospělá ortopedie a traumatologie

Souhrn

Vrozená dysplasie kyčelní je vrozená vývojová vada kyčelních kloubů, která vzniká v průběhu těhotenství a projevuje se různým stupněm instability kyčelních kloubů, resp. různým stupněm decentrace hlavičky kosti stehenní z kloubní jamky. V posledních letech je preferován termín vývojová dysplasie kyčelní (dále jen VDK) ve snaze odlišit tuto nosologickou jednotku od vrozené luxace kyčelní, která je teratologická, je součástí jiného systémového onemocnění, je tedy symptomatická. Je to tedy vrozená vada, která není vitiū primae formationis, ale vzniká až v průběhu intrauterinního vývoje.

Historie nazírání na etiopatogenezu, diagnostiku a léčbu VDK je spjata se slavnými jmény, jako jsou Hippokrates, Galenus, Ambrois Parré a další. K výraznému pokroku v nazírání na VDK došlo v 19. století, a to především v oblasti etiopatogeneze, naopak k pokroku v léčbě došlo až ve století dvacátém. Zde je třeba z našich autorů zmínit Zahradníčka, který se originálním operačním řešením této vady zapsal do historie naší i světové ortopedie.

Výskyt VDK podle jednotlivých studií kolísá mezi 0,2 a 4 %, stejně tak kolísá místně - existují endemické oblasti výskytu, jednou z nich je právě střední Evropa. U acetabulární dysplasie je poměr chlapců a děvčat 1:1, zatímco u kyčelní subluxace a luxace je poměr 1:4. Riziko výskytu je od několika procent (u familiárního výskytu VDK postižen 1 sourozenec) až po 36 % (postižen 1 rodič a 1 dítě)

Etiopatogeneza je přes veškerý pokrok v nazírání na tuto vadu stále nejistá. Je zřejmě multifaktoriální, přitom rozhodující úlohu mají vlivy genetické, které mohou působit buď přímo - hyperlaxitou vaziva s hypermobilitou kloubní, nebo nepřímo přes vlivy hormonální, konstituční, ultrasonicí plodu, oligohydramnion atd. Významným rizikovým faktorem je též vyšší porodní hmotnost novorozence.

Strukturální **patologicko-anatomické změny** mohou být případ od případu vyjádřeny nestejnou měrou, jejich znalost je však významná pro léčbu onemocnění, a to zejména pro léčbu chirurgickou. Změny horního konce stehenní kosti, tedy zvětšení úhlu kolodiáfysárního a úhlu anteverse, nehrají v časně diagnostice VDK významnou roli. Jinak je tomu ale u změn kloubní jamky - sonografická diagnostika hodnotí především vývoj acetabula, a to jak jeho kostěnné, tak chrupavčité části. Jamka je u VDK mělká, defektní bývá zejména její přední okraj. U decentrované hlavičky mohou být přítomny tzv. reposiční překážky, avšak ty nemají pro včasnou diagnostiku význam, je navíc sonograficky

obtížné až nemožné je diferencovat.

Co se **klasifikace** VDK týče, dělíme ji do tří víceméně samostatných jednotek:

1. acetabulární dysplasie I. st. (I. st. proto, že dysplasie acetabula je přítomna u VDK vždy, dříve též preluxace)
 - hlavička správně centrovaná v kloubní jamce, stříška je defektní.
2. subluxace (zpravidla na podkladě změn úhlu anteverse a úhlu kolodiáfysárního)
 - hlavička již decentrovaná.
3. luxace (tedy skutečná kyčelní luxace, tento termín totiž bývá používán promiskue pro celou VDK)
 - hlavička bez kontaktu s jamkou, zpravidla přítomny reposiční překážky.

Toto dělení je však vhodné především pro kojence, resp. starší děti, a nevystačíme s ním plně u patologických nálezů novorozeneckých, jejichž hodnocení bývá založeno na hodnocení stability kyčelního kloubu a nikoliv na postavení v něm.

1. Normální kyčle (stabilní kyčelní klouby)
2. Kyčelní klouby s mírnou instabilitou
3. Instabilní (dislokovatelné) kyčelní klouby
4. Luxované (vykloubené) kyčelní klouby reponibilní
5. Luxované (vykloubené) kyčelní klouby irreponibilní - ty najdeme spíše v pozdějším věku; najdeme-li je v novorozeneckém věku, jedná se nejspíše o luxaci teratologickou.

Nově pak k těmto tradičním dělením přistupuje klasifikace VDK na základě sonografického nálezu (viz dále).

Diagnóza

V diagnostice VDK byly celé generace ortopedů odkázány na klinické a rentgenové vyšetření. Klinické vyšetření, zatížené možností chybné interpretace nálezu, bylo prakticky jedinou vyšetřovací metodou v I. trimestru, rentgenové vyšetření,

standardně prováděné mezi 12. a 16. týdnem věku kojence, bylo pak prvním reprodukovatelným vyšetřením, schopným kyčelní dysplasii zachytit. Existoval tedy hiatus mezi nutností zahájit časně léčbu VDK v prvních týdnech věku novorozence na straně jedné a naší možnosti provést rutinní reprodukovatelné vyšetření (tedy nativní předozadní skigram kyčlí) až ve třech měsících věku kojence na straně druhé. Tím byla u patologických nálezů promrhána nevhodnější doba k léčbě, u nejzávažnějších nálezů - kyčelních luxací pak většinou doba ke konzervativní reposici. Tento hiatus byl v polovině osmdesátých let vyplněn sonografickým vyšetřením kyčelních kloubů.

Klinické vyšetření u novorozenců začíná pohledem, přitom si všímáme zejména addukčního postavení v kyčlích, predilekce jedné strany při asymetrickém polohovém syndromu, méně významná je asymetrie kožních rýh na stehnech a asymetrie crena ani, scrota, resp. vulvy. Při vlastním vyšetření si všímáme především omezení abdukce (to bývá pravidelně spojeno s hypertonelem adduktorů - addukční kontrakturou), přitom spektní je především jednostranné omezení abdukce. Velmi důležité je klinické vyšetření stability kyčelních kloubů. Příznakem instability je tzv. luxační fenomén (v případě kyčle luxovatelné), resp. reposiční fenomén (v případě kyčle luxované). Vjem je to spíše pohmatový než poslechový. Obecně platí, že při provádění abdukce s mírným tlakem na proximální femur - velký trochanter z dorsální strany směrem ventrálně vyvoláme reposiční fenomén, naopak při addukci a současném tlaku dorsálně vyvoláme luxační fenomén. Z dalších příznaků je třeba uvést hlubší adduktorovou jamku (při flexi 90° a max. abdukci je přes proximální část adduktorů snadno hmatná hlavička, u dislokované kyčle je adduktorová jamka hlubší, prázdná. Dále je to současná hyperextensibilita kyčle a kolene (daná jednak ligamentosní hyperlaxitou, jednak



relativní relaxací pelvifemorálních a ischiokrurálních svalů u dislokované kyčle).

Klinické vyšetření u kojenců je obdobné. S přibývajícím věkem dítěte se původně instabilní kyčel stabilisuje - a to buď v jamce (v případě nevýznamné instability, případně úspěšné léčby), nebo v luxovaném postavení („missed case“, neúspěšná léčba). Vyšetření instability kyčelních kloubů tak postupně ztrácí na významu, význam ostatních testů zůstává.

U starších dětí, ve věku nad 1 rok a zejména později se již jen velmi vzácně setkáme s vrozeným vykloubením kyčlí, které dosud nebylo léčeno. Je tedy klinický nález v tomto období již ovlivněn prodělanou léčbou. Při vyšetření se soustředíme na rozsah pohybů ve vyšetřovaném kloubu - kromě abdukce mohou být již omezeny i ostatní pohyby, zejména pohyby rotační; dále na vyšetření svalové síly - insuficienci gluteálního svalstva odhalíme pomocí Trendelenburgova testu (při stožení na vyšetřované končetině pacient neudrží pánev v horizontále). Insuficience gluteálního svalstva je dána svalovou hypotrofií (tlak dislokované hlavičky, zkrácený vektor při zmenšené vzdálenosti obou úponů, pooperační změny).

Bolestivost v krajních exkursích pohybů bývá příznakem postupujících degenerativních, tedy

artrotických změn a setkáváme se s nimi nejdříve v adolescenci; o něco dříve se ale můžeme setkat s pozátěžovými bolestmi, ty pak mohou být příznakem významné residuální dysplasie acetabula, indikované v chirurgické léčbě. Nelze vynechat ani měření délek dolních končetin - zkrat může být relativní (při kraniálně dislokované hlavičce), nebo absolutní (zkrat dolní končetiny ve femuru na základě změn pooperačních, po proběhlé ischemické postluxační nekrose apod.).

Sonografické vyšetření novorozeneckých a kojeneckých kyčlí využívá tzv. „real-time scan“. Používají se lineární sondy, nejlépe multifrekvenční. Obraz na monitoru sonografického přístroje je vlastně řezem vyšetřovaných tkání (na rozdíl od skiagramu, který je snímkem sumačním). Jednotlivé tkáně se zobrazují s různou echogenitou - čím je tkáň buněčnější, má méně tekutiny, obsahuje více kolagenních fibril, tím je echogenita větší. A naopak - méně buněk, více mezibuněčné hmoty, resp. tekutiny a nepřítomnost kolagenních fibril činí tkáň hypo- až anechogenní.

Nejrozšířenější metodou je metoda Grafova, která používá frontální řez vyšetřovaným kyčelním kloubem a nálezy typisuje do čtyřech hlavních skupin I-IV (viz Tabulka I.). Existují i jiné metody, preferující vyšetření již zmíněné instability kyčelních

kloubů (Clarke, Dahlström ad.). Sonografické vyšetření lze provést prakticky ihned po narození, zhruba po 1 roce věku již nález zpravidla nelze standardně hodnotit podle Grafovy metody (vzhledem k pokročilé ossifikaci struktur). Aby byl sonogram standardně hodnotitelný, musí být zevní okraj kosti kyčelní rovný a orientovaný vertikálně, dále musí být jasně zobrazen dolní okraj kosti kyčelní (mediální část kosti kyčelní na dně jamky kloubní, těsně nad Y-ovitou chrupavkou). Součástí hodnocení sonogramu je zhodnocení vývoje acetabula, kvality kostěného a chrupavčitého okraje stříšky, dále goniometrie sonogramu, u patologických nálezů pak zhodnocení stability.

Korelace mezi sonografickými a rentgenovými nálezy: normální nález představují typy Ia, Ib a IIa+, hraniční nález pak typy IIa-, resp. IIb. Acetabulární dysplasie I. st. odpovídá především nálezu IIc, event. D, subluxaci znamená především nález IIIa, IIIb a luxaci typ IV.

K rentgenové vyšetření. Ještě do konce 80. let představoval rentgenový screening hlavní a jedinou metodu depistáže vrozené dysplasie kyčlí. Jeho nevýhoda spočívala kromě nadbytečné radiační zátěže především v již zmíněném hiatu mezi nutností zahájení včasné léčby a postavením diagnózy až mezi 12. - 16. týdnem věku kojence. Rent-

Anag - Sluníčko



genový screening kojenců má dnes význam již jen historický, u dětí kolem jednoho roku věku a později, zejména při plánování operačního zákroku je ale role rentgenového vyšetření nezastupitelná. Standardním snímkem je nativní předozadní skiagram kyčlí a pánve (s vykrytím gonád). Na skiagramu hodnotíme ossifikaci acetabula (stříšku), ossifikaci proximálního femuru vč. přítomnosti „jader“ (ossifikovaných epifýz proximálních femurů) a konečně vzájemný vztah hlavičky kosti stehenní a kloubní jamky. Arthrografie kyčelního kloubu jako kontrastní vyšetření nemá v depistáži VDK místo, její význam tkví v detekci repositivních překážek u konzervativně irreponibilních kyčlí.

Systém vyšetřování dětských kyčlí v rámci depistáže VDK se s nástupem sonografické diagnostiky poněkud změnil. V minulých desetiletích sloužila k depistáži VDK tzv. metoda trojího síta. Spočívala ve vyšetřování novorozenců a kojenců ve třech etapách: první ještě v porodnici 3. - 5. den po narození, pouze klinické vyšetření ortopedem; druhá pak v 6 týdnech věku, opět pouze klinicky pediatrem, méně často ortopedem; konečně třetí etapa mezi 12. - 16. týdnem věku dítěte, která spočívala kromě klinického vyšetření v rentgenovém vyšetření - zhotovení nativního předozadního skiagramu kyčlí. Jakkoli je vyšetření kyčelních kloubů v rámci depistáže VDK opakované, stírá se v současné době jeho dělení na tři etapy. Ještě v porodnici je novorozenec vyšetřen skoleným pediatrem. Doporučované sonografické vyšetření ještě v porodnici je krásným snem: nelze ho většinou realizovat z technických i hygienických důvodů tam, kde by bylo nutné převážet novorozence k sonografickému přístroji, dále může být problém odlišit při vyšetření fyziologickou instabilitu (v raném věku častou) od patologické (s důsledkem „missed cases“, neb na druhé straně „overdiagnosis“). Postačí tedy, je-li první sonografické vyšetření zhotoveno až po propuštění z porodnice, nejspíše však do 3 týdnů věku dítěte. Kontrolní sonografické vyšetření následuje 6 týdnů po prvním vyšetření, třetí sonografické vyšetření pak provádíme do 6 až 12 týdnů od předchozího. Další vy-

šetření pak následuje v tříměsíčních intervalech pouze tehdy, nejsou-li přítomna jádra - ossifikované epifýzy proximálních femurů.

V případě záchytu VDK jsou intervaly mezi sonografickými kontrolami individuální a zpravidla se shodují s klinickými kontrolami pacienta v léčebné pomůcce - ty jsou v případě lehčích dysplasií (léčba Frejkovou abdukční dečkou apod.) 6 - 8 týdnů, u těžších dysplasií (léčba Pavlíkovými třmeny ad.) 4 týdny i méně. Rentgenové vyšetření provádíme pouze tehdy, nedaří-li se konzervativní léčba nebo plánujeme-li zásadní změnu léčby, vzácněji pak u obtížně interpretovatelných sonografických nálezů (teratologické luxace, kostní dysplasie apod.). Součástí stanovení diagnózy VDK musí být její přesná specifikace: zda se jedná o acetabulární dysplasiu I. st., sublaxaci či luxaci, se zhodnocením stability kloubu, a dále stanovení terapeutických konsekvencí.

Součástí stanovení diagnózy VDK musí být i **diferenciálně diagnostická rozvaha**. V úvahu přichází patologická luxace při novorozenecké, resp. kojenecké koxitidě. U bakteriemické formy může být klinický nález velmi chudý, nález sublaxované či luxované hlavičky s přítomností volné tekutiny v kyčelním kloubu při dobré, kvalitní stříšce svědčí pro septickou koxitidu. Za vznikem sekundární dysplasie stříšky (zhoršení nálezu v průběhu sledování) může stát neurogenní příčina - ať již asymetrický polohový syndrom, nebo některá z forem dětské mozkové obrny - ta však pravidelně v pozdějším věku. Při klinickém vyšetření může imitovat VDK i porodní trauma: bolestivá omezená abdukce kyčle s otokem, avšak se sonograficky příznivým nálezem na stříšce (bez příznaků koxitidy) anamnesticky s obtížným porodem, může svědčit pro dnes nepochybně raritní porodní epiphyseolysu proximálního femuru. Bohatý kostní svalek na rtg, který se během několika dnů vytvoří, pak diagnózu definitivně osvětlí. Jak již bylo dříve uvedeno, do syndromu VDK nepatří kyčelní luxace, která je součástí sdružených vrozených vad, kostních dysplasií apod. - teratologická luxace.

■ Závěr

Vrozená dysplasie kyčelní je významnou preartrotickou deformitou. V současné době řada pacientů, jejichž stav vyžaduje složitě a ekonomicky náročné operační řešení, má v anamnése právě VDK. A právě implantace totální náhrady kyčelního kloubu je u postdysplastické koxartrosy technicky náročná a její životnost omezená.

Základem dobrého léčebného výsledku, který představuje anatomicky normální kyčelní kloub s hlubokou koncentrickou reposicí hlavičky a jejím dobrým krytím, je včasné stanovení diagnózy. Po něm musí následovat adekvátní léčba vhodnou abdukční pomůckou (Frejkova peřinka, Pavlíkovy třmeny, resp. jejich modifikace). Zejména u dislokovaných kyčlí (subluxace, luxace), nedaří-li se reposice při ambulantní léčbě, neváháme s hospitalisací a zahájíme distrakční léčbu, kterou v případě irreponibility zakončíme již zmíněnou arthrografií kyčelního kloubu. I po úspěšné léčbě pacienta dispensarisujeme, kontrolní vyšetření je většinou spojeno s vyšetřením rentgenologickým. U konzervativně léčené dysplasie vystačíme v průběhu léčby se sonografickým vyšetřením, v období vertikalisace pacienta kolem jednoho roku věku provádíme kontrolní rtg vyšetření, další vyšetření je pak zpravidla ve 3 letech věku. Další vyšetření jsou podle vývoje kyčelního kloubu ve tříletém intervalu. U operačně léčené VDK jsou intervaly mezi kontrolami kratší, dle pooperačního vývoje až 1 rok.

VDK hraje významnou roli i v **posudkové činnosti**. Při posuzování možnosti zátěže, ať již profesionální, či sportovní, musíme kriticky zhodnotit výsledek léčby. U pacientů po dysplasii závažnějšího stupně s následnou residuální dysplasií jamky je nevhodné zapojení do sportovní činnosti; ze sportů doporučíme pouze ty, u kterých je při zátěži dolních končetin vyloučena váha těla (cyklistika, plavání apod.). Stejně tak při výběru povolání dáme přednost sedavým zaměstnáním.

Literatura u autora

tab. č. 1

Klasifikace dle Grafa

Typ	Acetabulum	Kostěný okraj stříšky	Chrupavčitý okraj stříšky	Úhel α	Úhel β
Ia	dobrý vývoj	ostrý	úzký	nad 60 st.	pod 66 st.
Ib	dobrý vývoj	tupý	krátký	nad 60 st.	nad 55 st.
IIa+	dostatečný	zaoblený	krátký	50 - 59 st.	
IIa-	nedostatečný	oblý	krátký	50 - 59 st.	
Iib	nedostatečný	oblý	krátký	50 - 59 st.	
Iic	nedostatečný	oblý	krátký	44 - 49 st.	pod 77 st.
D	nedostatečný	oblý	vytlačený	44 - 49 st.	nad 77 st.
IIIa	špatný	plochý	vytlačený	pod 43 st.	
IIIb	špatný	plochý	vytlačený	pod 43 st.	
IV	špatný	plochý	roztlačený	pod 43 st.	



Idiopatické avaskulární kostní nekrózy

doc. MUDr. Ivo Mařík, CSc.¹, MUDr. Radek Myslivec^{1,2}, MUDr. Alena Maříková¹

¹Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu, Praha

²Ortopedicko-traumatologické odd., ON Příbram a.s.

