

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

červen 2007 ■ číslo 6 ■ ročník 7

Hypospadie uretry a současné léčebné trendy

Akutní skrotální syndrom

Varikokéla

Fimóza



zENTIVA



MSD



Orion Diagnostica

Sunar



OSPDL ČLS JEP

nejčtenější časopis
dětských lékařů
(Promediamotion
Medical Research
2005)

Johnson and Johnson

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

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

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s.r.o.

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

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Rošková

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.
Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 - jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc květen 2007	5
Zdravotní pojišťovny a Koalice soukromých lékařů	5
Stanovisko ČLK k záměrům MZ ČR	7
Usnesení Sněmu SPLDD ČR	8
Jak na kalkulace poplatků za administrativní úkony v ordinaci	9



Informace OSPDL ČLS JEP	11
MUDr. G. Kubátová, MUDr. N. Szitányi Meeting EAP - CESP v Limasolu, Kypr	14
Ing. J. Vignerová, CSc., doc. RNDr. P. Bláha, CSc. Nové růstové standardy Světové zdravotnické organizace	16
MUDr. M. Machart a kol. Akutní skrotální syndrom u dětí	18
MUDr. M. Drlík Kryptorchismus	22
as. MUDr. S. Tichý Varikokéla u dětí a dospívajících	25
MUDr. J. Kříž, MUDr. J. Morávek Hypospadie uretry a současné léčebné trendy	26
MUDr. V. Vobořilová Fimóza u dětí	28
MUDr. V. Vobořilová Hydrokéla u dětí	29
Zajímavosti ze světa odborné literatury	32



Aktuality	33
Řádková inzerce	38
<i>Příloha: Názory, úvahy a polemiky</i>	<i>střed</i>



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec

tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz

Obrázek na titulní straně namaloval ústy Stefanus Frederik Botha



Vážení a milí kolegové,

již jsme si zvykli na to, že téma zdravotnictví pravidelně plní přední stránky novin, i na to, že jakákoliv změna, iniciativa či jen úvaha se automaticky stávají předmětem vášnivých reakcí a komentářů. O tom, že míra politizace a pokrytectví je bohužel již dávno daleko za hranicí dobrého vkusu ani nemluvě...

Na tom, že je potřeba s našim zdravotním systémem „něco dělat“, se shodnou v podstatě všichni. Mnohem složitější to je, pokud jdeme do většího detailu a ke konkrétním krokům.

V posledních dnech se tak stalo atraktivním diskutovat o tom, co už je reforma a co reforma ještě není. Je to prázdná a bezobsažná diskuse. Zodpovědně říkám, že neexistuje žádné zázračné, okamžité a rychlé, pro každého příjemné, hladké a bezbolestné řešení, jenž by odstranilo všechny problémy, které zde nebyla vůle řešit od druhé poloviny devadesátých let.

Čeká nás mnoho postupných a na sebe navazujících kroků. Ty mají ve své první části za cíl stabilizovat systém, více vtáhnout občany do „hry“, nebojme se říkat, že i do zodpovědnosti za své zdraví, a v neposlední řadě rozhýbat především zdravotní pojišťovny k plnění svých rolí v českém zdravotnictví. V té druhé části musíme připravit řešení dlouhodobých vlivů jako je stárnutí populace, poskytování zdravotních služeb v rámci EU a podobně, stejně jako se tomu stalo při diskusi o změně systému důchodů. Úspěšné uskutečnění priorit letošního roku nám umožní stabilizovat hospodaření celého systému a dovolí jít dál. Chceme konečně zastavit a snížit rozsáhlé a neodůvodněné zneužívání zdravotní péče. Cílem takto získaných zdrojů není ušetřit, tyto dodatečné a nemalé prostředky zůstanou poskytovatelům, cílem je změnit chování, posílit odpovědnost a postupně nahrazovat kvantitu kvalitou.

Prioritou příštího roku zcela nepochybně je transformace zdravotního pojištění a fungování zdravotních pojišťoven. Tolik potřebné ohraničení a stanovení nároků občanů, které jsou kryty povinným všeobecným zdravotním pojištěním a současně zavedení individuálního připojištění na všechno, co stojí mimo tento rámec, nás vrátí do standardních evropských poměrů.

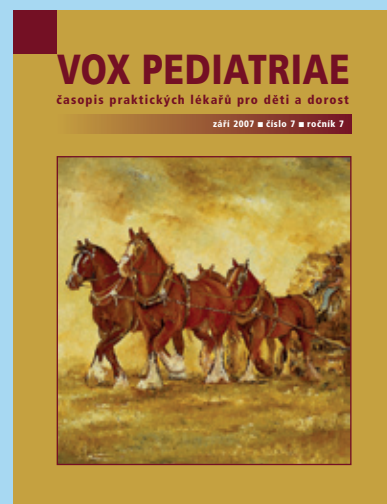
Každá změna logicky vyvolává otázky, nejistoty i záměrné dezinformace a účelová strašení. Nezapomeňme, jak dlouho jsme všichni po skutečné změně volali. Dnes před ní stojíme, hledejme proto prosím společné cesty „jak ano“ a potlačme v sobě hledání důvodů „proč ne“.

S úctou a přáním všeho dobrého,

Bc. Marek Šnajdr

1. náměstek ministra zdravotnictví
předseda Správní rady VZP

Diagnostika tumorů zadní jámy
Supratentoriální nádory u dětí
Nádory v oblasti sedla a III. komory
Laboratorní diagnostika nádorů CNS
Využití polarizovaného světla
v lékařství



seznam inzerujících firem

BOIRON
ČESKÁ SPOŘITELNA
HIPP
JOHNSON & JOHNSON
MARKDISTRI
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

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

Členy Výboru zpravidla
zastihnete v těchto hodinách:

Úterý
13,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
9,00 - 11,30 - MUDr. Eva Vítoušová
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
Středa
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová
15,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
Čtvrtek
8,00 - 10,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc květen 2007

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Ani v květnu nepřestala intenzivní jednání na téma úhradový systém u praktických lékařů, s některými zdravotními pojišťovnami stále řešíme rok 2006 a řešení se stále nenacházejí. Současně probíhají bouřlivé a leckdy konfrontační diskuse o zahájení prvních kroků chystané reformy zdravotnictví. Jaká asi bude 2. polovina letošního roku?

2.5. - s ředitelem Vojenské zdravotní pojišťovny jsme hledali shodu ve vyúčtování zdravotní péče za rok 2006 a snažili se nastavit financování roku 2007, základní neshoda panovala k 2. pololetí 2006 v případě nepodepsaných dodatků, začala výměna stanovisek právníků...

3.5. - obdobné jednání jako na VoZP proběhlo i na ZP MV. V poznání přátelštější atmosféře však také nedošlo ke shodě na výkladu řešení úhrad ve 2. pololetí 2006, nicméně případná regulace by byla uplatněna jen v případě překročení 110% celostátních nákladů a neuznání vyvinění, i tak jsme se shodli, že se případný spor bude řešit třeba i soudně

10.5. - v kanceláři našeho sdružení se sešla nově ustanovovaná analytická pracovní skupina, pozvání přijali i ing. Zámečník a ing. Pipota; zadání je jednoznačné – připravit ekonomické podklady pro jednání o cenách na rok 2008

22.5. - ke svému jednání se sešli zástupci Koalice soukromých lékařů, hlavním projednávaným bodem byly samozřejmě změny chystané resortním ministerstvem, blíže informujeme na jiném místě

22.5. - zahraniční komise, další z pracovních komisí našeho sdružení diskutovala a hodnotila možnosti spolupráce v rámci evropské pediatrické komunity

25.-27.5. - v Plzni proběhl Sněm Sdružení, hlavním tématem byla samozřejmě situace kolem smluvních vztahů s jednotlivými zdravotními pojišťovnami, především VZP; usnesení zveřejňujeme na jiném místě

28.5. - s náměstkem ministra zdravotnictví dr. Hroběm a ředitelem odboru pro kontrolu zdravotních pojišťoven jsme hledali průsečík v možném technickém vypořádání způsobu případného vybírání poplatků od pacientů, tady je ale zatím mnoho otazníků, na které jsme nedokázali uspokojivě odpovědět

29.5. - ke svému jednání se sešla Komise péče o dítě, pracovní poradní komise ministra zdravotnictví

29.5. - s premiérem Topolánkem a ministrem Julínkem se sešla Rada poskytovatelů zdravotní péče, předmětem jednání byla samozřejmě připravovaná reforma a první její kroky; v rušné atmosféře padla nakonec obecná podpora, mnohé se ale bude muset ještě vyřešit

30.5. - s vedením VZP v čele s ředitelem Horákem jsme se snažili řešit spory kolem úhrad – počínaje rokem 2006 a konče vizí v roce 2007; i když bylo možné zaznamenat určité vstřícné kroky, divergence vzniklá výpočtem tzv. vrátek, se bude jen těžko odbourávat.

