

leden 2002 ■ číslo 1 ■ ročník 2

# VOX PEDIATRIAE

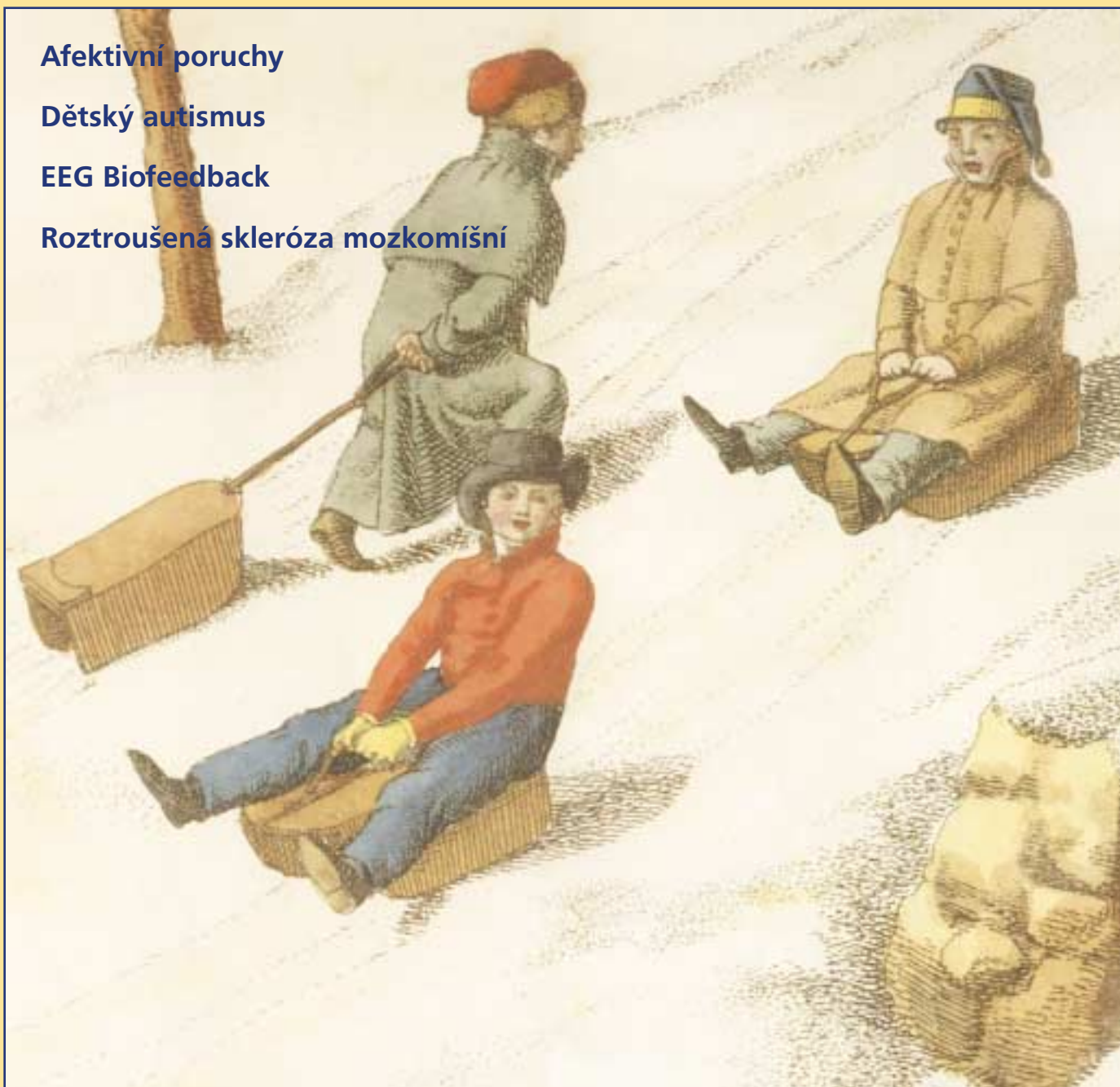
časopis praktických dětských lékařů

Afektivní poruchy

Dětský autismus

EEG Biofeedback

Roztroušená skleróza mozkomíšní



tiráž...

## VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství  
**MEDIX**

Adresa vydavatelství:  
V Pláni 23, 142 00 Praha 4  
tel.: 02/617 111 33, tel./fax: 02/4172 1069  
e-mail: vox@imedix.cz

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

**Vedoucí redakční rady:**  
MUDr. Milan Kudyn

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

**Odpovědný redaktor:**  
Mgr. Zdeněk Brtnický

**Jazykové korektury:**  
PhDr. Jana Kratochvílová

**Adresa redakce:**  
Klimentská 11, 115 60 Praha 1  
tel./fax: 02/24 80 25 49  
e-mail: centrum@detskylekar.cz

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.

**Inzerce:**

Veronika Drahovzalová  
Klimentská 11, 115 60 Praha 1, tel./fax: 02/24 80 25 49  
mobil: 0602 873 761, e-mail: centrum@detskylekar.cz

obsah...



Aventis Pasteur se představuje...	5
Přehled činnosti SPLDD ČR za prosinec 2001	6
Vyhodnocení bonifikací za 1. pololetí 2001	6
Nadstandardy	8
Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého	11
Omluvenky - dopis MŠMT ČR předsedovi SPLDD ČR	12



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 5. 12. 2001	13
MUDr. J. Liška, CSc. a kol. Třileté zkušenosti s využitím Nootropilu při kombinované léčbě dětských enuréz	13
MUDr. M. Balcarová Afektivní poruchy v dětství a adolescenci	14
MUDr. F. Čihák Dětský autismus	16
Zákon o cestovních náhradách	příloha

MUDr. E. Havrdová, CSc. Roztroušená skleróza mozkomíšní	19
PhDr. M. Kovářová, MUDr. L. Válek Tři roky provozu I. EEG - biofeedback centra	22

MUDr. J. Seifertová Festival kazuistik	25
---	----

R. Bertolini, B. Mente Změny klimatu a jejich dopad na zdraví	26
--	----



Aktuality	27
Řádková inzerce lékařů	30



Vážené kolegyně, kolegové,  
dovoluji si Vám všem popřát v Novém roce 2002 hodně osobních i profesních úspěchů, splnění všech Vašich přání a všem zdravotníkům také hodně zdraví.

Ti, kteří sledují zápisy z výborů naší odborné společnosti vědí, že velkým tématem těchto dní je pokračující obhajoba zavedení nového základního oboru praktický lékař pro děti a dorost. I přes počáteční až překvapivé názorové souznění s pediatry při různých jednáních, se dnes ukazuje, že je stále potřeba diskutovat proč je tato myšlenka správná.

SPLDD a OSPDL považuje zřízení tohoto oboru za velmi závažný krok, který by měl udržet dosa-  
vanou vysokou kvalitu zdravotní péče o dítě a dorost v ČR. Našemu rozhodnutí předcházela dlou-  
hotrvající diskuse, při které jsme zvažovali všechna pro a proti.

Ukazuje se, že v současné době bude podmínkou úspěšné práce v oboru podstatně širší spektrum  
praktických znalostí ve styčných oborech (dětská chirurgie, ORL, oční, kožní, neurologie, psycholo-  
gie, sociální pediatrie, dorostové, komplement apod.). Náplň a systém práce praktického dětského  
lékaře dává obraz multidisciplinárního oboru, který v sobě skrývá nejen činnost ryze pediatrickou,  
ale i činnost v dalších styčných oborech.

Nový obor by neměl postavit překážku mezi praktické a klinické pediatriy. Naopak úzká spoluprá-  
ce obou oborů je jediným předpokladem úspěchu v péči o dítě a dorost.

Doba se výrazně změnila, a proto se neohlížeje zpátky. Pokud se pozorně, ale nikoliv nekriticky,  
podíváme za naše hranice, sledujeme diskusi nad nutností zlepšit úroveň péče o dítě tam, kde se na-  
ší cestou nevydali a kde se jen obtížně daří cokoliv měnit. Právem nám závidí vysokou proočkova-  
nost, propracovaný systém prevence u dětí, ale i erudovanost našich registrujících lékařů, kteří se za-  
bývají pouze problematikou dětí a dorostu. Relativně úzké věkové období je nahrazeno větším důra-  
zem na prevenci s dopadem na celé období života.

Dětský lékař v primární péči je v ČR lékařem tradičním a tato organizace péče o dítě byla a je vy-  
soce hodnocena kolegy z vyspělých zemí Evropy. Snaha o vytvoření pouze oboru rodinného lékařství  
jako snad jediného oboru primární péče, by byla z pohledu komplexní léčebně preventivní péče o dí-  
tě chybou a výrazným krokem zpět.

Při současném prudkém rozvoji vědy, který přináší řadu nových poznatků, nelze předpokládat, že by  
jeden lékař kvalitně zvládl zdravotní problematiku člověka od narození do úmrtí. Z tohoto důvodu  
považujeme vznik oboru PLDD jako paralelu všeobecného lékaře (PL) za velmi racionální. První na-  
startování tohoto procesu znamenalo zavedení nového systému úhrady-kombinované kapitačně vý-  
konové platby. Stvrdilo možnost registrace ve dvou odbornostech. Systém malých praxí propracoval  
model péče o dítě i v odlehlých lokalitách naší republiky, umožnil existenci praxe PLDD i v místech  
s malou klientelou, ale s nutností zajištění dosažitelné péče PLDD. Ustavení nového oboru přispěje  
k zajištění předávání praxí současných PLDD (senior - junior) a bude tak zachována kontinuita do-  
stupnosti kvalitního poskytování primární péče dětem a dorostu příslušné oblasti ČR.

Naše odborná společnost si při svém vzniku vytýčila za svůj cíl propracovaný systém vzdělávání prak-  
tických dětských lékařů a tyto myšlenky bude dále naplňovat. Čeká nás ještě mnoho diskusí a hod-  
ně práce. Ta bude radostná jsme-li přesvědčeni o správnosti myšlenky a budeme-li cítit podporu Vás,  
našich kolegů.

S pozdravem

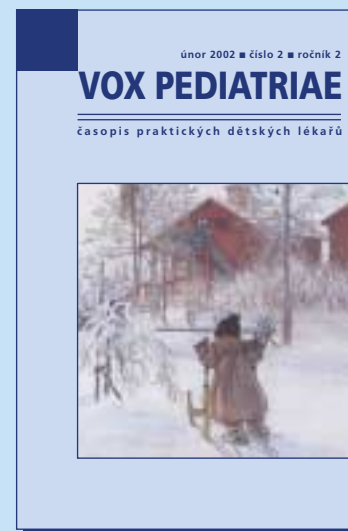
MUDr. Hana Cabrnová  
předsedkyně OSPDL ČR

Prevence a léčba kardiovaskulárních  
onemocnění

Hypertenze u dětí a dospívajících

Propedeutika systolického šelestu

Poruchy rytmu u dětí



## seznam inzerujících firem

**AVENTIS PASTEUR**  
**GlaxoSmithKline**  
**HEINZ**  
**LÉČIVA**  
**ORION DIAGNOSTICA**

## Nové úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

**Úterý 10,00 - 17,00**

**Středa 10,00 - 17,00**

**Čtvrtek 10,00 - 17,00**

Členy Výboru zpravidla  
zastihnete v těchto hodinách:

**Úterý**

14,00 - 16,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

**Středa**

10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnová

13,00 - 17,00 - MUDr. Milan Kudyn

15,00 - 17,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



*se představuje...*

Vážené kolegyně,  
vážení kolegové,

společnost **Aventis Pasteur** je světovým výrobcem vakcín s nejširší nabídkou produktů. Věnujeme se výhradně výzkumu, výrobě a světové distribuci vakcín. Počátky této společnosti, u jejíhož zrodu stály osobnosti pana Louise Pasteura a Marcela Mérieux, sahají až do 19. století. Dnes je její hlavní sídlo v Lyonu ve Francii a je jednou z farmaceutických divizí společnosti Aventis SA. Přibližně každou vteřinu se ve světě aplikuje jedna dávka očkovací látky vyvinuté v Aventis Pasteur.



(dětská obrna inaktivovaná), Meningococcal A+C (meningitida), Avaxim (hepatitida A), Vaxigrip (chřipka). Kombinovaná vakcína TeraActHib (Hib, DTP) byla v průběhu minulého roku vybrána pro pravidelné očkování dětí. Z vakcín pro dospělé jsou u nás nejvýznamnější očkovací látky proti žluté zimnici, japonské encefalitidě, břišnímu tyfu, vzteklině a sérum proti hadímu uštknutí.

Vakcíny jsou také nejefektivnější ekonomickou intervencí představující rozumný přístup ke snížení nákladů ve zdravotnictví spojených s infekčními nemocemi. Takovéto úspěchy v prevenci onemocnění úzce souvisí s vynaloženým úsilím a s imunizací populace za spolupráce lékařů, sester, vědců, činitelů veřejné politiky, veřejných zdravotnických organizací a rodičů. Aventis Pasteur zaujímá čelní místo v tomto úsilí. Spolupráce v tak významné oblasti zdravotnické péče musí být založena na partnerském vztahu, aby byla oboustranně prospěšná. Aventis Pasteur a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost se proto rozhodli uzavřít v tomto roce Smlouvu o vzájemné spolupráci.

Tým pracovníků Aventis Pasteur přeje všem kteří se podílejí na tomto nelehkém úsilí v roce 2002 mnoho úspěchů ve společné práci.

**MUDr. Jaroslav Prokopec, CSc.**  
**ředitel Aventis Pasteur o.s.**

V České republice vzniklo zastoupení v roce 1996, ale produkty samotné se u nás používají již od roku 1992. Z celé řady výrobků jsou v ČR nejnámějšími v pediatrii vakcíny ActHib (*Haemophilus influenzae*) kombinovaná, Imovax Polio

### Závodní lékaři?

#### Minulost, která se zase začíná vracet

I když firmám nikdy nebyla povinnost starat se za městnancům o preventivní zdravotní péči, jsou závodní lékaři v podnicích už devět let minulostí. Teď se to mění. Hygienici, kteří povinnosti vůči zdraví zaměstnanců kontrolují, dostali pevnější kompetence. Sankce od nich hrozí i firmám, které nezaměstnávají své lidi na rizikových pracovištích. Mezi prvními reagují například městské úřady. Například třebečská nebo jihlavská radnice už nasmlouvaly lékaře, kteří budou práci „závodních“ vykonávat. Takových případů je však mnohem víc. „V poslední době se to začalo hýbat,“ řekl Petr Svačinka z centra hygieny práce a pracovního lékařství při Krajské hygienické stanici v Jihlavě. „Zaměstnavatelé vědí, že je nyní můžeme více kontrolovat.“ V minulých letech řada zaměstnavatelů spoléhala na to, že nemají riziková pracoviště, která podléhala pravidelným kontrolám a přísnějšímu režimu. „Ale teď už se dostaly do hygienických předpisů i počítače, takže zaměstnavatelé mají o něco více povinností. Postupně to dávají do pořádku – musí na preventivní lékařskou péči angažovat někoho, kdo se orientuje v jejich pracovních podmínkách,“ řekl Svačinka. Od Nového roku tak začne zvat zaměstnance jihlavské radnice na preventivní prohlídky jeden z praktických lékařů, kterého radnice najala. V Třebíči by měly takové kontroly začít ještě dříve. Tajemník jihlavského magistrátu vybral ze dvou vytipovaných lékařů Jiřího Havrána, který má ordinaci na jihlavském náměstí nedaleko radnice. „Vybíral jsem někoho, komu by byla blízká závodní preventivní péče. Je třeba, aby podmínky práce na magistrátu dobře znal. Máme zde například velmi specifické pracoviště péče o městské podzemí,“ řekl tajemník Jiří Doležal. Vstupní vyšetření v hodnotě přibližně 250 korun si platí u lékaře sám uchazeč o zaměstnání, povinné preventivní prohlídky (opakují se ve stanovených několikaletých intervalech podle toho, jak je práce riziková) stojí od 250 do 400 korun a platí je zaměstnavatel. „Předpokládám, že během prvního roku vyšetřím přibližně 125 pracovníků z radnice,“ řekl lékař Jiří Havránek. Pro běžnou zdravotní péči zaměstnancům zůstávají jejich původní obvodní lékaři. Závodní lékaři byli zrušeni u firem v roce 1992 zároveň se zánikem Okresních ústavů národního zdraví. Podržely si je zpravidla jenom velké podniky s řadou rizikových pracovišť – například strojírenské firmy. „Preventivní zdravotní péči naopak naplnily spíše malé a střední firmy,“ řekl Petr Svačinka z centra hygieny práce. Zákon o zdraví lidí nicméně povinnost zajišťovat preventivní zdravotní péči dál stanovil pro všechny zaměstnavatele. Až loni získali hygienici pravomoc tuto povinnost kontrolovat. „Zatím postupujeme od zaměstnavatelů s množstvím rizikových pracovišť a postupně dojdeme i na neriziková pracoviště – například úřady,“ řekl Petr Svačinka.





# Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc prosinec 2001

MUDr. Pavel Neugebauer

**Měsíc ve znamení snahy o dořešení vykazování a úhrady očkovaní v našich ordinacích, zahájena jednání nad možnostmi zavádění drobné laboratorní diagnostiky u PL, trvají diskuse na téma LSPP, pokračují jednání nad možností převodu praxí, dochází ke sbližování stanoviska našeho Sdružení a MŠMT na téma omluvenky. Proběhlé jednání k uzavření partnerské smlouvy s firmou Aventis Pasteur na chybějící článek naší činnosti – očkovaní. Představení této firmy otiskujeme na jiném místě.**

**4.12.** – jednání pracovní skupiny Dohodovacího řízení k Seznamu výkonů, podařilo se prosadit změnu očkovacích kódů, v kalkulačním listě změna ve smyslu vyloučení klinického vyšetření, což umožní vykazování příslušného očkovacího kódu při každém provedeném očkovaní, důležité pro statistiku a evidenci v digitální formě, snad i dořešení souběhu očkovaní, komise rozhodla o žádosti o přednostní zařazení do nejbližší novely seznamu výkonů, na této skupině také předložen kalkulační list nového kódu CRP, první pokus o zařazení drobné laboratorní diagnostiky do spektra výkonů PL, zatím neschváleno, ale také neodmítnuto, ještě nutné změny

**10.12.** – na MZ ČR se uskutečnilo jednání na téma Zdravotně očkovací průkaz, zatím mnoho názorových nejasností, OSPDL záukolována přípravou makety nové podoby tohoto průkazu

**11.12.** – Výbor SPLDD – stanovisko k jednání o zdravotním a očkovacím průkazu – strategie pro jednání s firmami – projekt „zdraví pro 21. století“ – MZ ČR chystá projekt popisující primární péči v naší republice – informace o činnosti OSPDL – převody praxí – webové stránky

**11.12.** – ČLK svolala schůzku na téma LSPP a urgentní příjmy, ani toto jednání nevnese nové světlo do této problematiky, spíše deklarace mnohonázorovosti

**13.12.** – na MPSV svolán seminář na téma intergrovaná zdravotní a sociální péče, zdá se, že se blýská na lepší časy ve smyslu postupného propojování zdravotní a sociální složky

**13.12.** – na MŠMT dochází k vyjasňování stanovisek ohledně omluvenek, zdá se, že by mohl vzniknout společný metodický pokyn, který „de facto“ naplňuje naši představu, po obdržení zveřejníme, pro objektivitu a mož-

nost posouzení dalšího názorového spektra resp. posunu ve stanovisku MŠMT zveřejníme poslední stanovisko MŠMT.