Souhrn

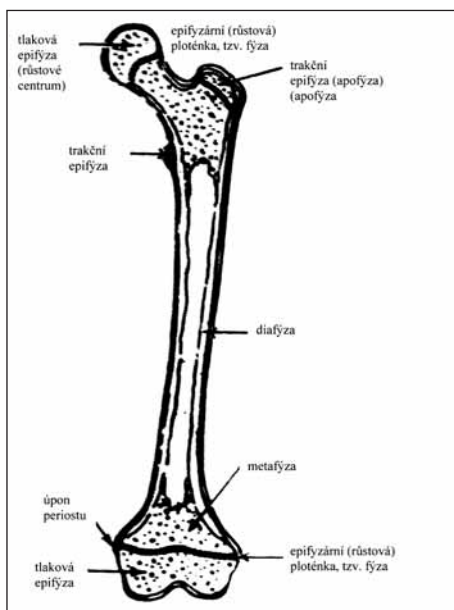
Avaskulární kostní nekróza se v písemnictví označuje synonymními názvy avaskulární nekróza, aseptická nekróza a ischemická nekróza. Tímto pojmem označujeme onemocnění epifýz, apofýz nebo enchondrálně osifikujících drobných kostí ruky a nohy vzniklé na podkladě poruch cévního zásobení. Porucha cévního zásobení způsobuje sérii patologických změn od ztráty krevního zásobení a následující buněčné smrti postižené epifýzy (apofýzy) k postupné náhradě kosti nekrotické kostí živou. Jedná se o běžný fenomén, protože u každé fraktury určitá zóna povrchu kostních fragmentů podléhá avaskulární nekróze. Podobně u kostních štěpů, které jsou zpočátku avaskulární a nekrotické, dochází k nahrazování živou kostní tkání. Příčiny těchto poruch jsou mnohočetné. Můžeme je rozdělit na známé - např. trauma, pravděpodobné - choroby metabolické, zvýšená krevní srážlivost - diabetes mellitus (DM), nádory, dna, onemocnění HIV, iatrogenní vlivy (násilná repozice luxací a zlomenin, radioterapie, dialýza, podávání kortikoidů) a idiopatické.

Epifýza a její epifyzární ploténka tvoří jedinečnou funkční jednotku skeletálního systému během růstového období u dětí. Vzhledem k strukturální a funkční jedinečnosti této jednotky není překvapující, že reaguje odlišně na abnormální podněty než zbývající části skeletu. Následkem toho můžeme pozorovat u dětí charakteristické druhy poškození epifýz i růstových plotének.

Poškození (onemocnění) epifýz a epifyzárních plotének může být **celkové - generalizované** nebo **lokální**. **Generalizované** poškození všech epifýz a k nim přilehlých epifyzárních plotének se rozděluje na vrozená - např. mnohočetná epifyzární dysplazie, achondroplazie a jiné kostní dysplazie a **získaná** - např. rachitis, hypothyreóza aj. V našem sdělení se zabýváme **lokálním** poškozením, které postihuje buď celou funkční jednotku anebo jen její část. Na skeletu se vyskytují tlakové nebo tahové epifýzy či apofýzy (obr. 1), a proto se odlišuje **tlakový** či **tahový** typ poškození.

Epifýzy jsou resistantnější proti poškození než ostatní části skeletu. Např. hematogenní osteomyelitida nezačíná nikdy na epifýze a jen vzácně se šíří z metafýzy skrze epifyzární ploténku (fýzu). Mimoto skoro všechny benigní i maligní tumory u dětí se vyhýbají fýze. Naproti tomu jsou fýzy zvláště zranitelné idiopatickou avaskulární nekrózou (osteochondrózou).

Znalosti specifického cévního zásobení epifýz a epifyzárních plotének je základem



Obr. č. 1. Typy epifýz: tlakové jsou na koncích dlouhých kostí, tahové v místech úponu šlach a svalů.

pro pochopení patogeneze jejich onemocnění. Většina tlakových epifýz má povrch pokryt kloubní chrupavkou a krevní cévy prostupují pouze skrze obnažené oblasti kosti. Tlaková epifýza jako hlavice femuru, která je intraartikulární a zcela krytá kloubní chrupavkou, je nejspíše zásobena z cév penetrujících chrupavčitý povrch. Epifyzární krevní cévy zajišťují výživu nejen vlastní epifýzy, ale odpovídají za výživu rostoucích buněk fýzy. Proto ischemie epifýzy je spojena s ischemií epifyzární

ploténky (fýzy) a souvisí s pozdější poruchou longitudinálního růstu kosti. Zatímco diafýzy dlouhých kostí rostou do délky z oblasti fýz epifýza roste z trojrozměrné hluboké zóny kloubní chrupavky. Totéž platí pro růst malých kostí tarsálních a karpálních (5) (obr. 2 a,b,c).

Idiopatické avaskulární kostní nekrózy (aseptické nekrózy, osteochondrózy)

Mnoho z klinických projevů idiopatických poškození epifýz u dětí má společného jmenovatele v avaskulární nekróze a jejich důsledcích. Tato skupina poškození je nazývaná v anglosaské literatuře pojmem **osteochondrózy**. Častými synonymy jsou - epiphysitis, osteochondritis, aseptická nekróza, ischemická epifyzární nekróza, které se zdají poněkud matoucí. Tento významový zmatek nevyřešilo ani užívání eponym pro osteochondrózy, jejichž základem jsou jména osob, které popsaly poškození určité epifýzy (např. Köhler, Osgood-Schlatter, Legg-Calvé-Perthes apod.).

Základní patogeneze a klinický průběh avaskulárních nekróz je obdobný a záleží na velikosti tlakových a deformačních faktorů. Většina změn se koncentruje do oblasti epifýz, kde deformační poškození vede po skončení růstu dítěte k sekundárním artrotickým změnám v kloubech. Osteochondrózy obvykle postihují **druhotná** osifikační centra nebo **tlakové epifýzy** na konci dlouhých kostí (na-



př. hlavice femuru), anebo **primární** osifikační centra krátkých kostí (např. os naviculare tarsu). Podobné poškození vidáme u **trakčních epifýz** (jako je tuberositas tibiae), které jsou pokládány za idiopatické osteochondrózy a jsou pravděpodobně traumatického původu.

Hlavní znaky osteochondróz

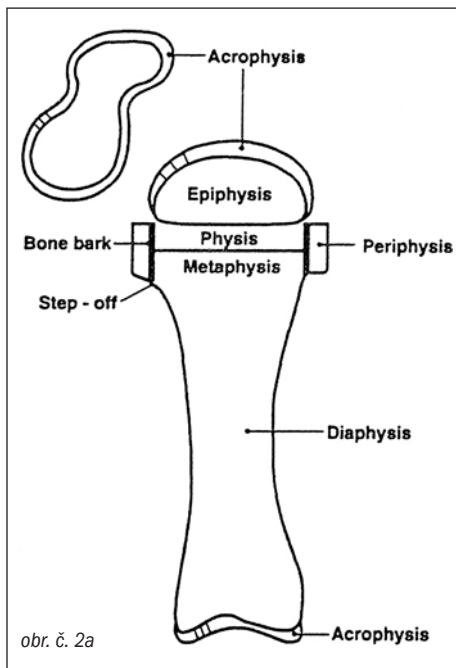
Řada příznaků v různorodém klinickém průběhu osteochondróz se opakuje, ostatní jsou specifická pro dané oblasti postižení. Nejprve uvedeme obecné charakteristiky, abychom se vyvarovali jejich opakování u specifických klinických jednotek.

Incidence a etiologie

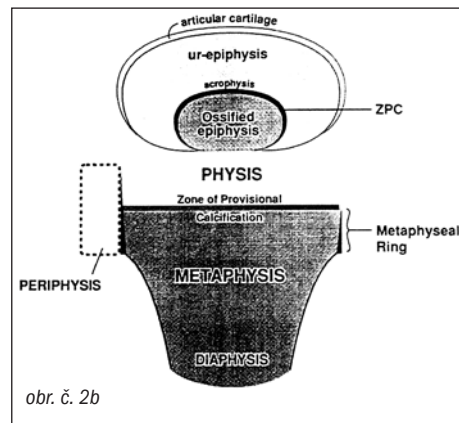
Osteochondrózy postihují nejčastěji děti ve věku 3-10 let, častěji dívky. Oboustranné postižení epifýz se objevuje v 15 %. Idiopatická charakteristika těchto onemocnění nezná vyvolávací podnět, přesto společným důsledkem zůstává avaskulární nekróza epifyzárních center vlivem sníženého cévního zásobení. Chlapci mají častější úrazy než děvčata, jsou aktivnější v mladším věku a dětská končetina je náchylnější k poškození, proto traumatický původ může hrát roli. Trauma může způsobit mikrotraumata až fraktury epifýz, nebo způsobí dislokaci a následně avaskulární nekrózu. Zmnožení synoviální tekutiny po traumatu či zánětu může způsobit snížení intraartikulárního prokrvení útlakem retinikulárních cév, jako je tomu u hlavice femuru. Některé krevní choroby jako například polycytémie způsobují pravděpodobně trombózu. U Gaucherovy choroby se abnormální buňky akumuluje a obliterují cévní zásobení subchondrální kosti na koncích dlouhých kostí. Podobně dusíkové embolie z tukové kostní dřevě po atmosférické dekompresi u potápěčů nebo dělníků pracujících v podzemí může způsobit avaskulární kostní nekrózu a následně osteoartrózu. Popáleniny a omrzliny také destruuje krevní zásobení tlakových epifýz u dětí.

Patogeneze a patologie

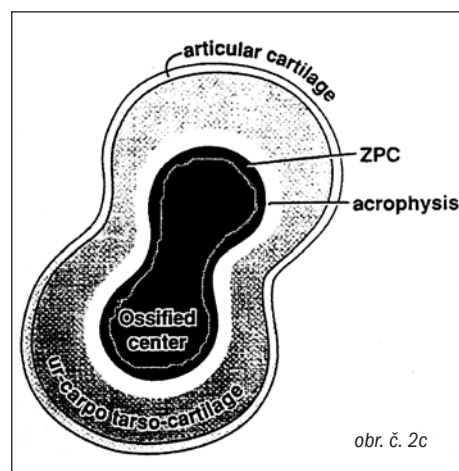
Osteochondrózy mohou probíhat s mírnými příznaky, někdy se samovolně vyhojí. Patologické změny v různých fázích koreluje s rentgenovým nálezem změn na skeletu. Nejcharakterističtějším onemocněním je Calvé-Legg-Perthesova (CLP) choroba. Změny hlavic femurů při této chorobě byly experimentálně prokázány i u mladých prasat. Patologický proces se dá posuzovat ve vztahu ke čtyřem stadiím. Přeměna z jednoho stadia do druhého může probíhat různě dlouho, někdy v rozpětí 2-8 let v závislosti na věku dítě-



obr. č. 2a



obr. č. 2b



obr. č. 2c

Obr. č. 2 a,b. Abstraktní nákresy typů kostního růstu (a - metakarp, b - konec dlouhé kosti) u dětí: membranózní (periostální) růst na diafýzách a perifýzách (rozhraní fýzy a metafýzy) a enchondrální na fýzách a akrofýzách. Zóna provizorní kalcifikace (ZPC), „ur-epiphysis“ a „ur-carpo tarso-cartilage“ symbolizují rostoucí chrupavčité buňky, které se ještě nevyvinuly do tvaru a funkce růstových (epifyzárních) plotének (fýz).

Obr. č. 2c. Nákres růstového centra karpální nebo tarsální kůstky.



obr. č. 3a



obr. č. 3b

Obr. č. 3 a,b. Český paleopatologický případ morbus CLP, Lužice, 5.-6. století našeho letopočtu. Obr. č. 3a. Pohled na levý femur ze zadu, na acetabulum ze zevní strany. Hlavice levého femuru je oploštělá, rozšířené okraje jí dávají hříbovitý tvar. Mediální okraj hlavice je zobákovitě zakřiven a jsou zde osteofyty. Dochovala se jen část velkého trochanteru, který byl zřetelně proximálněji postaven. Acetabulum levého kyčelního kloubu je výrazně mělké a větší. Zadní okraj acetabula je okrouhlý, facies lunata široká, není patrné neoacetabulum. Obr. č. 3b. Mediální třetina hlavice je oddělena žlábkem - rýhou, která je na ventrální straně hlubší. Deformovaný tvar hlavice a acetabula a pokročilá osteoartróza nasvědčují, že cévní porucha vznikla v pozdějším věku (po 9. roce).

te a rozsahu postižení epifýzy při začátku onemocnění (7).

1. časná fáze nekrózy (avaskulární fáze): po obliteraci cévního zásobení epifýzy

z jakýchkoliv příčin nekrotizují osteocyty a dřevnaté buňky uvnitř epifýzy. Po mnoho měsíců se biomechanické vlastnosti neliší od normální kosti. Osifikační jádro epifýzy

přestane růst, kloubní chrupavka zůstává naživu a pokračuje v růstu, protože je živena ze synoviální tekutiny. Během avaskulární periody se denzita jádra nemění, protože bez cévního zásobení nemůže probíhat kostní resorpce a apozice. Dochází však ke kostní atrofii (osteoporóze) dobře cévně zásobené metafýzy z důvodu inaktivity, což je příčinou relativního zvýšení denzity hlavice femuru na RTG snímku. V basálních vrstvách chrupavky epifýzy jsou degenerativní změny. V růstové chrupavce je nepravidelné uspořádání sloupců, není porušena sféricita hlavice. Během této „tiché“ fáze dítě obvykle nemá symptomy a na RTG se nezjišťují deformity. Tuto fázi lze odhalit při NMR vyšetření.

2. revaskularizační fáze s kostní apozicí (novotvorbou) a resorpčí: Tato fáze představuje cévní reakci okolních tkání na nekrotickou kost. Objevují se známky revaskularizace nekrotické epifýzy (hlavice) v procesu plíživé přestavby (creeping substitution). Mrtvá kost je prostoupena cévnatou tkání, resorbována osteoklasty a nahrazována novou kostí nazývanou „woven bone“ (pletivová kost), jež je srovnatelná s kostí vyskytující se v kostním svalku hojící se fraktury. Rozsah reparace se liší v jednotlivých okřscích hlavice podle opakovaných epizod ischemie. Snižuje se výška epifýzy vlivem kolapsu kostních trámčů. Kloubní chrupavka zůstává intaktní. Tyto změny lze pozorovat na RTG snímku. Někdy se zobrazí uvnitř hlavice původní epifýzy nově vznikající jádro označované termínem „hlavice v hlavici“. Nově se tvořící kost je měkká, citlivá na fyzikální - mechanické podněty - užívá se termín biologická plasticita. Během fáze revaskularizace vznikají **patologické fraktury** v subchondrální kosti osifikačního jádra v oblasti největšího zatížení (anterosuperiorní část hlavice femuru). Tyto fraktury se projevují bolestí, v kloubu vzniká exudát a dochází ke ztluštění synoviální výstelky s omezením pohybu v kloubu, někdy i k **decentraci hlavice**. Kombinace kostní novotvorby a zároveň kostní resorpce se zobrazí na RTG snímku a nazývá se fragmentace. Abnormální tlaky působící na epifýzu s porušenou mechanickou charakteristikou způsobují ireverzibilní **deformity**. Epifyzární ploténka poškozená ischemií přestane normálně růst a metafýza bývá rozšířená. Tato fáze během níž se může epifýza deformovat trvá přibližně od 1 roku do 4 let.

3. fáze kostního hojení: přestává kostní resorpce, pokračuje apozice a postupně se fibrosní a granulační tkáň nahrazuje novou kostí, která dosud vykazuje biologickou plasticitu. To znamená, že i v této fázi je epifýza citlivá na mechanické zatížení a může se deformovat. Konečný obrys hlavice lze hodnotit až když je reosifikace ukončena.

4. fáze residuální deformity: když je dokončeno kostní hojení, obrys epifýzy zůstává relativně neměnný a zbytková deformita přetrvává. Protože kloubní chrupavka zůstala přiměřeně normální, kloubní funkce zůstává po mnoho let zachována. V pozdějším životě reziduální deformita, přidružená kloubní inkongruence a omezení rozsahu pohybu nakonec vede k postupnému vývoji osteoartrózy. Stupeň výsledné deformace závisí na závažnosti onemocnění, věku pacienta a druhu použitého léčení.

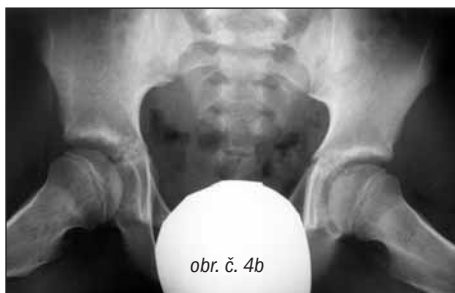
Klinické příznaky a diagnosa

Časná tzv. tichá fáze průběhu osteochondrózy má jen minimální příznaky charakteru bolesti či kulhání. S objevením subchondrální fraktury se příznaky mohou zhoršovat. Na počátku fragmentace hlavice kolabuje a může dojít k decentraci. V důsledku anatomických změn a bolestí dochází k svalové atrofii, u kyčelního kloubu omezení abdukce a vnitřní rotace. V reparačním stadiu se bolest zmenšuje.

HIPP - kosmetika



obr. č. 4a



obr. č. 4b

Obr. č. 4a. RTG kyčlí v axiální (žabí) projekci 6,5letého chlapce. Resorpce pod zlomeninou v přední oblasti proximální epifýzy pravého femuru, není snížena denzita krčku pravého femuru. Jde o 1. skupinu postižení hlavice dle Catteralla.

Obr. č. 4b. RTG kyčlí ve stejné projekci ve věku 10,5 roku, velmi dobrá remodelace se zachováním sféricity hlavice pravého femuru, dosud je zřejmé snížení kostní hustoty krajiny krčku i epifýzy vpravo.



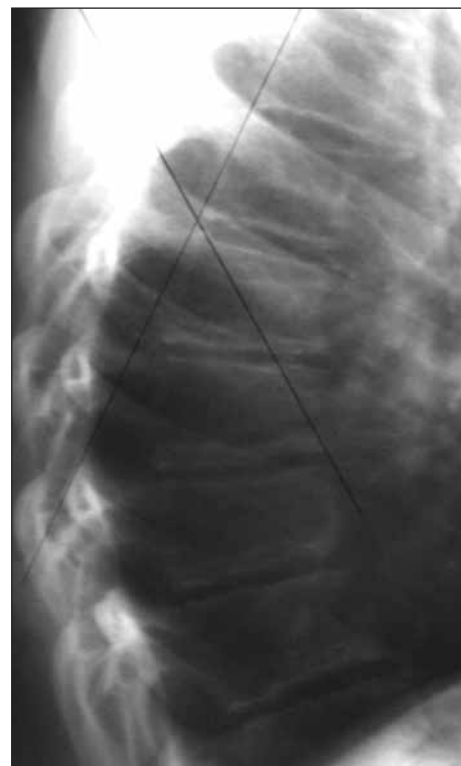
obr. č. 5a



obr. č. 5b

Obr. č. 5a. RTG kyčlí v předozadní (AP) projekci 10leté dívky. Subchondrální resorpce centrální a laterální oblasti epifýzy proximální epifýzy pravého femuru, 3. skupina postižení dle Catteralla. Salterova inominátní osteotomie změnila orientaci acetabula a bylo dosaženo úplné zanoření („containment“) původně subluxeované hlavice.