Zdravotní pojišťovny a Koalice soukromých lékařů

V květnu dominovaly pro dětské lékaře především dvě věci - byla zahájena a rozpoutána diskuse na téma reforma zdravotnictví, bohužel diskuse se v tomto případě zúžila pouze na problematiku vybírání poplatků od pacientů. Nás ale samozřejmě velmi trápí stále se řešící a nedořešený stav cenových dodatků, především s VZP. Některé důležité skutečnosti, které by Vám měly pomoci získat ucelenější obraz o uvedených skutečnostech, si dovoluujeme nabídnout v následujících textech.

I. Stanovisko ředitele VZP MUDr. Pavla Horáka k návrhům dodatků na rok 2007 předložených Sdružením ze dne 10.5.2007

K návrhu „úhradového dodatku“ na rok 2007 ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče, který jste předali dne 20.4.2007 na jednání na Ústředí VZP ČR, máme následující připomínky.

V první řadě je třeba konstatovat, že předmetný návrh nesplňuje základní podmínku pro jiný způsob úhrady podle § 1 odst. 2 vyhlášky č. 619/2006 Sb., v tom, že neza-

bezpečuje, aby se úhradový dodatek, resp. sjednaný způsob úhrady nedostal do rozporu se zdravotně pojistným plánem VZP ČR. Navržená hodnota bodu 0,97 Kč při předpokládaném počtu výkonů provedených nad rámec kapacity v tomto segmentu je příliš vysoká. Vyplácení výkonů v této bodové hodnotě by podle našich modelových propočtů s největší pravděpodobností opět

vedlo k nutnosti regulace úhrady na konci roku 2007.

Předložený protinávrh dále neobsahuje dohodu smluvních stran o fungování kombinované kapitačně výkonové platby – taková dohoda ve smlouvě je nutná, protože systém KKVP není upraven žádným právním předpisem.

Návrh dodatku rovněž neobsahuje regu-



lační opatření vztažená na regulaci úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, ani za vyžádanou péči komplementu, jak vyplývají i z vyhlášky č. 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007.

Na druhé straně však předložený návrh „úhradového dodatku“ obsahuje ve svém článku 1., odst. 1. bonifikaci (navýšení) kapitační sazby na jednoho registrovaného pojištěnce podle dohodnutých pravidel (tzv. GIP) ve vazbě na celkovou nákladovost u zdravotnického zařízení registrovaných pojištěnců zdravotní pojišťovny, což ve svém důsledku znamená navýšení úhrady.

Předložený návrh „úhradového dodatku“

tedy neobsahuje žádné mechanismy, které by zabránily přečerpání zdravotně pojistného plánu VZP ČR, se všemi z toho plynoucími nežádoucími důsledky. Navíc je namístě otázka, zda by uvedený dodatek (v případě jeho podpisu) nebyl později, po zjištění, že byl uzavřen v rozporu se zdravotně pojistným plánem VZP ČR, prohlášen za neplatně uzavřený, z důvodu jeho rozporu s právním předpisem.

Vzhledem k tomu, že ze strany VZP ČR není možné svévolné rozdělování svěřených prostředků mimo dohody uzavřené s oficiálními zástupci poskytovatelů zdravotní péče, navíc nad rámec zdravotně pojistného plánu, který je pro VZP ČR bez výjimky závazný, jsem nucen Vámi předložený návrh úhradového dodatku za VZP ČR s lítostí odmítnout. Nicméně i přesto Vás mohu ujistit, že

Všeobecná zdravotní pojišťovna v letošním roce rozdělí ordinacím praktických lékařů veškeré finanční prostředky, které jsou pro tento segment zdravotní péče ve zdravotně pojistném plánu VZP vyčleněny, tedy nad rámec parametrů úhrad, sjednaných pro rok 2007. Oprávněným požadavkům Vašich zástupců na zvýšení sazeb úhrad vyjde VZP ČR vstříc v maximální možné míře v nejbližším možném období, tzn. v dohodovacím řízení pro rok 2008.

Vážený pane doktore, věřím, že tuto složitou situaci pochopíte, a že Vaše návrhy budou v co nejvyšší možné míře využity, ať už v dohodovacím řízení, či v dalších, koncepčních jednáních, k celkovému zlepšení podmínek pro práci praktických lékařů v ČR.

MUDr. Pavel Horák, MBA

II. Stanovisko ředitele odboru úhrad zdravotní péče k návrhu dodatku na rok 2007 předloženého Sdružením ze dne 30.5.2007

Z pověření pana náměstka Hroboně zasílám reakci na dotaz ze dne 27.5.2007.

Předložený návrh „alternativního dodatku“ ke smlouvě pro praktické lékaře pro děti a dorost není v přímém rozporu s úhradovou vyhláškou na rok 2007 - jedná se o jiný způsob úhrady.

Pokud však z propočtů VZP vyplývá, že při uplatnění parametrů navrženého dodatku,

bez současné možnosti uplatnění jakýchkoli regulačních mechanismů, by hrozilo překročení zdravotně pojistného plánu, není splněna vyhláškou stanovená podmínka pro uplatnění jiného způsobu úhrady, tedy že dohodnutá výše úhrady nesmí být v rozporu se zdravotně pojistným plánem zdravotní pojišťovny.

Z výše uvedeného vyplývá, že akceptací předloženého dodatku ke smlouvě pro PLDD

by VZP nepostupovala v souladu s vyhláškou č. 619/2006 Sb. a dle přiložené korespondence ani v souladu s usnesením správní rady VZP.

Je mi líto, že Vám nemohu zaslat příznivější odpověď.

S pozdravem

MUDr. Vlastislav Kaplan

ředitel odboru úhrad zdravotní péče
Ministerstvo zdravotnictví ČR

III. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 22. května 2007

1. Jednání jednotlivých členů KSL se zdravotními pojišťovnami

■ Jednání se zdravotními pojišťovnami pokračují. Zástupci Koalice si vyměnili zkušenosti z přípravných jednání dohodovacího řízení. Stále je třeba upozorňovat na nárůst financí do nemocnic. Hrozí nebezpečí zvýhodnění jednoho segmentu na úkor druhých, je nezbytně nutné vymezit objem finančních prostředků pro ambulantní sféru.

2. Schůzka s ministrem zdravotnictví

■ Pro jednání s MUDr. Tomášem Julínkem je třeba zpracovat vlastní návrhy a doporučení shrnuté do "Koaličního desatera". Jednání vést v pozitivních duchu, ale vyžadovat, aby zástupci Koalice mohli připomínkovat návrhy MZ ČR již u jejich zrodu, nikoliv až v době, kdy nejsou téměř žádné změny možné.

Termín schůzky s ministrem byl stanoven na pondělí 11. 6. 2007 v 15.30 hodin.

■ Členové KSL se dohodli, že se budou scházet vždy před jednání Rady poskytovatelů, aby mohli sladit své názory a na Radě pak vystupovat jednotně.

3. Stavovský předpis č. 16

Podpořeny aktivity proti zpoplatňování akcí, pořádaných ČLK.