**14.12.** – Předsednictvo – výstupy z regionálních rad především v souvislosti se směrnicemi Finančního řádu – rámcová informace o proběhlých jednáních – hodnocení Konference

**17.12.** – jednání pracovní skupiny k dílčímu úkolu projektu „zdraví pro 21. století“, zdá se, že opět vzkříšena diskuse na téma rodinný lékař versus PL a PLDD, zatím spíše diskutována stanoviska jednotlivých účastníků

**18.12.** – Seminář Koalice – možnosti individuálního zdravotního pojištění v návaznosti na zdravotní rizika, velmi nadčasová diskuse na téma, které by mohlo být předmětem budoucích legislativních změn

## Vyhodnocení bonifikací za 1. pololetí roku 2001

Přetiskujeme přehledné tabulky vyhodnocení bonifikačního systému VZP

**Vyhodnocení bonifikací za období I. pololetí 2001  
Počty IČZ v pásmech nákladovosti  
Odbornost 002 - Praktický lékař pro děti a dorost**

OP	Okres	Okresní bonifikace počty IČZ v pásnu:					Republiková bonifikace počty IČZ v pásnu:			
		Počet IČZ celkem	nad 110%	100 - 110%	90 - 100%	do 90%	nad 110%	100 - 110%	90 - 100%	do 90%
	<b>Celkem</b>	<b>2 142</b>	<b>519</b>	<b>470</b>	<b>585</b>	<b>568</b>	<b>659</b>	<b>296</b>	<b>397</b>	<b>790</b>
19	Praha - město	241	61	43	68	69	209	25	6	1
20	Benešov	21	4	5	7	5	3	5	4	9
21	Beroun	17	3	5	8	1	12	3	2	0
22	Kladno	33	8	6	13	6	2	6	10	15
23	Kolín	19	7	2	2	8	9	2	6	2
24	Kutná Hora	16	4	5	5	2	10	2	3	1
25	Mělník	20	4	8	3	5	3	2	7	8
26	Mladá Boleslav	24	5	4	8	7	3	3	4	14



## VOX PEDIATRIAE

OP	Okres	Okresní bonifikace počty lžz v pásnu:				Republiková bonifikace počty lžz v pásnu:				
		Počet lžz celkem	nad 110%	100 - 110%	90 - 100%	do 90%	nad 110%	100 - 110%	90 - 100%	do 90%
27	Nymburk	17	6	1	4	6	5	4	1	7
28	Praha - východ	21	5	8	0	8	12	4	5	0
29	Praha - západ	19	4	4	3	8	15	3	1	0
30	Příbram	23	5	4	5	9	4	0	6	13
31	Rakovník	11	3	1	4	3	0	3	0	8
32	České Budějovice	38	13	5	12	8	10	5	14	9
33	Český Krumlov	15	3	3	6	3	2	2	2	9
34	Jindřichův Hradec	20	6	0	7	7	5	0	4	11
35	Pelhřimov	17	3	3	7	4	2	3	4	8
36	Písek	14	1	4	6	3	4	3	5	2
37	Prachatice	13	1	4	6	2	6	4	3	0
38	Strakonice	14	3	1	4	6	1	3	5	5
39	Tábor	24	6	8	6	4	2	3	4	15
40	Domažlice	11	2	3	5	1	0	0	2	9
41	Cheb	19	6	6	3	4	1	2	6	10
42	Karlovy Vary	27	5	5	8	9	1	4	0	22
43	Klatovy	20	6	4	5	5	2	4	4	10
44	Plzeň - město	33	7	7	9	10	30	2	0	1
45	Plzeň - jih	12	4	3	1	4	2	3	6	1
46	Plzeň - sever	15	6	1	1	7	8	1	2	4
47	Rokycany	10	1	3	4	2	4	3	2	1
48	Sokolov	20	5	4	3	8	1	1	1	17
49	Tachov	10	2	2	3	3	0	0	2	8
50	Česká Lípa	23	6	7	5	5	1	1	4	17
51	Děčín	27	7	8	4	8	4	7	5	11
52	Chomutov	24	6	6	7	5	5	1	5	13
53	Jablonec n/ Nisou	22	4	7	7	4	8	5	7	2
54	Liberec	37	7	12	11	7	2	3	5	27
55	Litoměřice	23	5	6	7	5	3	3	7	10
56	Louny	19	6	5	4	4	4	4	4	7
57	Most	24	7	5	8	4	0	0	7	17
58	Teplice	19	3	6	7	3	0	2	5	12
59	Ústí nad Labem	20	6	3	6	5	1	4	3	12
60	Havlíčkův Brod	19	4	5	5	5	2	0	4	13
61	Hradec Králové	38	10	5	12	11	19	7	11	1
62	Chrudim	23	6	4	9	4	2	4	2	15
63	Jičín	18	5	6	3	4	0	1	6	11
64	Náchod	23	4	8	8	3	2	2	5	14
65	Pardubice	29	6	7	9	7	6	4	9	10
66	Rychnov n/Kněžnou	18	4	5	4	5	0	3	7	8
67	Semily	17	5	4	3	5	7	4	3	3
68	Svitavy	20	4	5	6	5	5	7	4	4
69	Trutnov	27	8	5	3	11	10	3	5	9
70	Ústí nad Orlicí	29	6	7	6	10	3	3	7	16
71	Blansko	25	7	6	7	5	4	4	3	14
72	Brno-město	76	17	14	26	19	59	8	6	3
73	Brno-venkov	34	12	2	8	12	10	6	9	9
74	Břeclav	25	10	3	3	9	3	10	7	5
75	Hodonín	37	9	11	12	5	2	4	8	23
76	Jihlava	23	2	13	4	4	2	3	2	16
77	Kroměříž	21	7	3	7	4	4	0	6	11
78	Prostějov	20	5	4	7	4	2	1	5	12
79	Třebíč	25	9	1	6	9	10	3	5	7



OP	Okres	Počet léč celkem	Okresní bonifikace počty léč v pásmu:				Republiková bonifikace počty léč v pásmu:			
			nad 110%	100 - 110%	90 - 100%	do 90%	nad 110%	100 - 110%	90 - 100%	do 90%
80	Uherské Hradiště	32	5	5	17	5	1	1	4	26
81	Vyškov	18	6	5	2	5	1	0	3	14
82	Zlín	39	10	10	12	7	0	3	8	28
83	Znojmo	24	7	8	1	8	2	1	2	19
84	Žďár nad Sázavou	26	6	8	4	8	5	5	12	4
85	Bruntál	20	2	9	4	5	1	3	5	11
86	Frýdek-Místek	42	9	10	12	11	12	12	11	7
87	Karviná	57	12	12	22	11	8	12	14	23
88	Nový Jičín	39	13	5	11	10	8	9	7	15
89	Olomouc	53	11	11	11	20	20	11	11	11
90	Opava	36	8	8	7	13	6	6	9	15
91	Ostrava	63	14	8	14	27	29	8	11	15
92	Přerov	28	4	10	10	4	14	9	3	2
93	Šumperk	26	6	8	5	7	1	0	5	20
94	Vsetín	29	6	7	9	7	0	3	4	22
95	Jeseník	11	4	1	4	2	3	1	1	6

#### Komentář k tabulkám

Vyhodnocení bylo provedeno na základě výsledků **výpočtu** okresních a republikových bonifikací za 1. pololetí 2001.

Podrobnější údaje o výši a struktuře sledovaných nákladů praktických lékařů včetně zobrazení na mapě ČR obsahuje program View\_Gip, předaný na CD zástupcům praktických lékařů.

## Nadstandardy

**V souvislosti s uveřejněním tzv. ceníku ČLK, který popisuje výkony, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a rozsáhlou medializací nadstandardních služeb si vám dovoluujeme předložit upřesňující informaci tak, jak celou problematiku vnímá naše Sdružení.**

#### Znovu upozorňujeme na základní skutečnosti:

1. **Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce. (citace úvodní části odstavce 9 § 15 zákona č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění).**

#### Komentář:

■ i tento druh zdravotní péče má regulované ceny tj. tyto ceny nelze vytvářet volně, ale pouze na základě určitých pravidel vyplývajících ze zákona o cenách

■ pro péči nehranou z veřejného zdravotního pojištění platí tzv. věcně usměrňované ceny, které je povinno každé ZZ kalkulovat samo

■ v kalkulaci se vychází z ekonomicky oprávněných nákladů a z průměrného zisku běžně uvažovaného ve výši 20%

■ metodika výpočtu byla zveřejněna ve VOX INFO 1/1998 (k dispozici v kanceláři Sdružení)

■ do této kategorie patří výkony typu přihláška do MŠ, vyšetření na ŘP, přihlášky do škol, potvrzení na sportovní akce, potvrzení o zdravotním stavu pro tábory, vstupní prohlídka do zaměstnání, potvrzení pro brigády, potravinářský průkaz, zbrojní

průkaz, aplikace náušnic, aplikace nepovinného očkování, vystavení náhradního dokladu apod.

2. **Hrazená péče dále nezahrnuje vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky. Úhradu zdravotních výkonů podle předchozí věty poskytnete zdravotnickému zařízení orgán, pro který se zdravotní výkony provádějí, ve výši stanovené seznamem výkonů s bodovými hodnotami v souladu s rozhodnutím Ministerstva financí. (citace zbývající části odstavce 9 § 15 zákona č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění).**

#### Komentář:

■ základem výpočtu jsou jednotlivé výkony nebo jejich obdoba dle seznamu výkonů

■ aktuální maximální hodnota bodu vyhlášená MF je toho času 1,10 Kč

■ jedná se o různá potvrzení a zprávy pro OSSZ, vyplňování dotazníků brancům apod.

3. **Vlastní „nadstandardní“ výkony tj. druh péče, který přesahuje běžný rámec činnosti praktického lékaře**

#### Komentář:

■ na rozdíl od dvou předchozích odstavců je naplnění tohoto druhu péče výhradně na zvážení každého praktického lékaře při zhodnocení konkrétních možností

■ v žádném případě nemůže jít o zdravotní péči, která by byla poskytována na úkor péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění

■ doporučujeme, aby poskytování tohoto druhu péče bylo řešeno vždy na smluvním podkladě mezi zdravotnickým zařízením a konkrétním pacientem

■ spíše než nasmlouvávání jednotlivých samostatných výkonů doporučujeme vytvoření jakýchsi „balíčků“ přičemž každý takový balíček musí mít reálně podloženou kalkulaci (v kalkulaci zohlednit reálnou režii ordinace)

■ vyšetření pacienta mimo běžnou ordinaci dobu, konzultace zdravotního stavu mimo běžnou dobu činnosti ordinace, provádění komplexního vyšetření dítěte v domácím prostředí apod.

■ pro názornost přikládáme vzor smlouvy na takový druh péče, který vznikl po konzultaci s právníkem

**MUDr. Pavel Neugebauer  
Předseda SPLDD ČR**



## VOX PEDIATRIAE

Dále uvedeného dne, měsíce a roku uzavřeli

MUDr. .... – provozovatel nestátního zdravotnického zařízení

adresa zařízení

IČO:

(dále jen lékař)

a

jméno rodiče

rodné číslo

bydliště (dále jen rodiče)

matka (otec) nezletilý(ho) .....

jméno dítěte

rodné číslo

(dále jen dítě)

tuto

### SMLOUVU O POSKYTOVÁNÍ NADSTANDARDNÍCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

#### I.

1.1. Lékař je v souladu se zákonem číslo 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních oprávněn poskytovat ambulantní péči v ordinaci pod shora uvedenou adresou v oboru pediatrie

1.2. Dítě je v komplexní léčbě preventivní (primární) zdravotní péči MUDr. .... jako registrujícího lékaře a to v rozsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, obsažené v jeho smlouvě s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

#### II.

2.1. Předmětem této smlouvy je rozšíření péče lékaře o nezletilou osobu a to o služby neterapeutického charakteru, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jde o tyto služby:

- Objednávání dítěte mimo řádné ordinační hodiny lékaře, podle časových možností rodičů i lékaře, po předchozí telefonické domluvě.
- Osobní konzultace s rodiči nad rámec poučení o povaze onemocnění a potřebných výkonech mimo ordinační hodiny podle časových možností rodičů i lékaře, po předchozí telefonické dohodě
- Telefonické konzultace rodičů s lékařem mimo ordinační hodiny, včetně dnů pracovního volna a pracovního klidu nad rámec poučení o povaze onemocnění a potřebných výkonech, s výjimkou doby kdy bude lékař na dovolené, v pracovní neschopnosti nebo mimo území České republiky. Spojení s lékařem bude zajištěno prostřednictvím mobilního telefonu lékaře. Lékař bude sám rodiče dítěte telefonicky kontaktovat co nejdříve po obdržení jejich telefonického vzkazu na záznamník svého mobilního telefonu
- Telefonické zjištění laboratorních výsledků vyšetření dítěte dříve, než by byly tyto výsledky předány obvyklou cestou
- V případě hospitalizace dítěte bude lékař telefonicky kontaktovat ošetřujícího lékaře příslušného lůžkového zdravotnického zařízení, informovat se o zdravotním stavu dítěte, konzultovat s ním další postup a informovat rodiče na základě jejich zplnomocnění.
- V případě, že hospitalizace dítěte přesáhne dobu deseti dnů, lékař ho v nemocnici osobně navštíví (pokud tomu nezabrání objektivní příčiny ze strany nemocnice) podle potřeby i vícekrát, projedná s ošetřujícím lékařem, popřípadě též s primářem příslušného oddělení další postup léčby a bude informovat rodiče na základě jejich zplnomocnění
- Použití jednorázových vyšetřovacích zdravotních pomůcek v případech, kdy zdravotní pojištění umožňuje pouze použití pomůcek vícenásobně použitelných
- Časové monitorování mimořádného (nepovinného) očkování v individuálním očkovacím kalendáři dítěte.
- Individuální telefonické objednání na specializované (odborné) vyšetření podle dohody s rodiči
- provedení preventivní prohlídky dítěte do 1 roku (celkem 9x) nad rámec platné vyhlášky (a po dohodě v domácím prostředí).

2.2. V případech zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění bude nadále dítěti poskytována zdravotní péče bezplatně a lékař tyto poskytnuté péči řádně vyúčtuje příslušné zdravotní pojišťovně. 2.3. V případě nedostupnosti smluvního lékaře (dovolená, nemoc, atd.) bude zajištěna péče jiným lékařem (formou tzv. delegované péče) uvedeného v příloze. Přímý kontakt na tohoto lékaře bude zajištěn smluvním lékařem.

#### III.

3.1. Rodiče dítěte se zavazují lékaři uhradit za poskytovanou nadstandardní zdravotní péči a služby specifikované v čl. 2.1. této smlouvy částku podle zvolené platební varianty uvedené v příloze platebního ujednání, která je splatná podle dispozic lékaře. Uvedená částka je odměnou lékaři za poskytování nadstandardní zdravotní péče a služeb uvedené v článku 2.1. této smlouvy.

#### IV.

4.1. Tato smlouva se uzavírá na dobu neurčitou

4.2. Tuto smlouvu lze ukončit: a) písemnou dohodou smluvních stran

b) Písemnou výpovědí jedné ze smluvních stran. Výpovědní lhůta je jednoměsíční a počíná běžet prvním dnem následujícího měsíce po měsíci, v němž byla písemná výpověď smlouvy druh smluvní straně doručena





## VOX PEDIATRIAE

c) Dojde-li k ukončení této smlouvy před skončením doby, na který již byla zaplacená úhrada uvedená v článku 3.1., vrátí lékař do jednoho měsíce po ukončení smlouvy rodičům alikvotní část této úhrady.

### V.

5.1. Tato smlouva se řídí obecně závaznými právními předpisy. Pokud jde o rozsah zdravotní péče, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, vychází tato smlouva ze zákona o veřejném zdravotním pojištění.

5.2. Pokud na základě novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, nebo na základě komerčního pojištění uzavřeného v souladu s eventuální novou právní úpravou, budou některé služby uvedené v čl. 2.1. této smlouvy hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, popř. z komerčního připojištění, bude tato smlouva upravena tak, aby zde uvedená nadstandardní zdravotní péče zahrnovala nadále pouze takové služby, které nejsou lékaři hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, popř. z komerčního připojištění.

### VI.

6.1. Zákonný zástupce nezletilé osoby prohlašuje, že tuto smlouvu uzavírá s lékařem na svou vlastní žádost, dobrovolně, přičemž její uzavření nepodmiňuje převzetí pacienta /pacientky do péče ani řádnou péči o pacienta/pacientku, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Současně bere na vědomí, že smlouvu může dle čl. 4.2. písm. b) kdykoliv vypovědět, přičemž pacientovi (pacientce) bude nadále poskytována lékařem řádná zdravotní péče v rozsahu hrazeném z veřejného zdravotního pojištění.

6.2. Smluvní strany prohlašují, že tato smlouva byla sepsána podle jejich pravé a svobodné vůle a na důkaz toho připojují své vlastnoruční podpisy.

V Praze dne

.....  
lékař

.....  
zákonný zástupce dítěte

### PLATEBNÍ UJEDNÁNÍ KE SMLouvĚ O POSKYTOVÁNÍ NADSTANDARDNÍCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

uzavřené dne ..... s platností do .....

(cena kalkulována dle  
režijních nákladů -  
ev. dle ČLK - **například**

#### VARIANTA A

(A1) Jednorázová taxa za vyžádanou návštěvu v bytě mimo řádné návštěvní hodiny lékaře (včetně nákladů na dopravu) **2000 Kč**  
(A2) Jednorázová taxa za provedení preventivní prohlídky dítěte do 1 roku v domácím prostředí (včetně nákladů na dopravu) **1000 Kč**

#### VARIANTA B

(B1) Za všechny nadstandardní služby a-j uvedené ve smlouvě roční platba **22 500 Kč**  
(B2) pololetní platba **13 000 Kč**  
(B3) čtvrtletní platba **7000 Kč**

#### VARIANTA C

(C1) Roční jednorázová taxa za vybrané nadstandardní služby dle čl. II. smlouvy a + b + d + h + g + i (časové objednání k vyšetření) **7000 Kč**  
(C2) Roční jednorázová taxa za nonstop mobil servis - c (bez návštěvní služby mimo řádné ordinační hodiny lékaře) **10 000 Kč**  
(C3) Roční jednorázová taxa za nonstop mobil servis - c včetně návštěvní služby mimo řádné ordinační hodiny lékaře (6x) **18 000 Kč**  
(C4) Roční jednorázová taxa za vybrané nadstandardní služby e + f + i (zajištění kontaktu s nemocnicí v případě hospitalizace dítěte) **8 000 Kč**  
(C5) Roční jednorázová taxa za vybrané nadstandardní služby - j 9x provedení preventivní prohlídky dítěte do 1 roku v domácím prostředí (včetně nákladů na dopravu) **9000 Kč**

**Za každé další dítě se k základní sazbě připočítává 20%.**

Za zvolenou variantu  A1  A2  B1  B2  B3  C1  C2  C3  C4  C5

bude platba provedena  hotově  
 převodem na účet číslo  
variabilní symbol je rodné číslo dítěte

.....  
zákonný zástupce dítěte

.....  
lékař



## Zápis z jednání ze dne 10.12.2001 ve věci: „Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého“

### Přítomní dle prezenční listiny:

Jednání vedl MUDr. Malina, náměstek ministra, a MUDr. Březovský, ředitel odboru zdravotní péče. Předmětem jednání byla diskutována úloha, obsah, forma „Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého“ (dále jen ZOP), jeho financování v roce 2002 a jeho legislativní zakotvení. Byly projednány některé písemně předložené připomínky k danému tématu.

### Úhrada ZOP v roce 2002:

- MZ požádalo VZP ČR o pomoc při financování ZOP v roce 2002 z „fondu prevence“
- podpora ze strany hrazení vydávání ZOP bude v budoucnosti realizována pouze za předpokladu, že ZOP bude plnit svoji funkci náležitým způsobem

### Legislativní zakotvení ZOP:

- legislativní zakotvení ZOP nelze řešit pomocí platného legislativního zakotvení OP a zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, a vyhlášky č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, neboť problematika ZOP věcně nepřísluší oboru hygieny a epidemiologie a netýká se příslušných právních norem.
- MZ bude ve spolupráci s LEG hledat možnosti řešení (kupř. novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění)

### Úprava stávajícího ZOP:

- je třeba ujasnit cíle ZOP
- je třeba upravit obsah ZOP (některé údaje je třeba aktualizovat, ZOP je třeba zestručnit, administrativně zjednodušit, zpřehlednit)

- obsah ZOP je třeba dát do souladu s platnými právními normami (MZ projedná s Úřadem pro ochranu osobních údajů, s LEG)
- je třeba změnit formát ZOP (stávající forma není dostatečně praktická)
- úprava ZOP by měla projít i veřejnou diskusí
- OSPDL předloží maketu upraveného ZOP (termín: leden–únor 2002)
- za předpokladu, že bude schválena nová verze ZOP, budou odborné společnosti a sdružení (OSPDL + SPLDD + Neonatologická společnost + Pediatrická společnost ČLS JEP) garantovat používání ZOP ze strany lékařů.

### Úkoly:

- **OSPDL předloží na příštím jednání maketu upraveného ZOP (termín leden – únor 2002) tak, aby vydání upravené verze ZOP mohlo být realizováno co nejdříve**
- **MZ projedná problematiku ZOP s Úřadem pro ochranu osobních údajů**
- **MZ bude hledat možnosti legislativního zakotvení ZOP**
- **termín dalšího jednání k problematice ZOP bude sdělen písemně (i e–mailem)**

Zapsala dne 10.12.2001

MUDr. Truellová  
ověřila

MUDr. Cabrnchová

Dopis adresovaný  
předsedovi SPLDD ČR  
MUDr. P. Neugebauerovi:

**Věc: Zrušení dopravního kódu 14  
Doprava praktického lékaře v návštěvních službách**

Vážený pane předsedo,  
obracím se na Vás se sdělením, že s **platností od 1. 1. 2002**, kdy byla stanovena v souladu s platnými právními předpisy hodnota bodu zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost na **minimálně Kč 0,87**, **pominuly důvody** pro existenci **mimořádného dopravního kódu 14** Doprava praktického lékaře v návštěvních službách.