Obr. č. 5b. RTG kyčlí v AP projekci ve 20 letech. Acetabulum dostatečně kryje oploštělou velkou hlavici. Hlavice remodelovala do typického hřibovitého tvaru coxa plana, zkrácený rozšířený krček je ve valgusním ostavení, kostní struktura a denzita je v normě.



Obr. č. 6. RTG snímek hrudní páteře v bočné projekci s typickým RTG obrazem morbus Scheuermann u 17leté slečny, na vrcholu hyperkyfózy (v bočné projekci je Cobbův úhel 43°) jsou obratlová těla Th 8-10 klínovitého tvaru, meziobratlové disky jsou sníženy, krycí ploténky nerovné, ventrálně jsou zachyceny drobné Schmorlovy uzly.

je, ale rozsah pohybu závisí na stupni anatomických změn. Často dojde k trvalému omezení addukce při flexi (pozitivní tzv. flekčně abdukční test podle Macnicola). Postupně se dítě vrací k normální aktivitě.

Principy léčby

Základem léčby je časná diagnóza, která se určí jen zřídka před fází revaskularizace. Žádná medikamentózní léčba ani jiná forma léčení nezastaví patologický proces osteochondrózy. Biomechanickým požadavkem při léčení je prevence abnormálního tlaku na epifýzu během vulnerabilní fáze revaskularizace a kostního hojení. Ověřené léčení je dlouhodobé omezení zatěžování postižené končetiny. Léčebné zásady jsou zachování kongruence a rozsahu pohybu v kloubu a zabránění subluxeace hlavice s cílem prevence deformity epifýzy a předčasného rozvoje druhotné osteoartrózy.

■ Specifické osteochondrózy v druhotných centrech osifikace (tlakové epifýzy)

Výše popsané hlavní rysy osteochondrózy jsou použitelné pro každou nosologickou jed-

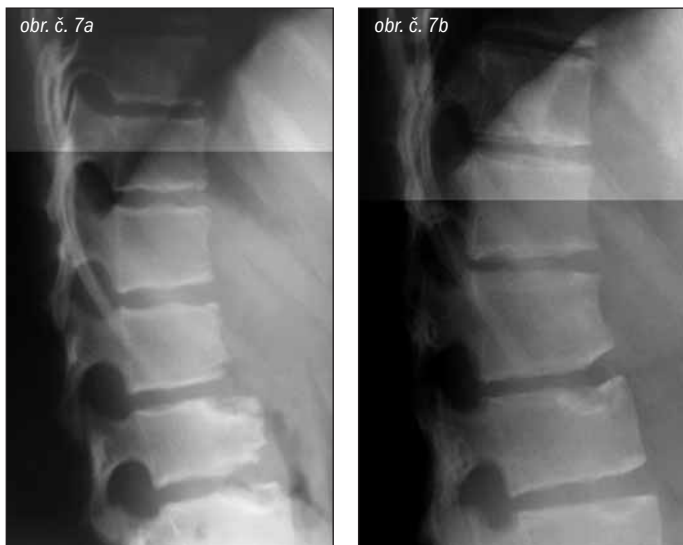
notku. Nejčastější osteochondrózy uvádíme v další části sdělení.

1. Morbus Calvé-Legg-Perthes (CLP)

Morbus Calvé-Legg Perthes (coxa plana, osteochondróza hlavice femuru, osteochondritis deformans coxae juvenilis a další synonyma) je zcela jasně nejzávažnější osteochondróza. Choroba byla popsána v roce 1910 v Bostnu (Artur T. Legg), Francii (Jacques Calvé) a Německu (George Perthes). V roce 1909 rentgenologickou charakteristiku popsal Hening Waldenström, domníval se, že jde o formu tuberkulózy. Jedná se o vzácně se vyskytující idiopatické onemocnění kyčelního kloubu způsobené poruchou prokrvení proximální epifýzy femuru. Postihuje pětikrát častěji chlapce než dívky, diagnostikuje se ve věku od 3-8 let s variační šíří 2-15 let. Choroba CLP byla zjištěna u různých ras, nízká incidence je u praobyvatel Austrálie, amerických Indiánů, Polynésanů a černochů. V 10 % se vyskytuje oboustranně, kdy se zjišťuje familiární výskyt. V těchto případech ale zřejmě jde o nediagnostikované kostní dysplazie s převažujícím postižením epifýz (pozn. auto-

ra). Osteochondróza může postihovat celou epifýzu i s přilehlou částí metafýzy a růstové ploténky, častěji však jde o parciální přestavbu hlavice. Tvar hlavice a acetabula je výsledkem funkční adaptace (remodelace) kostní tkáně, která probíhá v období růstu v závislosti na primárním poškození cévního zásobení hlavice femuru. Výsledkem remodelace hlavice je buď anatomicky normální zcela funkční kyčelní kloub, nebo lehčí či závažnější deformita s omezeným pohybem v kyčli, vedoucí k časně koxartróze.

Morbus CLP byl rozpoznán i v paleopatologickém materiálu. Dodnes v literatuře bylo popsáno jen několik případů, např. Ortner a Putschar v roce 1981 (4) publikovali zbytek pravého femuru nalezeného v údolí Chicama v Peru, u kterého diagnostikovali Perthesovu chorobu. Archeologický věk tohoto případu není znám. Český paleopatologický případ morbus CLP byl diagnostikován na levém kyčelním kloubu skeletu muže, který byl starší 50 let. Zbytky skeletu byly odhaleny v hrobu číslo 2 na Langobardském pohřebišti v Lužici (Jižní Morava) a byly datovány do 5.-6. století našeho letopočtu (8), **obr. 3 a,b**.



Obr. č. 7 a,b. RTG snímky dorsolumbální a lumbální páteře v bočné projekci u slečny ve věku 13,5 a 17,5 roku.

Obr. č. 7a zobrazuje dorsolumbální kyfózu, kde jsou nápadné nerovnosti krycích plotének a zúžení meziobratlových disků. Kaudálně od Th12 jsou ventrální části krycích plotének stlačeny nevelkými Schmorlovými uzly, obratle L3 a L4 jsou ventrodorsálně protaženy, do jejich horních krycích destiček jsou ventrálně vnořeny abnormálně velké Schmorlovy uzly.

Obr. č. 7b. ukazuje ukončenou remodelaci obratlových těl L3 a L4 - stadium následků.

HIPP - probiotická mléka

Etiologie

Dodnes se uznává multifaktoriální koncepce etiologie morbus CLP, která zahrnuje konstituční a genetické vlivy, hormonální vlivy spojené s poruchou růstu, např. hypothyreóza, léčení růstovým hormonem (3), dále traumata a mikrotraumata, vlivy prostředí a nutriční poruchy. Některé recentní studie (9) odmítly jako zvažovaný etiologický mechanismus hyperkoagulační stavy a hypofibrinolýzu, vedoucí k redukci arteriálního zásobení epifýzy, poruše venózní drenáže krčku a hlavice.

Experimentálně se prokázalo, že nedostatečné cévní zásobení hlavice femuru je způsobeno zvýšeným tlakem kloubního exudátu při zánětu nebo po úrazu. Přibližně u 5 % dětí s transienční synovialitidou kyčelního kloubu se jako komplikace vyvinula choroba CLP.

Patogeneze

Patogeneze osteochondróz uvedená v obecné části platí bez výjimky u choroby CLP. Patologické změny probíhající v epifýze hlavice femuru po počáteční poruše cévního zásobení se projevují nekrózou a subchondrální frakturou a postupnou její náhradou živou kostí. Remodelační proces v hlavici lze pro lepší porozumění rozdělit do čtyř fází (1. avaskulární, 2. revaskularizační fáze s kostní resorpcí a novotvorbou, 3. kostní hojení a 4. fáze výsledné deformity kyčelního kloubu). Ve 2. fázi se tvoří nová kostní tkáň (nazývaná pletivová kost) a v důsledku její biologické plasticity se epifýza modeluje do normálního nebo abnormálního tvaru v závislosti na silách, kterým je vystavena. Reziduální deformita hlavice, sdružená s kloubní inkongruencí a omezením pohybu, vede v pozdějším životě k různě závažné koxartróze (7).

Metabolické procesy v 2. revaskularizační fázi mohou být srovnány s nepřímým hojením mezi konci kostních fragmentů např. po zlomenině nebo korekční či distrakční osteotomii. Pojivová tkáň v prostoru mezi fragmenty je tvořena delikátní souhrou fibroblastů,



osteoblastů, osteoklastů a osteocytů. Jak pro diferenciaci osteoklastů, tak pro jejich aktivaci hraje důležitou úlohu cytokinový systém OPG/RANKL/RANK (6).

Klinický obraz

Prvním příznakem je kulhání, bolest se může projevit později, velmi často je lokalizována do stehna a kolena. Při vyšetření je nápadné omezení hybnosti (vnitřní rotace, abdukce a flexe postiženém kyčelním kloubu). Kulhání se zvyrazňuje po fyzické zátěži a je menší po odpočinku. Onemocnění neprobíhá dramaticky a nezřídka uplyne řada měsíců do stanovení diagnózy.

Průběh

Onemocnění probíhá individuálně. Většina dětí má mírné až střední obtíže, které trvají 12-18 měsíců. Podle klinických zkušeností závisí deformita hlavice na věku, kdy vznikla cévní okluse. Remodelace je velmi dobrá, když cévní porucha vznikla do 5 let, dobrá ve věku 5 -9 let a špatná po 9. roce u dětí, kde kostní nekróza postihla více než polovinu epifýzy hlavice femuru. (7). Obecně lze říci, že remodelace hlavice závisí na časovém intervalu zbývajícím do ukončení kostní zralosti dítěte. Takto lze vysvětlit horší prognózu u ženského pohlaví, kde skeletální maturace začíná dříve (11).

Při vzniku metafyzárních cyst je prognostický význam až dvakrát horší. Přibližně u 50% pacientů, kteří prodělali osteochondrózu hlavice femuru, byla v 50 letech zjištěna závažná osteoartróza.

Klasifikace (10, 1)

Klasifikace CLP choroby je založena na RTG vyšetření hlavice femuru v předozadní a bočné (axiální, žabí) projekci. Rozdělení je celá řada. U nás nejčastěji používaná je **Catteralova** a **Herringova** klasifikace. **Salterova-Thompsonova** klasifikace určená k hodnocení prognostického významu subchondrální fraktury (1984) se u nás neujala.

Catterall v 1971 rozdělil CLP chorobu dle rozsahu nekrózy hlavice do čtyř skupin:

I. skupina - postižení pouze přední části epifýzy (**obr. 4a,b**)

II. skupina - postižena větší část hlavice a je vytvořen centrální sekvestr

III. skupina - sekvestrována většina epifýzy, chybí laterální okraj epifýzy, což zvyšuje riziko kolapsu epifýzy, zachovány jsou jen zadní a mediální segmenty (**obr. 5a,b**)

IV. skupina - postižena celá epifýza a často i růstová ploténka



Obr. č. 8. RTG pravé nohy v bočné projekci 6,5letého chlapce zobrazuje kondenzaci osifikačního centra ossis navicularis ped. I. dx. s fragmentací a resorpcí - fáze revaskularizace.



Obr. č. 9. RTG zápěstí pravé ruky v AP projekci muže ve věku 29 let (topenář) ukazuje kondenzaci lunata, jeho kompresi a fragmentaci - 2. fáze revaskularizace.

Herringova klasifikace „zevního pilíře“ vychází z AP projekce epifýzy ve stadiu fragmentace. Dělí epifýzu na tři pilíře - mediální, centrální a laterální. Hodnotí se postižení laterálního pilíře, kdy dle velikosti kolapsu dělí Herring kyčle do skupin A, B, C.

A - laterální pilíř není postižen

B - zůstalo více než 50 % z výšky laterálního pilíře

C - kolaps laterálního pilíře, jeho výška je nižší než 50 %

Diferenciální diagnóza

Celá řada chorob se projevuje avaskulární nekrózou hlavice femuru. Může se vyskytnout např. u hemoglobinopatií, hemoblastóz, trombocytopenické purpury, afibrinogenemie, hemofilie. Pacienti s hypothyreózou mo-

hou mít podobné epifyzární změny, které jsou ale symetrické. Skupina konstituční skeletálních chorob zahrnuje mnohočetnou epifyzární dysplazii a její formy, spondyloepifyzární dysplazii a další nosologické jednotky s postižením epifýz. Tyto jednotky lze diagnostikovat nebo na ně mít podezření na základě opožděné a abnormální osifikace již v 1. roce života, kdy by se měly zachytit během screeningového vyšetřování kyčelních kloubů. Jinými slovy screening lze ukončit až po verifikaci osifikačních center hlavic femurů. U výše zmíněných nosologických jednotek se rozvíjí různě závažná oboustranná osteochondróza hlavic femurů. Postdysplastická jednostranná avaskulární nekróza hlavice femuru (tzv. pseudo-Perthes) se odliší anamnesticky a podle acetabulární dysplazie. Oboustranná CLP choroba se projevuje typickou klinickou a RTG symptomatologií, manifestující se v odstupu alespoň 1 roku.

Zobrazovací techniky

1. RTG snímek - patří mezi základní zobrazovací a diagnostické vyšetření - popis čtyř stadií viz.obecná část

2. NMR - přínosná pro časnou diagnostiku, dobře zobrazuje kongruenci kloubních povrchů, výpotek i synoviální hypertrofii a „containment“ hlavice v acetabulu. Velikost nekrózy je možno určit již v časných stadiích

3. Scintigrafie Tc 99 - je přínosná v časně diagnostice i v průběhu revaskularizace

4. Arthrografie - zobrazí dobře poměry mezi hlavicí a acetabulem zvláště po operačních řešeních.

5. UZ a CT vyšetření jsou méně přínosné.

Diagnostická výtěžnost je u NMR 97 - 99%, u RTG vyšetření 83% a u scintigrafie 88% (1).

Terapie

Názory na léčení jsou značně kontroverzní od konzervativního nihilismu, přes dlouhodobé konzervativní léčení po terapii chirurgickou.

V léčení převládla „**containment**“ terapie zavedená Salterem (1972), jejíž podstatou je zanoření tvárné hlavice femuru ve 2. a 3. fázi (tj. fáze revaskularizační a kostního hojení), kdy nově se tvořící kost je měkká a vykazuje tzv. **biologickou plasticitu**, do kulového prostoru acetabula tak, aby nemohlo dojít k její deformaci a subluxaci.

Z konzervativních metod léčení se dříve používaly sádrové abdukční dlahy, dlouhodobý pobyt na lůžku (1-2 roky, u nás se takto děti s morbus CLP léčily ještě před 25 lety



Obr. č. 10. RTG kolenních kloubů v boční projekci 11letého chlapce s morbus Osgood Schlatter bil., oboustranně je nápadná demineralizace, jemná fragmentace a chybí kontura apofýzy proximální tibie - fáze revaskularizace.

v lázních Luže Košumberk), později chůze o podpažních berlích se závěsem nohy se semiflektovaným kolenem, aby pacient nemohl stoupat na zem anebo dlouhodobá aplikace odlehčující ortézy, např. Thomasovy dlahy, která však často akcentovala flekční a addukční kontrakturu kyčelního kloubu. V dnešní době s úspěchem užíváme dynamickou abdukční Atlanta dlahu, kterou dítě používá při chůzi i k nočnímu polohování kyčelních kloubů (v abdukci přibližně 20°). Konzervativní léčení je dlouhodobé a trvá v průměru 2-4 roky. Cílem léčení konzervativního i operačního je zajistit tzv. containment, a tak zabránit subluxaci.

Operační léčení zajišťující „containment“ je široce používané. Rozdělujeme je do dvou skupin:

a) Salterova inomínátní osteotomie, kterou dosahujeme zanoření hlavice změnou orientace acetabula (**obr.5a**).

b) varizační osteotomie proximálního femuru, kdy varizací o 15-20° dosáhneme zanoření nekrotické hlavice do acetabula.

Indikační kritéria pro operační řešení i jeho typ závisí na věku dítěte a rozsahu postižení epifýzy femuru. U starších dětí často kombinujeme oba výkony. Pooperačně se příležitostně používá jednostranná sádrová spika, která zajišťuje 20° flexi a abdukci a 5° vnitřní rotaci v kyčli. Po 4-6 týdnech je spika nahrazena Atlanta abdukční dlahou, v které pacient začíná chodit s odlehčením a provádí LTV s cílem obnovení plného rozsahu pohybu. Tři měsíce po operaci dovolujeme plné zatížení operované končetiny.

2. Morbus Panner

Je nejčastěji se vyskytující aseptickou nektrózou v oblasti lokte. Postihuje capitulum humeri, obvykle chlapce, typicky se manifestuje ve věku 6-10 let, zpravidla na dominant-

ní končetině, vzácně oboustranně. V anamnéze bývá úraz.

Klinický obraz

Lehký otok lokte, omezení flexe a extenze lokte, bolestivost na radiální straně lokte.

Zobrazovací techniky

RTG snímek - objevují se postupně jednotlivá stadia aseptické nektrózy

Terapie

Většinou postačuje fixace lokte na 4-6 týdnů, operační řešení se indikuje výjimečně. K deformitám dochází jen vzácně, poněvadž na loketní kloub nepůsobí takové tlakové síly jako u nosných kloubů dolních končetin.

3. Morbus Freiberg - Köhler (Köhler II)

Jedná se o avaskulární nektrózu hlavičky II. metatarzu. Choroba postihuje převážně ženy, typicky je zasažena hlavička II. metatarzu, ale vyskytuje se i na III., vzácněji na ostatních metatarzech.

Etiologie

Vyskytuje se ve věkové skupině 10-18 let, často bez příznaků, projeví se až v dospělosti zpravidla artrotickými následky. Etiologicky mají úlohu opakovaná traumata, zkrácení I. metatarzu a příčně plochá noha.

Klinický obraz

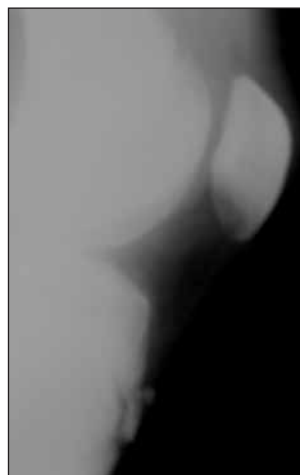
Pacienti si stěžují na bolesti pod postiženou hlavičkou metatarzu, která progreduje při zátěži. Postižený kloub je oteklý, palpací bolestivá.

Zobrazovací techniky

RTG změny se opožďují za klinickými. Zpočátku jen rozšíření měkkých tkání, později oploštění kloubní plochy, dojde k rozšíření distální diafýzy a pohárkové deformaci distálního konce metatarzu, zvláště dorsálně.

Terapie

V počátečních stádiích konzervativní,



Obr. č. 11. Na RTG snímku levého kolenního kloubu v boční projekci 14letého chlapce je zobrazen volný kostní fragment - tzv. kostní perla.



Obr. č. 12. RTG snímek levého kolenního kloubu 46letého muže ukazuje stav po morbus Osgood Schlatter, došlo k částečné avulzi apofýzy proximální tibie, jež se přihodila v dislokaci.

spočívající v odlehčení tlaku na hlavičku II. metatarzu např. srdíčkem, vložkou, eventuálně přechodně sádrová fixace. Úprava obuvi na 2-3 roky.