IV. Cílový stav reformy zdravotnictví - pracovní materiál Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů bude v rámci prosazování reformy českého zdravotnictví požadovat systém respektující zásady shrnuté do následujících tezí:

1. Základním kamenem zdravotního systému a zárukou kvality a etiky poskytování

specializované ambulantní zdravotní péče je **svobodný, nezávislý a plně zodpovědný lékař**, který má svobodnou možnost rozhodnout se pro výkon své činnosti formou podnikatelskou nebo zaměstnaneckou.

2. Stejně důležitým faktorem s vlivem na kvalitu a ekonomičnost poskytované péče je **zodpovědný, informovaný pacient, motivovaný k prevenci a zdravému životnímu stylu, k čerpání jen té péče, kterou skutečně potřebuje**.



3. Systém musí být nastaven tak, aby byl **pacient motivován drahou - nejčastěji lůžkovou - péčí čerpat až ve chvíli, kdy není možné mu pomoci levnějšími cestami**, např. formou ambulantní, domácí nebo stacionární péče. K dispozici tedy musí být dostatečná síť praktických lékařů, na ni přirozeně navazující dobře dostupná, kvalitně vybavená ambulantní specializovaná péče a komplement, až na ně navazující péče lůžková, která musí mít na celém území ČR vzájemně srovnatelnou kvalitu, technické i personální vybavení. K dosažení tohoto cíle bude nejspíše třeba redukovat výdaje (fixní náklady) na nemovitosti některých současných nemocnic (účinné to může být ale jen při redukcí počtu nemocnic, nikoli jen jejich „zmenšováním“) s přesunem lékařů a zdravotnického personálu do ambulancí.

4. **Zdravotnický systém nesmí být součástí ani náhradou systému sociálního** a nesmí sloužit k udržování umělé zaměstnanosti.

5. **Zisk** z poskytování zdravotní péče je samozřejmou součástí odměny za poskytované služby, **nesmí však být dělen jen mezi úzkou skupinu managerů a vlastníků velkých zdravotnických komplexů**. Vedlo by to k potlačení konkurenčních vztahů mezi jednotlivými lékaři zastřešenými společným zaměstnavatelem, který by – jako velká společnost ovládající „trh zdravotnických služeb“ na úrovni určitého regionu – již konkurenci

neměl. Tento stav by s jistotou vedl k omezení kvality a dostupnosti zdravotní péče a v konečném důsledku k jejímu zdražení. Z analogických důvodů **nesmí být majetkově propojeny** zdravotní pojišťovny se zdravotnickými zařízeními.

6. Hybnou silou k udržování a zvyšování kvality péče je konkurence mezi jednotlivými lékaři, nenarušovaná administrativními či jinými direktivními zásahy, dumpingovým chováním poskytovatelů, protekcionismem např. ze strany krajů nebo zdravotních pojišťoven. **Poskytovatelé si mohou konkurovat kvalitou jimi poskytované péče** (kritéria pro hodnocení stejných typů jednotlivých pracovišť musí být vždy stejná nezávisle na tom, v jak velkém celku se nacházejí, resp. jsou-li součástí většího zdravotnického zařízení, či nikoli), konkurence cenou je možná jen v případě velkých lůžkových zdravotnických zařízení.

7. Zárukou optimálního financování je **konkurence plátců zdravotní péče**, tedy zdravotních pojišťoven, která je založena především na konkurenci pojistných plánů. V rozsahu jednoho pojistného plánu (jediným je v současné době u nás systém veřejného zdravotního pojištění), který musí mít přesně definovaný rozsah plánem hrazené péče, jsou všichni poskytovatelé určitého typu zdravotní péče financováni totožným způsobem. Je **vyloučena nabídka dumpingových cen a jiný úhradový protekcionismus**.

8. **Systém veřejného zdravotního pojištění**

musí zohledňovat zájmy a potřeby různých sociálních, zaměstnaneckých či jiných skupin obyvatelstva, musí obsahovat motivační prvky vedoucí ke zlepšování životního stylu občanů.

9. **Organizace zdravotnictví je záležitostí jdoucí napříč politickým spektrem**, zdravotnictví musí plnit nejen veřejné, nýbrž i soukromé zájmy fyzických a právnických osob.

10. **Zásahy státu mají být omezeny jen na nastavení systému** (včetně stanovení výše plateb za státní pojištěnce i odvodů od ostatních složek obyvatelstva, které by se v žádném případě neměly snižovat), dozor nad funkcí zdravotních pojišťoven a nad tím, aby nedocházelo ke zhoršení dostupnosti péče (např. v řídké osídlených oblastech, či při krizových situacích – např. živelných katastrofách).

11. **Rozhodování o síti ambulantních zdravotnických zařízení a úhradě jejich práce má být** (s výjimkou stavu, kdy by hrozilo, že může dojít k ohrožení dostupnosti některé péče) ponecháno na **jednání mezi zdravotními pojišťovnami a zástupci sdruženími zdravotnických zařízení**. Úhrada za práci však nesmí být nižší, než jsou náklady na tuto péči.

*Pro jednání KSL připravila
a zpracovala Rada SAS ČR*

Stanovisko České lékařské komory k záměrům Ministerstva zdravotnictví

Snižování reálných výdajů na zdravotnictví, které připravuje vláda (zmrazení plateb za tzv. státní pojištěnce, zavedení stropu vyměřovacího základu pro výpočet pojistného, zvýšení DPH na léky z 5% na 9%) **ohroží kvalitu a dostupnost zdravotní péče v České republice**. Výdaje na zdravotnictví v ČR ve výši 7,2% HDP (740 euro na občana a rok) jsou hluboko pod průměrem EU a české zdravotnictví je chronicky podfinancované.

Ministr Julínek ignoruje lékaře a jejich profesní samosprávu. Je prvním ministrem zdravotnictví, který nekomunikuje s Českou

lékařskou komorou, které zákon č. 220/1991 Sb. ukládá: „hájit práva a profesní zájmy svých členů“, přičemž podle stejného zákona „každý lékař, který na území ČR vykonává lékařské povolání v léčebné a preventivní péči musí být členem ČLK“. **Ministr rovněž nesplnil slib ustanovit komisi politiků a odborníků, která by připravila reformu zdravotnictví**.

Bez podpory veřejnosti, širokého politického konsenzu a spolupráce se zdravotníky přitom nelze vytvořit stabilní systém organizace a financování zdravotní péče.

Ministr Julínek místo toho prosazuje pokoutně, jako součást vládního balíku reformy veřejných financí, zásadní změny zdravotnictví, které nebyly projednány s představiteli zdravotníků.

Tzv. regulační poplatky jsou pouze zástěrkou, která má sloužit k odvedení pozornosti od závažných a nevratných změn, které mohou rozložit systém poskytování zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění a ohrožují právo lékařů vykonávat svobodně své povolání.



Jde o tyto změny:

■ **Podřízení dosud veřejnoprávní** Všeobecné zdravotní pojišťovny ministerstvu zdravotnictví znamená faktický přechod ze systému konkurujících si zdravotních pojišťoven na systém vládou ovládané tzv. národní zdravotní služby.

■ Extrémní posílení pozice ministerstva, které bude nejenom ovládat VZP a tím i většinu peněz ve zdravotnictví, ale i rozhodovat o seznamu zdravotních výkonů a prostřednictvím vládou ovládané správní rady VZP i o hodnotě bodu. **Systém dohodovacích řízení mezi zdravotními pojišťovnami a představiteli lékařů a zdravotnických zařízení má nahradit diktát ministerstva zdravotnictví, které bude podle své libovůle rozhodovat, s kterými zdravotnickými zařízeními a soukromými lékaři pojišťovna uzavře smlouvu i kolik jim bude platit za práci...**

■ Ministerstvo zdravotnictví **porušuje zákon tím, že nevytvořilo ve spolupráci s ČLK vyhlášku o minimální personálním vybavení zdravotnických zařízení. Zdravotnické řetězce, podporované ze strany ministerstva, díky tomu mohou zaměstnávat nekvalifikované lékaře a svojí nekalou konkurrencí zlikvidují praktické lékaře i soukromé gynekology.** Pojišťovny s nimi totiž budou moci uzavírat smlouvy na poskytování této péče bez výběrových řízení. Následný vznik lokálních monopolů (společné vlastnictví zařízení nabízejících ambulantní péči,

nemocnic a v dle plánů ministerstva i tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven) zlikviduje i ostatní soukromé lékaře.