Důvodem pro zavedení tohoto dopravního kódu bylo **cenové dorovnávání** zvýšených vstupů a ceny pohonných hmot, při **respektování nižší hodnoty** bodu u zdravotní péče poskytované praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost, která se v té době pohybovala v rozmezí **Kč 0,70 - 0,80**.

Na základě výše zmíněného Vám, a zároveň všem Vaším členům sděluji, že k **1. 1. 2002** byl tento dopravní kód VZP ČR zrušen.

S pozdravem

MUDr. Antonín Pečenka  
vrchní ředitel ÚZP ÚP VZP ČR

## Dopis Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR adresovaný MUDr. Pavlu Neugebauerovi, předsedovi SPLDD ČR

### VĚC: Omlouvání nepřítomnosti žáků ve škole

Vážený pane předsedo,

obdrželi jsme Vaše stanovisko k otázce omlouvání nepřítomnosti žáků ve škole ze strany lékařů ze dne 4.7.2001. Vzhledem k tomu, že Vaše stanovisko řeší nejen samotnou otázku vystavování potvrzení o nemoci žáka či o vyšetření žáka u lékaře ze strany lékařů, ale také otázku oprávněnosti školy vyžadovat od zákonného zástupce nezletilého žáka či od zletilého žáka omluvenku potvrzenou lékařem či otázku, zda se škola může dotazovat lékaře, zda žák v dané době lékaře navštívil (které naše stanovisko neřešilo, neboť se samotnou otázkou vystavování potvrzení o nemoci či o vyšetření u lékaře ze strany lékařů souvisí pouze nepřímo, a také je nepovažujeme za sporné), dovolte nám, abychom se k této věci vyjádřili.

Naprosto souhlasíme s Vaším názorem (který vychází především z ustanovení §3 odst. 8 vyhlášky č.291/1991 Sb., o základní škole, a z ustanovení §2 odst. 2 a 3 vyhlášky č.354/1991 Sb., o středních školách), že v rámci poskytování vzdělávání ve škole vzniká právní vztah pouze mezi školou a žákem (případně zákonným zástupcem žáka, je-li nezletilý), jehož obsahem jsou vzájemná práva a povinnosti (povinnost zletilého žáka a zákonného zástupce žáka nezletilého zajistit pravidelnou a včasnou docházku do školy, zajistit řádné omluvení nepřítomnosti ve škole apod.) V žádném případě nemůže být účastníkem tohoto právního vztahu ošetřující lékař (opak jsme také, jak jsme přesvědčeni, nikdy netvrdili).

V rámci tohoto právního vztahu opravňuje platný právní předpis (§ 3 odst. 9 vyhlášky č.291/1991 Sb. a § 2 odst. 4 vyhlášky č.354/1991 Sb.) školu (potažmo třídního učitele či mistra odborné výchovy) omluvit v závažných případech nepřítomnost žáka ve vyučování pouze na základě omluvenky vystavené zákonným zástupcem nezletilého žáka či zletilým žákem, která obsahuje lékařské potvrzení o nemoci žáka, případně o jeho návštěvě u lékaře. Považujeme za naprosto samozřejmé, že povinnost do-



ložit nepřítomnost prostřednictvím lékařského potvrzení směřuje vůči zákonnému zástupci nezletilého či vůči zletilému žákovi (opět si dovoluujeme tvrdit, že opak nelze z žádného našeho vyjádření dovodit). Uvedené se samozřejmě odráží i v tom, že podmínky pro omlouvání nepřítomnosti žáka ve vyučování jsou v praxi součástí školních řádů, které mohou zavazovat pouze osoby, které jsou účastníky vzdělávacího procesu v dané škole (žáky, jejich zákonné zástupce a zaměstnance školy).

Na tomto místě si ovšem dovoluujeme polemizovat (s mezi lékařskou veřejností velmi rozšířeným názorem), že omlouvání nepřítomnosti žáka ve vyučování je pouze záležitostí zákonného zástupce žáka nebo samotného žáka, je-li zletilý. Škola totiž neplní pouze funkci vzdělávací, ale neméně důležitou funkci výchovnou a má také velmi významné postavení v oblasti sociálně právní ochrany dětí. Je zákonnou povinností školy vyplývající ze zákona č.359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, vyhledávat a upozorňovat na případy dětí, které zanedbávají svou školní docházku, vedou zahálčivý či nemravný život nebo jejichž rodiče či jiní zákonní zástupci neplní řádně své funkce vyplývající z rodičovské zodpovědnosti apod.

Pokud bychom připustili, že škola je povinna omluvit nepřítomnost žáka ve vyučování pouze na základě omluvenky podepsané zákonným zástupcem či zletilým žákem, přišla by škola o jeden z velmi důležitých podnětů, který může pomoci odhalit, že ve výchově a rodinném zázemí žáka není vše v pořádku. Především v rámci plnění povinné školní docházky (kdy přímo z Listiny základních práv a svobod a ze zákona č.29/1984 Sb., o soustavě základních škol, středních škol a vyšších odborných škol, ve znění pozdějších předpisů, vyplývá povinnost školní docházky a také povinnost zákonného zástupce školou povinného dítěte jeho docházku zajistit, přičemž zanedbání péče o povinnou školní docházku je přestupkem ve smyslu § 31 zákona č.200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů), ale i v rámci studia ve střední škole, by v takovém případě hrozilo reálné nebezpečí, že zákonní zástupci nezletilých žáků by omlouvali i zcela nedůvodnou nepřítomnost žáka ve škole (a dokonce i nepřítomnost, o níž nebyli sami svými dětmi vůbec informováni) a to i z důvodu zatajení svého selhání či zavinění.

V takové situaci je pro resort školství potvrzení lékaře o nemoci žáka či o jeho vyšetření u lékaře jako součást omluvenky velmi důležitým, dokonce zcela nezastupitelným, objektivním podkladem, ze kterého může škola při své práci vycházet. Je pravdou, že není účelné, ba dokonce může být ve svém důsledku kontraproduktivní, aby škola vyžadovala omluvenku doloženou potvrzením lékaře v případě každé či skoro každé absence. Je třeba, aby škola řádně zvážila, jaké případy (a to i individuální) bude považovat za odůvodněné (jak praví § 3 odst. 9 vyhlášky č.291/1991 Sb.), a toto řádně vymezila ve svém školním řádu.

Stejně tak považujeme za nutné zdůraznit, že zcela souhlasíme s tím, že školy nejsou oprávněny získávat informace o nemoci či vyšetření svých žáků u lékaře přímo od lékaře, stejně jako lékaři nejsou oprávněni dané informace škole sdělovat, bez kvalifikovaného souhlasu (§9 zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů) zletilého žáka či zákonného zástupce nezletilého žáka. Nutnost kvalifikovaného souhlasu ke sdělování těchto citlivých osobních údajů považujeme za naprosto samozřejmou (opět si dovoluujeme poznamenat, že opačný názor MŠMT nikdy nezastávalo).

Pokud jde o samotnou povinnost lékaře potvrzení o nemoci či o vyšetření žáka vystavit, uvádíme následující. Smyslem našeho předchozího i tohoto stanoviska je řešit pouze případy, kdy žák navštíví lékaře skutečně za účelem poskytnutí zdravotní péče, která směřuje k zachování či zlepšení jeho zdravotního stavu, nikoliv případy, ve kterých žák navštíví lékaře pouze za účelem vystavení "omluvenky" (o takových případech podle našeho názoru vůbec nemá smysl hovořit).

K Vašemu názoru, že žádný právní předpis lékaři neukládá povinnost vystavit potvrzení o nemoci či o vyšetření žáka, který odůvodňuje skutečnost, že nařízení vlády č.108/1994 Sb., kterým se provádí zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, již z ústavních důvodů neobsahuje povinnost příslušného zařízení vystavit zaměstnanci doklad o existenci překážky v práci a době jejího trvání ve smyslu §30 odst. 2 zrušeného nařízení vlády č. 223/1988 Sb., kterým se provádí zákoník práce, lze říci toto. Uvedená povinnost nemohla být nařízením vlády č.108/1994 Sb. stanovena, neboť stanovení takové povinnosti podzákonným právním předpisem nemělo v době vydání nařízení vlády č. 108/1994 Sb. oporu v zákoně, k jehož provedení bylo vydáno (zákoník práce), jak stanoví článek 4 Listiny základních práv a svobod.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (podobně jako Ministerstvo zdravotnictví ve svém vyjádření ze dne 26.7.2001) ale neodvozuje povinnost lékaře vystavit ve výše uvedených případech potvrzení (posudek) z podzákonného právního předpisu, ale z § 38 zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, tedy z právního předpisu, který s ohledem na svou právní sílu nepochybně může v souladu s výše citovaným článkem 4 LZPS povinnosti ukládat.

Z ustanovení §38 zákona č.48/1997 Sb. vyplývá, že péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění zahrnuje také posudkovou činnost spočívající mimo jiné v posuzování dočasné neschopnosti k práci nebo ke studiu ošetřujícím lékařem. Výraz "posuzování" podle našeho názoru zahrnuje nejen vyšetření pacienta, stanovení diagnózy, ale také vyvození patřičného závěru, tedy zda pacient je či není dočasně práce či studia neschopen, a jeho vyjádření v písemné podobě (posudku). Výklad, podle něhož je sice součástí posudkové činnosti hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění vyšetření pacienta, ale nikoliv písemný závěr vyšetření (posudek), považujeme i s ohledem na níže uvedené jako účelový.

Dále uvádíme, že z vyhlášky č. 31/1993 Sb., o posuzování pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, vyplývá, že ošetřující lékař je povinen potvrzovat dočasnou pracovní neschopnost na předepsaných tiskopisech v případě, že vyšetřením zjistí, že občanovi jeho zdravotní stav pro nemoc nebo úraz nedovoluje vykonávat dosavadní zaměstnání. Dosavadním zaměstnáním se pak v souladu s §1 odst. 3 této vyhlášky rozumí "činnost zakládající účast na nemocenském pojištění, při jejíž výkonu pracovní neschopnost vznikla." Činností, která zakládá účast na nemocenském pojištění, je pak podle našeho názoru i studium v základní, střední nebo vyšší odborné škole, neboť po dobu tohoto studia je žák pojištěncem pro účely nemocenského pojištění (§1 odst. 1 písm. l) zákona č.54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů). To znamená, že rozdíl mezi žákem a zaměstnancem je v případě dočasné pracovní neschopnosti pouze v otázce vzniku nároku na nemocenskou dávku, nikoliv v otázce jejich právního postavení pro účely vystavení potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti (neboť jak vyplývá z § 4 odst. 3 vyhlášky č. 31/1993 Sb. doklad o pracovní neschopnosti je určen pro uplatnění nároku na nemocenskou, pro evidenci práce neschopných občanů a pro omluvení nepřítomnosti v dosavadním zaměstnání; přičemž uvedené účely jsou zcela rovnocenné).

Přestože vystavování potvrzení o pracovní neschopnosti žákům není v současné době běžné (ale podle našich informací tak přesto praktičtí lékaři pro děti a dorost v některých okresech České republiky činí), lze podle našeho názoru závěr o povinnosti ošetřujících lékařů toto potvrzení vydávat i žákům škol učinit.

Stále se tedy domníváme, že povinnost lékaře písemně potvrdit zletilému žákovi či zákonnému zástupci nezletilého žáka, že žák je nemocen, lze z platných právních předpisů dovodit. Uvědomujeme si však, že naše rozdílné právní názory může závazným způsobem vyřešit pouze soud v případě individuálního soudního sporu.

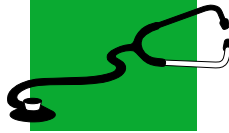
Naším cílem ovšem v žádném případě není, aby tento problém musel být řešen soudně. Rádi bychom našli takové řešení vzniklé situace, které by vyhovovalo pokud možno oběma stranám. Jak jsme již uvedli výše, potvrzení lékaře o nemoci žáka nebo o jeho vyšetření u lékaře jako součást omluvenky vystavené zákonným zástupcem nezletilého žáka nebo zletilým žákem, je skutečně v řadě případů velmi důležitým podkladem pro práci školy. Byli bychom velmi rádi, kdyby se tuto situaci pokusili pochopit také členové Vašeho sdružení, a neuchylovali se již do budoucna k plošnému odmítání vystavování takových potvrzení.

Na druhou stranu se pokusíme školy metodicky vést k tomu, aby od zákonných zástupců nezletilých žáků a od zletilých žáků vyžadovali omluvenku potvrzenou lékařem skutečně pouze v závažných, odůvodněných případech, aby tak nedocházelo ke zbytečnému zatěžování lékařů touto administrativní činností.

Věříme ve Vaše pochopení a ve snahu najít smírné řešení vzniklé situace.

S pozdravem

JUDr. Jan Ješetický  
ředitel legislativního a právního odboru



## Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 5.12. 2001

**Přítomni: MUDr. Cabrnchová, MUDr. Seifertová, MUDr. Liška, MUDr. Krejčík, MUDr. Marek, MUDr. Hanousek, za revizní komisi MUDr. Kolářová.**

1) Výbor bere na vědomí abdikaci MUDr. Adamové na členství ve výboru OSPDL z rodinných důvodů. Výbor rozhodl, že bude dokooptován další člen výboru dle pořadí z volební konference OSPDL.

2) Výbor navrhuje doplnit na návrh výboru seznam kontaktních osob pro obor PLDD pro další kraje, kde nemá OSPDL regionální zastupce. Jména budou schválena na nejbližším republikovém setkání členů OSPDL.

3) Certifikace vzdělávacích akcí v regionech pořádaných OSPDL. Ohlášené regionální vzdělávací akce (rozpočtované) mají automaticky přidělené kredity ČLK za vzdělávání, 1 kredit = 1 hodina. Chce-li pořadatel vydat certifikáty, akci ohlásí na centrum ČLK.

4) Rescreening hypothyreoz u dětí s nízkou porodní hmotností v ordinaci PLDD bude v novém seznamu výkonů hrazených pojišťovnou a bude platit od června 2002. Rovněž tak by měly platit nové kódy očkovaní, které v sobě již nebudou obsahovat klinická vyšetření, podrobnosti budou zveřejněny v časopisu VOX a na [www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz)

5) Výbor diskutoval nad novou podobou

zdravotního a očkovacího průkazu, shoduje se v zeštíhlení, zmenšení, inovace zápisu očkovaní. Další podněty si připraví k jednání na MZ MUDr. Hanousek s MUDr. Cabrnchovou.

6) Do poradního sboru hlavního hygienika pro epidemiologii a problematiku PLDD je jmenována MUDr. Cabrnchová.

7) Připomínky z terénu k novému očkovaní – dotazníková akce – zpracuje do 15. ledna MUDr. Hanousek

8) Prací roku 2001 z oblasti problematiky PLDD byla jmenována práce MUDr. Marka: Preskripce ATB v primární péči. Tato práce byla v roce 2001 zveřejněna i publikována.

9) Příprava očkovacího dne v květnu 2002 by měla probíhat ve spolupráci ČPS a OSPDL. Hlavní sponzor bude firma Aventis. Česká společnost podpory zdraví má za úkol přípravu osvětové akce pro veřejnost, která bude týden očkovacímu dni předcházet.

10) Skupina zabývající se problematikou očkovaní byla navržena v následujícím složení: MUDr. Seifertová, MUDr. Vurmová, MUDr. Cabrnchová.

11) MUDr. Cabrnchová informovala o zhodnocení projektu GIP/regulace VZP. Výbor pověřen vytipováním diagnos, které komplexními náklady výrazně mění celkové hodnocení praxe.

12) MUDr. Cabrnchová informovala o připomínkách ke koncepci oboru pediatrie od MUDr. Seiferta a prof. Horkého. Koncepce měla a má popisovat stávající stav, proto případné námítky vůči doporučením směřujícím ke vzniku nového oboru by neměly být nosnou částí kritiky celé koncepce.

13) Informace o stavu jednání nad novým zákonem o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání – MUDr. Cabrnchová. Proběhla schůzka s prof. Tůmou na MZ ČR. Parlament bude projednávat pravděpodobně začátkem ledna 2002.

14) Informace MUDr. Lišky o přípravě pediatrického kongresu v Teplicích, OSPDL navrhuje dva okruhy témat, upřesnění na dalším výboru.

20) Přijetí nových členů OSPDL: MUDr. Bažantová, MUDr. Šichová, MUDr. Madejová, MUDr. Marešová, MUDr. Podzimková (44), MUDr. Podzimková (76), MUDr. Křínková, MUDr. Mládková, MUDr. Hartmanová, MUDr. Korotvičková, MUDr. Odstrčilová, MUDr. Hak, MUDr. Chmelařová, MUDr. Žádníková

**Zapsala:**

**MUDr. Cabrnchová**

**Ověřil:**

**Výbor OSPDL**

### Tříleté zkušenosti s využitím Nootropilu (piracetamum) při kombinované léčbě dětských enuréz

**MUDr. J. Liška, MUDr. I. Ulčová, MUDr. V. Holeček, MUDr. V. Šípková**

Mulačova nemocnice, Plzeň, Dvořákova 17,  
dětská nefrologická ordinace a OKB FN Plzeň – Lochotín, dětské odd. neurologické kliniky

V práci jsou shrnuty zkušenosti s podáváním Nootropilu susp. 20% při kombinační léčbě dětských enuréz. Léčená skupina zahrnuje 170 pacientů ve věku od 5 do 12 let, 98 chlapců a 72 děvčat. Z příslušných vyšetření byli klasifikováni jako primární enuréza (EN). Pacienti byli rozděleni do 4 skupin. Prvé skupině byl podán jen ADIURETIN na noc, druhé ADIURETIN a NOOTROPIL, třetí DITROPAN, ADIURETIN a NOOTROPIL. Třetí skupinu tvořilo 24 dětí s klinickým obrazem nejúpornějších enuréz, všechny byly ve stáří 9–12 let, nereagovaly na léčbu nebo při redukci terapie se vracely s obrazy EN. Čtvrtá skupina byla kontrolní. Při aplikaci Nootropilu jsme podávali dávku 45 mg/kg večer. Při indikaci Nootropilu jsme vycházeli m.j. z prací posledních let o roli spánku v etiopatogenezi EN.

Přidání Nootropilu k Adiuretinu zvýšilo pozitivní efekt léčby z původních 65–70% na 88% pacientů skupiny a v trojkombinaci na pozitivní efekt u 98% pacientů spolupracujících rodičů. Celková doba podávání Nootropilu, který při kombinované terapii vysazujeme jako poslední, činila maximálně 1,5 roku, u poloviny pacientů je příznivý efekt patrný již po 2–3 měsících. Rodiče uvádějí u svých dětí při podávání Nootropilu především podstatně lehčí neproblémové buzení, orientaci v prostoru i v čase v době probuzení a mnohdy i schopnost po probuzení adekvátně odpovídat na otázky. Při léčbě v soulase se zahraničními literárními údaji nebyly zjištěny žádné problémy, snášenlivost léku byla výborná.

Předneseno na celostátních pracovních dnech dětské nefrologie v Rožnově pod Radhoštěm.





# Afektivní poruchy v dětství a adolescenci

**MUDr. Maria Balcarová**

Oddělení dětské psychiatrie, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

Deprese dětského věku byla dlouho poměrně opomíjenou diagnosou, jednak proto, že dlouho přetrvával názor, že deprese k dětskému věku „nepatří“ a jednak proto, že dětské deprese na sebe berou řadu podob, které se sice v zásadních rysech neliší od deprese dospělých, ale akcentované jsou somatické stesky a nejrůznější poruchy chování včetně agresivních projevů. Dětská deprese je tedy vyjádřena spíše chováním než verbalizací.

Prevalence depresivní poruchy je 0,4 – 2,5% u dětí do 10 let, 0,4 – 8,3% od 10 do 18 let a 15 – 20% u dospělých. (6).

Rizikové faktory pro vznik afektivních poruch jsou podobné jako u jiných diagnostických okruhů. Jedná se hlavně spolu s vulnérabilním fenotypem o psychická traumata, např. závažné konflikty v rodině, duševní onemocnění rodičů, citové zanedbávání, odloučení od rodičů nebo jejich ztráta, sexuální nebo fyzické násilí, apod.

Ve všech věkových kategoriích postihuje deprese emoční projevy, afektivitu, myšlení a vnímání, psychickou výkonnost, ovlivňuje celkový tělesný stav a motorické projevy a zasahuje výrazně do oblasti sociální.