V případech deformit hlavičky metatarzu je vhodnější operační řešení, a to artroplastika charakteru klínovité osteotomie hlavičky s resekci nekrotické části, čímž se obnoví kontura kloubní plochy. Není vhodné řešit resekci hlavičky.

■ Specifické osteochondrózy v druhotných centrech osifikace páteře

4. Morbus Scheuermann

Každé obratlové tělo je zvýšeno o dvě epifyzární ploténky, jedna je na horním a druhá na dolním povrchu obratlového těla. Jedná se o trakční epifýzy (apofýzy). V oblasti hrudní páteře růstová porucha přední části epifyzárních plotének vede ke zvýraznění normální kyfotizace páteře, která se nazývá morbus Scheuermann, vertebrální epifysitis, adolescentní kyfóza.

Etiologie

Tato choroba vzniká výlučně v období posledního růstového akcelerace, v průběhu prudkého růstu jedince do výšky, kdy narůstá progresivní deformity, po této době již progresivní deformity není. Nejčastěji postihuje epifýzy tří až čtyř obratlů v oblasti střední části hrudní páteře. Častou příčinou jsou mikrotraumata, jež vedou k avaskulární nektróze postihující přední část epifýzy.



Obr. č. 13. RTG snímek kolenního kloubu v bočné projekci 6,5letého chlapce. Na obou kolenních kloubech se ukázala kondenzace, demineralizace a fragmentace celého osifikačního jádra česky - jedná se o osteochondrózu česky ve 2. fázi, chlapec měl občasné krátkodobé bolesti kolenních kloubů a nohou v závislosti na zatížení. Překvapením byl i nálezný osteochondrózy člunkové kosti pravé nohy - viz. obr. č. 8.

Klinický obraz

Narůstající deformita na začátku puberty, bolest v oblasti páteře není pravidelným příznakem. Bolest je v oblasti vrcholu kyfózy, někdy v torakolumbální krajině. Nacházíme zkrácené prsní svaly, tuhou kyfózu. Při hyperextenčním testu (pacient v poloze vleže na bříše provede maximální aktivní lordotizaci) zůstává reziduální kyfóza, která svědčí pro strukturální deformitu.

Zobrazovací techniky

RTG: na bočním snímku páteře s centrací na vrchol kyfózy je hyperkyfóza větší než 40° (hodnocení kyfózy dle Cobba), klínovitě obratle s klínem nad 5°, zúžení intervertebrálních disků a nerovnosti koncových plotének - krycích destiček (obr. 6). Popisované Schmorlovy uzly (obr. 7a,b) nemusí být součástí nálezu.

Terapie

Postup je závislý na tíži deformity, většínou je dostačující cílená rehabilitace, u těžších deformit je potřebná korekce v době postaveném korzetu (reklinační typ - u nás používáme Cheneau, Gschwendt a DKTO Černý). U křivek nad 60° s výraznými bolestmi se individuálně indikuje operační řešení.

■ Specifické osteochondrózy v primárních centrech osifikace

Krátké kosti, jako je os naviculare tarsu



Obr. č. 14 a,b. RTG snímek levé patní kosti v bočné projekci ve věku 11 a 11,5 roku ukazuje demineralizaci, fragmentaci a kondenzaci apofýzy kalkanea, 2. fáze remodelace osteochondrózy patní kosti - morbus Haglund-Sever.

nebo os lunatum nemají epifyzární růstové ploténky a formují se z primárního centra osifikace. Vyuvíjejí se z hlubokých zón jejich kloubních chrupavek (obr. 2c). Tyto kůstky jsou ve značném rozsahu pokryty kloubní hyalinní chrupavkou. Nutritivní cévní zásobení je zajištěno jen skrz oblasti nepokryté chrupavkou.

5. Morbus Köhler I

Jedná se o aseptickou nekrózu kosti člunkové nohy (os naviculare).

Etiologie

Postihuje častěji chlapce v poměru 1:6 s maximem výskytu mezi 3.-8. rokem. Ve 30% postihuje obě nohy, u 50% dětí je v anamnéze udáváno jednorázové či opakované trauma.

Klinický obraz

Zpočátku antalgická chůze progreduje do kulhání. Bolest na vnitřní straně nohy na vrcholu podélné klenby nohy. Palpační bolestivost v oblasti os naviculare, lehký otok, noha v pronaci.

Zobrazovací techniky

RTG: zpočátku otok měkkých tkání, poté kondenzace osifikačního centra, jeho zvýšená denzita, následuje fragmentace a resorpce - fáze revaskularizace (obr. 8), v následné fázi probíhá reosifikace - fáze hojení.

Terapie

Léčení je konzervativní. V období bolesti sádrový obvaz na 6 týdnů bez zatěžování postižené nohy. Později chůze v obuvi vybavené individuální vložkou k odlehčení až na 12 měsíců. Deformita člunkové kosti může následně způsobovat artrotické postižení, při trvajících bolestech je indikována artrodéza.

6. Morbus Klenböck

Jedná se o aseptickou kostní nekrózu kosti poloměsíčitě (os lunatum).



Etiologie

Je nejčastější aseptickou nekrózou v oblasti zápěstí s vrcholem mezi 16.-40. rokem. Postihuje 2x častěji muže než ženy. Etiologicky dochází ke ztrátě cévního zásobení pravděpodobně opakovanými mikrotraumaty.

Klinický obraz

Klinické příznaky mohou být zpočátku velice chudé. Palpační bolestivost dorza karpu v lokalitě os lunatum, mírný otok, lehké omezení hybnosti, bolestivé krajní polohy. Při kompresi lunata dochází k celkovému zkratu III. paprsku ruky a tlakové bolestivosti v ose tohoto paprsku, později v pokročilých stadiích korespondují s artrotickými změnami.

Zobrazovací techniky

RTG: zpočátku bez radiologických změn, poté kondenzace lunata, jeho komprese a fragmentace - 2. fáze (obr. 9), následuje fáze hojení a defektní remodelace s rozvojem artrotických změn.

Scintigrafie: v počátečním stadiu studený uzel, při přestavbě horký uzel.

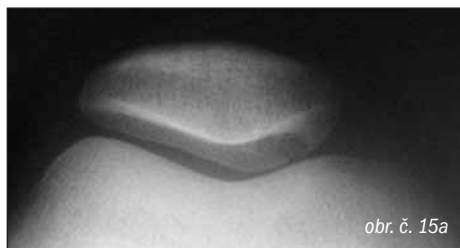
CT a NMR: z hlediska diferenciální diagnostiky k odlišení tumorózních a zánětlivých afekcí.

Terapie

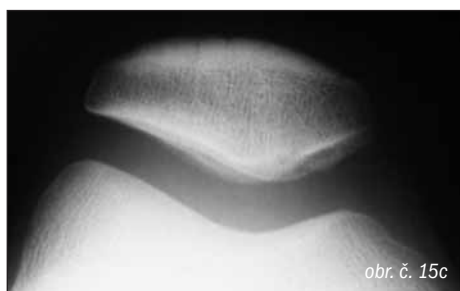
V počátečních stadiích konzervativně antalgicky imobilizace na 3 týdny, nesteroidní analgetika (NSA), později operační výkony - extirpace lunata se nedoporučuje, revaskularizační výkony - přenos os pisiforme s cévní stopkou, spojené s abreviační osteotomií radia nebo limitovanou dézou capitatum-hamatum, popř. totální déza karpu při stadiu fragmentace či selhání jiných operačních metod.

■ Posttraumatické avaskulární nekrózy trakčních epifýz (apofýz)

Jedná se o parciální avulze apofýz a s ní související šlachy.



obr. č. 15a

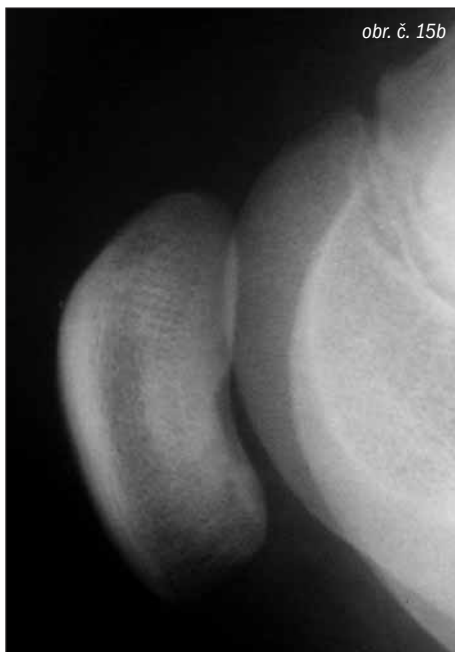


obr. č. 15c

Obr. č. 15 a,b,c. Disekující osteochondróza česky pravého kolenního kloubu. Chlapec fotbalista trpěl 1 rok bolestmi kolenních kloubů po zatížení, začaly se objevovat i exudáty obou kolenních kloubů. Diagnóza byla stanovena na základě RTG snímku obou kolenních kloubů v bočné a axiální projekci ve 14 letech.

Na obr. č. 15 a, b je ukázán defekt o průměru 10 mm (2. fáze) na mediální fasetě česky pravého kolenního kloubu, postižení bylo oboustranné, téměř symetrické.

Na obr. č. 15 c na axiálním snímku česky pravého kolenního kloubu zhotoveném v 16 letech při flexi 30 ° je zobrazena nerovná kontura kloubní chrupavky mediální fasety česky - hojení defektu (3. fáze).



obr. č. 15b

7. Morbus Osgood-Schlatter

Relativně časté postižení proximální apofýzy tibie. Nejčastěji jsou postiženi chlapci mezi 10.-15. rokem věku, ve 40% oboustranně.

Etiologie

Parciální avulze (odtržení) apofýzy s následnou avaskulární nekrotizací odtržené části. Vyvolávacím momentem je opakovaná tahová zátěž apofýzy.

Klinický obraz

Projevuje se otokem a zduřením v oblasti tuberositas tibiae, palpační bolestivostí, bolestmi při pohybu, zvláště při aktivní extenzi, ale i přímém tlaku na drsnatinu holenní kosti.

Zobrazovací techniky

Fáze revaskularizace začíná osteoklastickou resorpcí apofýzy, vzniká nová pletivová kostní tkáň (obr. 10), která mineralizuje - je možno rozeznat nepravidelný tvar a strukturu proximální apofýzy tibie s fragmentací, eventuelně volné kostní fragmenty - tzv. kostní perly (obr. 11).

Někdy dojde k úplné nebo částečné avulzi apofýzy, která se remodeluje a přihojí v dislokaci (obr. 12).

Terapie

Převažuje konzervativní terapie - ledování, NSA lokálně, omezení skoků, dřepů, patelár-

ní bandáže. V případě větších bolestí fixace ortézou či sádkou. Obtíže trvají až 2 roky. V případě vytvoření kostních perel, které vyvolávají problémy je indikována extirpace po ukončení růstu. Při chronických obtížích individuálně indikujeme návrtvy apofýzy a fixaci na 3 týdny s cílem urychlit fúzi a remodelaci apofýzy.

8. Morbus Sinding-Larsen

Osteochondróza dolního pólu pately vznikající v důsledku trakčního přetížení. Nejčastěji jsou postiženi mladiství ve věku 10-14 let, kteří přetěžují extenční aparát.

Etiologie

Opakovaná tahová zátěž dolního pólu pately.

Klinický obraz

Koleno bolí při chůzi do schodů a při běhu. Na dolním pólu pately palpační bolestivost a zduření.

Zobrazovací techniky

Na RTG snímku se ne vždy zobrazí fragmentace nebo elongace dolního pólu pately. Náhodně se může zobrazit osteochondróza celého osifikačního jádra česky, která bývá asymptomatická (obr. 13).

Terapie

Obdobná jako v předchozím případě.

9. Morbus Sever

Haglund-Severova choroba je charakterizována bolestivostí zadního a plantárního okraje patní kosti při úponu Achillovy šlachy. Je definována jako apofyzitida skeletálně nezralé patní kosti, jedná se o osteochondrózu apofýzy kalkanea, která se prokáže na bočním (obr. 14 a,b) a axiálním snímku patní kosti.

Etiologie

Není jednoznačná. Fragmentace apofýzy kalkanea se může nacházet i u normálních jedinců, nekoreluje s klinickými obtížemi.

Klinický obraz

Klinicky bolestivá pata se vyskytuje u chlapců ve věku 8-15 let, sportovně aktivních, často s nadváhou. Po ukončení kostního vývoje se již nevyskytuje. Bolest je intermitentní, s lokalizací dorzomediálně či plantárně, nutí dítě ke kulhání. Bolí více po ránu, při zatížení obtíže menší či dokonce vymizí.

Terapie

Je vždy konzervativní, restrikce aktivity, ledování, podpatěnka či individuální ortopedické vložky.

10. Jiné osteochondrózy

10. Osteochondritis dissecans

Jde o tangenciální avaskulární nekrotizaci tlakové epifýzy. Častěji postihuje starší děti, chlapce. Nejčastěji postižené epifýzy jsou mediální kondyl femuru, patella, hlavice femuru a talus. Existuje i familiární disekující osteochondróza s postižením několika predilekčních epifýz. (2).

Etiopatogenese

Etiologie není známá. Tangenciální oblast subchondrální nekrotické kosti na konvexním povrchu určité tlakové epifýzy (ne větší než 2 cm) je oddělena fibrosní granulační tkání, osteocyty zanikají, povrchová chrupavka je živena ze synoviální tekutiny a zůstává intaktní. Nekrotický segment revaskularizuje, konvexní povrch epifýzy se oplošťuje, postupně dochází ke kostnímu zhojení disekátu. Opakované trauma ve 2. a 3. fázi remodelace disekující osteochondrózy vede odtržení povrchní chrupavky, nekrotický fragment je vytlačen z jeho konkávního lůžka a jako „kloubní myška“ poletuje v kloubní dutině.

Klinický obraz

Klinické obtíže - intermitentní bolesti s malým postižením funkce kloubu během revaskularizační fáze. Mírný exudát kloubu a malé omezení rozsahu pohybu, někdy sva-



lová atrofie. V případě volných kloubních tělísek pacienti udávají intermitentní zablokování kloubu.

Zobrazovací techniky

Pro RTG verifikaci defektu jsou nutné speciální tangenciální projekce (**obr. 15**), o kvalitě povrchní kloubní chrupavky v oblasti disekátu nás dobře informuje arthrografie, NMR a artroskopie.

Prognóza

Většina lézí se v období růstu vyhojí spontánně během 2-3 let bez porušení kloubní kongruence. Na kolenních a loketních kloubech se častěji tvoří volná kloubní tělíška a na konvexním zatěžovaném kloubním povrchu zbývá trvalý defekt, kde se může po letech rozvinout osteoartróza.

Terapie

U velkých disekátů v zatěžových oblastech kolenních kloubů se indikuje ASK ošetření podle fáze patologického procesu. Disekáty větší než 2 cm se fixují kostními floky. Pokud toto nelze provést, používají se u větších defektů periostální štěpy s následnou rehabilitací kolenního kloubu na motorové dlaze. V ostatních případech se indikuje symptomatické léčení zahrnující punkce, lokální aplikace hyaluronové kyseliny, chondroprotektivní léčivé prostředky, NSA aj.

11. Morbus Blount

Jedná se o osteochondrózu lokalizovanou na mediální část proximální metafýzy tibiae. V písemnictví se označuje také názvy tibia vara nebo osteochondrosis deformans tibiae. Může být postižena mediální část růstové ploténky a přilehlá část epifýzy. Výsledná růstová porucha vede k výrazné varozitě bérce, vnitřní rotaci a ligamentózní insuficienci. Častěji se vyskytuje bilaterálně.

Etiologie

Je neznámá. Pravděpodobně je vyvolána lokalizovanou poruchou cévního zásobení mediální části proximální epifýzy tibiae. Rozlišují se dvě formy dle věku při začátku onemocnění. Infantilní forma postihuje děti do 3 let, adolescentní se manifestuje po 8. roce a je převážně jednostranná. Častěji se vyskytuje zejména ve Finsku a na Jamaice, zvýšený výskyt je také u arabského a afroamerického obyvatelstva. V posledních letech se M. Blount uvádí jako zvláštní **lokalizovaná forma epifýzární dysplazie** obdobně jako Madelungova deformita. **Madelungova deformita** bývá častěji patognomickým



Obr. č. 16. Morbus Blount (tibia vara) l. dx. u pětileté dívky. Na RTG snímku v předozadní projekci je defektní osifikace mediální části proximální epifýzy tibiae a porucha růstu okraje epifýzární ploténky (fýzy). Nápadný je zobákovitý tvar proximální metafýzy. Tibiofemorální úhel je přibližně -10° , varozita je lokalizována převážně v proximální metafýze tibiae.

nálezem u mesomelických dysplazií nebo exostózové choroby. Symetrický a zejména asymetrický oboustranný výskyt obou těchto jednotek je běžný.

Klinický obraz

Varozita proximální metafýzy tibiae, která postupně progreduje.

Zobrazovací techniky

Na RTG snímku kolenního kloubu v bočné projekci se prokáže zobákovitě protažená mediální část metafýzy, užší epifýza a defektní osifikace mediální oblasti proximální epifýzy tibiae. Mediální kortikální diafýzy tibiae je rozšířená se zvýšenou kostní hustotou vlivem varosního zakřivení (**obr. 16**).

Terapie

Léčení v předškolním věku je konzervativní, a to dlahováním a korekčními ortézami. V případě progresu se indikuje korekční osteotomie s nápravou úhlových a torsních defor-

mit, v období růstu je třeba výkon i několikrát opakovat. Dobré výsledky se popisují s asymetrickou distrakční epifýzeolýzou proximální tibiae pomocí zevního fixátoru.

Závěr

Aseptickou lokalizovanou kostní nekrózou může být de facto postižena každá tlaková či tahová epifýza resp. apofýza. V práci je uveden přehled etiopatogenese, diagnostiky a zásad léčení pouze nejzávažnějších a nejčastěji se vyskytujících osteochondróz u dětí.

Předmětem sdělení nebylo lokální poškození epifýz a epifýzárních plotének akutním úrazem, jež je typické pro dětský věk. Dětská frakturologie se zabývá fyzárními zlomeninami, které postihují nejen epifýzy (apofýzy) a epifýzární ploténky, ale i přilehlé metafýzy. Vlivem mechanismu úrazu dochází často nejen k poruše cévního zásobení, ale i k dislokaci epifýzy či apofýzy, a proto důsledky úrazů pro další růst dlouhých kostí jsou vždy daleko závažnější než je tomu u osteochondróz.