ČLK v současnosti jedná s poslanci všech parlamentních politických stran. Naším cílem je zabránit přijetí těchto s lékařů neprojednaných a zdravotnictví devastujících záměrů v Poslanecké sněmovně. Ministr Julínek se snaží, přilepené na vládní balík zákonů, jejichž cílem má být stabilizace veřejných financí, pokoutně propašovat poslaneckou sněmovnou zásadní změny zdravotnictví, které s reformou veřejných financí nijak nesouvisí. Ministrovi Julínkovi jde pouze o posílení své osobní moci a o prospěch silných finančních skupin.

ČLK vyzývá poslance, aby Julínkovy návrhy odmítli a tak zvýšili šanci na schválení ostatních vládních návrhů. Reforma zdravotnictví je příliš vážná věc na to, aby byla pokoutně protlačována jako přílepek na soubor opatření ke stabilizaci veřejných financí.

ČLK připravila vlastní reformní návrhy, které se budeme snažit prosadit při jednání zákona o veřejném zdravotním pojištění v parlamentu.

Za základní pilíř reformy zdravotnictví považujeme vytvoření systému dohodovacího řízení o standardech zdravotní péče. Nepoměr mezi limitovanými finančními zdro-

ji, tržními cenami zboží a služeb, které do zdravotnictví vstupují, a ideologicky motivovaným zadáním poskytovat veškerou dostupnou zdravotní péči za všech okolností všem, to způsobuje deformace ceny zdravotní péče, která dnes neodráží skutečné náklady jejich poskytovatelů.

Z veřejného pojištění mohou být hrazeny výkony pouze v nejlépešším provedení, které je ještě „lege artis“. Zúžení rozsahu péče kryté ze základního pojištění vytvoří prostor pro komerční připojištění, konkurenci zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení. Toto je reforma zdravotnictví, nesmyslné regulační poplatky, jejichž účelem je pouze získat peníze, které má ze zdravotnictví odčerpat balíček vládních úsporných opatření, ty nelze při nejlepší vůli za reformu považovat.

ČLK nabízí svoji neutrální půdu i odborné zázemí představitelům všech relevantních politických stran k seriózní diskusi o budoucnosti českého zdravotnictví.

ČLK vyzývá všechny organizace sdružující zdravotníky, aby spolupracovaly za účelem obhajoby existenčních zájmů svých členů.

V Praze 7.6.2007

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

Usnesení Sněmu SPLDD konaného v Plzni ve dnech 25. – 27.5.2007



1. Sněm SPLDD zásadně nesouhlasí s postupem VZP při uplatňování vratek za rok

2006 a zamítnutím našeho návrhu dodatku na rok 2007.

2. Sněm požaduje od Výkonného výboru SPLDD pokračovat v jednáních k dořešení úhrad za rok 2006. Pro rok 2007 znovu jednat o našem návrhu cenového dodatku s VZP a event. dalšími pojišťovnami.

3. Sněm doporučuje všem členům SPLDD, řídit se všemi doporučeními vydanými řídicími orgány. V opačném případě nelze ze strany SPLDD zaručit stejné podmínky pro všechny členy.

4. Sněm nevylučuje možnosti dalších celorepublikových protestních akcí v případě, že



při realizaci reformních kroků bude docházet k ekonomickému ohrožení PLDD.



5. Sněm SPLDD souhlasí s principem zavedení spolufinancování úhrady zdravotní péče ze strany pacienta.

Poplatky nesmí být u PLDD v jakékoliv vazbě na úhrady od ZP, včetně vykazování. Nesouhlasíme se zaváděním výjimek ve spoluúčasti. Požadujeme, aby poplatek v ambulancích PLDD měl formu správného poplatku. Požadujeme diferenciaci poplatků u primární péče a specialistů, aby nedocházelo ke spekulativnímu chování pacientů.

6. Sněm požaduje pro další jednání oddělení úhrad pro PLDD od úhrad pro PL.

7. Sněm žádá vedení SPLDD urychleně zřídit maximálně tříčlennou skupinu právníků, která by provedla analýzu možnosti právní ochrany ZZ v souvislosti s úhradovým systémem ZP. Na tyto právníky by se po schválení předsednictvem obraceli i lékaři rozhodnutí podat žalobu na VZP či další ZP.

8. Sněm navrhuje výkonnému výboru SPLDD zahájit jednání s vedením ČLK za účelem zlepšení vzájemné informovanosti a případné pomoci.

9. Sněm žádá výkonný výbor, aby vstoupil v jednání se správními radami ZP za účelem navýšení prostředků ve zdravotně pojistném plánu pro PLDD.

10. Sněm žádá výkonný výbor o urychlené řešení problematiky financování vzdělávání nových PLDD.

11. Sněm naléhavě doporučuje všem našim členům, aby jakýmkoliv způsobem nevstupovali do projektu „Moje ambulance“.

12. Sněm požaduje od výkonného výboru zpracovat nejpozději v průběhu června podklady pro cenová jednání z výstupů analytické komise SPLDD.

ké komise SPLDD.

13. SPLDD vyzývá výkonný výbor, aby při jednáních nad typovými smlouvami vycházel z celého spektra obsahu smluvních vztahů, tj. včetně cenového dodatku.

14. Součástí usnesení je i prohlášení sněmu.

Tiskové prohlášení sněmu SPLDD (Plzeň, 25. – 27.5.2007)

Praktičtí lékaři pro děti a dorost připravují podání žalob na VZP. Srážky ve výši několika desítek tisíc Kč za vykonanou práci v roce 2006 byly uplatněny bez vypořádání odvolání ze strany dětských praktických lékařů.

Sněm SPLDD souhlasí s principem zavedení spolufinancování úhrady zdravotní péče ze strany pacienta bez výjimek.

Jak na kalkulace poplatků za administrativní úkony v ordinaci

Ing. Jiří Pipota

Analytická komise SPLDD

Se zavedením poplatku za různá potvrzení, vystavená praktickým lékařem na žádost pacienta, se objevila potřeba tento poplatek blíže určit. Jediný způsob, jak se s tímto problémem vypořádat, je vykalkulovat cenu práce lékaře na vyžádaném potvrzení pomocí nákladové kalkulace.

Nákladová kalkulace ceny je nejběžnější způsob oceňování výkonu nebo i výrobku. Proto doporučuji použít tento způsob, zejména pro jeho jednoduchost a relativní přesnost. K provedení kalkulačního výpočtu ceny potřebujeme znát náklady, vztahující se k danému výkonu, z našeho pohledu tedy postačí režijní náklady a obvyklý zisk. Materiál k vystavení potvrzení obvykle nepotřebujeme, příslušný tiskopis, pokud jej pacient nepřinese sám, je zahrnut v režijním materiálu.

Jak tedy na samotnou kalkulaci? Velká většina z vás vede daňovou evidenci (dříve jednoduché účetnictví) a jistě máte založenou uzávěrku minulého roku. Součástí uzávěrky je tabulka nákladů v členění podle druhů – (mzdy, provozní režie, sociální pojištění podnikatele), odpí-

sy majetku se vedou mimo daňovou evidenci a v tabulce je nenajdete, stejně jako časové rozlišení leasingové akontace. Pokud se v tom neorientujete sami, požádejte svého účetního, aby vám příslušné údaje připravil.

Postup při kalkulaci je následující:

1. Sečtete počet ordinčních hodin za celý rok a násobíte jej 60; dostanete počet odpracovaných minut v loňském roce. Tímto číslem pak budete dělit nákladové položky i zisk!