Doc. Malá (6) uvádí tyto modely deprese: model analytický – ztráta milovaného objektu, behaviorální – nedostatek pozitivního zpevnování, model naučené bezmocnosti – nedostatek vzájemného vztahu mezi chováním a jeho důležitými důsledky. Kognitivní model vysvětluje depresi jako strategii negace, negativní pohled na sebe, na svět a na budoucnost, stresový model zdůrazňuje akumulaci mnoha negativních životních událostí, sociologický model klade důraz na nedostatek sociální podpory a ocenění. Genetický model vysvětluje vznik deprese specifickou vulnérabilitou, která je dána genetickými faktory (u monozygotních dvojčat se deprese vyskytuje v 76%, u dizygotních v 19%).

Biochemický model zůstává otázkou výzkumu a směřuje k přesnější definici změn neurotransmitterů a dalších biochemických parametrů. Neuroanatomický model vychází ze zjištění změn mozkové tkáně při MRI a z výsledků polysomnografických vyšetření.

Depresivní projevy jsou popisovány už i u kojenců a batolat v souvislosti se separací od významné osoby, nejčastěji matky. U dítěte se objevují stavy neklidu, někdy až agresivní agitovanost, různé stupně vývojové regrese v oblasti socioemoční i kognitivní a dále mohou být poruchy příjmu potravy a spánku.

U dětí předškolního věku dominují v celkovém obraze poruchy koncentrace pozornosti, ztráta zvědavosti, ztráta zájmu o hru, nechutenství, poruchy spánku. Časté jsou afektivní výbuchy, střídání nálad, emoční labilita, poruchy řeči – většinou omezená spontánní verbalizace.

Deprese dětí mladšího školního věku se vyznačuje hlavně poruchami v interpersonální komunikaci, sociální maladaptací, poruchami soustředění, které vedou ke zhoršování školní výkonnosti, psychosomatickými příznaky, (časté jsou bolesti břicha a bolesti hlavy) s celkovou únavností. Dále se může objevit enuresa a encopresis a poruchy spánku. Výrazná je afektivní labilita, podrážděnost, záchvaty pláče.

U dětí staršího školního věku jsou rovněž časté psychosomatické příznaky a regresivní projevy, ale celkové projevy se začínají přibližovat obrazu deprese u dospělých. Je výrazně vyjádřena smutná nálada, motorická inhibice, předjímání neúspěchu, poruchy sebehodnocení, pocity viny a suicidální úvahy. Děti se zpravidla ocitají v sociální izolaci.

Deprese adolescentů má ještě více společných rysů s depresí dospělých. V celkovém obraze u nich zpravidla dominují poruchy v sociální oblasti, zhoršení výkonnosti ve ško-

le v souvislosti s kognitivními poruchami, zvýšená únavnost, poruchy spánku (hypersomnie nebo nespavost), změny hmotnosti, výrazné kolísání nálad, pocity beznaděje, smutku, bezmocnosti a bezvýhodnosti, zvýšená dráždivost, impulsivní projevy a suicidální jednání. (6)

Pro diagnosu deprese je nutné zjištění 4 – 5 z dále uvedených symptomů: dysforická nebo depresivní nálada, anhedonie, pocity nepřijímání blízkými lidmi, afektivní labilita, ztráta nebo úbytek energie, ztráta nebo úbytek zájmů, změny chuti k jídlu, nedostatečná koncentrace, pocity prázdnoty, depersonalizace, suicidální myšlenky, depresivní myšlenky, pocity beznaděje (7).

Snad ještě méně než dětská deprese byla v minulosti diagnostikována bipolární afektivní (maniodepresivní) porucha, jejíž základní charakteristikou jsou patické výkyvy nálad a aktivity ve směru zvýšení nebo snížení.

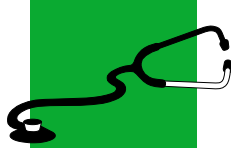
Je m.j. možné, že pouze nejvážnější manio-depresivní porucha u dítěte vzbudila pozornost kliniků, protože manické epizody mohly být dlouho tolerovány rodiči jako fáze vývoje dítěte a to speciálně tehdy, jestliže neinterferovaly se školním vzděláváním.

Dalším zdrojem informací o opomíjení této diagnosy u dětí jsou sami jejich rodiče, kteří trpěli bipolární poruchou a jejich potomci mají vysoké riziko onemocnění. Tito rodiče si pamatují, že jejich potížím byla věnována malá pozornost a jsou schopni rozpoznat patologické aspekty manického chování svých dětí.

Literatura týkající se dospělých nemocných uvádí, že 20 – 40% dospělých mělo začátek svých obtíží v dětském věku.

V každém věku se manický „subjekt“ v průřezu jeví tak, že je šťastnější než ostatní lidé vzhledem k jeho nakažlivému veselému a povznesenému ladění. Je pravda, že může být velmi zavádějící vidět na první pohled





šťastné, smějící se dítě v ordinaci v kontextu závažné anamnesy (např. vyloučení ze školy, rodinné konflikty). Toto je v kontrastu se smutným, depresivním dítětem, o kterém si všichni myslí, že je nemocné, protože je velmi obtížné konceptualizovat, že navenek šťastné dítě trpí vážnou psychopatologií. Proto je velmi důležité zkoumat dětské emoce ve vztahu k osobní historii dítěte a všimnout si nesrovnalostí mezi trvalou nakažlivou elací manických pacientů v kontextu jejich osobní historie.

K diagnostikování mánie je potřebné zjištění alespoň tří příznaků z níže uvedených: zvýšená aktivita nebo motorický neklid, nadměrná hovornost, zrychlené tempo řeči, myšlenkový trysk, ztráta zábran, snížená potřeba spánku, velikášství, měnění aktivit a plánů, neodpovědné, rizikové chování, zvýšená sexuální aktivita u adolescentů. (3)

Na rozdíl od pacientů s čistou poruchou chování, např. manické děti a adolescenti vědí, že je velmi špatné krást, ale věří, že oni jsou „nad“ zákonem. Obvyklý velikášský výmysl adolescentů se většinou týká toho, že dosáhnou v nejbližší době prominentního postavení, např. stanou se právníkem, i když selhávají ve škole. Podobně např. manický adolescent, který vůbec nemá hudební talent, nebo vůbec není schopen udržet melodii, věří, že se z něj stane rocková hvězda.

Nepodobně s depresivními pacienty, kteří mají potíže s usínáním, jsou manické děti před spaním velmi aktivní, maničtí adolescenti zpravidla čekají, až usnou rodiče a potom začnou vyvíjet nejrůznější aktivity.

Mnohomluvnost je relativně podobná ve všech věkových skupinách, bývá velmi těžké nebo nemožné tyto pacienty přerušit nebo zastavit. Myšlenkový trysk bývá často dětmi popisován ve velmi konkrétní podobě. Např. dítě je přesvědčeno, že není schopno udělat vůbec nic, protože myšlenky všechno přerušují. Jedna adolescentka si přála, aby měla na čele knoflík, který by vypnul její myšlenky. Myšlenkový trysk u dětí je velmi podobný tomu, který můžeme pozorovat u dospělých, ale mají obsah specifický pro dětský věk.

Zvýšení motorické aktivity a jednání, které má smysl a směřuje k nějakému cíli, může

v mnoha případech působit normálně. Manické dítě je schopno ve velmi krátkém časovém období např. vyrobit závěsy, začít ilustrovat knihu, uskutečnit řadu telefonických hovorů, změnit uspořádání bytu a pod.

Hypersexualita se často objevuje u těch dětí, které byly vychovány v konzervativní rodině a dosud neměly žádné sexuální zkušenosti. Děti mohou excesivně masturbovat, někdy i bez jakéhokoliv skrývání a když se jim v tom začne bránit, odcházejí jinam, aby mohly pokračovat ve stimulaci. Ve škole dělají nemravné návrhy vyučujícím a mají otevřené sexuální poznámky adresované spolužákům. Starší děti jsou schopny telefonovat na množství telefonních sex-lines a rodina na to většinou přijde teprve až když dostane telefonní účet. Starší adolescenti a dospělí střídají partnery.

Zájem o peníze se u mladších dětí objevuje ve škole, kde se zpravidla pokoušejí začít svůj byznys, objednávají množství věcí, plánují výlety, nakupují jízdenky nebo letenky, jsou schopni zavolat na 800 – 900 telefonních čísel.

U všech věkových skupin je obvyklé toulání. U starších adolescentů nebo dospělých je častá divoká jízda v autech nebo jízdy na černo v nejrůznějších dopravních prostředcích. U dětí se často manifestují grandiosní iluze, že jsou schopny vylétnout z okna, přeskakují ze stromu na strom nebo chodí po střeších a věří, že jsou povzneseny nad jakékoliv nebezpečí.

Děti mohou mít záchvaty smíchu a mohou se šťastně věnovat umělecké činnosti, když najednou bez jakéhokoliv zevního vlivu začnou být psychicky velmi zhoršené, akutně suicidální a začnou mluvit o tom, že by se chtěly zastřelit. Rodiče často popisují svoji frustraci, kdy nejsou schopni přesvědčit lékaře o tom, jak se ladění jejich dítěte rychle přesmykuje, někdy několikrát za den. Bipolární porucha v dětském a adolescentním věku je zpravidla charakterizována velmi rychlým střídáním jednotlivých cyklů, kdy na sebe fáze bezprostředně navazují.

45% adolescentů s depresí v anamneze má novou epizodu mezi 19. a 24. rokem. V tomto věku se také častěji vyskytují nona-

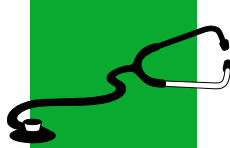
fektivní poruchy než u kontrolní skupiny. U adolescentů s těžkou afektivní unipolární poruchou je ve zvýšené míře stanovována diagnosa hraniční nebo asociální osobnosti, což je konzistentní se zjištěními o souvislosti časného začátku deprese s následnými poruchami osobnosti. Navíc jsou afektivní poruchy zatíženy vysokou suicidalitou; je uváděno, že riziko suicidia je u dětí a adolescentů s afektivními poruchami až 20x vyšší než v ostatní populaci.

Léčba afektivních poruch vyžaduje jednak psychoterapii, resocializaci a reedukaci a v převážné většině případu i psychofarmakoterapii. U deprese se jedná hlavně o anti-depresiva v nutných případech v kombinaci s atypickými neuroleptiky a také antiepileptiky III. generace. V léčbě bipolární poruchy má důležitou roli lithium, ale spíše až u adolescentů, u psychomotorické agitovanosti je možno krátkodobě užít benzodiazepiny.

Shrneme-li negativní dopady afektivních poruch u dětí na kvalitu jejich života, rodiny a širšího sociálního prostředí, vysoké riziko suicidia a nepříznivou prognosu, pokud není onemocnění včas diagnostikováno a léčeno, je evidentní, jak důležitá je včasná diagnostika a efektivní léčba. ■

#### Literatura:

- 1) *Antidepresiva v dětské psychiatrii, Česká a Slovenská psychiatrie*, 95, 1999/4, Supplementum 1.
- 2) Geller B., Luby J.: *Child and Adolescent Bipolar Disorder*. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry* 36/9:1997: 1168– 1175.
- 3) Hort V.: *Bipolární porucha*, kap. 6.1, 181– 188. In: Hort V., Hrdlička M., Kocourková J., Malá E. a kol.: *Dětská a adolescentní psychiatrie, Portál 2000*.
- 4) Hrdlička M.: *Deprese – narůstající problém současnosti*. *Medica revue* 2001/2: 1,7–8.
- 5) Lewinsohn P.M., Rohde P., Klein D.N., Seeley J.R.: *Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder*. *J.Am.Acad.Child Adolescent Psychiatry* 38(1)1999: 56–63
- 6) Malá E.: *Deprese*, kap.6.2., 189– 210, In: Hort V., Hrdlička M., Kocourková J., Malá E. a kol.: *Dětská a adolescentní psychiatrie, Portál 2000*.
- 7) Paclt I., Florian J.: *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Grada 1998.



# Dětský autismus

MUDr. František Čihák

Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod

Cílem článku je seznámení široké pediatrické obce s problematikou autismu u dětí, které je v posledním desetiletí věnována stále větší pozornost. Budeme se zabývat diagnostickými jednotkami dětský autismus, atypický autismus a Aspergerův syndrom.

**Autismus** je porucha ověřování reality způsobená patologickou orientací myšlení výhradně na osobní přání a potřeby, uzavřením se v sobě a své fantazii a odtržením od světa (Akademický slovník cizích slov 1998). Eugen Bleuler (1911) považoval autismus u dospělých za přímý důsledek schizofrenního rozštěpu psychiky.

**Dětský autismus** prvně popsal u skupiny 11 mentálně retardovaných dětí Leo Kanner v roce 1943. Zjistil u těchto dětí neschopnost navazovat vztahy s jinými osobami, zpožděný rozvoj řeči s řečovými abnormitami a obsestantní potřebu osamocení a neměnnosti.

Tento soubor příznaků nazval zprvu jako autistickou poruchu afektivního kontaktu, v roce 1944 pak jako raný (či časný) infantilní autismus. Stanovení diagnózy infantilního autismu podmínil začátkem projevů do 2,5 roku života. Poruchu Kanner od počátku odlišoval od schizofrenie a považoval ji za poruchu psychického vývoje, přesto v pozdějších letech až do zavedení současné 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí byl dětský autismus řazen mezi psychózy vznikající specificky v dětství. V současnosti je dětský autismus spolu s dalšími podobnými jednotkami považován za pervazivní, tj. celou osobnost zachvacující a prostupující vývojevou poruchu, nikoli psychózu.

V anamnéze postižených dětí je často nějaká perinatální patologie a nejméně u 80% autistických dětí můžeme dostupnými vyšetřovacími metodami (EEG, CT, MRI) zjistit různě závažné nespecifické neurobiologické poškození CNS. Někdy však není zjištěna žádná strukturální ani funkční abnormita

mozku. U většiny autistických dětí zjišťujeme určitý stupeň mentální retardace, mívají však ostrůvkovitě zachované normální a někdy i výjimečné dovednosti či schopnosti a manuální zručnost, často dobrý hudební sluch. Úroveň intelektu nelze spolehlivě určovat běžnými psychologickými testy kvůli nezájmu a neschopnosti spolupráce. Frekvence výskytu poruchy se uvádí v různých studiích od 2 do 20 na 10 tisíc dětí, přičemž je 4–5 krát větší u chlapců než u dívek. Reálný je nejspíše počet 2–5 případů na 10 tisíc dětí. Údaje o výskytu vyšším pocházejí od autorů, jejichž pojetí autismu je širší a zahrnuje i děti s primární mentální retardací, u kterých je určitý stupeň autismu pravidlem.

## ■ Diagnostická kritéria dětského autismu

1. Kvalitativní narušení **reciproční sociální interakce** – nedostatek očního kontaktu, chybění recipročního úsměvu, nezájem o kontakt s jinými osobami, neschopnost společné hry s vrstevníky, vyhýbání se tělesným kontaktům iniciovaným ostatními lidmi.

2. **Narušení kvality komunikace** – opožděný rozvoj řeči nebo její úplné chybění, bez snahy nahrazovat řeč mimikou či gesty, neregulace v konverzačním hovoru, neologismy, echolálie a verbigerace, zvláštní a stereotypní skladba vět, neschopnost rozumět symbolům, nezvyklá intonace, výška a hlasitost řeči.

3. **Omezený a opakující se repertoár chování, zájmů a aktivit** – motorické stereotypy, zejména manýrování, grimasování, kroucení či třepání rukama a prsty, chůze či pobíhání stále po stejné trase, poskakování a lpění na dodržování rituálů. Vokální a řečové stereotypy, fascinace vizuálními a auditivními aspekty předmětů, poklepávání na ně a zkoumání jejich nefunkčních vlastností, zájem o neživé (tzv. non soft) hračky, neochota

k nácvičku sebeobsluhy a kousání stravy, vyžadování krmení.

4. **Nepřiměřené emoční reakce** – záchvaty úzkosti s velmi intenzivními výbuchy zlosti, sebepoškozováním, znečišťováním výkaly, koprofaliami a ničením věcí, když není vyhověno přání dítěte nebo je mu bráněno ve vykonávání jeho rituálů a naopak až bizarní projevy nadšení při uspokojení vlastních potřeb.

**Atypický autismus** je diagnostická kategorie, do níž zařazujeme pacienty, kteří buď nespĺňujú všechna kritéria pro dětský autismus nebo se u nich porucha začala rozvíjet později než ve třetím roce života.

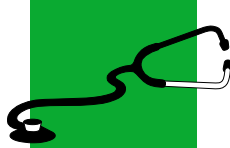
**Aspergerův syndrom** je podobné postižení dětí s kvalitativně narušenou schopností sociální interakce, ale při nadprůměrných rozumových schopnostech a dobře rozvinuté řeči. Typické jsou speciálně vymezené zájmy a stereotypní aktivity, nejčastěji zaujetí dopravními prostředky a dopravou vůbec, nepřizpůsobivost a motorická neobratnost. Tuto jednotku popsal v roce 1944 Hans Asperger a nazval ji autistickou psychopatií. Dlouhodobě se vedou diskuse o tom, zda dětský autismus a Aspergerův syndrom jsou rozdílné nozologické jednotky nebo pouze varianty téže poruchy. U Aspergerova syndromu se nevyskytuje manýrování a zájem o nefunkční aspekty předmětů, u vysoce funkčního autismu, tj. autismu s normální či nadprůměrnou úrovní rozumových schopností, zase nebývá neohrabanost typická pro Aspergerův syndrom. V současnosti se oba koncepty sblíží.

Pro ilustraci předložených literárních údajů uvádím dvě kazuistiky dětí hospitalizovaných na našem oddělení s projevy autismu.

## ■ I. kazuistika: Dětský autismus

Chlapec 9,5 roku, bez hereditární zátěže, matka 39–letá, v I. manželství porodila 3

**inzerce 1**



zdravé děti, ve druhém před narozením pacienta 1 mrtvý plod. Gravidita byla riziková, udržovaná, porod v termínu, 3 dny po odtoku plodové vody, císařským řezem. Zjištěna hemodynamicky nevýznamná vrozená srdeční vada (perimembranosní defekt), trpěl častými respiračními infekty.

Od narození byly nápadnosti v chování – nechystal se prsu, nehlásil se o jídlo, plakal jinak než ostatní děti, nerozvinula se řeč, do 6 let byl zcela inkontinentní, nehrál si s dětmi ani s hračkami. Neurologicky byla prokázána DMO, CT mozku difúzní atrofie, IQ v 7 letech bylo stanoveno 30–40, byl zařazen do pomocné školy, ale záhy byl zbaven povinnosti školní docházky a je trvale v péči matky. Stravu nekouše, vyžaduje kašovitou, vykřikuje jen slabiky. Nesnáší změny. Nelibost vyjadřuje křikem, je neklidný, tuče se do hlavy a kouše se. Miluje zrcátka, s nimiž si hraje, a časopisy, které trhá na proužky a sestavuje z nich „vláčky“.

K hospitalizaci byl odeslán pro nevládnutelnost po přestěhování nábytku v bytě.

Na oddělení pobíhal stále stejnou trasou, vbíhal do místností, ale pořád se držel na dohled od dospělých, vykřikoval několik špatně artikulovaných slov, zvláštním způsobem si hrál s rukama, často ve dne zalézal do lůžka na izolaci, které si sám vybral, a stereotypně se v něm převaloval nebo jen převracel hlavu ze strany na stranu. Často se dožadoval krmení, chtěl sladkosti. Jídlo nekousal, vyplivoval tužší sousta, odmítal se krmit sám. Při převlékání byl zcela pasivní. Zmocňoval se zrcátek a když je rozbil nebo ztratil, vztekal se, bouchal do zařízení oddělení, násilně prohlížel příchozím kapsy a kabelky a dožadoval se nového zrcátka křičením „zao“ (zrcadlo). Někdy odmítal jít na WC, jindy tam běhal zbytečně často.

Léčba: risperidon 3 mg/d, umožnění volného pohybu po oddělení, trpělivé a důsledné vedení při nácvičku sebeobsluhy. Při propuštění po 6 týdnech byl klidnější, afekty zlosti byly méně časté a méně intenzivní, naučil se jíst lžičkou, dokázal se i sám obléknout. Při vycházkách pobíhal v dohledu. S dětmi si nehrál ani s nimi nekomunikoval.

Po 18 dnech musel být pro neklid, úzkost a sebepoškození rehospitalizován. Jedna-

lo se o reakci na další přestěhování nábytku v bytě a na pobyt v jiném prostředí během dovolené rodičů. Na oddělení bylo jeho chování stejné jako dříve, medikace byla ponechána, po 5 týdnech mohl být propuštěn domů.

## ■ 2. kazuistika: Atypický autismus

Chlapec 14,5 roku z první, fyziologické gravidity svobodné matky. Porod v termínu, kleštový. Byl resuscitován pro zástavu ozev, 3 dny byl v inkubátoru, 2 měsíce v kojeneckém ústavu. Neprosplával, do roka byl spavý, hypotonický, proto byl rehabilitován a stav se zlepšil. V roce chodil, mluvil od 2 let. Enuréza trvala do 6 let. Nestonal.