Literatura

1. Dungal P. Morbus Perthes. In: Dungal a kol. Ortopedie. Praha, Grada 2005, s. 877-888.
2. Kozłowski K. Familial osteochondritis dissecans. Pohybové ústrojí, 10, 1995, č. 1-2, s. 43 - 48.
3. Lebl J, Chládek P. Manifestace Perthesovy nemoci u dvou chlapců s idiopatickým deficitem růstového hormonu při léčení růstovým hormonem. Pohybové ústrojí, 2, 1995, č. 3, s. 124 - 127.
4. Ortner DJ, Putschar WGJ: Identification of pathological conditions in human skeletal remains, Washington, Smithsonian Institution Press 1981, 479 s.
5. Oestreich AE. The acrophysis: a unifying concept for enchondral bone growth and its disorders. I. Normal growth. Skeletal Radiol, 32, 2003, s. 121 - 127.
6. Petrýl M, Danešová J, Mařík I, Lísal J: Remodelling of fibre tissue and modelling of lamellar bone: the causal relations among their components (in Czech). Locomotor System, 12, 2005, č. 1-2, s. 77 - 91.
7. Salter RB: Textbook of Disorders and Injuries of the Musculoskeletal System, 3rd Ed. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Lippincot Williams and Wilkins 1999. 687 s.
8. Smrčka V, Svenssonová M, Mařík I. Deformace kyčelního kloubu na Langobardském pohřebišti - Jižní Morava. Pohybové ústrojí, 7, 2000, č. 4, s. 269 - 273.
9. Thomas DP et al.: Perthes' disease and the relevance of thrombophilia. Journal of Bone and Joint Surgery, 81-B: 691, 1999.
10. Thompson GH, Salter RB. Legg-Calvé-Perthes Disease. Clinical Symposia, 38, 1986, č. 1, s. 2-31.
11. Wedge JH: Legg Perthes' Disease - Current Concepts. Canadian Orthopaedic Association Bulletin, Aug/Sep 03: 21-22, 2003.



Spondylolistéza

doc. PaedDr. Pavel Kolář

Klinika rehabilitace 2. LF UK a FN Motol, Praha

Souhrn

Spondylolistéza je ventrální posun kraniálního obratle v pohybovém segmentu. U některých typů dochází k progresivní segmentální kyfotizaci, kdy sklouzávající obratel rotuje kolem předního okraje následujícího obratle. Četnost výskytu spondylolistézy je 6%. Výskyt lýzy oblouku se liší v geneticky uzavřených skupinách. Například u eskymáků se nachází až v 50ti procentech. Spondylolistéza je deformita páteře, kterou můžeme prostřednictvím moderní vyšetřovací techniky velmi přesně anatomicky popsat a omezeně vymezit i její vztah k zátěži při normálních aktivitách, postoji a bipedální lokomoci. Jde o onemocnění, které zahrnuje několik skupin etiologicky různých typů. Jednotlivé typy se odlišují četností výskytu, patologickým významem, rychlostí progresu skluzu, prognózou i terapií. Jako nejpříhodnější se jeví klasifikace dle Marchettiho a Bartolozziho(10). Dle této klasifikace rozdělujeme spondylolistézy na vývojové a na získané.

■ Vývojová spondylolistéza

Vývojová spondylolistéza je charakterizována dysplázií. Změny popisované jako dysplázie mají s největší pravděpodobností genetické pozadí. V současné době je jen velmi obtížné stanovit podíl vrozené indispozice a podíl zátěže dané bipedálním způsobem života či degenerativními změnami páteře. Není dosud také zřejmé, které změny jsou primární a které vznikají až sekundárně patologickým přetížením. Dysplastické změny nacházíme zejména v kraniální části sakra (1,2,9). Nejčastěji se jedná o změny tvaru krycí desky S1. Obvykle vidíme kupolovitý tvar, v anglosaské literatuře nazývaný „sacral dome“. Za dysplastickou změnu lze považovat i změnu úhlu krycí lišty vůči sakru tzv. „sacral table angle“ (STA). Do dysplastických změn můžeme zahrnout také změny tvaru celého sakra, zejména jeho kyfotizaci (6,9). Dále k nim řadíme částečné nebo úplné defekty oblouků - spina bifida, aplázie oblouku, ale také elongace isthmus či změny tvaru kloubů. Významné jsou i změny tvaru těla obratle L5. Jeho rozsah lze vyjádřit poměrem velikosti zadní a přední stěny, který nazýváme lumbální index.

Skupina vývojových spondylolistéz se dělí na podskupiny „low dysplastic“ a „high dysplastic“. Obě podskupiny se vyskytují ve formě buď s přerušením istmu nebo s elongací istmu. Spondylolistéza (přerušování istmu) je obvykle detekovatelná na bočním nativním snímku. Pro rozlišení stáří defektu je indikována Tc scintigrafie skeletu. Akumulace radiofarmaka v defektu předchází vlastní manifestaci

spondylolýzy. Lytický defekt na šikmém snímku připomíná obojek psíka a v literatuře je nazýván „Scottie dog sign“. Skupina „low dysplastic“ je charakterizována zachováním paralelity krycích plotének a nepřítomností segmentální kyfózy, i když známky dysplázie jsou přítomny. Pokud dojde u této skupiny k progresi nad 50%, přechází v typ „high dysplastic“. Obratlové tělo má typický lichoběžníkový tvar s konkávně zaoblenou dolní krycí ploténkou. Je vyjádřena segmentální kyfóza a velikost skluzu je obvykle nad 50%. Extrémním stupněm spondylolistézy je skluz nad 100% spondyloptóza.

■ Získaná spondylolistéza

Získané spondylolistézy se dělí na následující skupiny: traumatická, post-chirurgická, patologická a degenerativní. Skupina traumatických se dále dělí na podskupinu vzniklou akutním traumatem, která je vlastně zvláštním typem úrazu páteře vzniklým značným násilím, a skupinu „stress fracture“ vzniklou na podkladě spondylolýzy po únavové zlomenině istmu.

■ Klinické projevy u spondylolistéz

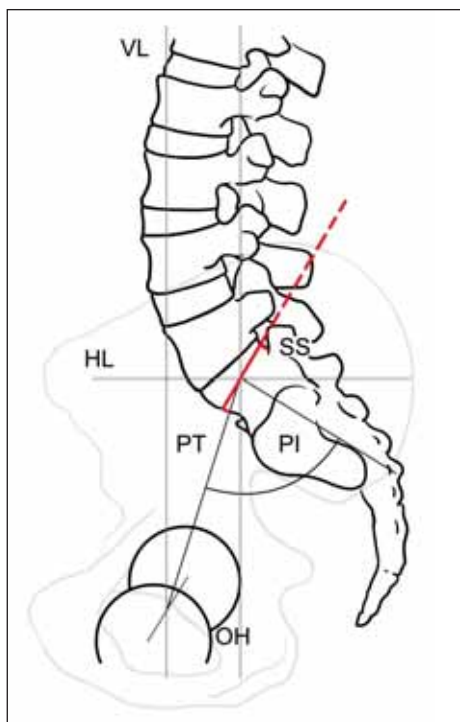
U pacientů se spondylolistézou jsou charakteristické chronické bolesti v kříži, až příznak kořenového symptomatologie. Pacient má pocity nejistoty v páteři, kterou kompenzuje neustálým napínáním bederního svalstva. Stojí-li, má poohnutá kolena, rovněž při chůzi jsou kolena poohnutá. Má zvýšené napětí v ischiokrurálních svalech. Klinicky je

u postiženého výrazná bederní lordóza s relativně zkrácenou bederní křivkou, zvýšená hrudní kyfóza a široká gluteální oblast. Nerozvinutá je oblast pod nepravými žebry. Klinické příznaky spondylolistézy jsou podobné jako příznaky lumbální stenózy, hlavně pokud jde o jejich pozvolné zhoršování a jejich závislost na stožení a chůzi. I zde je nejčastější úlevovou polohou předklon. Kořenové příznaky jsou častější u pseudospondylolistézy než u čisté spondylolistézy. Na rozdíl od komprese kořene výhřezem ploténky se však zlepšují, nebo mizí v předklonu. Je-li degenerativní spondylolistéza spojena s výhřezem ploténky nebo osteofyty obratlových těl, může být klinický obraz velmi pestrý.

Spondylolistéza je v řadě případů asymptomatická (i u skluzu kolem 50%), nedoprovází ji bolesti ani neurologický nále. Deformita je často objevena náhodně, kdy je nějaký důvod provést rtg (akutní bolesti v zádech v důsledku přetížení, úraz apod.). Je třeba respektovat, že příčinou akutních bolestí zdaleka nemusí být vlastní spondylolistéza.

■ Principy konzervativní a operační postupy u spondylolistéz

Z pohledu možností konzervativní i operační terapie je zásadní řešit především otázku působících sil na lumbosakrální přechod. Tyto síly mají vedle vrozené indispozice rozhodující vliv na vznik a vývoj spondylolistézy. Jejich význam zvláště umocňuje fakt, že lytické defekty se nevyskytují u novorozenců. Na tu-



Obr. č. 1 Regionální anatomické parametry

to oblast působí jak síly vnější, tak síly vnitřní. Ze zevních sil má v běžném životě největší význam síla tíhová. Vnější silové vektory se během pohybu rozšiřují o rotační a střížné. Tyto síly mají obzvláště velký význam za situace lokálního posunu obratle a porušených spino-pelvi-femorálních vztahů (pelvisakrální úhel PSA, pelvická incidence PI, úhel pánevní lordózy PRA, sklon pánve PT, sklon sakra SS apod.) (obr.1). Zevní síly akceptujeme a počítáme s nimi, neboť jsou do určité míry zhodnotitelné. V našich terapeutických i preventivních postupech pak dominuje snaha tyto síly co nejvíce eliminovat (korzet, pracovní poloha, režimová opatření v oblasti zátky apod.). I chirurgický přístup je zaměřen na eliminaci důsledků zevních sil.

Pro vlastní vznik deformity, rozvoj bolesti, neurologického deficitu a progresu anatomického nálezu nelze opominout síly vnitřní. Ty působí na oblast lumbosakrálního přechodu, potažmo na celou páteř. Jde o vliv svalové aktivity. Tyto síly vznikají během posturální stabilizace tj. během držení segmentů těla při působení zevních sil. Během působení zevních sil se musí aktivovat zpeňovací (stabilizační) funkce svalů, která je řízena centrálním nervovým systémem. Stabilizační aktivita probíhá automaticky, nezávisle na naší vůli.

Silové vektory vnitřních sil (svalové aktivi-

ty) ovlivňují vlastní vývoj regionálních a globálních biomechanických parametrů, a zároveň při patologické situaci anatomických poměrů značnou měrou rozhodují o zatížení, které může anatomickou poruchu kompenzovat resp. dekompenzovat. Při jejich koordinační poruše (chybném náboru) vedou k narušení stability LS úseku, k rozvoji bolesti a neurologického deficitu.

Vnitřní síly působené svaly (jejich vektory působení, velikost, stereotypní opakování atd.), které ovlivňují páteř, považujeme z dlouhodobého vlivu působení za významnější než síly vnější. Problém, který jejich význam nedoceňuje, spočívá především v omezených možnostech jejich měření a také v tom, že vliv těchto svalových resp. vnitřních sil není výsledkem pouze svalové mechaniky, ale je závislý na řídicích procesech CNS. Diagnostické analýze vnitřních sil je často věnována pouze minimální pozornost.

Z pohledu terapeutických možností je spondylolistézu třeba vnímat v rovině anatomické a biomechanické, z pohledu vlivu vnějších sil ale vždy i s klinickým posouzením vnitřních sil působících na lumbosakrální přechod, čímž máme na mysli stabilizační svalovou funkci (posturální) spojenou s kvalitou řídicích procesů CNS.

Profylaxním a konzervativním terapeutickým cílem je ovlivnit tyto vnitřní síly tak, aby působily proti deformitě, korigovali resp. kompenzovali regionální a globální anatomické parametry.

■ Operační indikace u vývojových spondylolistéz

U vývojových spondylolistéz je ve většině případů hlavní indikací operačního řešení morfologický nálezu, ale především jeho progresu a vývoji sekundárních kompenzačních změn (kyfotizace segmentu, lumbální hyperlordóza, torakální kyfóza atd.) a nikoliv neurologický nálezu a bolesti, jak tomu je u získaných spondylolistéz. Nejčastěji jsou operováni pacienti s vysoce dysplastickou spondylolistézou (obr.2.). Jedná se o spondylolistézu s výraznými dysplastickými změnami, se strmým sklonem sakrální lišty, kdy úhel krycí lišty vůči sakru „sacral table angle“ (STA) je menší než 95 stupňů. Dále je doprovázena kyfotizací sakrální kosti a úhel mezi středy hlavic femurů a kolmicí vedenou středem sakrální lišty je větší než 65 stupňů (norma je 53 +/- 10 stupňů). U těchto typů vývojových spondylolistéz lze s vysokou prav-

děpodobností očekávat progresi, kyfotizaci lumbosakrálního přechodu a někdy vznik až ptózy. Proto doporučená frekvence Rtg vyšetření mezi 10 - 15 rokem je 4 měsíce. U dětí a adolescentů je u daného typu spondylolistézy doporučováno operační řešení již při posunech 25%.

Operace v dětském a adolescentním věku umožňuje využít větší schopnost globálních adaptačních změn, než je tomu v pozdějším věku. Operací je možná redukce předozadní dislokace a úhlová korekce lumbosakrální kyfózy. Vyrovnání lumbální hyperlordózy a torakální kompenzační kyfózy. Redislokuje se těžiště těla.

U pacientů se spondylolistézou, u níž jsou dysplastické změny kompenzovány nebo méně vyjádřeny, sledujeme a konzervativně léčíme do 50% skluzu. Operační řešení je doporučováno pouze při větší progresi nebo při rozvoji neurologického nálezu. Rizikovou skupinou jsou pacienti s progresí bez spondylolistézy.

Operační postupy se liší podle typu a stádia olistézy a také podle věku. Terapeutickým postupem je kostní fúze postiženého segmentu. Nejednoznačná je otázka repositionu skluzu. Skluzu nad 50% (high gradeolisthesis) je nezbytné reponovat. Skluzu do 50% bez přítomnosti lumbosakrální kyfózy není nutné reponovat, ale řada škol doporučuje reponovat i zde. Maligní je přetrvávající kyfóza segmentu. Je třeba ji reponovat do lordózy. Výjimkou je dysplastická olistéza u dětí.

■ Konzervativní postupy o spondylolistéz

Dominantním postupem v konzervativní terapii je cvičení, které ovlivňuje stav pomocí vnitřních sil, dále je to korzetoterapie a velký význam mají režimová a ergonomická opatření.

Literatura uvádí jen málo údajů ohledně konzervativní léčby u spondylolistéz. Je pouze minimum prospektivních studií, které by hodnotily efekt fyzioterapie u spondylolistézy a spondylolistézy. McNeely, Torrance a Magee (11) zhodnotili 71 článků s touto tematikou, 52 z nich byly prezentovány jako studie, ale jen dvě skutečně splňovaly kritéria studie. Obě studie navrhuje v konzervativních postupech specifická cvičení buď samostatně nebo v kombinaci s dalšími typy terapie a obě studie uvádějí výrazně pozitivní efekt na bolest v zádech. Každá studie, ale popisuje jiný typ cvičení.

Stiefel - Duac gel



Z většiny publikovaných prací vyplývá, že posilování trupového svalstva vede ke zvýšení svalové síly a zlepšení klinických příznaků.

Pro zlepšení klinických obtíží, ovlivnění funkční kapacity pacienta a pro ovlivnění progresu nálezu není zdaleka lhostejné, jaká cvičení u pacienta volíme a jak často jsou prováděna. Potvrzuje to řada studií, které upozorňují na zcela rozdílné výsledky cvičení z pohledu volby jejich charakteru, intenzity a způsobu.

Například retrospektivní studie hodnotící efekt konzervativní terapie v průběhu 3 let u 48 pacientů se spondylolistézou na tento rozdíl jednoznačně poukazuje (14). Pacienti zařazení do studie byli rozděleni do dvou skupin. Skupina 1 prováděla flekční cvičení a skupina 2 extenční cvičení. Všichni pacienti byli zároveň instruováni ohledně správné postury při zvedání předmětů. Po třech měsících vykazovalo ve skupině cvičící do flexe 58% pacientů zlepšení klinických obtíží a funkční kapacity, zatímco ve druhé skupině, tj. cvičících do extenze pouze 6%. Po třech letech bylo sledováno zlepšení bolestí u 62% pacientů 1 skupiny a u 0% pacientů 2 skupiny. Obdobné výsledky ukázala studie hodnotící 47 pacientů se spondylolistézou, kteří nebyli indikováni k operačnímu řešení. Pacienti, kteří cvičili do flexe, nepotřebovali tak často bederní ortézu, nemuseli modifikovat práci a nemuseli měnit své běžné denní činnosti kvůli bolestem. Autoři článku proto doporučují v konzervativní terapii využít flekční cvičení bederní páteře nebo izometrické posilování zádočných svalů.

Také hodnocení specifických stabilizačních cvičení v léčbě chronických bolestí s radiologickou dg. spondylolýzy a spondylolistézy ukázalo, že „specifický program cvičení“ je mnohem efektivnější než běžně předepisované jiné druhy konzervativní léčby (13).

Kontrolovaná randomizovaná studie zahrnovala 44 pacientů a hodnocení bylo prováděno za 3-6 a 30 měsíců. Pacienti byli náhodně rozděleni do dvou skupin. Skupina A prováděla 10 týdnů specifická cvičení zahrnující trénink hlubokých břišních svalů v kombinaci s lumbálními m. multifidus proximálně od defektu. Dosažená aktivace těchto svalů byla inkorporována do postury (statické držení těla, které před tím zhoršovalo obtíže) a do funkčních úkonů. Skupina B prováděla cvičení a jakoukoliv terapii tak, jak ji indikoval ošetřující lékař. U skupiny A, která



Obr. č. 2 Spondylolistéza s výraznými displastickými změnami

prováděla specifický program cvičení, došlo k statisticky signifikantnímu zmírnění intenzity bolestí a funkční disability. Toto hodnocení bylo pozorováno i po 30 měsících. U kontrolní skupiny nebyly zaznamenány žádné signifikantní změny.

Z publikovaných studií vyplývá, že hlavní zaměření konzervativní léčby nespočívá jen ve cvičení, ale výsledek je závislý na jeho specifitě, na způsobu jeho provádění, na intenzitě jeho provádění, ale především také na integraci vycvičené funkce do postury a běžných činností.

■ Ovlivnění stabilizačních funkcí u pacientů se spondylolistézou

Stabilizační funkce svalů u poruch statiky a dynamiky páteře je studována již řadu let (3,4,7,8). Osový orgán, pánev a hrudník vytváří pomocí stabilizační funkce svalů pevný bod, jakýsi rám pro funkci svalů s vlivem na končetiny. Pro vlastní fyziologický morfologický vývoj páteře a pro její fyziologické zatížení je zásadní spolupráce mezi ventrální a dorzální muskulaturou.

Pro bederní páteř má rozhodující roli souhra mezi extenzory bederní a dolní hrudní páteře s flexory, které jsou tvořeny funkční souhrou svalů mezi bránicí, břišními svaly a pánevním dnem. Tato flekční synergie stabilizuje páteř z přední strany, a to prostřednictvím nitrobřišního tlaku. Je aktivována při jakémkoliv statickém zatížení a doprovází každý cílený pohyb horních a dolních konče-

tin. Vyvážená souhra mezi hlubokými extenzory páteře na jedné straně a synergistickou aktivací mezi bránicí, břišními svaly a pánevním dnem na straně druhé je určena motorickým programem mozku. Tato svalová souhra uzrává v průběhu posturálního vývoje a participuje na vývoji spino-pelvi-femorálních vztahů a globálních biomechanických vztahů, neboť formuje budoucí lordoticko-kyfotické zakřivení.