2. Z tabulky nákladů z uzávěrky sečtete potřebné položky, zejména provozní režii a sociální pojištění, pokud je nutná součinnost sestry, přičtete i mzdy, přidáte údaje mimo evidenci – odpisy hmotného i nehmotného investičního majetku a podíl akontace leasingu, případající na 12 měsíců (tedy samozřejmě, pokud leasing máte). Získaný součet vydělíte počtem odpracovaných minut a dostanete tzv. minutový náklad.

3. Z tabulky uzávěrky vyčtete i zisk za minulý rok – to číslo rovněž vydělíte počtem odpracovaných minut a dostanete minutový zisk.

4. Oba minutové údaje sečtete a získáte tak cenu minuty vaší práce.

5. Posoudíte (odhadem nebo měřením) potřebu času v minutách na vystavení jednotlivých potvrzení a tuto dobu vynásobíte cenou minuty vaší práce. Výsledkem je kalkulovaná cena vašeho výkonu při vystavování potvrzení na žádost pacienta – tedy kalkulace poplatku.

6. Poznámka: pokud je součástí vystavení potvrzení i lékařské vyšetření, doporučuji se držet ceny, kterou za něj platí pojišťovna pacienta, je-li v daných souvislostech hrazeno, pak s ním nebudete počítat. Poplatek za práci administrativní vám zaplatí pacient a vyšetření pojišťovna. Pokud není toto vyšetření pojišťovnou hrazeno, musí být jeho cena součástí poplatku v tzv. ceně obvyklé, tj. v ceně pojišťovny. Takto vykalkulovanou cenu nesmíte překročit, pod ni jít můžete, tzn. že můžete pacientovi poskytnout slevu, máte-li k tomu důvod. Stejně tak dobře ale můžete počítat i s jednotlivými položkami, jak uvádí příklad na následující straně.

**Příklad - modelová ordinaci PLDD:****1. mzdové výdaje**

mzdové náklady	16600,00
zákonné sociální pojištění	0,00
ostatní sociální pojištění	0,00
ostatní sociální náklady	0,00

mzdové výdaje 16600,00**2. materiál**

spotřeba materiálu	120137,00
materiál na skladě	0,00

spotřeba materiálu celkem 120137,00**3. režijní výdaje**

drobný majetek	30667,00
spotřeba rež. materiálu	36136,00
spotřeba energií a nájem	426900,00
spotřeba PHM	21838,00
služby - laboratoř	37848,00
opravy a udržování	55779,00
školení	6958,00
ostatní služby	13318,00
sociální náklady individuálního podnikatele	31668,00
ostatní daně a poplatky	3000,00
ostatní provozní náklady	26108,00
ostatní finanční náklady	8030,00
leasing	139146,00
časové rozlišení	40577,00

režijní výdaje celkem 877973,00**4. odpisy**

odpisy nehmotného a hmotného investičního majetku	0,00
odpisy celkem	0,00

příjmy celkem 1302947,00**výdaje celkem 1014710,00****zisk hospodářský výsledek 288237,00****Výpočet kalkulace ceny minuty práce:**

**ordinační doba 38 hodin týdně, za rok 52 - 4 týdnů (bez dovolené) = 48 týdnů krát
38 hodin = 1824 hodin, krát 60 = 109440 minut za rok**

minutová provozní režie: 877973 Kč děleno 109440 minut = 8,02 Kč / minutu

minutový zisk: 288237 Kč děleno 109440 minut = 2,63 Kč / minutu

a podobně případně minutová mzda sestry:

16600 Kč děleno 109440 minut = 0,15 Kč / minutu

(v příkladu je použito účetnictví konkrétní ordinace, kde sestra nepracovala celý rok na plný úvazek)

Pak cena minuty vaší práce:

8,02 + 2,63 = 10,65 Kč / minutu, resp. 10,80 Kč / minutu

Výpočet ceny administrativního výkonu – potvrzení bez vyšetření: trvání práce lékaře na potvrzení např. 20 minut, pak cena poplatku je 20 krát 10,65 Kč = 213 Kč. Podobně pak i cena s vyšetřením, které pro tento účel pojišťovna nehradí – prostě se k ceně za administrativní výkon přičte cena pojišťovny za dané vyšetření.

VZP plánuje změnit**systém dotací na prevenci**

Získat od Všeobecné zdravotní pojišťovny peníze na organizaci preventivních programů pro její klienty by mělo být od příštího roku těžší než dosud. Změnou dotační politiky občanským sdružením a dalším subjektům chce VZP umlčet kritické hlasy, že s prostředky na prevenci plýtvá.

Z mrhání penězi obviňoval pojišťovnu už bývalý ministr zdravotnictví David Rath. Nedostatky ve způsobu, jakým jsou desítky milionů korun přidělovány, uznává i VZP.

„Správní rada zřídila pracovní komisi, která se bude změnou systému rozdělování prostředků na preventivní programy zabývat,“ uvedla mluvčí pojišťovny Jana Víšková.

Jiří Schlanger, který v řídicím orgánu pojišťovny zastupuje odbory, označil dosavadní způsob rozdělování dotací za nešvar. „Jednotlivé organizace velmi neorganicky žádaly o prostředky na činnost. Shodli jsme se na tom, že letos to bylo naposledy,“ prohlásil.

Zatímco dosud předkládali žadatelé o peníze z VZP své projekty a ty pak správní rada posuzovala, nově by to mělo být přesně naopak. Návrh preventivních programů vypracuje vedení VZP, zadá požadovaná kritéria a nechá jednotlivé organizace, aby o ně soutěžily.

„Nové preventivní programy budou moci využívat všechny věkové kategorie – od dětí přes lidi v produktivním věku až po seniory. Zároveň se změní i jejich zaměření. Budou pokrývat ty nejdůležitější oblasti, kde je dnes prevence nejvíce třeba,“ řekla Víšková.

Organizace, které dosud z peněz VZP „žijí“, změna děsí. „Obávám se, že na to pacienti mohou doplatit. Do soutěže se budou moci přihlásit třeba i cestovní kanceláře, které nemají s organizací ozdravných pobytných žádných zkušeností. Některé nabízejí naprosto nevhodné destinace, zázemí i program,“ varovala Jana Koželská ze sdružení Arcus – Onko, které pořádá pobyty pro lidi po onkologické léčbě.

Právě toto sdružení patří mezi subjekty, o kterých se hovoří v souvislosti s neefektivním využíváním přidělených peněz. Od VZP letos dostalo 10 milionů korun na pobyty ve Švýcarsku a Chorvatsku. „Nechápu, proč klienty VZP vozí za drahé peníze do hor ve Švýcarsku. Když stejného efektu by bylo možné dosáhnout za zlomek ceny třeba v Krkonoších,“ poznamenala Jana Petrenko z Koalice pro zdraví.

I to si chce VZP více hlídat. „Základním kritériem bude nezpochybnitelný medicínský přínos a efektivita vynaložených prostředků,“ konstatovala Víšková.



Informace OSPDL ČLS JEP

Co je kasuistika, k čemu slouží a komu je určena?

V květnovém čísle VOX Pediatriae jsem se zmínila o záměru redakční rady zveřejňovat pravidelně na stránkách našeho časopisu případy z praxe.

Abychom v těchto sděleních zachovávali určitou strukturu, přednesla jsem na setkání školitelů v Seči návrh, jak by kasuistika měla vypadat v písemné formě a jak ji připravit pro ústní prezentaci.

Co je kasuistika, k čemu slouží a komu je určena?

Kasuistika je souborná zpráva o jednotlivém případě, v úřední podobě by měla mít určitou formu, odborné náležitosti, logiku i pointu.

Obvykle zahrnuje

- klinické údaje o vývoji a současném stavu jedince
- údaje o okolnostech, které mohly vývoj a současný stav ovlivnit
- rozhodnutí či opatření, která byla v daném případě učiněna

Slouží

- pro aplikaci v klinické praxi
 - k vědecko-výzkumným účelům jako výchozí podklady pro tvorbu hypotéz
 - k účelům didaktickým
- Je určena příslušníkům určité profesní skupiny.