V MŠ si nehrál s dětmi, plakal, psychologicky byla diagnostikována lehká debilita a autistické rysy, byl zařazen do pomocné školy. Mluvil si pro sebe, nenavazoval kontakt s dětmi, reagoval nečekaně a nepřiměřeně. Ve 12 letech bylo stanoveno IQ 45 a byl umístěn v ÚSP. Byl impulzivní, neklidný, hrál si primitivní hry, většinou byl euforický, ale emočně labilní, často a zvláště doma u matky nevládnutelný. Často zuřil, trhal na sobě šaty, rozbíjel předměty, močil po chodbách, obnažoval se, schválně kálel do šatů. Proto byl odeslán k hospitalizaci.

Na našem oddělení stále energicky chodil, hlavně v kruzích, a byly nápadné rituály, kdy se otáčel kolem vlastní osy. Nevydržel sedět, vše osahával, očichával si ruce, grimasoval a manýroval, komentoval vlastní jednání, usilovně mrkal, nuceně kašlal, forsírovaně dýchal, vrtal se v nose, smrkal do rukávu, manipuloval genitálem, někdy se i obnažil a masturboval. Jeho řečový projev byl velmi spisovný, někdy dobře artikulovaný, jindy záměrně drmolivý. Když mu bylo zabráněno vykonat rituál, byl masivně úzkostný, pobíhal, křičel, mnohonásobně opakoval vulgarismy, kopro- a pornolalie. Radost projevovoval výskáním fistulí, vykřikováním slovních novotvarů a vyskakováním. Rušil dětem programy. Ven chodil nerad, což dával najevo tím, že si při vycházkách svlékal kalhoty a opakovaně se i pokálel, aby se musel vrátit na oddělení.

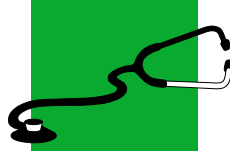
V kontrastu s popsáním převažujícím psychomotorickým neklidem byla nápadná trpě-

livost a zručnost, s níž bez předlohy vyráběl z různých materiálů letadla o velikosti od několika milimetrů do několika centimetrů. Svoje výtvary však vždy časem sám zničil. Letící letadla, ale i jejich obrázky v časopisech, jej uváděla v nadšení. Rád poslouchal písničky a řadu jich pěkně zpíval. Ve škole byl schopen jen individuální výuky, rychle se unavil. Po napomenutí běhal dokola, bouchal do nábytku, sprostě nadával, házel věcmi. Intelkt je nerovnoměrně rozvinutý, globálně v pásmu horního pásma lehké mentální retardace. Chlapec umí dobře číst a píše s gramatickými chybami smysluplné texty. EEG je hrubě abnormní, ale nemá jednoznačně paroxyzmální charakter. CT mozku prokázalo normální anatomické poměry.

Léčba: risperidon 4 mg /d, sulpirid 1200 mg /d, trpělivé a důsledné vedení, nácvičku sebeobsluhy, jednoznačné odmítání snah o manipulaci. Chlapci dlouho trvalo, než pochopil, že zlostnými afekty a destruktivním jednáním nedosáhne splnění svých přání a naučil se je vyjadřovat přijatelným způsobem. Při propuštění po 14 týdnech byl klidnější, byl schopen vycházek se skupinou, nesvlékal se na veřejnosti, afekty byly mírnější a méně časté.

Domnívám se, že předložené kazuistiky dokládají dostatečně můj názor, že **dětský autismus je vlastně extrémní egocentrismus**. Autistické dítě se nechce přizpůsobovat svému okolí, ale snaží se přizpůsobit okolí a chování ostatních lidí svým potřebám, a to i agresí.

Pro výchovu a vzdělávání autistických dětí je potřeba odhodlání, empatie, trpělivost a důslednost. Z tohoto poznání musíme vycházet při volbě výchovných postupů a také při edukaci rodičů. Autisti jsou klidnější, když mají k dispozici dostatečný prostor, v němž mohou ventilovat svoji hyperaktivitu, proto jim vyhovuje prostředí na našem oddělení. Psychofarmakologická léčba neovlivňuje „jádrové“ příznaky autismu, pouze mírně nežádoucí behaviorální projevy a vede ke zmírnění afektů.



# Roztroušená skleróza mozkomíšní – onemocnění nevyhýbající se ani dětskému věku

MUDr. Eva Havrdová, CSc.

Centrum pro demyelinizační onemocnění, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

RSM není výhradně onemocněním dospělých, ačkoli u většiny pacientů dojde k prvním klinickým projevům mezi 20. a 40. rokem. Zlepšené diagnostické možnosti dovolují včasné stanovení diagnózy a příslušný terapeutický zásah.

RS je autoagresivní onemocnění, při němž je autoimunitní útok zaměřen proti antigenům bílé hmoty CNS. T lymfocyty rozpoznávající antigenní struktury myelinových pochev jsou neznámým mechanismem (obviňuje se řada virů či superantigeny bakterií) stimulovány na periférii, přestupují hematoencefalickou bariéru a iniciují zde vznik perivaskulárních zánětlivých ložisek. Tyto infiltráty kolem drobných cév obsahují T lymfocyty, makrofágy a B lymfocyty transformující se v plasmatické buňky a tvořící protilátky. V zánětlivém ložisku dochází k rozpadu myelinu a k přetržení části nervových vláken. Myelin může být na počátku nemoci zčásti obnoven, ztráta axonů je samozřejmě nevratná.

Lokalizace zánětlivých ložisek rozhoduje o **klinické symptomatologii**. Tak jako u dospělých, i u dětí bývá často prvním příznakem optická neuritida s poruchou zraku a bolestivostí bulbu na pohmat i při pohybech. Prvním příznakem RS může být i intermediální uveitida.

Závažnější jsou hybné poruchy – centrální parézy (monoparézy, hemiparézy, paraparézy) a mozečková symptomatologie s třesem a inkoordinací pohybů. Poruchy rovnováhy se projeví nejistou chůzí. Z mozkových nervů bývá nejčastěji postižen obrnou lícní nerv a okohybné svaly (objeví se dvojité vidění, nystagmus).

Méně často se objevují sfinkterové poruchy, jsou však pravidelnou součástí transversální léze míšni.

Častými a přehlíženými symptomy začátku nemoci bývají poruchy citlivosti postihující různé části těla. Projevují se brněním, mravenčením, hypestesií, pálením i bolestí. Únava je častým nespecifickým iniciálním symptomem RS a provází většinu atak nemo-

ci. Kognitivní poruchy se vyskytují při masivním postižení frontálních a temporálních laloků, jen výjimečně je však pozorujeme v začátku choroby.

## ■ Průběh choroby

V 80 – 85% případů probíhá onemocnění v prvních 10 – 15 letech jako relabující – remitentní, tedy s atakami neurologické symptomatologie, mezi nimiž mohou být různé dlouhá období remise. Během remise může být neurologický nález zcela normální, po opakovaných atakách však již zůstává určité reziduum a roste tak, jak jsou opakovaným poškozováním CNS vyčerpávány jeho rezervy. Toto období je klinicky charakterizováno postupným nárůstem neurologické symptomatologie s méně vyjádřenými relapsy, označujeme ho jako sekundární chronickou progresi. Primární progresi postihuje jen asi 10 – 15% pacientů (převážně dospělých) a je charakterizována postupným nárůstem neurologického deficitu bez relapsů a remisí nemoci.

Kolem 5% pacientů má průběh maligní, s těžkými relapsy a zhoršováním stavu i mezi nimi. Tento průběh může skončit do několika málo let těžkou invaliditou. 10 – 15% pacientů má po celý život průběh tzv. benigní, tedy s minimálním neurologickým deficitem, s minimální invaliditou. U ostatních je průběh velmi individuální. Relapsy se často dostávají po virových infekcích, fyzickém či psychickém stresu. Variabilní průběh je nepochybně dán zčásti geneticky – schopností imunitního systému regulovat autoimunitní reakci. RS není dědičná, nepochybně se však dědí imunitní pozadí, na němž je vznik autoimunity umožněn.

## ■ Diagnostika RS

Podezření na RS se zakládá v prvé řadě na klinickém obraze s výskytem přechodných neurologických příznaků, odpovídajících postižení CNS. Pro potvrzení diagnózy je potřebný průkaz alespoň dvou lézí v bílé hmotě

CNS, tzn. musí jít o příznaky, které nelze vysvětlit z jednoho ložiska v mozku či míše. Druhé ložisko lze dokumentovat pomocnými vyšetřovacími metodami – dříve pomocí evokovaných potenciálů, dnes suverénně metodou MRI, která při své vysoké rozlišovací schopnosti umí zobrazit zánětlivá ložiska jako hyperintenzity v T2 vážených obrazech nebo v sekvenci FLAIR. Další potřebnou metodou je vyšetření mozkomíšního moku. Přináší informaci o míře zánětlivých změn a pomocí izoelektrické fokuzace o přítomnosti oligoklonálních proužků IgG, které jsou projevem tvorby IgG klony plazmatických buněk v kompartmentu CNS. Přítomnost více než dvou proužků v moku v porovnání se sérem podporuje podezření na RS. Vyšetření je třeba provádět pouze v certifikovaných laboratořích, protože jde o technicky velmi náročnou analýzu. V akutní atace je přítomno v moku i zvýšené množství mononukleárních buněk (především lymfocytů) do 100/3. RS nemá odraz v periferní krvi, i když lze často nalézt nespecifické odchylky při imunologickém vyšetření (vyšší zastoupení procenta CD3+ buněk, nižší zastoupení CD8+, NK buněk a B lymfocytů).

**V diferenciální diagnostice** je nutno v prvé řadě odlišit mozkové a míšní tumory, cévní malformace v NS a metabolická a neurodegenerativní onemocnění. Základními metodami pro diferenciální diagnostiku je vyšetření MRI a vyšetření mozkomíšního moku. Kritickým dětským obdobím vzniku prvních příznaků RS je nástup puberty, vzácně diagnostikujeme toto onemocnění dříve.

## ■ Léčba

Díky pokroku v rozpoznání patogenetických mechanismů nemoci se v posledních 20 letech posunuly i možnosti terapeutické. Sdělení diagnózy tak přestalo být sdělením osudu a u řady nemocných lze docílit dlouhodobé stabilizace choroby, i když ne jejího vyléčení.





### Léčba akutní ataky

U všech věkových kategorií je při výskytu relapsu choroby indikována terapie vysokými dávkami kortikosteroidů intravenózně (v celkové dávce 40–50 mg methylprednisolonu/kg během 3 – 5 dnů) následovaná postupnou kúrou perorálního ethylprednisolonu (eventuálně prednisonu) až do vysazení během 1 – 2 měsíců. Rychlé vysazení steroidů vede často k vzplanutí aktivity nemoci, ponechání vysokých dávek per os k vývoji vedlejších účinků steroidů včetně zastavení růstu.

### Dlouhodobá terapie

Zcela zásadní změny prodělal v posledních letech postoj k léčbě dlouhodobé, zaměřené ke snížení počtu relapsů a zastavení progresu nemoci. Klinické pokusy, které uvedly do praxe interferon beta a glatirameracetát (dříve nazývaný kopolymer-1), ukázaly jasně, že aktivita choroby, objektivně detekovatelná na MRI, je trvalá, a že tedy léčebné ovlivnění se nemůže týkat jen akutních vzplanutí choroby, ale musí být také trvalé.

Ačkoli byly interferony beta i glatirameraacetát zkoušeny pouze na osobách starších 18 let, všude ve světě se nyní přistupuje k jejich používání i u mladších věkových kategorií pro jejich minimální vedlejší účinky (i když v obou případech jde zatím pouze o injekční formy léků).

Vzhledem k vysokým nákladům na tyto tzv. léky první volby je v ČR stanovena řada kritérií pro zařazení pacienta do této léčby a všichni pacienti jsou sledováni podle jednotného protokolu v Centrech pro RS při některých fakultních neurologických klinikách. Mezi kritéria patří kromě remitentního stadia choroby také její vysoká aktivita a relativně dobrý klinický stav. Donedávna byl jedním z kritérií i věk, ale v posledním roce bylo zařazeno do této náročné léčby i několik dětí mezi 14. – 16. rokem věku.

Předpokládaným mechanismem účinku je u interferonu beta především snížení proliferace aktivovaných lymfocytů a snížení tvorby zánětlivých mediátorů schopných poškození CNS, jako jsou interferon gama a tumory nekrotizující faktor. Jeho vlivem dochází také ke zlepšení funkce regulačních lymfocytů. U glatirameraacetátu je terapie antigen-specifičtější, protože tento kopolymer se váže na MHC molekulu antigen-předkládající buňky, je rozpoznán populací lymfocytů specifických pro jeden z hlavních myelinových antigenů

a na podkladě tohoto stimulu dochází k množení regulačních myelin-specifických buněk. Ty cestují za svým antigenem do mozkové tkáně a tam působí protizánětlivě. Nástup účinku glatirameraacetátu je pomalejší, než je tomu u interferonů, ale efekt má tendenci postupně narůstat. Jak subkutánně podávané interferony beta, tak glatirameraacetát mají tendenci způsobovat kožní reakce v místě vpichu, u interferonů je navíc vedlejším účinkem tzv. „flu-like“ syndrom, chřipkové příznaky vyskytující se několik hodin po vpichu (většinou je lze tlumit antirevmatiky). Léky první volby ovšem také nevedou k vyléčení choroby a ani k zastavení její progresu nedochází u všech pacientů. Proto i k těmto nákladným lékům je třeba někdy přidat klasickou imunosupresi (nejčastěji nízké dávky azathioprinu a kortikosteroidů), která je jinak užívána všude tam, kde nejsou splněna kritéria pro zavedení léčby první volby (respektive kritéria pro její úhradu zdravotními pojišťovnami). Pacient na imunosupresivní, přesněji (vzhledem k nízkým dávkám) imunomodulační léčbě musí být pečlivě klinicky i laboratorně sledován, aby se předešlo možným vedlejším účinkům. Krevní obraz včetně diferenciálního rozpočtu a jaterní testy se provádějí jednou za dva měsíce, sleduje se glykemie, funkce ledvin, denzita kostí. U pacientů, u nichž je imunosuprese kontraindikována (chronické herpetické infekce, imunodeficit) a není možné zavést léky první volby, lze zkusit imunosupresivní dávky intravenózních imunoglobulinů.

V **chronicko-progresivní fázi** nemoci je terapie obtížnější, protože aktivního zánětu je méně, převažují degenerativní procesy a nervový systém je v situaci vyčerpání svých rezerv. Podle stavu lze zkusit pulzní podávání cytostatik (v kombinaci se steroidy) nebo intravenózní imunoglobuliny. Z cytostatik se užívají ponejvíce cyklofosfamid a mitoxantron, sledování toxicity je ještě přísnější než u perorální imunosupresivní léčby.

Jakéhokoli stadia nemoci se týká i **léčba symptomatická**. Spasticitu ovlivňujeme centrálními myorelaxancii (baclofen, tizanidine, tetrazepam, thiocholchikosid), ovšem jen potud, pokud pacienta skutečně subjektivně obtěžuje. Při těžších parézách může totiž spasticita zajišťovat stejnou funkci dolních končetin. V léčbě spasticity je nezastupitelná vhodná fyzioterapie.

Sfinkterové obtíže řešíme vždy ve spolupráci s urologem, který provádí urodyna-

mické vyšetření a na jeho základě zvažuje terapii.

Nepříjemné parestesie či záchvatové projevy (např. bolest trojklaného nervu) tlumíme karbamazepinem nebo gabapentinem. K péči o pacienta s RS nedílně patří péče o jeho duševní i fyzickou kondici, minimalizace stresů, pravidelná fyzická aktivita. Dříve doporučované omezení jakékoli námahy je dnes omezeno na období akutních zhoršení choroby, jinak vede k závažné fyzické dekonkci nemocných.

Vitaminoterapie je dnes považována pouze za podpurný typ terapie, indikovaný hlavně po vyčerpání a infektech, za léčbu nemoci ji nelze v žádném případě považovat. Všechny infekční fokusy by měly být dobře sanovány (zuby, dutiny, kůže), při celkových infekcích by měla být antibiotika užitá vždy včas, aby se zabránilo nadměrné aktivaci imunitního systému, která často vyprovokuje ataku RS. Nutné je i opakované vyšetřování kultivace moči, protože chronická močová infekce je nejčastějším fokálním infektem a ohrožuje ve svém důsledku funkci ledvin.

Často zjišťujeme deficit tvorby IgG v některé IgG podtřídě, tyto pacienti by měli dostávat v zimním období intramuskulární imunoglobuliny, u ostatních podáváme v případě častých infekcí amantadin v dávce 100 mg denně jako prevenci virových infekcí. Očkování proti chřipce chrání proti jedinému typu virového onemocnění během zimy, doporučujeme ho pouze u osob se stabilizovanou nemocí, vysokým rizikem nákazy během epidemie a doporučujeme minimálně týden fyzického šetření. Stejná pravidla platí i pro ostatní nepovinná očkování.

### Závěr

Onemocnění RS je v populaci velmi časté, nevyhýbá se ani věkové kategorii 10 – 15 let. Jeho diagnostika je dnes možná časně s návazným časným ovlivněním imunitního systému. Na tuto možnost by se tedy mělo pomýšlet, aby nedošlo k nevratnému poškození CNS nebo aby toto nebezpečí bylo alespoň minimalizováno.

*Centra pro RS lze nalézt a kontaktovat na těchto fakultních neurologických klinikách: 1. LF UK a VFN Praha 2, 2. LF UK a FN Motol - Praha 5, 3. LF UK a FNKV - Praha 10, FN Hradec Králové, FN Plzeň, FN Brno-Bohunice, FN Olomouc, FN Ostrava, a regionálně v Baťově nemocnici ve Zlíně.*

**inzerce 2**



# Tři roky provozu I. EEG - biofeedback centra v Českých Budějovicích

PhDr. Marie Kovářová, MUDr. Libor Válek

I. EEG-biofeedback centrum České Budějovice

Počátkem roku 1998 bylo otevřeno I. EEG-biofeedback centrum v Č. Budějovicích. Prakticky od otevření bylo centrum zaměřeno zejména na dětskou klientelu, trvale zde spolupracovali dětský lékař s dětskou psychologičkou, oba absolventi kompletního výcviku v EEG-biofeedback tréninku a dalších odborných stáží. Velmi úzká je spolupráce s pedagogicko-psychologickými poradnami. Podle potřeby bývá konzultován dětský neurolog.

**EEG-biofeedback trénink je neuropsychologická metoda** založená na empiricky zjištěném poznatku, že podporování vyššího podílu frekvencí nízké bety v EEG křivce vede k některým žádoucím změnám v chování trénovaných. Tvůrcem metody je prof. Barry Sterman, Ph.D. z Lékařské fakulty Kalifornské university v Los Angeles, USA. V ČR se o rozšíření metody zasloužil PhDr. J. Tyl.

Původně byla metoda aplikována při přípravě kosmonautů v projektu Apollo. Zde bylo cílem zvýšit psychickou odolnost kosmonautů vůči stresům. Zároveň bylo při experimentech na zvířatech zjištěno, že tento trénink je činí odolnější vůči epileptogením vlastnostem raketového paliva. Tento poznatek byl východiskem k použití u epileptiků. Později se použití rozšířilo na pacienty s ADHD (Attention Deficit Hyperactivity disorder, u nás dříve známé jako lehká mozková dysfunkce - LMD), poruchami učení, zvl. dyslexií, poruchami chování, stavy po úrazech a CMP, poruchami spánku, autismem, depresiemi, nejrůznějšími psychosomatickými chorobami. Velmi podstatnou součástí tréninku je psychoterapeutický přístup personálu ke klientovi.

**Během 3 let provozu našeho centra ukončilo trénink 89 klientů, dalších 14 absolvovalo cca 20 sezení (z nichž některé nelze hodnotit).**

U všech klientů bylo provedeno vstupní psychologické a EEG vyšetření. Bylo snahou zajistit i následné vyšetření stejného rozsahu, to se však podařilo pouze u části klientů

Úspěšnost tréninku jsme hodnotili podle subjektivního pohledu rodičů, prarodičů a učitelů, dále podle změn zachycených při psychologickém vyšetření a podle změn na EEG - jak zachycených během tréninku tak při následném dia-

gnostickém EEG vyšetření.