Pro vývoj patologie je zásadní, že kineziologický vzor posturální stabilizace páteře je integrován do všech našich pohybů. Nejčastějším problémem je insuficience přední stabilizace páteře a naopak převaha extenční aktivity povrchových zádočných svalů.

Na základě našich klinických zkušeností, které jsou do značné míry v souladu s výsledky některých zahraničních studií, považujeme při konzervativní léčbě pacientů se spondylolistézou za nejdůležitější cílený výcvik stabilizační funkce páteře a její inkorporace do posturálních situací a běžných funkčních činností.

Ovlivnění stabilizační funkce svalu není otázkou cvičení, tak jak si jej běžně představujeme, nýbrž jde o systém edukační. Edukace je něco jiného než trénování a cvičení. Naším cílem není, aby pacient dlouhodobě docházel na rehabilitaci, ale aby správnou stabilizační svalovou souhrou dostal pod volní kontrolu a inkorporoval ji do běžných denních činností. Nelze ani předpokládat, že všichni pacienti budou každodenně celoživotně cvičit, proto je cílem ovlivnit zapojení svalů tak, aby jedinec mohl tyto svaly aktivovat během dne a v rámci všedních činností.

Jedním z předpokladů úspěšnosti terapie také je, že pacient nemá být pasivním odběratelem terapie, ale má se jí aktivně účastnit. Efekt cvičení sledujeme po šesti týdnech až třech měsících od začátku edukace.

Svaly v tomto případě nemůžeme cvičit podle jejich anatomicky definovaného začátku a úponu. Nevystačíme ani se způsobem cvičení do flexe nebo extenze, jak je často prezentováno a diskutováno u cvičení zaměřených na léčbu spondylolistézy.

Naším hlavním terapeutickým cílem je zapojit stabilizační svalovou aktivitu v kvalitě, kterou spatřujeme u fyziologicky se vyvíjejícího dítěte, což identicky odpovídá souhře svalů, kterou můžeme mimovolně vyvolat při reflexní lokomoci podle Vojty. Jde o základní posturální vzor geneticky určený centrálním programem, který je integrován do všech po-



hybů a umožňuje optimální biomechanické zatížení kloubů. Vždyť nezralá kyfotická páteř se formuje do budoucí lordoticko-kyfotické křivky právě prostřednictvím tohoto vzoru (za situace abnormálního posturálního vývoje je charakter křivky rozdílný). Obdobně se vyvíjí i všechny další anatomické systémy - tvar hrudníku, sklon pánve, torze femorů, kolodifyzární úhel apod..

■ Sportovní zátěž u pacientů se spondylolýzou a spondylolistézou

Pro spondylolýzu a spondylolistézu je typické, že se vyskytuje v určitém věku a při určitých aktivitách. U novorozenců je pars intra-articularis vždy intaktní. V této souvislosti hraje významnou roli sportovní zátěž. Výskyt těchto anatomických poruch je u sportovců častější ve srovnání s nesportovci. Značný výskyt je u sportů, kde je nutná extenze a rotace páteře - atletika, skoky do vody, gymnastika, oštěp, balet. Ačkoliv u některých sportů je častější výskyt spondylolýzy známý, je málokdy zmiňována u plavců. V roce 2000 byl v časopise *Sports Medicine* (12) uveřejněn článek, který dokumentuje výskyt spondylolýzy u plavců, kteří plavou prsa a motýlek. Koresponduje to i s našimi zkušenostmi, neboť při tomto zatížení je opakovaná hyperextenze páteře, která je hlavním etiopatogenním faktorem vzniku této deformity.

Volba charakteru a intenzity zátěže je zásadní u adolescentů, kde byla zjištěna spondylolýza. Ta je u sportujících adolescentů trpících bolestmi v zádech jedna z nejčastějších diagnóz. Děti se spondylolýzou by neměli dělat sporty s axiální kompresí, hyperextenzí a rotací. Střížné síly vznikající během těchto pohybů působí na do té doby stále chupavčité struktury vertebrálních oblouků, které pak nemohou správně dozrát a nedojde k jejich úplné osifikaci. Výsledkem sportovního přetížení pak může být spina bifida occulta. Instabilita dorzálních vertebrálních struktur může poté vyústit ve spondylolistézu.

Z popsaných důvodů nedoporučujeme v době osifikačního zrání zadních vertebrálních struktur u prokázaných spondylolýz sportovní zátěž na vrcholové úrovni a snažíme se eliminovat sporty, kde je výraznější axiální a extenční zátěž.

Mezi pohybové aktivity, které také nepovažujeme za vhodné u pacientů se spondylolistézou, patří také břišní tance. V důsledku popularity těchto aktivit se nám značně roz-

rostl počet pacientek s dekompenzovaným nálezem spondylolistézy.

Z našeho pohledu je také diskutabilní vhodnost hypoterapie.

■ Ortézy

V letech 1988 - 1995 bylo léčeno 73 adolescentních sportovců se spondylolistézou pomocí „Boston overlap Brace“ bederního pásu. Efekt této terapie byl hodnocen podle ovlivnění bolesti u fyzických aktivit. V 80% bylo dosaženo pozitivního efektu. Chlapci a dívky, kteří provozovali vysoce rizikové sporty, měli 5x menší efekt než ti, kteří provozovali málo riskantní sporty. Horší efekt byl také pozorován u pacientů, kdy obtíže začaly akutními bolestmi a měly výrazný spasmus v ischiokrurálních svalech.

V *Orthopedics* (5) byla publikována studie, která se pokoušela zjistit, zda terapie pomocí ortézování bude mít vliv na obtíže pacienta (pozitivní či negativní) a bude-li mít souvislost s typem instability při radiografickém vyšetření (retro či spondylolistéza). Studie byla prováděna na 56 pacientech, kteří striktně splnili klinická a rtg kritéria. Ve výsledcích bylo konstatováno, že ortézování nesnížilo rozsah hybnosti pacientů ani nesnížilo sílu trupového svalstva. Podle VAS (vizuální analogová škála) ukázala i zmírnění bolestí.

■ Závěr

Morfologický nálezn v oblasti páteře je třeba posuzovat z pohledu anatomického, ale vždy i v kontextu s hodnocením funkce. Obě složky jsou vzájemně propojeny, nelze je považovat izolovaně.

Z rtg snímků (včetně snímků dynamických), počítačové tomografie, magnetické rezonance a pomocí stávajících klasifikačních kritérií anatomického nálezu je možné pochopit patologický význam spondylolistézy a do určité míry se také vyjádřit k prognóze jejího vývoje. Je však řada otázek, na které ještě nedokážeme jednoznačně odpovědět:

- jaký je podíl vrozené poruchy, zátěže či degenerativních změn páteře na vzniku a vývoji spondylolistézy a to především spondylolistézy spojené s dyplastickými změnami (mírně v oblasti sakra, zadního segmentu obratle nebo těla obratle)

- jaké změny u olistezy vznikají primárně a které se objevují sekundárně vlivem přetížení

- jak významným etiologickým faktorem je architektura pánve, jejíž etiologický význam

je naznačen současnými studii

- jaký vliv na vývoj anatomických vztahů má v regionu dolní lumbální páteře centrální koordinační porucha (CKP), která je příčinou abnormálního posturálního vývoje a tím i příčinou porušeného formativního vlivu svalů (vnitřních sil) při vývoji páteře

- jaký vliv mají na vývoj a kompenzaci poruchy a na výsledky operačního řešení vlastnosti centrálních složek hybného systému atd..

Literatura:

1. Antoniadis, S.B., Hammerberg, K.W., DeWald, R.L.: *Sagittal Plane Configuration of the Sacrum in Spondylolisthesis*. *Spine*, 25:1085-1091, 2000
2. Boxall, D., Bradford, D.S., Winter, R.B., Moe, J., H.: *Management of Severe Spondylolisthesis in Children and Adolescents*. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 72-A, 1990,7, 1060-1066.
3. Cresswell, A.G., Grundstrom, H., Thorstensson, A.: *Observations on intra-abdominal pressure and patterns of abdominal intra-muscular activity in man*. *Acta Physiol Scand*, April 1, 1992, 144(4):409-418
4. Cresswell, A.G., Oddsson, L., Thorstensson A.: *The influence of sudden perturbations on trunk muscle activity and intraabdominal pressure while standing*. *Exp. Brain Res* 1994,98:336-341
5. D'Heemecourt, P.A., Zurakowski, D., Kriemler, S., Micheli, L.J.: *Spondylolysis: returning the athlete to sports participation with brace treatment*, *Orthopedics*, 25(6), 653-7, 2002
6. DeWald, R.L.: *Spondylolisthesis: in The Textbook of Spinal Surgery, Second Edition*. Bridwell K.H., DeWald R.L. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia: 1201-1210, 1997
7. Deyo, R.A., Diehl, A.K.: *Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation and diagnostic strategies*. In: *J Gen Intern Med.*, 1988, 3, 230-238
8. Gandevia, S.C. et al.: *Discharge frequencies of parasternal intercostal and scalene motor units during breathing in normal and COPD subjects*. *Am J. Respir. Crit. Care Med.*, 1996, 153, s. 633 - 638
9. Harms, J.: *Spondyloptosis and Sagittal Profile: in Severe Spondylolisthesis*. Harms J., Stürz H. (Eds.), 107-129, 2002
10. Marchetti, P.G., Bartolozzi, P.: *Classification of Spondylolisthesis as a Guideline for Treatment: in The Textbook of Spinal Surgery, Second Edition*. Bridwell K.H., DeWald R.L. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia: 1211-1254, 1997
11. McNeely, M.L., Torrance, G., Magee, D.J.: *A systematic review of physiotherapy for spondylolysis and spondylolisthesis*. *Man Ther.*, 2003 May, 8(2):80-91
12. Nyska, M., Konstantini, N., Cale-Benzoor, M., Back, Z., Kahn, G., Mann, G.: *Spondylolysis as a cause of low back pain in swimmers*, *Sports Medicine*, 21(5), 375-9, 2000
13. O'Sullivan, P.B., Phytty, G.D., Twomey, L.T., Allison, G.T.: *Evaluation of specific stabilizing exercise in the treatment of chronic low back pain with radiologic diagnosis of spondylolysis or spondylolisthesis*. *Spine*. 1997 Dec 15, 22(24): 2959-67
14. Sinaki, M., Lutness, M.P., Ilstrup, D.M., Chu, C.P., Gramse, R.R.: *Lumbar spondylolisthesis: retrospective comparison and three-year follow-up of two conservative treatment programs*. *Arch Phys Med Rehabil*. 1989 Aug, 70(8): 594-8, abstrakt 20

Význam synbiotik pro výživu kojenců

Prof. Ing. Vojtěch Rada, CSc.

Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů, Česká zemědělská univerzita, Praha

Je obecně dobře známo, že bifidobakterie se ve větší míře vyskytují u plně kojenných dětí, než u dětí kmených umělou výživou na bázi kravského mléka. Mateřské mléko působí jako tzv. bifidogenní faktor, což znamená, že obsahuje látky, které stimulují růst a množení bifidobakterií hlavně v kaudálních oddílech trávicího traktu. Oproti kravskému mléku má lidské mléko několikanásobně vyšší koncentraci oligosacharidů. Některé oligosacharidy jsou nestravitelné lidskými endogenními enzymy a projdou tak nezměněny až do tlustého střeva, kde slouží jako zdroj energie pro bifidobakterie. V mateřském mléce mají tuto vlastnost oligosacharidy s vysokým podílem aminocukrů a galaktózy. V poslední době jsou oligosacharidy - tzv. **prebiotika** přidávány i do kojenecké výživy. Experimentální aplikace prebiotik kojencům je v podstatě omezena na fruktooligosacharidy (FOS) a galaktooligosacharidy (GOS). Tyto látky mají prokazatelný bifidogenní účinek a částečně tak připodobňují umělou výživu mateřskému mléku. Jak bylo však prokázáno, oligosacharidy v lidském mléce jsou odlišné a mají kromě bifidogenního účinku také antimikrobiální vlastnosti, protože jsou schopny inhibovat adhezenci bakterií na střevní stěnu. Jednou z hlavních komponent oligosacharidů v mateřském mléce je kyselina sialová přítomná hlavně jako sialyl-laktóza. Kyselina sialová je hojně přítomna v mozku centrální nervové soustavě a je tedy pravděpodobně důležitá pro správný duševní rozvoj dítěte.

Vědecky zdokumentovaných pokusů s FOS a GOS je pouze několik málo, a proto z nich nelze vyvodit jednoznačné závěry. V jedné studii byl sledován vliv přechodu na pevnou potravu na složení mikroflóry stolice kojenců starých 3 - 5 měsíců. Zvýšení počtu bifidobakterií bylo připisováno přirozeně se vyskytujícím FOS v zelenině. V další studii bylo zjištěno, že přídatek FOS a GOS do umělé výživy v koncentraci 10 g/l stimuloval růst bifidobakterií ve střevě předčasně narozených kojenců. Charakteristiky stolice se tak přiblížily normálně porozeným, plně kojenným novorozencům.

Byly také vysloveny určité pochybnosti,

zda příjem prebiotik nepovede k řídké stolici a následné dehydrataci. Tyto obavy nebyly zatím potvrzeny ve vědecké literatuře a další studie považuje dávku FOS 1,5 - 3g/L za bezpečnou. Problémem je to, že bifidobakterie nemusí být u kojenců starých řádově dny až týdny vůbec přítomny a bifidogenní účinky FOS a GOS se proto nemohou dostavit. Z výsledků dosavadních studií lze shrnout, že je třeba více experimentů, ve kterých je nutné ověřit, zda kojenci, jimž je aplikováno prebiotikum, již mají svoje vlastní bifidobakterie. Absence bifidobakterií je nejčastější u dětí porozených císařským řezem. Umělá kojenecká výživa proto také může být také suplementována probiotiky, tedy živými kulturami mikroorganismů, většinou v lyofilizovaném stavu. Takové produkty jsou i na našem trhu. Obecným problémem v současné době používaných probiotik je malý počet kmenů, které jsou používány jako přídavky do funkčních potravin. Hlavním v současné době používaným druhem ve funkčních potravinách je *Bifidobacterium animalis*. Tato bakterie je někdy nesprávně označována jako *Bifidobacterium lactis* (ve skutečnosti jde o *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis*). Tyto kultury byly vybrány hlavně podle technologických vlastností a mají obecně výbornou schopnost přežívat v jogurtech a to během celé záruční doby, ale schopnost kolonizovat trávicí trakt kojenců není ještě jednoznačně prokázána. Důvodem je mimo jiné malý počet in vivo provedených pokusů. V budoucnu je také možno selektovat nové kmeny bifidobakterií s dobrými technologickými a zároveň probiotickými vlastnostmi. V Japonsku byl úspěšně testován na kojencích *B. breve*, který je lidského původu, ale v Evropě není komerčně dostupný. V Japonsku je přidáván do mléčných fermentovaných výrobků, avšak ne do kojeneckých výživ. U kojenných novorozenců často přirozeně dominují i další lidské druhy jako je *B. longum* a v první řadě *B. bifidum*, jehož absence bývá dávana do souvislosti se vznikem alergických onemocnění.

Probiotické kmeny bakterií mohou společně s prebiotiky (např. na bázi FOS a GOS) do velké míry simulovat přirozený stav, kdy jako prebiotikum působí mateřské mléko

a zdrojem bifidobakterií je hlavně matka. Kombinací oligosacharidů s bifidobakteriemi tak vznikají **synbiotika**. Bylo by také žádoucí prosadit podávání synbiotik co nejdříve po narození. Cílovou skupinu by představovali hlavně jedinci narození císařským řezem, jejichž matky nejsou schopny kojit a dále kojenci u nichž bifidobakterie z různých důvodů chybí a neobjeví se během cca prvního měsíce života. Koncepte synbiotik má ve výživě kojenců své místo a rozhodně i budoucnost. Jak ukazují některé práce, dochází ke změnám ve složení střevní mikroflóry kojenců a to hlavně ve vyspělých zemích. Obecně přibývá dětí, které nemají bifidobakterie, stoupá naopak počet a frekvence výskytu klostridií. Důvody nejsou zcela objasněny, ale pravděpodobně je vliv stoupající hygieny porodů a ošetření novorozenců, stejně jako stoupající počet porodů císařským řezem.

Sortiment výrobků s obsahem prebiotik, probiotik a synbiotik se rozšiřuje. Vzhledem k výše uvedeným výsledkům mnoha studií lze učinit následující závěry respektive doporučení:

- Jako nejlepší kombinace prebiotik se ukazuje směs GOS a FOS
- Použití GOS a FOS je bezpečné do koncentrace cca 5g/l
- Samotná prebiotika nemusí být efektivní, protože řada kojenců nemá ve střevech přirozeně bifidobakterie a tudíž není co podpořit.
- **Nelepší je proto kombinace probiotik a prebiotik - synbiotika**
- Důležité jsou rovněž použité druhy bakterií - lepší výsledky lze očekávat jsou-li použity lidské kmeny (*B. bifidum*, *B. longum*, *B. breve*).

Výrobků splňujících všechna kritéria není na trhu mnoho. Přesto je možno z výrobků dostupných na našem trhu doporučit výrobek **Hero Baby Lactum 2 (HBL 2)** společnosti Hero, který obsahuje směs GOS a FOS a jako probiotikum *B. bifidum* a *B. longum*.

Literatura u autora

Hero - Baby Lactum



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Proteinová oxidace a inzulínová resistance u obezity

V práci je srovnáván oxidativní stres u dětské obezity a inzulínové resistance. Nově určené produkty proteinové oxidace jsou dalším spolehlivým ukazatelem určení změn zprostředkovaného proteinového oxidačního poškození. Účelem bylo vyšetřit hladinu produktů proteinové oxidace (OPP) v návaznosti na oxidativní stresový marker u obesních mladých jedinců. Do studie bylo zahrnuto 57 pubertálních obesních dětí (30 děvčat a 27 chlapců) a 20 zdravých pubertálních dětí. Všichni účastníci skupiny obesních absolvovali orální toleranční glukosový test a dále byly vytvořeny dvě skupiny podle inzulínové resistance.

Volné kyslíkové radikály jsou dnes všeobecně známy pro svoji důležitost v chemické toxicitě, kardiopulmonálních komplikacích, v zánětlivých pochodech a při radioterapii. Vzhledem k tomu, že obesita se v posledních 15-ti letech zdvojnásobila, zvýšila se i incidence DM 2. typu, inzulínová resistance se tak stala největším rizikovým faktorem stresových markerů pro vývoj tohoto typu diabetu. Výhodou nedávno určených oxidativních stresových markerů proteinového typu je jejich stabilita, včasný výskyt a jejich delší životnost. Nebyla zjištěna žádná diference mezi pohlavími. Hladina těchto OPP byla vždy u obesních vyšší, zvláště u obesních s evidentní insulínovou resistencí. U obesních pacientů mimo insulínovou resistenci se vyvíjejí ovarální hyperandrogenismus, hyperlipemie a hypertenze. Pacienti s insulínovou resistencí mají hyperinsulinemii spolu s hyperglykemií nebo normoglykemií. Je možné hovořit v duchu těchto posledních sledování oxidativních proteinových stresových faktorů o centrální roli insulínu. Při tom ještě nedávno se hovořilo pouze o volných radikálech a o endoteliální dysfunkci. Ukazuje se, že insulínová resistance může hrát důležitou roli jako zdroj oxidativního stresu při vývoji dalších onemocnění v pubertě a také, že tento negativní stav může být ovlivňován i prostou dietou.