Formální zásady kasuistiky:

Titulní strana vždy na zvláštním listu obsahuje

- stručný a výstižný název
- plné jméno autora - křestní jméno, příjmení, titul, akademické a vědecké hodnosti
- název a adresu pracoviště autora
- e-mail, telefon, fax, event. www.stránky autora

V písemné verzi pro publikaci kasuistiky používáme

- rukopis v elektronické podobě - software Microsoft Office
- text na bílém papíře A4 s řádkováním 1,5
- typ písma Times New Roman
- velikost písma 12
- 60 typů na řádek
- 30 řádků na stránku

Doporučovaná pravidla

- rozlišení číslice 1 a 0 od písmen O a I
- zápornky vždy kulaté, pouze u citace literatury hranaté
- za interpunkčními znaménky vždy mezera
- zvýraznění textu kurzívou nebo tučným písmem
- označení každé stránky arabskou číslicí vpravo nahoře
- zkratky jen výjimečně, vysvětlení u prvního výskytu

Co má kasuistika obsahovat?

- anamnézu (RA, OA, SA, AA)
- klinické údaje a okolnosti související s vývojem současného stavu pacienta
- vyšetření a postupy provedené v souvislosti s případem
- opatření vyplývající z daného případu
- závěr a poučení

Součástí kasuistiky pro ústní prezentaci v programu Microsoft PowerPoint je

- titulní strana s uvedením zmíněných zásad
- úvod k danému tématu
- heslovité sdělení vlastního textu
- závěr, poučení
- tabulky jsou na zvláštním listu MS Word nebo MS Excel
- grafy nejlépe v MS Excel
- fotografie pacientů buď se souhlasem nebo se zakrytím očí

Postup při prezentaci kasuistiky

- představení se, pokud neudělal moderátor
- oslovení předsedy a pléna
- vlastní sdělení případu
- poděkování za pozornost
- být k dispozici na diskuzi

Připomenutí, co má vliv na úspěch prezentace

- vhodné oblečení
- postoj a kontakt s publikem
- zřetelná a pečlivá výslovnost
- stručnost, věcnost a srozumitelnost
- dodržení času

P. S.

Rady, zkušenosti

- Mít svoje sdělení na vlastním Flash Disku nebo CD.
- Být připraven na selhání techniky a nepředvídatelné situace.
- Seznámit se s prostorami sálu, umístěním mikrofonu a ovladačem techniky.
- Nezapomenout si ověřit fungující instalaci prezentace u promítače a pořadí vystoupení u koordinátora bloku.
- Být připraven na selhání techniky a nepředvídatelné situace. Osvědčilo se mi mít s sebou vlastní počítač. Při výpadku elektřiny nebo selhání techniky už nejednou spolehlivě posloužil mně i ostatním přednášejícím.
- Domluvit si se zadavatelem čas vymezený pro prezentaci, honorář a způsob platby za prezentaci.

Závěr:

- Nenechte se odradit případným neúspěchem, učený nespádá z nebe. Odvaha vystoupit je prvním krokem k úspěchu. Mějte na paměti, že lékař se nevzdává.
- Osobně dávám přednost sdělením, z nichž je zřejmé, že autor chce sdělit, nikoliv ohromit.
- Vždyť každodenní praxe a život není jen o mimořádnostech.
- Milejší je mi přednášející, který ke mně - k posluchači stojí čelem, třeba se občas zadrhne a rozpačitě usměje, než excelentně připravený profesionální přednášeč, který po celou dobu svého sdělení sice používá ukazovátka, ale čte na obrázcích, aby se neodchýlil od připraveného a ukazuje mi svoje pozadí.

Všimli jste si, jak herci při každém svém divadelním představení pokorně visí na divácích očima a skromně vyčkávají, jak divák přijme jejich vystoupení? Vždy vnímám tu pokoru a opakovaně mě to dojímat. Ani stokrát dobře odehraný kus pro ně není samozřejmostí úspěchu.

Těším se na Vaše příspěvky a přeji Vám odvahu, sebe-důvěru a milé posluchače.

MUDr. Olga Roškotová

Setkání školitelů 15. až 17. června 2007 v Seči - Ústupy

Odborné setkání bylo tentokrát zaměřeno na mezioborovou spolupráci PLDD se specialisty v oborech alergologie, mikrobiologie a očního lékařství a na probíhající společnou akreditaci školitelů s IPVZ.

Panelovou diskuzi mezi specialisty a PLDD na téma „Inhalační terapie v léčbě astmatu - PRO a PROTI“ a „Inhalační kortikosteroidy - ANO či NE“ na straně specialistů zastupovali MUDr. Lenka Pennigrová, CSc. z Prahy, MUDr. Jaroslav Matuška, CSc. z Brna a prim. MUDr. Jiří Novák z Litomyšle a druhou stranu školitelé v našem oboru.

Diskuze skončila s výsledkem: PRO a ANO s upozorněním na rizika při vyšším dávkování.

V programu vystoupil také prim. MUDr. Břetislav Brožek, CSc. z Oční kliniky Fakultní nemocnice Na Bulovce z Prahy na téma „Možnosti diagnostiky a léčebné intervence v ordinaci očního lékaře“ a „Záněty a neprůchodnost slizných cest v dětském věku a úloha antibiotik v jejich léčbě“ a prim. MUDr. Vlastimil Jindrák z Nemocnice Na Homolce z Prahy a MUDr. Jiří Marek, místopředseda OSPDL ČLS JEP s příspěvkem „Plošná intervence ve prospěch zlepšení preskripce ATB v primární péči“.

Sdělení MUDr. Roškové na téma „Jak by měla vypadat kasuistika?“ uvádíme na samostatné stránce v celém znění. MUDr. R. Adamová, J. Seifertová a Y. Tomanová přednesly velmi zajímavé kasuistiky ze svých praxí.

Odborné setkání ukončila v neděli předsedkyně OSPDL ČLS JEP MUDr. Hana Cabrnová sdělením „Vzdělávání, akreditace a novinky v našem oboru specializační způsobilost v oboru PLDD“.

zapsala Olga Roškotová



Doporučení Výboru OSPDL k vakcinaci proti HPV

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

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

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

■ Doporučené schéma podávání vakcíny „Silgard“:

0-2-6 (druhá dávka dva měsíce od první dávky a třetí dávka šest měsíců od první dávky)

■ Minimální intervaly:

■ Mezi první a druhou dávkou 4 týdny, mezi druhou a třetí dávkou 12 týdnů

■ Neúplně podaná dávka nebo dávka podaná dříve než je doporučený interval (dříve než je interval minimální), musí být zopakována.

■ Přerušené očkovací schéma:

Dojde-li k přerušení mezi první a druhou dávkou, druhá dávka se podá co nejdříve a třetí dávka pak nejdříve za 12 týdnů od dávky druhé. V případě, že dojde k přerušení mezi druhou a třetí dávkou, je nutné podat třetí dávku co nejdříve. Celé schéma by mělo být podáno nejpozději v průběhu jednoho roku.

Subkatedra praktického lékařství pro děti a dorost

**Subkatedra praktického lékařství pro děti a dorost
U hranic 18, 100 00 Praha 10**

Vedoucí: MUDr. Hana Cabrnová
tel.: 244 472 734, fax: 267 184 065, e-mail: hana@cabrnova.cz

220101 - 6.9.2007

Specializační kurz - Vedení lékařské praxe PLDD

Určeno pro PLDD a lékaře ve specializační přípravě.

Program: Management soukromé praxe. Komunikace se zdravotními pojišťovnami. Legislativa, převody lékařských praxí. Vedení zdravotnické dokumentace. Internet.

Vedoucí: MUDr. O. Rošková

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15

Předpokládaná cena: 300,- Kč

220102 - 22.11.2007

Specializační kurz - Očkování v praxi PLDD

Určeno pro praktické lékaře pro děti a dorost, lékaře ve specializační přípravě v oboru.