Vyjádření rodičů a dalších osob jsme získávali jednak během tréninku a při jeho ukončení a dále potom formou dotazníku, který rodiče vyplňovali s několikaměsíčním odstupem od ukončení tréninku, kdy se již dalo vyloučit náhodné přechodné zlepšení. Rodiče byli upozorněni na skutečnost, že jejich výpovědi jsou pro nás východiskem pro informaci dalších zájemců a že není žádoucí výsledky nadhodnocovat, naopak by se měli vyjádřit velmi střídavě. Dotazník odeslalo zpět 38 klientů (43%). V 6 případech bylo hodnocení v dotazníku lepší než po ukončení tréninku, ve 2 případech bylo nepatrně horší, v 1 případě původně rodiče hovořili o zlepšení, v dotazníku pak uzavřeli jako „něco lepší, něco horší“, v ostatních případech bylo potom stejné hodnocení po ukončení tréninku i v zaslaném dotazníku.

33 klientů podstoupilo následné psychologické vyšetření (37%). V 25 případech (76%) psychologické vyšetření potvrzuje pozitivní změny udávané rodiči, resp. ve 4 případech dokonce pozoruje výraznější pozitivní změny. V 6 případech psychologické vyšetření změny nepozoruje tam, kde rodiče a ve 2 případech i učitelé pozitivní změny popisují (18%). V 1 případě pak psychologické vyšetření shodně s výpovědí rodičů změny nepozoruje (3%). U jednoho klienta s komplikovanou problematikou dochází ke zhoršení a pak zlepšení psychologického nálezu (3%).

Následné EEG vyšetření podstoupilo 25 klientů (28%). Podmínky, za kterých bylo EEG natáčeno, nebyly standardisovány. Vždy se jednalo o 20 minutový záznam včetně provokačních metod - hyperventilace nosem, ústy a fotostimulace. Někteří klienti však v době natáčení kontrolního EEG užívali medikaci, kterou předtím neměli. Natáčelo se v různou dobu - při různém stupni únavy až usínání a při různém odstupu od posledního jídla. Také nebylo bráno v úvahu, zda zrovna dítě neprodělává nějaké lehké akutní onemocnění.

Během tréninku máme možnost mnoho hodin sledovat EEG obraz a vidíme, jak se mění při poklesu atmosférického tlaku, nachlazení dítěte, po jídle apod.

**Byly pozorovány tyto změny:**

8 klientů EEG obraz nezměnilo. Většinou se jednalo o ty, kteří měli již vstupní EEG v normě. U dvou z těchto klientů neurolog konstatoval podstatně lepší spolupráci klienta při natáčení EEG po absolvování tréninku. U dalších dvou přetrvával středně těžce abnormní graf pro příměs theta vln.

12 klientů jeví zlepšení v EEG obraze:

7x jde o vyzrálejší graf

2x méně epi aktivity

3x vymizení generalisovaných hrotů

3x byla zachycena drobná abnormalita, která nebyla patrná na počátečním záznamu (2x oj. hroty, 1x oj. theta výboj). U jednoho z těchto klientů bylo pozadí nálezu zlepšeno, u dvou stejné. 1x bylo zachyceno v následném EEG po spánkové deprivaci ojedinělý generalisovaný S-W komplex. Šlo o chlapce s výukovými obtížemi a velmi neklidným spánkem, který se výrazně zlepšil ve škole a také spánek se upravil. Lze předpokládat, že problémy ve škole souvisely s nekvalitním spánkem a tento byl částečně dán api aktivitou ve spánku.

1x u chlapce s velmi komplikovanou problematikou (ADHD, balbuties, dyslexie, enuresa, konstituční opoždění růstu a puberty, rodinná problematika), který se po první serii 40 sezení klinicky zhoršil a po dalších 40 opět zlepšil projevoval EEG nálezu také výkyvy. Chlapec v té době prodělal řadu psychotraumat a také urologickou operaci. Zřejmě se jedná o rozvoj tzv. epileptosy a náš trénink nepomohl. Matka udávala výrazné zhoršení stavu po narkose.

Zde snad stojí za zmínku, že zhoršení stavu po narkose je u afekcí CNS obecnějším jevem (např. zhoršení pouřazového stavu po stomatologickém ošetření v celkové anestezii).

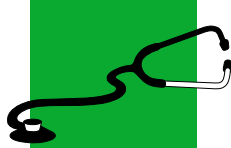
Nejpočetnější skupinou klientů byly školní děti s **ADHD**. Popis této jednotky lze nalézt např. v článku Paclta a Floriana v Čs pediatrii 54/1999, č. 9, str. 503-508.

**Celkem prošlo naším pracovištěm 45 klientů s převažující diagnosou ADHD s těmito výsledky:**

Velmi výrazně zlepšeno: 9 klientů (20%)

Výrazně zlepšeno: 5 klientů (11%)

Zlepšeno: 23 klientů (51%)



Sporně zlepšeno:	5 klientů (11%)
Nezlepšeno:	2 klienti (4,4%)
Zhoršeno:	1 klient (2,2%)
	- viz rozbor níže

Většina klientů byla ve věkovém pásmu 7–12 let (29), 11 klientů bylo 12–16 letých (zde 4 zlepšení, 4 zlepšení sporně, 1 výrazně zlepšen, 1 nezlepšen a 1 zhoršen – tedy nejhorší výsledky jsou v této skupině. Je ovšem třeba říci, že zde je svízelné hodnocení vzhledem k pubertě a že bychom očekávali v tomto věku obecně zvýraznění problémů).

1 klientka byla v pásmu 20–30 let, zde šlo o kombinaci ADHD a lehké mentální retardace, došlo k osamostatnění této klientky, lepším rozhodování, ona i její matka projevily spokojenost. 4 klienti pak byli v předškolním věku či v odkladu školní docházky. Zde byl 1 zlepšen velmi výrazně (celkové vyzrání „před očima“), 1 se současnou mentální retardací se sice zlepšil, ale ne více, než jak se zlepšoval předtím (poté, co začal žít v adoptivní rodině), 1 vyzrál částečně, 1 sice také vyzrál, ale bylo obtížné hodnotit podíl EEG-biofeedbacku. Šlo o chlapce s autistickými rysy, který pro výraznou agresivitu začal na náš popud užívat Tiapridal, zároveň změnil prostředí – od matky se přestěhoval k prarodičům.

Velmi problematická je skupina dětí s těžkou formou ADHD a současnou psychickou retardací. Obtížně nalézáme u těchto dětí motivaci, u některých jsme po určité době trénink ukončili, neboť při něm převažovaly záporné emoce.

#### **Další velkou skupinou klientů byly děti s dyslexií. Celkem jich bylo trénováno 27 s těmito závěry:**

Velmi výrazně zlepšeno:	4 klienti (15%)
Zlepšeno:	17 klientů (63%)
Sporně zlepšeno:	1 klient (4%)
Nezlepšeno:	5 klientů (19%)

Věkově opět převažoval mladší školní věk. Starší školáky jsme trénovali tři, u dvou z nich nastalo určité zlepšení, jeden z tréninku neprofitoval. U jednoho dyslektika ze skupiny mladších školáků byl zároveň přítomen tik, který po tréninku výrazně ustoupil.

**Dále uvádíme stručně výsledky klientů s dalšími diagnosami:** Jedno dítě mladšího školního věku s dyskalkulií bylo hodnoceno jako zlepšené.

Čtyři děti byly trénovány z důvodu **nižšího intelektu** – dvě z nich s diagnosou mírně podprůměrného intelektu, zde došlo u jednoho dítěte ke zlepšení, u dalšího k výraznému zlepšení, další dvě se zjevně podprůměrným intelektem – částečné zlepšení nastalo též u jednoho z nich,

u druhého došlo k výraznému zlepšení. Předpokládáme, že u této diagnózy se úspěch dostaví při současné poruše pozornosti, díky které je IQ zjištěné před tréninkem podhodnoceno. To souhlasí i s pozorováním intelektu u dětí, které primárně přicházejí pro ADHD a snížený intelekt je zde jako vedlejší diagnóza.

Dále trénink podstoupily 3 děti s **DMO** a současnou psychickou retardací. U všech došlo k částečnému zlepšení (motivace, sebevědomí, paměť,...).

Obrátilo se na nás několik **epileptiků**. Některé jsme odkázali na další odborná vyšetření a trénink jsme doporučili až jako event. doplnění léčby. Řada epileptiků trénink nedokončila, ačkoli jsme, vzhledem k předpokladu mnoha potřebných sezení (60–80) a velkém zájmu nás samotných o tuto problematiku, nabídli velmi výhodné podmínky. Nikdo z nich neudával jako příčinu ukončení tréninku zhoršení stavu. Jeden chlapec s diagnosou ADHD byl odhalen jako epileptik (absence) a předán do neurologické péče. Odrénováni byli pouze čtyři epileptici (ovšem pouze jedna dívka ukončila 60 sezení, ostatní cca 40, což je u této diagnózy nedostatečné) – 2 starší děti vykazovaly zlepšení EEG grafu (které nelze jednoznačně přičíst tréninku), 1 dospělý udával zlepšení paměti, základní nemoc však zůstala neovlivněna, jeden dospělý se současnou schizofrenií a sníženým IQ z tréninku neprofitoval.

**Dyslalie a sociální nezralost** předškolního chlapce byla po tréninku velmi výrazně zlepšena.

Pro **balbuties** nás vyhledal jeden chlapec, nezlepšil se po 40 sezeních (dle rodičů ale celkově vyzrál), další tři měli tuto diagnózu jako vedlejší, z nich u jednoho došlo ke zlepšení. Podle sdělení jiných pracovišť vyžaduje balbutik více sezení, to ale rodiče pochopitelně obtížně akceptují.

Dále prošel tréninkem jeden dospělý klient s **úzkostí, depresí** – byl spokojen. Jedna dospívající dívka se stavy úzkosti a obtížným soustředěním zřejmě také dosáhla zlepšení. Ani u jednoho z nich nemáme k dispozici objektivní hodnocení.

Mladý muž po úraze CNS došel zlepšení během tréninku (paměť, pohotovost), ovšem odstup od úrazu nebyl výrazný a ke zlepšování stejně postupně docházelo.

V nedávné době prošel ale našim pracovištěm dospělý muž 5 let po úraze CNS (není zařazen do tohoto souboru) s těžkým pohybovým postižením, frontálním syndromem a korovým postižením zraku, u kterého rodiče, kteří o něj pečují, viděli velké pokroky: paměť, sebevědomí, ústup nejapného žertování, pohybové zlepšení a zlepšení zraku (poznávání osob, hodin na dál-

ku). Lze dobře předpokládat, že zvýšení aktivity kůry umožní, aby se zachované funkce kůry uplatnily lépe. Protože i z dalších pracovišť přicházejí povzbudivé zprávy, bylo by vhodné uvažovat o širším využití EEG-biofeedback tréninku u poúrazových stavů jako součást celkové rehabilitace.

Konečně dva klienti podstoupili krátký **kon-diční** trénink a vyjádřili spokojenost.

Rodiče velmi často uvádějí zklidnění dětí, větší sebeovládání, zkrácení epizod vzteku, lepší sebevědomí, zlepšení spánku, lepší prospěch, větší zájem o vše možné, schopnost dovést činnost do konce, apod.

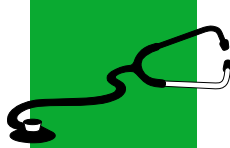
Jako příklad těch, které hodnotíme jako „Velmi výrazné zlepšení“ uvádíme: chlapec předškolního věku prakticky nenavazoval kontakt s vrstevníky, v mateřské škole neklidný, nespolupracující, nevladatelný. Doma bez citových projevů k matce, odmítal se mazlit, hyperaktivní. Již během tréninku, zvl. ke konci naprostá změna: chlapec našel kamarády, v MŠ se podstatným způsobem zklidnil, matka oceňuje zvláště přirozené citové projevy chlapce. První třídu pak absolvoval naprosto bez problémů.

„Částečné zlepšení“ potom vypadá asi takto: dítě lépe spí, zklidnilo se, pokud se vzteká, netrvá to tak dlouho jako dříve, lépe si pamatuje a má větší zájem o různé věci.

Řadu zájemců o trénink jsme odmítli. Jednalo se zvláště o děti s epilepsií neléčenou řádně neurologem, dále o děti s chorobami, u kterých jsou sice zmínky o možném účinku EEG-biofeedback tréninku, ale sami o tom pochybujeme. Dále šlo o děti s ADHD syndromem, u kterého nebylo jasné, zda v pozadí nestojí jiná nemoc – zde jsme doporučili další vyšetření dle úvahy pediatra a event. následný trénink u nás – a o děti se vzdáleným místem bydliště (někteří ze vzdálených klientů trénink přesto absolvovali a i když došlo k řadě absencí ve škole a značné časové ztrátě, většinou byli rodiče nakonec spokojeni).

Asi 60 klientů absolvovalo 1–2 sezení, max. 10 a bez udání důvodů s tréninkem přestalo. Není vyloučeno, že u těch, kteří absolvovali kolem 10 sezení, bylo důvodem zhoršení hyperaktivity. To totiž nastává asi u 15% dětí s ADHD kolem 10–12 sezení. Při pokračování tréninku i při jeho přerušení vždy vymizí. Jde snad o reakci podobnou jako u medikace piracetamem, často jde jistě přímo o vliv současné medikace.

V současné době máme již další klienty, kteří absolvovali plný trénink a odezva klientů či rodičů je obdobná, snad i trochu lepší než u těch, které máme dosud plně zhodnocené. Více než 20 sezení nyní absolvovala pubertální dívka se sekundární epilepsií při vrozené vývojové vadě CNS, s poruchou pozornosti a hyperaktivitou.



Matka udává zlepšené soustředění, lepší domácí práci, ale dívka má obrovské problémy ve škole – projevuje se u ní výrazně vzdorovitě chování. To je v souladu s ústním sdělením z jiného pracoviště – výzrání CNS může přinést i dočasné výrazné problémy, které by jinak nastoupily později. Doufáme, že konflikt bude správně zpracován a nastane katarze.

Jsmo si samozřejmě vědomi, že toto naše sdělení není řádnou studií účinnosti EEG-biofeedbacku. U řady klientů chybí komplexní hodnocení, máme k dispozici pouze výpověď klienta či rodičů po ukončení tréninku. Psychologové při vyšetření věděli, že klient prošel naším tréninkem. Jsmo si vědomi řady vlivů, které hodnocení našich výsledků ztěžují – např. spontánní výzrání dítěte, lepší informovanost rodičů o problematice přístupu k dítěti (řada rodičů stráví na našem pracovišti, zatímco dítě trénuje, 40 hodin studií odborné literatury položené na stolečku, většina rodičů mohla dlouze diskutovat s psychologem), změny škol a učitelů, medikace (ačkoli u těch dětí, které neužívaly dle naší rady nootropika byly procentuální podíly výrazného zlepšení a zlepšení resp. nezlepšení stejné jako u medikovaných). Přesto považujeme za nápadné, že naše zkušenosti souhlasí s tím, co je o EEG-biofeedbacku zjištěno v níže uvedených studiích a za zvláště pozoruhodnou skutečnost považujeme absenci zhoršených klientů (až na uváděnou výjimku), toto není v souborech dětí s udanou problematikou obvyklé. Domníváme se tedy, že další provoz našeho pracoviště se jeví jako smysluplný. Rádi bychom se zaměřili na předškolní děti s odkladem školní docházky pro nezralost. Pouhá nezralost má zřejmě největší šanci na úspěch a dítě se může uchránit traumatu při vstupu do ZŠ.

V ČR je poměrně hustá síť EEG-biofeedback pracovišť, snahou by mělo být podpoření kvality a komplexnosti péče.

#### **Shrnuli bychom své poznatky takto:**

- 1) Metoda EEG-biofeedback je založena na poznatcích, které dobře zapadají do současných názorů na fyziologii mozku.
- 2) Jsou k dispozici kontrolované studie prokazující efektivitu EEG-biofeedbacku u některých diagnos, zvl. u ADHD syndromu.
- 3) Naše vlastní zkušenosti jsou v souladu s publikovanými studiemi.
- 4) Praktický lékař pro děti a dorost by měl věnovat velkou pozornost poruchám pozornosti a poruchám učení u dětí, aktivně je vyhledávat, provádět řádnou diferenciální diagnostiku a nespokojit se s tím, že doporučí rodičům péči v pedagogicko-psychologické poradně (viz dále pozn. č. 4).

**Závěrem bychom rádi poděkovali všem, kteří s námi jakýmkoli způsobem spolupracovali.** Přestože názory na EEG-biofeedback jsou spíše skeptické, setkali jsme se málokdy s nějakým nekolegiálním chováním, většinou se jevila jako prioritní snaha pomoci dětem. Tím více nás mrzí, že málo fungovala slibovaná zpětná vazba – sdělení výsledků tréninku zainteresovaným lékařům. Bylo to dáno hlavně tím, že výsledky jsou hodnoceny až s určitým odstupem – po obdržení dotazníku, následného EEG a psychologického vyšetření. Nedostatek času nás vedl ke stálému odkládání konečných hodnocení, přestože globální představu o výsledcích jsme měli. Omlouváme se tedy všem, kteří od nás slibovaná hodnocení nedostali.

#### **Poznámky:**

Poznámka č. 1:

U většiny dětí jsme doporučovali podávání nootropik, protože z literatury vyplývá, že mohou mít pozitivní vliv u dětí s ADHD a jsou přímo indikována u dyslexie (Nootropil 20% 2x8 ml – pokud víme, tak jediné farmakum oficiálně pro dyslektiky indikované), zlepšují paměť (tedy předpoklad zlepšeného podminění EEG-bf.). Ovšem při následném srovnání skupin trénovaných dětí které užívaly, resp. neužívaly nootropika jsme nenalezli žádný rozdíl. U 25 dětí, které během tréninku nootropika neužívaly bylo 5 hodnoceno jako „výrazné zlepšení“ (20%), dalších 16 jako „zlepšení“ (více než 60%) a pouze 4 nevykazovaly zlepšení žádné (méně než 20%).

Nicméně se domníváme, že u těch dětí, které vedeme ve svých ordinacích jako dyslektiky, bychom nootropika používat měli, pokud nebudou podány pádné argumenty, že to není smysluplné. Vždyť dyslexie je pro dítě velmi závažný problém a pokud máme k dispozici farmakum přímo na nějakou poruchu indikované, není jistě správné je neužít, zvláště při nízkém riziku závažných trvalých vedlejších účinků.

Poznámka č. 2:

Během tréninku jsme opakovaně pozorovali, že neklidné děti teprve po určité době stálého uklidňování započaly klidně a samostatně pracovat. Proto se nám jeví alespoň pro část těchto dětí jako nesprávný postup „chvilu pracovat, pak nechat dítě proběhnout“. Tím vlastně neumožníme dítěti překonat dobu potřebnou pro zaujetí pro práci.

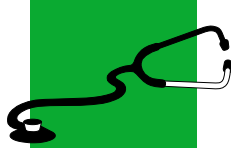
Některé děti jsme zklidňovali pomocí hudby nebo četby při tréninku. Velmi zajímavý byl případ 10letého chlapce, který projevoval zájem o akční filmy, počítačové hry s motivy bitev apod. Poté, co slyšel první kapitolu Děti z Bullerbynu, vyžadoval vždy pouze tuto četbu a byl nadšený. Poznámka č.3:

Česká společnost dětské neurologie vydala prohlášení publikované v několika tiskovinách určených pro pediatrickou obec. Zde vyjadřuje velkou zdrženlivost vůči metodě. Podobné prohlášení vydal i psychiatr Doc. Dr. Paclt. Vytýkána je absence řádných studií prokazujících účinnost metody. Zde bychom chtěli poukázat na souhrn případových studií v tréninku epileptiků publikovaný prof. Sternmanem, dvojité slepý výzkum vztahu mezi záchvatovitostí a spánkovým EEG po tréninku EEG-biofeedback z r. 1982 (Whitsett, Lubar) a další práce. V Čechách byla v r. 1999 publikována kontrolovaná studie účinnosti EEG-biofeedbacku u ADHD (Tylová, Ptáček).

Vyjádření České společnosti dětské neurologie i Doc. Paclta jsou velmi stručná a očekávali bychom tedy vybrošenou formulaci. Je proto s podivem, že je zde psáno „.....nepatří mezi léčebné ani **diagnostické** postupy...“, přestože nikdo EEG-biofeedback za diagnostickou metodu nevydává. (I když v poslední době jsou snahy o neurofyziologickou diagnostiku ADHD – prof. Sternmann.) Doc. Paclt zase píše „...zatím je možno používat pouze u **krátkodobých emočních poruch**...“. Zde jde čistě o věc názoru autora. Neznáme žádné studie, které by prokazovaly vyšší účinnost právě v této indikaci a sami bychom při těchto obtížích doporučovali jiné metody.