Eur.J.Pediatr. /2006/, 165: 753 - 756

Neočekávané nálezy u dětí s rektálním krvácením

V nedávné době byly poprvé využity možnosti používání endoskopické kapsle s videem pro vizualizaci stěny střevní mukosy. Neinvasivní bezbolestná procedura obstarává detailní představu

z oblastí, kde nám nepomohou ostatní endoskopické nebo radiologické metody. Videová endoskopie s kapsulí poskytuje diagnostickou pomoc zvláště v případech obtížně diagnostikovatelného drobného krvácení z oblasti střev. Vlastní zavádění kapsule u malých dětí se bude muset zřejmě provádět v celkové anestezii, u starších dětí po 8 letech věku bez anestezie. Vlastní kapsule má rozměry 11 x 27 mm, obsahuje kameru, která dělá 2 snímky za sekundu a baterii, která vydrží 8 hodin. Kapsule prochází vrtulovitě střevem a je vyloučena během 24 hodin přirozenou cestou.

Popisují případ 8-mi letého chlapce, který byl na akutní příjem přijat pro odeznívající bolesti břicha a nálezy krve ve stolici. Bez kolikovitých bolestí, bez příměsi hlenu ve stolici, bez teplot, bez zvracení. V minulosti měl provedenou pylorotomii pro pylorickou stenózu.

Při vyšetřování provedena gastroskopie bez patologického nálezu, vyloučena byla také coeliakie, nezjištěna žádná alergie, hemoragická porucha nebo perirektální nálezy. Při příjmu přetrvávala hypotenze kolem 85/40, příznaky hypovolemického šoku, dostal infuzi fyziologického roztoku a transfúzi krve. Hb se pohyboval kolem 7 g%. Veškerá ostatní laboratorní vyšetření bylo v normě, nativní snímek břicha také, stejně jako gastroileocolonoskopie. Makroskopický a mikroskopický nálezy v normě. K vyloučení Meckelova divertiklu proveden scan s normálním nálezem. Přesto trvalo podezření na Meckelův divertikl a proto vyšetření bylo zřejmě poprvé u dítěte provedeno pomocí výše uvedené kapsule. Toto odhalilo polyp solitárního charakteru s hypertrofií mukosy. Vlastní resekováná tkáň bylo poměrně velká - 4 x 3 cm s ektopickou žaludeční sliznicí.

Pro zajímavost autoři uvádějí historii tohoto divertiklu u dětí. Popsán poprvé v roce 1809. Jedná se o zbytek ductus omfaloentericus přítomný v terminálním ileu, který se vyskytuje až u 4% populace! Možnost záchytu pomocí techneciem značeného pertechnátu je jen kolem 50% a zakládá se na jeho vylučování buňkami gastrické mukosy. Kyselinu sekretující parietální buňky mohou pak být příčinou krvácení a ulcerace. Účinnost scintigrafie Meckelova divertiklu může být zvýšena podáním H₂ blokátoru před vyšetřením. Pro zajímavost z hlediska obtížnosti dg. je nutné uvést, že žaludeční sliznice obsahuje divertikl jen přibližně v 50%, ale krvácení a ulcerace se vyskytuje kolem 90%. Pro praktické dětské lékaře připomínáme tuto obtížnou diagnostiku pokud se objeví pacienti, kteří anemisují na hod-

noty kolem 10 až event. 9g% Hb a objeví se jim opakovaně krev ve stolici bez jiných obtíží. I když diagnostické úsilí je mnohdy vyčerpávající, dg. Meckelova divertiklu u těchto dětí do věku přibližně 10 let je téměř jistá!

Eur.J.Pediatr. /2006/ 165: 270 - 272.

Prevence ikteru u pacientů s Crigler - Nejjar onemocněním (CND)

Autoři sumarizují léčbu u 20-ti pacientů ve věku od 0,8 do 21 let věku s výše uvedeným onemocněním (CND) sledovaných během 6-ti let věku. Diagnóza byla potvrzena genetickým vyšetřením. Cílená léčba směřovala k udržování poměru koncentrace bilirubinu k albuminu, která je u novorozenců méně než 0,5 a u starších dětí a dospělých méně než 0,7. Zároveň se léčba úzkostlivě vyhýbala tabletám vytlačujícím bilirubin z vazby na albumin a zároveň ošetřovala exacerbace hyperbilirubinémie zapříčiněné zánětem nebo kameny. Variace systému fototerapie prováděné v nočních hodinách nebo variace s fototerapie na co největší povrch těla se pohybovala ve skupině od hodnot 16mg/dl: 280 umol/l a zvyšovala se s věkem o 0,8 mg/ml/rok. Poměr bilirubinu k albuminu se pohyboval od 0,17 do 0,75. Z celkové doby hospitalizací polovina připadala na novorozeneckou hyperbilirubinémii a zbytek na exacerbace po příhodách a při infekcích. 10 pacientů absolvovalo laparoskopickou cholecystektomii pro cholelithiasis. U pacientů ošetřovaných na uvedeném zařízení se nevyskytlo žádné bilirubinem indukované neurologické poškození. Průměrně realizovali fototerapie 10 hodin denně, infuze albuminu a opakované podávání ursodiolu enterální cestou. Z literárních údajů a souborů připadají v úvahu transplantace jater. Objevují se totiž u těchto pacientů hodnoty Bi kolem 500 - 800 umol/l následované postižením CNS! Shrnující, že se jedná o autosomálně recesivní onemocnění zapříčiněné chyběním aktivity enzymu glucuronyltransferázy při genetické variaci na 2. chromozomu, což je spojeno s poruchou konjugace bilirubinu. Toto je totiž pak spojeno s vyšší afinitou k albuminu, membráně červených krvinek i tkáňovým fosfolipidům. Před zahájením vlastní fototerapie v novorozeneckém věku mělo onemocnění mnohdy letální průběh.

Eur.J.Pediatr. (2006) 165: 306 - 319

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



Aktuality

Jak si firmy zavazují lékaře

Dobře zaplacené „výzkumy“ pacientů. Pozvánky na lékařské kongresy v opravdu exotických místech. To jsou způsoby, jakými si chtějí farmaceutické firmy pojistit, aby lékaři předepisovali jejich výrobky.

Víte, jak elegantně, legálně, a přesto za pomoci peněz přimět lékaře, aby předepsal lék, který chce firma udat na trhu?

Nejnovějším trikem je vysvětlit lékařovi, že výrobce zkoumá, jaké má jeho výrobek vedlejší účinky. A požádat ho, aby pomohl. Tudíž aby, když lék někomu předepíše, vyplnil jednoduchý dotazník o věku pacienta, jeho teplotě a o tom, jak se cítí.

„Otázky však většinou nejsou podstatné. I kdyby se firma ptala na nesmysly, jako je velikost nohy pacienta, podstatné nejsou výsledky, ale to, že lékař za vyplnění papírů dostane peníze,“ popisuje praktický lékař z Moravy. Za každý odevzdaný dotazník třeba pět tisíc. Čím víc pacientů, tím víc peněz. Kdo odolá?

Spokojení jsou takto totiž všichni. Lékař se cítí dobře, protože nemá pocit, že jej někdo uplácí. Naopak. Zdá se mu, že napomáhá dobré věci. A firma si také mne ruce. Získala nový odbyt, protože „správně“ motivovaný lékař si často zvykne předepisovat její výrobek.

A navíc takto vyplacené peníze jdou dát do nákladů.

Výrobci se hájí, že každý lékař si je schopen zapamatovat jen omezený okruh pilulek - zhruba tři sta. Ty pak používá a nasadit mu do hlavy jiný lék je problémem. Léku je totiž v Česku osm a půl tisíce a v řadě případů jsou jejich účinky stejné, a léky tak jsou zaměnitelné. Což je případ antikoncepce nebo inzulínu.

„Jak jinak máme přesvědčit lékaře, že náš lék je stejně dobrý a přitom levnější?“ říká Lumír Kroček, výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem, která sdružuje výrobce generických léků. Tedy ty, kteří vyrábějí léky, jež vyvinuli jiní výrobci a skončila jim patentová ochrana.

Kroček přiznává, že cílem těchto studií je hlavně motivace lékaře. „Jde o to, zasadit jim do hlavy jiný algoritmus. Oni jsou často konzervativní a berou to takto: Funguje to? Pak to nech plavat a používej, co se ti osvědčuje léta. A teď někdo přijde a řekne jim, že existuje ještě jiný lék. Chceme jen, aby měli šanci si vyzkoušet, jak funguje,“ vysvětluje.

Výrobci si přesto raději po dlouhých diskusích ustavili do etických kodexů závazná pravidla, jak má vypadat taková studie: nesmí mít banální otázky a odměna za ni nesmí být vázaná na počet lékařem předepsaných receptů. Kodexy však občas fungují jen na papíře.

Je libo lóži na olympiádě?

Tak třeba jeden z výrobců generických léčiv pozval loni lékaře na olympiádu do Turína a zaplatil jim lóže, pobyt i cestu. Taková praxe je ovšem v rozporu s etickými pravidly, k nimž se firmy zavázaly.

Lumír Kroček však soudí, že kde není žalobce, není soudce.

„Pokud by to udělali v souvislosti s propagací léku, je to nezákonné. Ale naše asociace není iniciativní. K tomu by musela existovat stížnost, aby se tím etická komise zabývala,“ říká.

Máslo na hlavě ovšem mají i výrobci originálních léčiv. Právě jedna z těchto firem poslala loni lékaře pro změnu na rekreaci do Thajska.

Přítom Mezinárodní asociace farmaceutických firem, která většinu originálních výrobců sdružuje, má také etický kodex. „Je přesně vymezeno, co smí firma lékařovi zaplatit. A jde jen o cesty a pobyt na odborném kongresu. Dovolené jsou nepřipustné stejně jako výlety nebo různé golfové turnaje během kongresu,“ tvrdí výkonná ředitelka asociace Jana Mikotová. Ve skutečnosti to ovšem tak dokonale nefunguje. „Řešíme několik stížností k etické komisi ročně a firmy dostaly pokuty,“ řekla.

Mezi čtyřma očima to přiznají i sami výrobci: Konkurence je velká a ne vždycky dodržíme etické normy. „Ale situace je lepší než před deseti patnácti lety. Co bylo možné tehdy, je dnes kriminální,“ říká člen vedení jedné farmaceutic-

ké firmy.

Do přísné praxe, jaká je běžná v zahraničí, však má Česko ještě daleko. V Bavorsku totiž před čtyřmi lety skončila před soudem stovka lékařů, kteří brali od farmaceutické firmy Smith-Kline Beecham peníze. A to mimo jiné za podobné dotazníky a „studie“ jako lékaři v Česku.

Deset způsobů, jak firmy ovlivňují lékaře

1. Intervenční studie

Často jde spíš o pseudostudie. Lékaři vyplňují jednoduchý dotazník, jak pacient snáší daný lék, a za to dostanou od firmy zaplacenou.

2. Procenta z předepsaných léků

Firmy nabídnou lékařovi podíl na lécích, které předepíše nebo které pro zdravotnické zařízení nakoupí.

3. Kongresová turistika

Výrobci běžně sponzorují lékařské kongresy. Potíž je, že vzdělávání lékařů je leckdy jen záminkou, aby firma lékaře odměnila pobytem v atraktivní zemi se zajímavým (a zaplaceným) zábavným programem.

4. Vybavení ordinace

Firma odmění lékaře coby sponzorským darem počítačem, polohovacím křeslem či dalším nákladným vybavením ordinace.

5. Rekreační pobyty

Odměnou pro nejlepší - rozuměj vůči firmě nejloajálnější - lékaře je dovolená v exotické zemi.

6. Odměny za nové pacienty

Za každého nového pacienta, kterému lékař předepíše daný lék, dostane odměnu v řádu stokorun.

7. Zábavné turnaje

Firma pro lékaře uspořádá třeba golfový turnaj s bohatými cenami pro vítěze.

8. Drahé věci jako dar

Lékař od výrobce léků dostane na darovací smlouvu třeba mobilní telefon nebo moderní notebook.

9. Placené přednášky

Firma seve lékaře na tiskovou konferenci nebo na výlet spojený s přednáškami a přednášející lékaře bohatě odmění.

10. Poskytování vzorků léků

Lékaři dostanou zdarma vzorky, aby si zvykli léky používat.

„Je přesně vymezeno, co smí firma lékařovi zaplatit. A jde jen o cesty a pobyt na kongresu. Dovolené jsou nepřipustné,“ řekla Jana Mikotová

Polsko chystá zákaz reklamy na léky

Polská vláda chce od druhého čtvrtletí příštího roku zakázat veškerou reklamu na léky. Na výhodných nabídkách na tablety a prášky podle poslanců vládní strany Právo a spravedlnost vydělávají pouze farmaceutické firmy a lékaři jsou při psaní receptů svazování spojením s konkrétními produkty. Se zákazem souhlasí i lékárníci.

V Polsku podobně jako v jiných zemích Evropy se reklama zatím omezuje na přípravky, které nehradí pojišťovny a lidé je platí z vlastní kapsy.

Kromě zákazu reklamy farmaceutické firmy nebudou mít možnost předávat lékárnám a lékařům dárky dražší než 100 zlotých (zhruba 730 korun). Zakázány budou veškeré akce namířené ke zvýšení prodeje léků. Lékaři budou moci přijmout od producentů maximálně pět balení léků k vyzkoušení za rok. Za překročení zákazu budou hrozit vysoké pokuty.

„Chceme chránit peněženku pacientů před nerozváznými vydáními. Vydělají na tom i lékaři, protože budou předepisovat lék, aniž by byli svázáni sympatiemi k farmaceutické firmě,“ uvedl Boleslaw Piecha, náměstek ministra zdravotnictví. Lékárníci přiznávají, že za doporučení některých léků pacientům dostávají od producentů dárky. „Prodej léků se stal neetickou válkou o pacienta, kterému se nutí všechno, co se dá. Výsledkem je, že Polsko stojí na čele žebříč-



ku v prodeji léků na obyvatele," uvedl Andrzej Wrobel, šéf státního farmaceutického ústavu. Dodal, že se zapomíná na to, že lék by měl pacient užívat pouze tehdy, pokud je pro něj nezbytný.

V Česku producenti léků chtějí reklamu na všechny léky, aby se prý pacienti mohli s lékařem radit o své léčbě. Argumentují jejich právem na informace. Lékaři však nepovažují reklamu za věrohodný zdroj

■ **Plán získat lékaře z Balkánu vážne**

Záměr ministra zdravotnictví Tomáše Julínka nalézt nové lékaře, kteří po nástupu nového zákoníku práce chybí v českých nemocnicích a záchranných službách, náborem v nových státech Evropské unie, Bulharsku a Rumunsku, má zřejmě jen malou šanci na úspěch.

Podle zjištění LN neprojeví zatím rumunští ani bulharští lékaři žádný zájem se do Česka za prací přestěhovat. Důvodem je požadavek české strany, aby všichni zahraniční lékaři byli schopni s pacienty komunikovat v češtině, a možnost jít za výnosnějším zaměstnáním do ekonomicky silnějších států EU.

„Podle našich informací neprojevují rumunští lékaři zájem pracovat v České republice. A to proto, že i v Rumunsku existuje určitý deficit pracovní síly, a proto, že existují velmi dobré nabídky ze zemí jako Velká Británie či Německo," uvedl II. tajemník rumunského velvyslanectví v Praze Gabriel Mares.

Ani česká ambasáda v Bukurešti zatím potenciální adepty náborem nezaregistrovala. „Rozhodnutí české vlády otevřít pracovní trh bylo pozitivně zmíněno v několika denících. Pokud jde o lékaře a zdravotníky, o žádném zájmu zatím nevíme," podotkla zástupkyně velvyslance Magdaléna Kramperová. Rumunům jsou kvůli jazykové příbuznosti bližší Španělsko, Itálie a Francie.

Podobná situace je i v Bulharsku. „Zájem lékařů a zdravotních sester o práci v Česku je dlouhodobě značný, je však limitován jazykovou bariérou. Ne všichni lékaři jsou ochotni pracovat jako sestry do získání potřebné atestace a zvládnutí češtiny," uvedl vedoucí konzulárního úseku velvyslanectví v Sofii Filip Pšenička. I Bulhaři preferují západní Evropu či USA.

Na splnění jazykové podmínky trvá Česká lékařská komora. Hned v prosinci, kdy se Julínek o svém plánu zmínil, napsal její prezident Milan Kubek dopis, ve kterém ministra na zákonnou povinnost úřadu důsledně ověřovat jazykové znalosti lékařů-cizinců upozorňuje. „Nebylo by asi dobré, kdyby čeští pacienti museli v nemocnicích fasovat slovníky," podotkl Kubek.

Pokud splní jazykové podmínky a doloží odbornost a profesní bezúhonnost, nebude podle Kubka komora cizincům ve výkonu profese bránit a přijme je za své členy.

Julínkův projekt je zatím ve stádiu příprav. „Jedná se o realizaci informační kampaně směrem k potenciálním uchazečům z jiných členských zemí EU. Případně o zprostředkování kontaktů zájemců s poptávajícími nemocnicemi. Konkrétní forma náborem je předmětem úvah," uvedl mluvčí Tomáš Cikrt.

Podle odhadů ministerstva po nástupu nového zákoníku chybí českým nemocnicím asi 1200 lékařů. První organizované posily ze zahraničí slíbil Julínek koncem pololetí.

■ **Rakovina získaná od sourozenců**

Téměř čtyřikrát vyššímu riziku vzniku nádoru mozku čelí teenageři vyrůstající se třemi či čtyřmi mladšími sourozenci. Mechanismus „nákazy" není znám, vědci podezírají infekci.

Příčiny rakoviny mozku jsou pro vědce stále záhadou. Za rizikové faktory odborníci považují například vystavení vysokým dávkám radiace či nákazu virem HIV, svoji roli hraje samozřejmě i dědičnost. Průzkum po desítky let vedených záznamů ale ukázal, že překvapivě velký vliv má i počet sourozenců. Především těch mladších.

Skandinávská záchrana

Nádory mozku se naštěstí objevují poměrně zřídka. To na druhou stranu velmi komplikuje systematické studium choroby. Při nízkém počtu zmapovaných případů vede hledání případných statistických závislostí k neprůkazným výsledkům. Naštěstí ve Švédsku existuje unikátní zdroj informací. Tamní archiv

shromažďuje údaje o nádorových onemocněních u všech osob narozených po roce 1931. V databázi jsou zaneseni rodiče každého nemocného i v případech, že jejich datum narození spadá před rok 1931.

Během téměř osmi desetiletí se podle databáze nádor mozku objevil u 13 600 občanů Švédského království. Díky systematickosti Švédů mohl Andrea Altieri působící v Centru pro výzkum rakoviny v Heidelbergu spolu s kolegy najít důkazy, které podporují hypotézu, podle níž některé typy mozkových nádorů vznikají jako důsledek infekce. Doktor Altieri vyšel z toho, že děti z velkých rodin mohou být rakovinou více ohroženy, neboť pravděpodobnost setkání s hypotetickým „spouštěčem" virem je u nich vyšší. Statistická analýza předpoklad potvrdila. Děti, které vyrůstaly se čtyřmi nebo více sourozenci, onemocněly rakovinou dvakrát častěji než jedináčci. V případě méně početných rodin se vazba mezi počtem sourozenců a výskytem choroby nenašla.