Program: Základy používání očkovacích látek. Mechanismus účinku očkovacích látek. Legislativa. Očkovací schémata. Očkovací kalendář v ČR a ostatních státech. Očkování dětí při cestách do zahraničí.

Vedoucí: MUDr. H. Cabrnová

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15

Předpokládaná cena: 300,- Kč

203105 - 1.12.2007

Kurz - Přístupy a metody ovlivňování kvality preskripce antibiotik v primární péči o děti a dorost

Určeno pro praktické lékaře pro děti a dorost, regionální koordinátory projektu „Kvality předepisování antibiotik v primární péči o děti a dorost“.

Program: Racionální přístup k preskripci antibiotik v léčbě pacientů dětského a dorostového věku. Akce pořádaná společně subkatedrou praktického lékařství pro děti a dorost, katedrou mikrobiologie a katedrou infekčního lékařství.

Vedoucí: MUDr. J. Marek

Místo konání: Praha 5, Roentgenova 2, Nemocnice

Na Homolce, Oddělení klinické mikrobiologie a antibiotická stanice nemocnice

Předpokládaná cena: 600,- Kč

220001 - 26.11.2007 - 30.11.2007

Specializační kurz - Základy dětského lékařství

Určeno pro lékaře připravující se k atestacím z dětského lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost, kteří dospěli na konec tříleté přípravy povinného pediatrického základu.

Program: Kontrola znalostí a dovedností, test na závěr povinného pediatrického základu.

Vedoucí: doc. MUDr. I. Novák, CSc., MUDr. H. Cabrnová

Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, katedra pediatrie

Předpokládaná cena: 1500,- Kč

MSD - Silgard



Meeting EAP – CESP v Limasolu, Kypr

MUDr. Gabriela Kubátová, MUDr. Natália Szitányi

Ve dnech 10.-13 .5. 2007 jsme se zúčastnili jako reprezentantky SPLDD ČR a OSPLD ČLS JEP Meetingu EAP - Section of Paediatrics of UEMS formerly CESP v Limasolu na Kypru.

10.5. 2007 proběhl Workshop na téma Adolescentní medicína. V přednášce Dr. Berg Kelly (Švédsko) na téma „Proč lékař potřebuje něco vědět o psychosociálním vývoji v adolescenci“ zdůraznila specifičnost tohoto období a z toho vyplývající specifika přístupu k mladému pacientovi. Dr. Suris (Švýcarsko) formou skupinového workshopu předložil účastníkům přednášku o specifikách chronicky nemocného adolescenta. Dr. Solomou (Kypr) prezentovala přehledný příspěvek o očkování proti HPV u adolescentů.

11.5.2007 proběhla zasedání pracovních skupin EAP:

Pracovní skupina (WG) pro adolescentní medicínu, WG pro prevenci úrazů, WG pro medicínskou etiku, WG pro léky v pediatrii, WG pro vakcinaci, WG pro primární a sekundární péči, WG pro terciární péči.

■ WG pro prevenci úrazů

Předsedou je Dr. Alf Nicolson (Irsko). Zdůraznil nutnost stability této pracovní skupiny pro kontinuální práci a propojení s dalšími organizacemi zabývajícími se problematikou dětských úrazů a jejich prevence. Předpokladem pro kvalitní a věrohodné informace je důsledná statistika úrazů dětí, nejenom dopravních ale i v domácnosti. Dr. Nicholson je autorem prezentace CREATING A SAFER EUROPE FOR OUR CHILDREN Ir Med J. 2002 Nov-Dec;95(10):296-7, která mapuje situaci v dětských úrazech v EU a navrhuje strategická řešení např. i v primární péči. Nutná je zpětná informační vazba do primární péče, pro možnost provádět cílenou prevenci přímo v kontaktu s rodiči s upozorňováním na specifické úrazy pro daný dětský věk. Budou inovovány web stránky s možností aktualizace údajů www.eap-cesp.org, wg accident prevention.

■ WG pro vakcinaci

Předsedou je Dr. Zofia Meszner (Maďarsko). Podala informaci o přípravě programu na Meeting EAP Section for Pediatrics v prosinci 2007 v Bruselu, který bude věnován očkování v adolescenci. Přednášet budou přední evropští odborníci ve vakcinologii a součástí bude i kulatý stůl na téma HPV. Na web stránkách jsou aktuální očkovací kalendáře států EU i non EU. Informace jsou aktualizovány.

■ WG pro primární a sekundární péči

Předseda Dr. Van Esso (Španělsko). Uvedl

dotazník pro všechny členské země EAP zpracovaný na základě údajů jednotlivých států o modelu primární péče. V dotazníku budou statistické ukazatele kvality pediatrické péče, systém poskytování primární péče v jednotlivých státech, struktura primární péče a pod. Do dalšího zasedání EAP se rozpošle do jednotlivých pediatrických společností a po vyplnění se uvedou informace na web stránky s možností aktualizace údajů. Bude tak možnost (spíše informativní) srovnání způsobu poskytování primární péče v jednotlivých státech EU a jednotlivých ukazatelů.

■ WG pro terciární sféru

(nezúčastnili jsme se)

Byl zvolen nový předseda *prof. Stefanidis z Řecka*, protože profesor Maximilian Zach (Rakousko) se stal prezidentem EAP. Delegáti byli požádáni, aby předsedovi nahlásili za jednotlivé země kontaktní osoby, které by zprostředkovaly předávání informací ohledně pediatrického výzkumu a kontaktovaly by národní terciální centra při potřebě specifických pediatrických výzkumných projektů. Za Českou republiku neproběhlo.

Pravidelně vychází EUROPEP – online pediatrický časopis na podporu CME o vzdělávání a tréninku v pediatrii.

■ WG pro adolescentní medicínu

Předsedou je *Elke Jäger-Roman (Německo)*. Pracovní skupina na zasedání vypracovala Guideline pro přechod chronicky nemocného adolescenta z ordinace pediatra do péče praktického lékaře pro dospělé. Práce pojednává o nutnosti zachování kontinuální péče a o postupném přechodu do péče dospělého praktika, o akceptování přítomnosti rodiče při vyšetření, o nutnosti zapojení specialistů do procesu odevzdání pacienta. Guidelines budou prezentovány na www.eap-cesp.eu, wg adolescent medicine

Dr. Berg a dr. Suris prezentovali práci mezinárodního centra pro adolescentní medicínu www.euteach.com, jehož účelem je edukace. V rámci několika desítek modulů se můžou dovědět adolescenti, specialisti i jiní zájemci informace o adolescentní medicíně, prezentovány jsou různé modelové situace a návrhy na jejich řešení. Centrum organizuje letní školy s evropským certifikátem pro adolescentní medicínu.

■ WG léky v pediatrii

Předseda *Jose Ramet (Belgie)*.

Byla diskutována nutnost rozšíření pediatric-

kých indikací pro mnoho léků. Farmaceutické firmy nemají zájem na studiích pro rozšíření indikačního spektra. Jeden z cílů evropského parlamentu je právě tento. Byl vytvořen tzv. 7th - rámcový program pro výzkum a technologické problémy, kde je možné získat finanční prostředky na granty (deadline september 2007). Každá členská země byla požádána nahlásit předsedovi možné národní kontaktní osoby pro EMEA a farmaceutické firmy, které by na požádání doporučovaly zprostředkovat v jednotlivých zemích klinická pracoviště – centra vhodné pro vykonávání výzkumu v jednotlivých pediatrických subspecializacích.

Vyšla publikace *Guide to Paediatric Clinical Research*, Rose, K., van Anken J.N., Karger 2007, která podrobně rozebírá specifika a požadavky pro klinický výzkum v pediatrii.

■ WG etická

(nezúčastnili jsme se)

12.5.2007 probíhalo zasedání delegátů EAP-CESP.