Domníváme se, že z teoretického hlediska je pozitivní účinek EEG-biofeedbacku dobře možný. Využívá biologické zpětné vazby, která je úspěšně používána i jinde. Využívá schopnost učení mozku. Opírá se o poznatek, že intenzivní práce mozku zlepšuje jeho funkci. Nejnížší beta aktivita (resp. tzv. senzomotorický rytmus), která je hlavním parametrem při našem tréninku, je dle současných výzkumů typická pro výraznou relaxaci motorického systému. Protože pro děti s ADHD a dyslexií jsou typické určité změny na EEG, není jistě nesmyslné využít zpětnou vazbu, jejímž parametrem je právě EEG obraz. Co se týče možného pozitivního ovlivnění epilepsie, také zde není teoretické východisko nesmyslné. Pokud připustíme, že časté výpovědi rodičů, učitelů i psychologů o zlepšení spánku, sebehodnocení, pozornosti, klidu atd. jsou pravdivá, je pravděpodobné, že tento stav může přispět ke zlepšení řady epileptických syndromů. Prof. Faber v knize Epilepsie a epileptózy (Maxdorf Jessenius 1995) uvádí na str. 178: „Pro epileptika je důležitá emoční rovnováha. ...Friis a Lund nalézají mezi 1250 epileptiky 37 osob, u nichž se záchvaty vyvolávaly vždy jenom stresem.“ Doc. Komárek v knize Epileptické záchvaty a syndromy (Galén 1977) zase na str. 114 píše: „...GMA se nejčastěji vyskytuje krátce po ranním probuzení (často po předchozí spánkové depri-





vaci), ve dne se mohou záchvaty objevit při odpolední relaxaci a náhlém probuzení. ... Důležitá je úprava životosprávy, vyvarovat se zkráceného spánku a „nacvičit“ správný stereotyp probouzení.“ Tedy pokud je EEG-biofeedback užitečný u ADHD, může být užitečný i u některých epileptiků. Neurofyziologické poznatky nejsou v rozporu s prokazovanou účinností metody.

Poznámka č. 4:

Zde bychom rádi upozornili na skutečnost, že zatím není péče o děti s ADHD na dostatečné úrovni. Rodiče často neinformují pediatra o těchto problémech a pediatři aktivně tyto děti nevyhledávají. Součástí každé preventivní prohlídky dětí by měl být i dotaz na případné známky ADHD a poruch učení a to již v předškolním věku. Některé MŠ již používají materiály zjišťující včas tyto problémy (Předcházíme poruchám učení – nakl. Portál). V předškolním věku je možno aplikovat speciální nápravná cvičení, která mohou odtrénovat částečně oslabený výkon dítěte v určité oblasti. Totéž zřejmě platí i pro EEG-biofeedback. Pokud zjistíme u dítěte příznaky ADHD, je namístě **diferenciální diagnosa a léčba**. Musíme uvažovat o možné epilepsii – absence nebo noční záchvaty vedoucí k horšímu výkonu ve dne. Dále je nutno vyloučit spánkovou poruchu (viz např. Hnídková–Šonka – Ventilací poruchy ve spánku u dětí – Forum medicinae 3/2000, str. 56–59). Řada dětí s ADHD si zasluhuje řádné neurologické vyšetření, event. i polysomnografii. Před časem byl právě díky zájmu o EEG-biofeedback trénink odhalen jeden epileptik, nedávno jsme se setkali s další dívkou zařazenou po letech školní neúspěšnosti do ZvŠ, u které byly odhaleny absence. Příznaky podobné ADHD mohou vyvolat i některá antiepileptika – např. Rivotril – naprosto nevhodný k dlouhodobé terapii zvl. u dětí s již přítomným ADHD či dyslexií. Hypokalcémie a hypomagnezinémie též způsobují poruchy pozornosti, zde lze ovšem očekávat širší symptomatologii. Možná je i otrava olovem. Příčinou poruch pozornosti u dětí může být i kuřáctví rodičů. Myslet musíme i na závažnější příčiny – např. mozkové nádory. Samozřejmě velmi důležitá je i znalost rodinných problémů. (Máme zato, že někteří klienti hodnocení jako neúspěšní by měli se svými rodiči absolvovat rodinnou terapii, kterou EEG-biofeedback nemůže samozřejmě nahradit).

Co se týče terapie, pediatr může indikovat nootropika (dostatečné dávky – 2x1600 mg piracetamu) bez nebezpečí trvalých vedlejších účinků. Může se vyskytnout přechodné zhoršení hyperaktivity, výjimečně musíme piracetam z tohoto důvodu vysadit. Případnou nespavost řešíme podáním druhé dávky brzy odpoledne, ne večer. Dalším lékem, který může předepsat i PLDD

je metylfenidát – Ritalin. Je s podivem, že ačkoli se na EEG-biofeedback trénink hlásí děti s výraznými obtížemi, žádné z nich pokus o tuto léčbu u PLDD neprodělalo. Je to kontrast oproti praxi v USA, kde naopak se metylfenidátem zbytečně plýtvá. Často je tedy nedostatečně pouhé přenechání dítěte v péči psychologické poradny.

Pro řadu dětí je vhodný individuální výukový plán s pomocí asistenta a doučování – např. středoškolským studentem (dítě bývá více motivováno než při přípravě s rodiči) s tím, že by dítě nemuselo navštěvovat školu v plném rozsahu tak, aby netrávilo nad učením (škola + doučování) neúměrnou dobu. Domníváme se, že pediatři by měli aktivně podporovat podobné snahy.

Děkujeme prof. Dr. Josefu Faberovi, DrSc. za cenné připomínky k textu.

Literatura je k dispozici u autorů.

**Vyjádření výboru České společnosti dětské neurologie ČLS JEP k metodě EEG biofeedbacku:**

**Výbor odborné společnosti diskutoval o indikaci EEG biofeedbacku a konstatoval, že tato metoda v současnosti nepatří mezi léčebné a diagnostické postupy s prokázanou účinností u neurologických onemocnění dětského věku.**

**Prim. MUDr. Jan Hadač  
Předseda OS**

**Oddělení dětské neurologie  
Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha**

## Festival kazuistik

**MUDr. Jarmila Seifertová**

Praktická lékařka pro děti a dorost Kladno, Členka výboru OSPDL

Ve dnech 12.–13. 10. 2001 se konal v Luhačovicích Festival kazistik, pořádaný organizátory z dětského oddělení Baťovy nemocnice ve Zlíně, pod záštitou České pediatrie společnosti ČLS JEP.

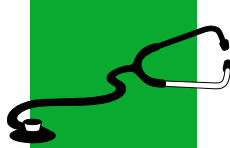
V úvodním slově prim. MUDr. Petr Pešák, přednosta dětského oddělení ve Zlíně, řekl: „Důvodem našeho setkání je snaha o vzájemné předání zkušeností z naší každodenní praxe, což pediatrie jako integrující medicínský obor bohatě přináší. V životě lidském a medicíně zvláště jsou situace, které zažijeme třeba jenom jednou a to by právě mělo být hlavní náplní našeho jednání. Přejí proto všem bohatou odbornou diskuzi a zároveň utěšené zážitky společenské a kulturní. Tomu jistě napomůže poklidná podzimní lázeňská atmosféra.“

Konference měla opravdu integrující úlohu, sešli se zde lékaři z celé republiky i nedalekého Slovenska. Mezi přednášejícími i účastníky byli lékaři z dětských oddělení malých i velkých nemocnic, z jednotek intenzivní péče, dětských chirurgů, dětských ortopedů, dětských neurologů a praktičtí lékaři pro děti a dorost.

Organizátorům se i přes pestrost příspěvků podařilo udělat každý blok zajímavým a přitažlivým. Vedle medicínského poučení jsme si odnesli například poučení z oblasti mykologie i historie:

Kobsa M., Nový Jičín: Otravy halucinogenními houbami; Ryba L., Ústí nad Orlicí: Otrava kolodějem. Některá sdělení byla blízka detektivnímu příběhu: Fanta I., Smrčka V., České Budějovice: Somnambulismus – příčina vážného úrazu; Němec V., Plášilová I., Helcl F., Pardubice: Neobvyklé poranění hlavy u kojence. Sdělení byla i velmi optimistická jako Léčba obrovských pigmentových névů u novorozenců autorů Koudelka J., Dočekalová Š., Henzlová E. z Hradce Králové, ale také jiná velmi smutná např. uvedená autory Macko J., Tesařová B., Kovaříková D. ze Zlína: Idiopatický kongenitální hypoventilační syndrom. Zaslouhou stále dokonalejší techniky a pohotovosti kolegů jsme mohli shlédnout neobvyklý videosnímek Epiglottitida: J. Pajerek, Ústí nad Labem, zachycující celý postup při léčbě včetně instruktivní intubace až po úplnou úzdravu dítěte, které bylo v kritickém stavu. Primární Pešáková ze Zlína se podařilo natočit videozáznam s tumorem srdce.

Pestrost asi 400 účastníků podminila bohatou diskuzi z více pohledů. Sdílou a otevřenou atmosférou, kdy jsme se navzájem chtěli poučit, narušil ani vloudivší se lázeňský host svým káravým vstupem do diskuze. Poděkování patří organizátorům a věřím, že příští rok bude opět bohatý na zajímavé zkušenosti z naší každodenní praxe.



# Změny klimatu a jejich dopad na zdraví

## (Naturopa, 90, 1999, s. 9)

**Roberto Bertolini a Bettina Mente**

Regionální kancelář WHO pro Evropu Evropské centrum pro zdraví a životní prostředí

Od roku 1890 stoupla průměrná teplota v Evropě o 0,8°C. Očekává se, že vzestup průměrných ročních teplot bude pokračovat během následujících desetiletí. Rovněž dochází ke změnám srážkové aktivity, i když v této oblasti panuje výrazná místní i časová proměnlivost. V období od roku 1975 do roku 1995 se ztenčila ozónová vrstva nad Evropou o 5 %, v důsledku čehož se do vnitřních vrstev atmosféry a na zemský povrch dostává větší množství záření UV-B.

Již Hippokrates uvádí, že rozdíly v klimatu ovlivňují zdravotní stav. Je nepochybné, že změny klimatu výrazným a závažným způsobem ovlivní zdraví evropské populace. Je sice pravda, že člověk má nemalou schopnost adaptace na různé klima, existují však skupiny obyvatel, které jsou na klimatické změny velmi vnímavé – například uprchlíci, děti, staří lidé.

### ■ Oteplování prostředí

Vyšší teploty, změny srážkové aktivity a proudění vzduchu mají přímý vliv na zdravotní stav. Tepelný stres – tedy teplota, která stoupne nad horní hranici obvyklé tepelné tolerance – vede k výrazné nepohodě. V průběhu vln vedra v Řecku, SRN či v Nizozemsku stoupla úmrtnost o více než 50% oproti normálnímu stavu. Z hlediska tepelného stresu jsou nejzranitelnější starší lidé.

V oblastech s chladným a mírným podnebním dochází k vzestupu úmrtnosti v zimním období. Nicméně – tento vzestup není tak markantní, jako v případě teplot vysokých. Přizpůsobení životního stylu chladnému podnebí hraje výraznou úlohu při prevenci vysoké zimní úmrtnosti v severovýchodních zemích.

Míra znečištění ovzduší závisí na převažujícím typu počasí na vzdušných prouděch, změnách teploty, vlhkosti a srážkové aktivity. Velké, pomalu se pohybující anticyklóny mohou na několik dní vykrýt rozsáhlé geografické oblasti a vést ke koncentraci plynů a drobných částic v ovzduší.

### ■ Záplavy

Zdá se, že výskyt extrémních typů počasí stoupá. Nedávné záplavy v Polsku, v České republice a v Itálii způsobily smrt stovek lidí. Zatím toho víme velmi málo o dalších důsledcích záplav na fyzický i psychosociální zdravotní stav. V ČR došlo v důsledku záplav k nárůstu výskytu infekčních onemocnění.

Změny zdravotního stavu nejsou obvykle způsobeny přímým působením klimatu, ale spíše souvisí s komplexními změnami ekosystému – se změnami využití půdy, s nucenou migrací (způsobenou např. změnami výšky mořské hladiny) se ztrátou hmotných statků, se ztrátou přístřeší a živobytí. Prvními důsledky bývají obvykle změny ve výskytu patogenních mikroorganismů a jejich vektorů.

### ■ Výskyt parazitů

Výskyt některých vektorů (komáří anopheles a aedes, klíšťata) závisí na klimatických podmínkách – na těch též závisí životní cyklus mikroorganismů které přenášejí. Existují důkazy o tom, že v Evropě již došlo ke změnám v rozšíření některých vektorů. V období 1980–1994 došlo k rozšíření klíšťat ve Švédsku a to jak kvalitativně, tak kvantitativně – prokázala se souvislost se změnami sezónních minimálních teplot. Klíšťata přenášejí boreliózu a klíšťovou encefalitidu. Z některých zemí je hlášen vyšší výskyt těchto dvou onemocnění.

Podnebí přímo ovlivňuje dynamiku rozmnožování i agresivitu při přisátí u nejčastějšího vektoru malárie – komára rodu anopheles. Teplota prostředí má vliv na životní cyklus původce malárie (plasmodium) který v útrobach komára přežívá. Do Evropy se malárie znovu vrací, endemického rozšíření dosáhla v Azerbájdžánu, Tádžikistánu

a v Turecku. Nelze ale jednoduše předpovědět další rozšíření malárie, protože závisí i na dalších faktorech – na vnímavosti populace, na úrovni protiepidemické péče, i na kvalitě zdravotnictví v dané zemi.

### ■ Potrava jako zdroj onemocnění

U onemocnění, kde se infekce přenáší potravinami rovněž často pozorujeme sezónní změny – k maximu výskytu dochází v letních měsících. Teplá jara a léta a teplejší zimy spolu s nevhodným způsobem stravování mohou vést k vzestupu výskytu onemocnění přenášejících potravou.

### ■ Negativní vliv UV záření

Negativní vliv větší intenzity UV záření na lidské zdraví je obecně znám. K poškození dochází zejména na kůži (t.j. zhoubné bujení kůže, stárnutí kůže), na očích (tj. fotokeratitis, solární retinopatie a katarakta) a na imunitní systém, kde stoupá vnímavost k infekcím.

Existují důkazy o tom, že naše populace je vystavena určitým změnám klimatu a zvýšené intenzity UV záření, je tedy nutné, aby všechny státy připravovaly preventivní a adaptační opatření i opatření ke zmírnění následků.

**Přeložil MUDr. D. Marx**

## Informace pro školitele

Výbor OSPDL se na posledním jednání zabýval problematikou nevyjasněnosti podmínek absolvování praxe v ordinaci PLDD pro zájemce o obor pediatrie, tedy v postgraduální přípravě. Správně nastartovaný systém školitelů nemá oporou v platné legislativě na kterou již netrpělivě čekáme. Bohužel již déle než půl roku. Přesto však je nutné alespoň dočasně věc řešit. Po schůzce předsedkyně OSPDL MUDr. Cabrnchové s doc. Novákem - zástupcem katedry pediatrie IPVZ - vzniklo následující doporučení:

**Do doby přijetí legislativy umožňující upravit podmínky pro budoucí akreditovaná pracoviště, bude katedrou pediatrie uznané 3 měsíční kolečko absolvované u školitele (PLDD), který splňuje kritéria daná licenčním řádem ČLK, tedy podmínky pro udělení licence lektor lékařské praxe s povinností účasti v systému celoživotního vzdělávání.**

za OSPDL ČLS JEP  
MUDr. Hana Cabrnchová  
předsedkyně

za katedru pediatrie IPVZ  
Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.  
vedoucí katedry



## Aktuality

### ■ **Pacientům mizí lékaři z blízkých poliklinik**

Privátní lékaři, kteří působili v poliklinikách a zdravotnických zařízeních v hlavním městě, si čím dál častěji musí hledat náhradní prostory, aby dál mohli provozovat svou praxi. Objekty totiž spravují nebo vlastní soukromé firmy. Věcné břemeno, které jim ukládalo zachování zdravotnických služeb, však končí právě nyní. Společnosti pak dají přednost komerčnímu využití před pronájmem prostor lékařům. Problémy mají především starší lidé, kteří nenajdou „své“ lékaře na jednom místě. I pražský magistrát považuje situaci například v centru Prahy za kritickou. Z polikliniky v Klimentěské ulici, která zajišťovala ambulantní péči nejen pro Prahu 1, ale také pro okresy Praha-východ a Praha-západ, vznikne za několik milionů budova posudkového lékařství. Zánik hrozí také poliklinice v Hybernské a Revoluční. Podle náměstka primátora Otto Kechnera město počítá s tím, že přijde i o tyto dvě polikliniky. „Skončí povinnost restitucentů zachovat po dobu několika let původní zdravotnická nebo sociální zařízení. Kritický úbytek lékařských domů v centru nám brání v záměru předat další objekt polikliniky ve Spálené ulici občanskému sdružení Studentský zdravotní ústav a ponecháme jej v majetku města. Nechceme, aby pacienti museli za svým lékařem někam daleko,“ prohlásil Kechner. S problémy se potýká také poliklinika Pod Marjánkou v Praze 6 či Cihlářka v Praze 5. O vytunelování polikliniky Lípa v Nových Butovicích se pokusila firma, která ji získala do správy. Z budovy zdravotnického zařízení v Hlubočepích chce na jaře příštího roku radnice Prahy 5 vybudovat byty. Podle radního Ondřeje Gála tam zbyl jediný lékař, a tomu buduje radnice ordinaci v bývalé konárně. Lékař Ivo Ezechiáš s tímto řešením naprosto nesouhlasí. Podporují ho v tom i místní lidé, kteří proto založili občanské sdružení. „Když správu nad budovou střediska převzala soukromá firma, začaly být problémy. Nejdřív odvezli elektroměr, pak vodu, a nakonec kotelnu. Radnice pak zbytek budovy pronajala a byl zde nevěstinec. Nové prostory jsou pro mou praxi naprosto nevyhovující,“ řekl Ezechiáš. Tragického konce se obává také asi padesát lékařů ze Zdravotnického zařízení Smíchov v Kartouzské ulici. Městská část chce také soukromého správce, aby neprodělávala jako dosud. Lékaři proto založili družstvo a chtějí polikliniku spravovat sami. „Firma by nám zvedla nájem, které bychom nemohli platit. Naši pacienti by pak museli jezdit až bůhvíkam do Motola. Myslíme si, že jsme schopni se o toto zařízení postarat nejlépe,“ uvedla lékařka Ivana Zatloukalová. Důvodem špatné ekonomiky polikliniky je podle tiskového mluvčího Prahy 5 Víta Drbala současné vedení, které bylo dosazeno již za minulých zastupitelů. „Tenkrát měli pocit, že stačí kvalitní lékaři. Dobré ekonomické vedení je však také nezbytné. My se teď snažíme zjistit, kam se všechny peníze poděly,“ kon-

statoval Drbal. To, že by mohlo zařízení zaniknout, radnice popírá. „Podmínkou při výběrovém řízení bude zachování stávající lékařské péče. I kdyby to mělo znamenat regulaci nájemného,“ řekl Drbal. Tomu však lékaři nevěří. Radnice s nimi odmítá i komunikovat. Na jediné osobní schůzce prý místostarosta Milan Jančík potvrdil, že radnice chce na poliklinice vydělat a nový správce asi nájem zvýší. „Psali jsme tři dopisy. Nikdo nám na ně neodpověděl. Nechceme mít žádné problémy, chceme se s radnicí pouze rozumně domluvit,“ řekl lékař Abbasalam Alazani z Kartouzské. Drbal připustil pouze to, že když bude nabídka Družstva lékařů Kartouzská výhodná, můžou výběrové řízení vyhrát a správcem se stát.

### ■ **Platit lékařům je normální**

Představenstvo České lékařské komory doporučilo lékařům od začátku příštího roku vybírat poplatky za ty služby, které nejsou v seznamu výkonů hrazených zdravotními pojišťovnami. Byl schválen seznam výkonů, které lékaři často provádějí, ale nejsou pojišťovnamí propláceny, protože nejde o přímou zdravotní službu. Na oficiálním seznamu chybějí ceny, protože již dřívější ohlášení ceníku se nelíbilo Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže, vzniklo podezření na kartelovou dohodu. Fakt, že se lékaři rozhodli vybírat poplatky za služby uvedené v seznamu, by asi neměl vzbudit nějakou větší pozornost. Vždyť v tržním hospodářství by mělo být samozřejmostí, že služby nehrazené z veřejných prostředků si prostě občan hradí sám. Proč jde tedy o událost, kterou naše sdělovací prostředky považují za hodnou pozornosti? V čem je skutečný problém vybírání těchto peněz? Rozhodně ne v tom, že lékaři žádají peníze za odvedenou práci. Kolem tohoto nového rozhodnutí se vynořují různé jiné znepokojivé otázky. Nejde o pokus obejít jednoznačně interpretovatelný zákon a začít vybírat přímé platby v souvislosti se zdravotní péčí? Nebude výsledkem nové dohody lékařů další finanční zátěž pro chronicky nemocné? Již nyní chodí pacienti do lékárny s nemalou hotovostí, nebudou muset od Nového roku chodit se stejnou, ne-li větší hotovostí i do ordinace svého lékaře?