Ještě dramatictější výsledky přinesl rozbor případů, kdy k onemocnění došlo již v dětství či během puberty. Ukázalo se, že u dospívajících se třemi nebo více mladšími sourozenci je výskyt nádoru zvaného meningiom 3,7krát častější než u vrstevníků, kteří žádného bratra nebo sestru nemají. Starší sourozenci přitom riziko nezvyšují.

O těchto faktech informoval Andrea Altieri v posledním loňském čísle odborného časopisu *Neurology*. Publikované údaje potvrzují existenci závislosti mezi „kondicí" imunitního systému a rakovinou mozku. Je například známo, že u lidí sužovaných alergiemi či astmatem se mozkové nádory vyskytují méně.

Mechanismus, který „nakažlivost" rakoviny způsobuje, není zatím znám. Výzkum naznačuje, že infekce, které mladší děti předávají starším, pravděpodobně v kritickém věku zvyšují náchylnost k výskytu některých typů nádorů. V opačném směru, při naze mladších od starších, závislost neplatí. Sám Altieri však zdůrazňuje, že odhalené indicie rozhodně nestačí k tomu, aby odvodnily pokusy omezit rakovinu pomocí velmi častého mytí rukou nebo používáním hygienických pomůcek.

■ **Genetický vypínač bolesti**

Případ pákistánského chlapce, jenž necítil bolest, přivedl vědce k objevu, který by měl vyústit ve tvorbu lepších analgetik.

Nejmenovaný Pákistánec nikdy během svého krátkého života neucítil bolest. Na severu země se stal místní atrakcí. Udivoval davy tím, že si nožem probodával tělo a chodil po žhavém uhlí. V den svých 14. narozenin se zabil při úmyslném skoku ze střechy.

Britští a pákistánští vědci kromě tohoto pouličního performerera zkoumali i jeho šest dalších příbuzných ve věku 4 až 14 let. Výzkum potvrdil, že všichni jedinci mají vzácnou a dědičnou genovou mutaci, díky níž skutečně nikdy a na žádné části těla necítil bolest, píše vědecký tým ve včerejším vydání časopisu *Nature*.

Mutace je na genu označovaném jako SCN9A, který se aktivuje především v nervových buňkách. Konkrétně kóduje funkci tzv. „sodíkového kanálu". To je jeden z mechanismů, kterým buňky přijímají elektrický signál. Mutace znemožní výměnu informací mezi neurony a mozek se o bolesti na periférii těla nikdy nedozví. Výzkumníci se domnívají, že na základě účinných látek, které by blokovaly fungování tohoto kanálu, bude možné vyvinout „nové a potenciálně bezpečnější léky proti bolesti", které by mohly odstranit některé nedostatky současných analgetik, například časté a nepříjemné vedlejší účinky. Analgetikum založené na poznání práce genu SCN9A prý už vyvíjí farmaceutická společnost Pfizer. Lék je zatím ve fázi laboratorních zkoušek.

Předstírej bolest, ať jsi normální

Členové zmíněných pákistánských rodin se svým vzhledem neodlišují od běžné populace. Mají ale například zranění na rtech nebo jazyku, protože se pokousali. Dva z nich se dokonce opařili. Výzkum odpověděl na otázku, zda tyto lidé skutečně necítí bolest nebo jsou k ní zcela lhostejní. Některé děti s mutací genu SCN9A se naučily dokonce bolest ve společenských podmínkách napodobovat. Naučily se poznávat, kdy ji jiní lidé cítí, a třeba při sportu bolest napodobovaly.

Podle spoluautora studie Johna Wooda z londýnské University College je ob-



jev možná stejně významný jako identifikace receptorů morfinu a opiátů v mozku před dvěma desítkami let. Zjištění tehdy zlepšilo pochopení toho, jak léky fungují, a vedlo k objevu chemických látek, které umožňují vnímání bolesti.

I jiná nedávná práce ukazuje na gen SCN9A jako „hlavní spoušť“ bolesti. Britští neurologové v časopise Neuron zveřejnili studii genetické poruchy, při které naopak zvýšená produkce bílkovin zapsaných do tohoto genu vede k silnějšímu vnímání bolesti.

Vědci z USA: Pozor na heparin!

Specialisté na kontrolu léčiv v USA varují před používáním látky Heparin. Může způsobit smrtelné komplikace.

Zrovna tak jako v případě vraždy v Havlíčkově Brodě.

Odborníci z amerického Úřadu pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) varují před používáním látky na ředění krve Heparin. Právě tato látka vyvolala v uplynulých dnech rozruch v České republice v souvislosti s kauzou „nemocničního“ vraha Petra Zelenky. Toho policie obvinila z osmi vražd a dalších devíti pokusů o vraždu. Vyšetřovatelé ho podezřívají, že pacienty havlíčkobrodské nemocnice, kteří leželi na anesteziologickoresuscitačním oddělení (ARO), zabíjel právě heparinem.

Podle zveřejněného varování úřadu FDA, které vyšlo v prestižním věstníku Journal of Forensic Sciences, může lék heparin způsobit mimo jiné trombózu u pacientů několik dní poté, co byl podán.

FDA podle agentury Reuters přezkoumal varovnou část příbalového letáku heparinu kvůli možnému opožděnému vzniku dlouhodobého úbytku krevních destiček a trombózy (ucpání tepny nebo žíly krevní sraženinou).

Úřad označil případné zdravotní problémy související s podáváním heparinu za „vážnou reakci vyplývající z nevrátelného nahromadění krevních destiček“. Podle americké studie musí nemocnice přenastavit systém vnitřních kontrol, aby byly schopny odhalit případné vrahy v řadách svých zaměstnanců.

Podobná opatření chystá v souvislosti se Zelenkovým případem také Česká republika.

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) včera jmenoval dvě znalecké komise, které prozkoumají případ vražd v nemocnici v Havlíčkově Brodě. První průběžné výsledky se chystá zveřejnit nejspíš koncem ledna. První komise se zaměří na chorobopisy obětí. Druhá prověří působení stíhaného Petra Zelenky v jihlavské nemocnici, kde po odchodu z havlíčkobrodské nemocnice pracoval.

Také nemocnice v Havlíčkově Brodě by chtěla prověřit činnost Petra Zelenky, jenž čelí obvinění z vražd a poškozování pacientů, za celou dobu jeho působení v zařízení. Lékaři ale zatím na hlubší prověrku nemají čas. ČTK to včera řekl ředitel Vít Kaňkovský.

V posledních dnech se množí názory, že policie vůči Zelenkovi nemá, kromě příznání, žádné důkazy. Jeho obhájce Jan Herout přišel s tvrzením, že Zelenka je duševně nemocný a k vraždění ho dohnalo „neodolatelné nutkání, které se v něm ozvalo, když viděl heparin.“

Aspartam zubům neškodí

Perlivé limonády a džusy bychom měli pít, a ne upíjet. V ústech by se totiž neměly zdržet příliš dlouho, radí profesor 1. LF UK MUDr.

Zdeněk Broukal z Výzkumného ústavu stomatologického.

O cukrech jako takových se ví, že na lidský chrup působí negativně. Jsou stejně špatná i umělá sladidla?

Cukry štěpí mikroorganismy, které žijí v ústech. Po tomto štěpení ale zbudou organické kyseliny, které rozleptávají sklovinu. Chová se tak nejen sacharóza, ale i další přirozená sladidla a škroby. Chemicky vyráběná sladidla proti tomu mikroorganismy štěpit neumějí, a proto zubům neškodí. Jejich problém je ale v tom, že s výjimkou aspartamu - chemické bílkoviny, nejsou vhodné pro děti. Skupina náhradních sladidel je chemicky příbuzná se sacharidy. Některé z umělých sladidel, například xylitol, ale mikroorganismy neštěpí vůbec, ty ostatní jen málo. Náhradní sladidla proto zubům téměř vůbec neškodí.

Jak se z odborného hlediska díváte na vliv tolik propagovaných žvýkaček a bonbonů bez cukru na zdraví ústní dutiny?

Žvýkání žvýkaček zvyšuje reflexně tvorbu slin, které pak odplavují cukry, jež zbyly v ústech po požití sladkého. Neutralizují a ředí tak kyseliny, které v ústech vznikly. Každá žvýkačka je lepší než nic a žvýkačka bez přirozeného cukru je lepší než žvýkačka s cukrem. Podobně je tomu s cucacími bonbony „bez cukru“, i ty zvyšují tvorbu slin.

Stejně jako sladkosti mají na kazivost zubů vliv i limonády nebo džusy s cukrem. Do jaké míry je ale vlastně vhodné vyčistit si ihned po konzumaci takového nápoje zuby?

V kombinaci pití sladkého nápoje a čištění zubů máme teoreticky dvě možnosti: nejdřív si vyčistit zuby a pak se napít, nebo naopak. První možnost je ale účinnější. U limonád nebo džusů ale narazíme ještě na jiný problém. Limonády syčené oxidem uhličitým jsou vlastně slabé roztoky kyseliny uhličitě a džusy zase obsahují různé ovocné kyseliny, zejména kyselinu citronovou. Při jejich pití se snižuje pH v ústech. Perlivé limonády a džusy bychom proto měli zásadně pít a ne upíjet. Platí pravidlo: víno (a destiláty) upijeme, perlivé limonády, džusy a pivo pijeme. Jinými slovy. jde o to, aby perlivý nebo jinak kyselý nápoj nebyl v ústech příliš často a příliš dlouho.

VZP sníží dluh na polovinu

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) letos sníží dluh, který měla, na polovinu. Právo to řekl generální ředitel pojišťovny Pavel Horák.

„Loni na konci roku jsme měli dluh 10,6 miliardy korun. Letos podle předběžných výsledků bude pět miliard. Pro příští rok bychom rádi dluh opět snížili, a to o dvě miliardy,“ sdělil.

Dodal, že dříve pojišťovna platila lékařům za odvedenou zdravotní péči o pacienty s 35denním zpožděním po lhůtě splatnosti. „Nyní je to v průměru osm dní,“ uvedl. Pojišťovna letos snížila, a to o půl miliardy, své provozní náklady a dala je do úhrad zdravotní péče.

Horák by rád v příštím roce rozšířil preventivní programy o pojištěnce. Jestliže má nyní pojišťovna ve fondu prevence 400 milionů, pak by ráda, aby to bylo víc. Prevenci chce rozdělit tak, aby jedna třetina peněz šla na očkování, která nejsou hrazena ze zdravotního pojištění, další třetina by byla věnována na podporu zdravého životního stylu a poslední třetina na hrazení nových diagnostických metod, které dosud pojišťovna ze základního fondu nehradí.

VZP vydala letos i v minulosti tolik kritizovaný časopis pro pojištěnce. Ten stál dříve ročně 100 milionů korun a vyšla tři čísla. Letos vyšlo pouze jedno číslo a podle toho, zda se bude líbit či ne, správná rada rozhodne, zda bude ve vydávání časopisu pokračovat, nebo ho zruší.

Kde se v jídle vzala bakterie listeriózy

Porodník Unzeitig: Když se nezastaví šíření listeriózy, zavedeme zřejmě povinné testy těhotných žen

Porodníci pozornější. Zatímco někteří lékaři zvýšený výskyt listeriózy bagatelizují, protože jiné bakteriální nákazy postihují mnohem více lidí, gynekologové mají strach. Obávají se, aby se nevrátili do doby před dvaceti třiceti lety, kdy bojovali s listeriózou těhotných žen.

„Tehdy ženy kvůli tomuto onemocnění častěji potracely nebo rodily mrtvé či postižené děti. Čím časnější je stadium těhotenství, ve kterém se žena nakazí, tím horší jsou následky pro plod,“ upozorňuje uznávaný český porodník Vít Unzeitig. Podotkl, že sám se s listeriózou u rodičky už dlouho nesetkal, protože i díky dřívějšímu testování těhotných žen se podařilo výskyt nemoci snížit na minimum.

„To, že se listerióza znovu šíří mezi těhotnými, je varující.“

Pokud by se odborníkům nepodařilo najít zdroje nákazy a zamezit jejímu dalšímu šíření, museli bychom alespoň v některých regionech zvážít zavedení povinného testování těhotných žen,“ říká Unzeitig.

Hledání jehly v kupce sena

Hygienici se společně s veterináři a zemědělskými a potravinářskými inspektory dnes snaží zjistit, odkud se šíří nákaza. Netají přitom, že je to hledání jeh-



ly v kupce sena. Pátrání může, ale také nemusí přinést jednoznačnou odpověď.

„Máme náskok před zbytkem republiky. Společné kontroly výrobců a prodejců lahůdek i uzenin jsme zahájili už v pátek,“ říká vedoucí krajského odboru hygieny výživy v Ostravě Pavla Svrčinová.

V Moravskoslezském kraji kontrolují hygienici ostravskou firmu Nové lahůdky Sixta, odkud pocházely dva druhy závadných salátů. Zaměřili se i na další výrobce lahůdek, kteří mají kromě výroby i vlastní bufet.

Pracovníci Státní zemědělské a potravinářské inspekce sledují i další lahůdkářské výrobky včetně mražené zeleniny a mražených zmrzlinových krémů. Státní veterinární správa kontroluje masné výrobky, především salámy používané do salátů, ale i jelita, jitrnice, vinné klobásy, sýry a sýrové speciality.

„Odebíráme vzorky, ale výsledky nebudou hned. Jejich kultivace trvá nejméně čtyři až pět dní,“ řekla Svrčinová.

Potraviny byly asi infikovány při výrobě

Ostravská firma, která musela 13. prosince na pokyn hygieniků zastavit výrobu hermelínového a pochoutkového salátu, začne dnes s jejich výrobou znovu. „Testy ukázaly, že zkušební výroba je zcela v pořádku,“ uvedl majitel podniku Jiří Sixta.

„Nikdy jsme takový problém neměli a velmi stojíme o to, aby se podařilo odhalit zdroj nákazy. Zatím se listerie objevily v jednom z testovaných vzorků salámu, který nám dodala brněnská firma Noss. Ale nemůžeme vyloučit, že se do něj bakterie nedostaly až u nás, a to například z loštických tvarůžků,“ říká podnikatel.

Podle Sixty se mohlo například stát, že drobné zbytky tvarůžků s pomnoženými listeriami zůstaly i po vyčištění ve stroji, kterým se seká sýr i salám. Nebo nákazu přenesl z jedné suroviny na druhou některý ze zaměstnanců. „Při teplotě kolem 18 stupňů Celsia se listerie množí každých 20 minut dvojnásobně,“ říká Sixta. Navrhuje, aby aféra s výskytem nebezpečné bakterie *Listeria monocytogenes* vedla ke změně v systému oznamování nákazy.

Ačkoliv je na výsledek rozsáhlého odběru vzorků po celém Česku brzy, náměstek zemědělské a potravinářské inspekce Martin Klanica se domnívá, že potraviny byly infikovány už při výrobě.

Lidé se nejčastěji ptají, co mají dělat, když například před dvěma měsíci snědli hermelínový salát a inkubační doba listeriózy je až 70 dní. Odborníci doporučují v případě zdravotních potíží navštívit lékaře a nechat si udělat příslušná vyšetření a testy.

1. Kdo je listerií nejvíce ohrožen?

Největší nebezpečí hrozí těhotným ženám. Je u nich až dvacetkrát vyšší pravděpodobnost, že listeriózou onemocní. Navíc těžké poškození hrozí nenarozenému dítěti. Dalšími ohroženými jsou lidé s oslabenou imunitou. U pacientů s onemocněním AIDS je až třisetkrát větší pravděpodobnost, že listeriózou onemocní. Pozor by si měli dát i staří lidé nebo pacienti s rakovinou, cukrovkou či onemocněním ledvin.

2. Jak se bakterie dostávají do jídla?

Bakterie žije v odpadních vodách, v půdě a ve výkalech zvířat. *Listeria* se dostane do jídla například ze zeleniny hnojené výkaly. I zdravá zvířata mohou být přenašečem, a tak se člověk může nakazit z jejich masa při nedostatečné tepelné úpravě jídla. Do sýrů se *Listeria* dostává zřejmě špatným postupem při jejich výrobě z mléka.

3. Jak se může člověk nakazit?

Stačí, když sníte potraviny, kde *Listeria* je.

4. Jak zjistím, že mám listeriózu?

Nemoc se projevuje horečkou, bolestmi svalů, někdy průjemem a nechutí k jídlu. Pokud se infekce rozšíří i do nervového systému, objeví se bolest hla-

vy, křeče a zmatenost. Těhotné ženy mají často jen slabé příznaky, ale mohou o své dítě přijít nebo se může narodit postižené.

5. Existuje nějaká prevence proti této nemoci?

Lékaři doporučují v případě podezření preventivní vyšetření jako proti salmonelóze. Dále pak nejíst potraviny z nepasterizovaného mléka, důkladně mýt zeleninu, dodržovat hygienu a syrové maso skladovat odděleně od uvařeného.

6. Lze listeriózu léčit?

Nemoc se léčí antibiotiky. Pokud se nemoc včas podchytí, mohou lékaři zabránit nákaze plodu.

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 zástup na leden a únor

Hledám zástup na leden a únor 2007 do ordinace v blízkém okolí Zlína, tel.: 602 556 313, e-mail: v.jasensky@atlas.cz Ev.č.: 69-11-06

Hledám pediatra s licenci

Hledám pediatra s licenci do soukromé ordinace ve Vyškově. Tel.: 603 945 145 Ev.č.: 70-12-06

Hledáme pediatra pro soukromou praxi

Pro soukromou pediatriickou praxi v Roztokách u Prahy (okr. Praha- západ) hledáme lékaře/lékařku pediatra. 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 ihned nebo dle dohody. Tel.: 608 284 740 Ev.č.: 71-12-06

Hledám urychleně asistenta/ku

Hledám urychleně asistentku či asistenta do dobře prosperující ordinace praktické lékařky pro děti a dorost v Praze 9, s výhledem na převod praxe. Prosím o CV i Vaše předpoklady, ev. podmínky sdělte na e-mailovou adresu: batalyon@seznam.cz. Ev.č.: 72-01-07

Prestížní poliklinika hledá pediatra

Prestížní soukromá Poliklinika Na Národní v rámci expanze hledá vysoce kvalifikovaného pediatra se zájmem rozšíření vlastní praxe. Po přečtení informací na www.poliklinika.narodni.cz, prosím zasílejte životopisy a případné dotazy na poliklinika@narodni.cz, tel.: 222 075 120. Ev.č.: 73-01-07

Hledám pediatra k pravidelnému zástupu

Hledám pediatra s licenci k pravidelnému zástupu 2x týdně 2-3 hod do malé ordinace v Praze 15. Tel:731 781 134 ,e-mail: martikaktus@seznam.cz Ev.č.: 74-01-07

TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ●

Z celkového počtu 19 správných odpovědí byli vylosováni tito řešitelé:

MUDr. Lenka Veselá-Česáková, Lom; MUDr. Pavla Šanderová, Záluží; MUDr. Jitka Michalíková, Tanvald

Vylosovaným řešitelům blahopřejeme a všichni vylosovaní obdrží knihu.

TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ●

Zentiva - Paralen

Astellas - SkinSense