### **Tabuizovaná témata**

Všichni nás ubezpečují, že nikoliv, ale takových ujišťování jsme již zažili, a přesto po nás v lékárnách chtějí stále více. Jak to bude s těmi, kteří na různá potvrzení, jež potřebují pro naše instituce, nebudou mít peníze? Mají vůbec lékaři právo žádat za tyto služby peníze? Nejsou již obsaženy v platbách za zdravotní služby? Některé z nich jsou vypočítány jako násobky času, který lékař pacientovi věnuje. Nebudou lékaři tuto dobu zbytečně prodlužovat? Odpovědi na tyto otázky prozatím chybějí, a je tomu tak z několika důvodů. Především se málo veřejně diskutuje, jak je to skutečně s nespokojen-



ností lékařů, v čem mají pravdu a v čem ne. Nehovoří se dostatečně o skutečných nákladech na zdravotnictví, málo víme o tom, kde snad jsou ještě nějaké rezervy a kde se peněz rozhodně nedostává. Nedohadujeme se dostatečně o tom, zda se má platit z veřejných zdrojů každý acylpyrin, nebo zda by si přece jen pacienti neměli hradit některé drobnosti sami. Nediskutujeme o tom, zda máme dát přednost rozvoji nákladné zdravotní technologie, nebo spíše platit prevenci, která se týká většího množství lidí. Téma připlácení na zdravotní péči je téměř tabuizováno, a tak se peníze od pacientů vybírají, kde to jde samo od sebe, třeba v lékárnách. Když pak lékaři vyhlásí, že budou vybírat další peníze, není divu, že tím vyprovokují naše obavy. Jsou velké také proto, že u nás nefunguje dostatečně kvalitní veřejná kontrola. Příliš mnoho pacientů udělá bez protestů a bez otázek to, oč jsou ve zdravotnické instituci požádáni. Přijdou, čekají, zaplatí a neprotestují. Ti, co se ptají a žádají služby podle svých představ, pak vypadají neobvykle a jsou snadno odmítnuti.

#### **Dohoda v zájmu obou stran**

Našemu zdravotnictví bychom asi měli věnovat více veřejné pozornosti. Nemyslím si, že by se objevilo množství nesrovnalostí, křivd a podrazů. Máme dost důvodů se domnívat, že jsou naši zdravotníci poctiví a zájem jejich pacientů je i jejich zájmem. I naši pacienti asi nechtějí nemožné. To vše by se ve veřejné debatě ukázalo. Možná by se přišlo i na to, že existuje řada otázek, s nimiž si nikdo neví rady. A protože víc hlav víc ví, možná bychom společně našli nějaké řešení. Ostatně řada otázek ve zdravotnictví není věcí expertního posudku, ale dohody. Co kdybychom se konečně začali ve vši vážnosti o některých těch věcech veřejně dohadovat? Veřejná debata by mohla poškodit jenom ty, kdo chtějí nejasnosti a tabuizaci některých témat zneužívat pro vlastní zisky. Názory v této rubrice nemusejí vyjadřovat stanovisko redakce LN

#### **Volební hit ČSSD: léky pro seniory zdarma**

Stejně jako jezdí senioři zdarma městskou dopravou, měli by mít zdarma i léky na recept. Taková je představa místopředsedy ČSSD Zdeňka Škromacha, který jí večera zveřejnil a rád by ji prý využil ve volební kampani své strany. Zdravotní pojišťovny by to stálo asi miliardu korun ročně navíc. Experti připouštějí, že doplatky za léky jsou dnes pro některé důchodce velkým finančním břemenem. Podle Jana Solicha z Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové částí lidí v domovech důchodců nestačí na léky ani kapesné. I tak mnozí viní Škromacha z populismu. „Proč zrovna lidé starší 70 let včetně těch bohatých? Proč ne diabetici či lidé s rakovinou? Proč ne mladé rodiny, které jsou v obtížné situaci, když jeden z rodičů vážně onemocní? Je to předvolební hit, nic jiného,“ uvedla lékařka Iva Holmerová, která se věnuje péči o staré lidi coby předsedkyně České Alzheimerovy společnosti. Škromach svůj návrh na věkovou hranici 70 let zdůvodňuje tím, že v tomto věku mívají lidé řadu onemocnění najednou, a tak třeba nemohou kvůli rizikovým kombinacím užívat zrovna ty léky, na které se nemusí doplácet. Podle Ivy

Holmerové však bývá velkým problémem starých lidí to, že užívají množství předepsaných léků, jejichž účinek se vzájemně ruší. Doplatky za léky byly zavedeny i proto, aby neúčelné užívání medikamentů omezily. „I tak devadesát procent návštěv u lékaře stále končí předepsáním receptu,“ podotkla mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Kateřina Zamastilová a dodala: „Když někomu miliardu dáme, jinému ji budeme muset vzít.“ Mnozí říkají: Ano, ulevte starým nemocným lidem, ale ulevte těm, kteří to opravdu potřebují. A nesuďte jen podle věku. Takový názor zastává i Škromachova stranická kolegyně Eva Fischerová či předsedkyně Občanského sdružení na ochranu pacientů Vladimíra Bošková. „Ve vyspělých zemích zavedli takzvanou sociální klauzuli, která se však neřídí věkem, což může člověka i urážet, ale příjmovou kategorií,“ uvedla Bošková. Bez výhrad Škromacha podpořilo ministerstvo zdravotnictví. „Je to báječný nápad, a ještě lepší by bylo, kdyby se ho podařilo realizovat,“ uvedl jeho mluvčí Otakar Černý.

#### **Co se dá ve zdravotnictví pořídít za miliardu korun?**

- léky pro všechny diabetiky, kterých je v populaci pět až osm procent
- polovina všech lázeňských poukazů, které hradí pojišťovny
- 100 tisíc lidí s nějakým zdravotním handicapem by mohlo mít na 40 hodin v měsíci službu osobního asistenta, aby se mohli zapojit do normálního života – stát dnes tuto službu neplatí
- za miliardu by se dalo vybavit 50 center pro lidi po úrazu páteře, kteří se dnes často nemají po operaci kde kvalitně doléčit a rehabilitovat (rea)

#### **Lékaři chtějí k soudu,**

##### **aby mohli vybírat za nadstandardní péči**

Čeští soukromí lékaři považují za diskriminaci to, že nemohou nabízet pacientům nadstandardní služby, pokud jde o zdravotnické úkony spojené s poskytováním péče placené ze zdravotního pojištění. Český pacient si tak nemůže například připlatit za to, aby mu lékař při zlomenině namísto klasické sádry naordinoval lehkou. Zakazuje to pasáž zákona o veřejném zdravotním pojištění, kterou před lety prosadila poslankyně ČSSD Eva Fischerová. V praxi se ale zákaz obchází například tím, že si pacient lepší pomůcku či techniku koupí sám a lékař pak vykáže „spotřebovanou“ obyčejnou. Jindy zase pacient složí příslušnou částku jako „sponzorský dar“. Lékaři tvrdí, že tzv. paragraf Fischerové poškozuje je i pacienty. Už poněkolkáté žádají, aby poslanci v chystané novele zákona klauzuli o zákazu doplácení za kvalitnější péči související s hrazenou vypustili. Pokud tak zákonodárci neučiní, chtějí se zástupci Sdružení praktických lékařů prostřednictvím spřízněných poslanců, především Milana Cabrnocha z ODS, obrátit na Ústavní soud. Domnívají se totiž, že paragraf Fischerové svými důsledky poškozuje lidská práva. Novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění projednala v závěru loňského roku sněmovna a především zásluhou lidoveckých poslanců snahu změnit pravidla pro výběr doplateků zamítla. Senát ale dospěl k opačnému rozhodnutí, a tak se novela opět vrací na poslanecké





lavice. Sněmovna by o dalším osudu paragrafu Fischerové měla rozhodnout na nejbližší schůzi. „Vypracovali jsme si právní analýzu, kterou jsme konzultovali i s právníky Ústavního soudu. Kvůli tomuto paragrafu jsou diskriminováni občané České republiky. Zákon jim znemožňuje, aby si připlatili za lepší péči, zatímco třeba německý občan, který u nás žije a platí si smluvní pojištění, tuto možnost má. Diskriminován je i lékař jako podnikatel, protože je touto klauzulí nucen provozovat činnost vedoucí k jeho ekonomické újmě. Lékařská etika mu velí, aby pacientovi poskytl to nejlepší, co umí a může, ale podle zákona mu může být zapláceno jen to, co hradí veřejné zdravotní pojištění,“ vypočítává argumenty místopředseda Sdružení praktických lékařů Jan Jelínek. Podle právníka sdružení Jakuba Uhra je paragraf Fischerové v rozporu s ústavou i s jinými předpisy. „Kdybychom ho chtěli naplnit do důsledků, teoreticky je protizákonné i to, když lékárny vybírají od pacientů doplatky za léky, předepsané při ošetření hrazených pojišťovnou. Ošetřuje to sice zvláštní příloha, ale zákon má vyšší právní sílu. U soudního sporu bych se bál argumentovat jen pouhou vyhláškou,“ říká Uher. Stát podle něj nemá právo bránit občanům, aby si zaplatili za něco, co sám ze svých zdrojů zaplatit nemůže. „Pacient by měl mít právo sám rozhodnout, jakou úroveň péče chce, bez ohledu na to, jakou kvalitu je mu schopen zajistit stát,“ míní Uher. Senát navrhuje, aby byla klauzule poslankyně Fischerové ze zákona vypuštěna. Lékař by mohl přijmout úhradu od pojištěnce za kvalitnější péči, kterou pojišťovny neplatí, ale ta byla poskytnuta v souvislosti s hrazenou péčí, pokud o to pacient prokazatelně požádá. Lékař ho však musí upozornit, že existuje i varianta, při níž by nemusel doplatit nic.

#### **Existují dva právní výklady paragrafu**

O změnu se výrazně zasadila mj. lidovecká senátorka Zuzana Roithová. Přitom její stráničtí kolegové v čele s Josefem Janečkem spolu s poslanci ČSSD a KSČM opakovaně zabránili zrušení paragrafu Fischerové ve sněmovně. „Předchozí pokusy nevyšly, protože lidovečtí poslanci byli proti. Teď ale místopředsedkyně KDU-ČSL vystoupila právě opačně. Její přesvědčovací síla ve straně je výrazná a ona sama věří, že své kolegy poslance přesvědčí. To je nadějný signál,“ věří poslanec Milan Cabrnach (ODS). Josef Janeček si ale dál myslí, že paragraf má v zákoně opodstatnění. „Před doplněním dodatku mohli lékaři vybírat prakticky za cokoli. Třeba za vedení dokumentace. Právě absurdní požadavky na doplatky byly příčinou jeho zavedení,“ poukazuje Janeček. Tvrdí, že i současný systém umožňuje pacientům připlatit si, pokud žádají něco, co pojišťovny nehradí. Nicméně připouští, že v tomto bodě existují dva právní výklady paragrafu – liberálnější i striktní. „Nejsme proti doplatkům, pokud budou přesně vymezeny. Aby lékaři nevybírali podle toho, v jakém kdo přijde kabátu. Pacient musí mít možnost projít systémem bez toho, aby připlácet nemusel. Je to jeho ústavní právo,“ míní poslanec. Pokud by sněmovna opět odmítla ustanovení zákona zrušit, je Cabrnach odhodlán lékařům pomoci a posbírat dostatečný počet podpisů zákonodárců pod stížnost k Ústavnímu soudu.

#### **Kraje neznají svá práva ve zdravotnictví**

Značné komplikace čekají nové krajské úřady při správě nově nabytých zdravotnických zařízení.

Zákon, který jim k tomu měl dát pravomoci, poslanci neschválili. Krajští zdravotní radové musejí minimálně dva roky rezignovat na svůj úmysl vybudovat nový systém poskytování zdravotní péče ve svém regionu. K vytvoření sítě přizpůsobené potřebám kraje jim měl dát mandát nový zákon o zdravotnických zařízeních. Ten ale ministru Bohumilu Fišerovi poslanci neschválili už v prvním čtení. Zákon měl mimo jiné nově rozdělit kompetence ministerstva zdravotnictví, krajských úřadů a pověřených obcí poté, co reformou veřejné správy zaniknou zřizovatelé většiny zdravotnických zařízení okresní úřady. Poslanci se ale zákonem odmítli zabývat, ačkoli byli i krajskými hejtmany upozorněni, že tento krok by krajům značně zkomplikoval ovlivňování vývoje zdravotnictví v regionu i v celé republice. Krajští úředníci jsou rozhodnutím poslanců rozladěni. „V návrhu zákona byla řada věcí kontroverzních, ale rozdělení kompetencí bylo pro kraje velmi důležitou věcí. Že nebyl schválen, je pro nás nepříjemné a zkomplikuje nám to život. Současné rozdělení kompetencí je naprosto nedostatečné,“ tvrdí například zdravotní rada Královéhradeckého kraje Zdeněk Hajžman. Hajžman nechápe, proč sněmovna zákon vyřadila už v prvním čtení. „Domnívám se, že bylo možné jej pustit do dalšího projednávání a tam osekát sporné věci, aby zbyly ty potřebné,“ myslí si. Poněkud odlišný názor zastává Josef Janeček, zdravotní rada Pardubického kraje. „Je škoda, že zákon nebyl přijat, ale než přijmout špatný, to snad raději žádný,“ říká. Janeček sice také považuje absenci nového zákona za komplikaci pro výkon krajské správy, domnívá se však, že pro základní fungování postačuje i původní zákon z roku 1966. „I on umožňuje krajům zřizovat zdravotnická zařízení. Nějaký kolaps tedy nehrozí, můžeme počkat na kvalitní zákon,“ podotýká Janeček.

#### **Bez kompetencí nebudou změny**

Hlasy, které nepřijetí zákona považují za chybu, ale převažují. „Není pravda, že je to jedno, že zákon neprošel. Nemůžeme si přece vymýšlet kompetence, které nám podle platné legislativy nepřísluší a které bychom potřebovali,“ míní Pavel Březina z resortu zdravotnictví Libereckého kraje. Upozorňuje především na nemožnost dát dohromady základy koncepce zdravotnictví v krajích. „Potřebovali bychom se opřít o analýzy stavu zdravotnictví v krajích, ale nedostali jsme pravomoc vyžádat si potřebné údaje. Nemůžeme ani provést následné kroky, aby se dalo v této oblasti něco změnit. Příští rok máme začít přebírat některá zdravotnická zařízení, ale nevíme, jak je máme kontrolovat a podle jakých pravidel je financovat,“ vypočítává problémy Březina. S nejasným postavením kraje jako kontrolního a správního orgánu souvisí i nejistota, kolik lidí bude potřeba na krajské úřady pro správu a dohled přijmout. Ministr Fišer už prohlásil, že novou verzi už do voleb připravit nestihne. Schválení zákona, který má nahradit zastaralý právní předpis z roku 1966, se tak oddálí minimálně o dva roky.



**Odborní lékaři si mohou víc vydělat**

Pacienti by už neměli u ambulantního specialisty v některé dny narazit na zavřené dveře. Ceny léčebné péče pro příští pololetí představují podle Ministerstva zdravotnictví kompromis. „Nevyhověli jsme plně žádné straně,“ řekl náměstek Antonín Hlaváček. Čekací doby v privátních ordinacích odborných lékařů by se měly podstatně zkrátit. Těmto lékařům by se už nemělo vyplácet ordinovat třeba jen tři dny v týdnu nebo končit v jednu hodinu odpoledne. Změna má přinést vyhláška Ministerstva zdravotnictví o úhradách zdravotní péče pro první pololetí 2002, která platí od 1. ledna. Podle ní bude ambulantnímu specialistovi zaplacen do určité výše každý pacient, který mu zaklepe na dveře, což dosavadní regulační mechanismus neumožňoval. Doposud nebylo finančně zohledněno, když pracoval hodně. „Nyní by se mělo ambulantním specialistům vyplatit rozšířit své služby pacientům, neposílat je do nemocnice, či od čerta k ďáblu,“ zhodnotil novinku v úhradách zdravotní péče privátních odborných lékařů prezident České lékařské komory David Rath. Považuje ji za průlomový krok. „Slibujeme si od něj mimo jiné i přesun pacientů z ambulancí nemocnic do levnější ambulantní péče soukromého sektoru,“ zdůraznil. Ambulantní specialisté požadovali na dohodovacím řízení o cenách léčebné péče zrušit i další regulace, které se jich týkaly, ale v tom neuspěli. Náměstek ministra Antonín Hlaváček řekl, že ani u ostatních skupin poskytovatelů péče nevyhověli plně jejich požadavkům. Podle vyhlášky by praktičtí lékaři měli dostat v průměru o šest procent více než ve stejném loňském období, ambulantní specialisté o osm procent a někteří i více, pokud se dosud počet léčebných výkonů, které poskytli, pohyboval podstatně níže, než je celostátní průměr v tomto sektoru. Nemocnicím by měly úhrady podle ministerstva vzrůst asi o 8,2 procenta. To by ale muselo vybrané pojistné stoupat podobně příznivým tempem jako letos. „Nárůst úhrad za péči se bude řídit nárůstem vybraného pojistného,“ uvedl Hlaváček. „Dolní mez zvýšení výběru odhaduje Ministerstvo financí na 6,7 procenta,“ dodal. Současný vývoj je však lepší. Sdělil, že od začátku roku je objem vybraného pojistného po přerozdělení mezi jednotlivými pojišťovnami o 9,3 procenta vyšší proti shodnému loňskému období. Představitelé zdravotních pojišťoven ale tvrdí, že růst zdrojů ve zdravotním pojištění podle makroekonomických ukazatelů v žádném případě v roce 2002 nepřekročí šest procent. „Navíc očekávaná ekonomická recese ve světě se jistě odrazí i v Česku. Pokud se zvýší počty nezaměstnaných, klesnou příjmy z pojištění,“ řekl prezident Svazu zdravotních pojišťoven Ladislav Friedrich. Ředitelka Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiřina Musílková už v listopadu prohlásila, že se již nyní vyčerpávají rezervy kvůli rozhodnutí vlády o cenách péče na letošní první pololetí. „U nemocniční péče jsme měli naplánováno na jednoho pojištěnce růst nákladů o šest procent a jak se ukazuje, ve skutečnosti to je dvanáct procent,“ zdůraznila.

**I N Z E R C E**

**Redakční rada upozorňuje, že v nově zřízené rubrice INZERCE je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.  
Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.**

**Přijmeme dětského lékaře**

Dětského lékaře přijme Zdravotní středisko Pernink - okres Karlovy Vary. Dětský obvod splňuje kritéria pro přidělení statutu malá praxe. Byt 2 + 1 k dispozici. Tel.: 0607 244 730.

**Hledám zástup v ordinaci PL**

Praktický lékař pro děti a dorost hledá zástup v ordinaci od V. 2002 asi na 4 měsíce - operace. Praha 4, tel. ordinace: 02 - 791 90 10, tel. domů večer: 02 - 7277 0630.

**Dětská lázeňská léčebna hledá pediatra**

Dětská lázeňská léčebna Lázně Kynžvart (Karlovarský kraj, spádové město Mariánské Lázně) přijme do trvalého pracovního poměru lékaře s atestací I.stupně z pediatrie i před dokončením (případně i důchodce na výpomoc).

Nabízíme:

Velice dobré platové podmínky  
Přidělení služebního bytu 2+1 nebo 4+1  
Krásné a zdravé prostředí  
K dispozici bazén, sauna, fitness v areálu léčebny

Léčebna je zaměřena na léčbu nespecifických onemocnění dýchacích orgánů a nemocí kožních. Kapacita léčebny 305 lůžek, 130 zaměstnanců. Bližší informace najdete na stránkách [http://web.telecom.cz/detska\\_lecebna](http://web.telecom.cz/detska_lecebna) případně podá ředitelka léčebny na tel.0165/672160

**Hledám dětskou lékařku**

Hledám dětskou lékařku se soukromou praxí z Prahy 6, 5, 13 i okolí, která má zájem o reciproční zástup v době letních prázdnin. Zkrácené ordinací hodiny, dojíždění do ordinací. Zn: dohoda, tel: 0602 315 126.

**Hledám pediatra**

Hledám pediatra s I. atestací do soukromé ordinace jako zástup za MD - Jižní Čechy. Tel: 0603 372 999, e-mail: detska.ordinace@centrum.cz

**Hledáme PL se znalostí angličtiny**

Pražská jazyková škola The Caledonian School hledá pro své zahraniční lektory praktického lékaře s dobrou znalostí angličtiny, nejlépe v oblasti Prahy 5 (Anděl) nebo na přímém spojení (max. 15 min.) Kontakt: Jana Peinlichová, tel/fax: 02/5731 3650.