Výkonný výbor a předsedové pracovních skupin přednesli zprávy o činnosti. Pokladník přednesl zprávu o hospodaření. Delegáti byli informováni o přípravách dalších akcí - Meeting EAP - CESP v prosinci 2007 Brussel, Meeting EAP-CESP v květnu 2007 v Udine – Itálie. Presentována podrobná zpráva o přípravě kongresu EAP v Nice v říjnu 2008.

V rámci programu tohoto odpoledne proběhly i volby nového prezidenta EAP Section of Paediatrics formerly CESP. Novým prezidentem se stal MUDr. Maximilian Zach (Rakousko). Odhlasováno, že stávající prezident Dr. Hoyer (SRN) zůstává ve funkci do konce roku 2007, protože se podílí na přípravě reorganizace CESP. Profesor Zach v oficiální jmenovací přímluvě jako svoje cíle stanovil pomoc primární pediatrické péči v Evropě a snahu o vyřešení vztahu s UNEPSOU.

V návrhu změn je sloučení CESP (Konfederace evropských specialistů v pediatrii) s EAP (Evropská akademie pediatriů) s nástupnickým pojmenováním EAP. Po rozsáhlé diskusi bylo schváleno začlenění EAP do UEMS (Unie evropských medicínských specialistů). Důvodem této reorganizace je umožnit aplikovat závěry z činnosti CESP do legislativy a evropských norem a guidelines v rámci UEMS.

Nutricia - Nutrilon



Nové růstové standardy Světové zdravotnické organizace pro děti od narození do 5 let

Ing. Jana Vignerová, CSc.

Státní zdravotní ústav, Praha

doc. RNDr. Pavel Bláha, CSc.

Přírodovědecká fakulta UK, Praha

Ve dnech 28. – 30. března 2007 se v Itálii, poblíž města Brindisi, konalo pracovní setkání zástupců všech evropských zemí k novým růstovým standardům Světové zdravotnické organizace (WHO) pro děti od narození do 5 let. Tyto růstové standardy byly publikovány v roce 2006. Setkání bylo organizováno regionální pobočkou WHO v Kodani.

Předmětem jednání bylo:

1. Současná praxe monitorování růstu dětské populace v evropských zemích.
2. Informace a diskuse o nových růstových standardech WHO.
3. Diskuze o možnosti implementace nových růstových standardů WHO do primární péče o děti.
4. Identifikovat překážky, možnosti a priority při implementaci nových standardů WHO.
5. Sestavit seznam prioritních akcí pro jejich přijetí.
6. Prevence obezity a optimální růst dětí, výživa dětí v Evropě.

Pro informaci uvádíme, že většina evropských zemí, včetně České republiky, používá k monitorování růstu populace i k individuálnímu hodnocení dítěte růstové referenční údaje založené na sledování vlastní populace. V České republice jsou referenční údaje (růstové, percentilové grafy) konstruované v desetiletých intervalech na základě Celostátních antropologických výzkumů dětí a mládeže. Zatím poslední takový výzkum byl v ČR organizován v roce 2001 (Vignerová et al., 2006).

Zástupce regionální pobočky WHO pro Evropu, paní Trudy Wijnhoven, nás (spolu s dalšími sedmi zástupci evropských zemí) ještě před setkáním požádala, abychom přednesli sdělení o způsobu monitorování růstu dětí v ČR, jak je u nás zajištěna primární péče o děti a jak jsou v rámci této péče využívány růstové grafy. Příprava tohoto sdělení a aktivní účast na jmenovaném pracovním setkání WHO nás vedla ke kritickému zamyšlení nad danou situací:

1. Česká republika má dlouholetou tradici celostátních antropologických výzkumů dětí a mládeže (v roce 1895 prof. Matiegka, další výzkumy v letech 1951, 1961, 1971, 1981, 1991 a 2001). Všechny poválečné výzkumy zajišťoval Státní zdravotní ústav a byly vždy podporovány Ministerstvem zdravotnictví. Výzkumy v letech 1991 a 2001 byly podpořeny Interní grantovou agenturou (IGA) MZ ČR a byly tak postaveny na iniciativě několika jedinců, nejen ze SZÚ.

2. Primárním výstupem celostátních antropologických výzkumů byla vždy aktualizace růstových grafů základních tělesných rozměrů pro naši pediatrickou praxi, v posledních letech zjištění prevalence obezity a analýza růstu dětí v souvislosti s měnicími se socioekonomickými podmínkami.

3. Měření dítěte pediatrem (tj. zjištění tělesné výšky, hmotnosti a u dětí do 18 měsíců obvodu hlavy) při pravidelné preventivní prohlídce je povinné. **Vyhodnocení těchto rozměrů podle růstových grafů již povinné není. Povinnost měření tedy postrádá jakýkoliv smysl.**

4. Růstové grafy jsou součástí Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého, části pro rodiče. Systematické rozšíření grafů mezi pediatry není řešeno. V rámci grantu IGA MZ ČR jsme vyvinuli software pro pediatry i rodiče a snažíme se informace o problematice využití růstových grafů šířit pomocí publikací v odborných i zájmových časopisech a na nejrozličnějších přednáškách.

Považujeme za nezbytné, aby monitorování růstu dětí v ČR pokračovalo v pravidelných intervalech jako doposud, a to nejen proto, že nás ojedinělá tradice celostátních výzkumů prováděných od roku 1951 k pokračování zavazuje, ale zejména proto, že tyto

výzkumy poskytují velmi žádaná aktuální data. Desetileté intervaly je však nutné doplnit v mezidobí výzkumy, které budou zaměřené na zjištění prevalence obezity, a jasným vymezením kompetencí zajistit, aby nedocházelo k šetřením duplicitním, případně prováděným zcela jinou metodikou.

Dále je nezbytné nutné změnit metodu sběru dat. Naše představa je sběr dat, která získají pediatři v rámci preventivních prohlídek, prozatím v papírové podobě, do budoucna je nutné počítat s elektronickým sběrem dat.

Považujeme dále za žádoucí prosadit povinné hodnocení růstu dítěte pomocí růstových grafů do příslušné vyhlášky o obsahu preventivních prohlídek (vyhláška MZ ČR č. 56/1997 a její další úpravy). Tím by se růstové grafy staly součástí prvního oddílu Zdravotního a očkovacího průkazu, určeného pediatřům.

Specifickou součástí grafů věkového spektra do 18 let jsou růstové grafy tělesné délky a hmotnosti k tělesné délce dětí od 0 do 2 let. Interpretace růstové křivky daných rozměrů jedince je velmi závislá na adekvátnosti používaných referenčních údajů. Světová zdravotnická organizace poukázala na řadu nedostatků u dosud používaných růstových referencí. Nejvýznamnější byla jejich nedostatečná schopnost specificky hodnotit růst kojených dětí. Jestliže používané růstové grafy nesprávně reprezentují fyziologický růstový vzor kojeného dítěte, často dochází k chybnému rozhodnutí, že výlučné kojení již neposkytuje dostatečný přísun živin, a tím dochází k předčasnému zavedení umělé výživy (Vignerová, Lhotská, 2005).

V roce 1994 začala WHO pracovat na vytvoření nových růstových standardů pro děti do 5 let, které by byly mezinárodně platné a postavené na základě měření vzorku dětí výhradně kojených nejméně 4 měsíce. Jako model normálního biologického růstu byl stanoven vývoj dlouhodobě kojeného dítěte. Mezinárodní výživová doporučení WHO nyní předepisují 6 měsíců výlučného kojení a pokračování kojení do 2 let se zaváděním vhodných nemléčných příkrmů (WHO, 2002).

WHO proto organizovala proto rozsáhlý výzkum růstu zdravých kojených dětí ze šesti zemí světa (Multicentre Growth Reference Study). Nové růstové standardy byly zveřejněny v roce 2006. Podle odborníků vyjadřují, jak by děti měly růst za optimálních životních podmínek a nezobrazují pouze růst populace, na jejímž základě byly grafy konstruovány. Implementace těchto růstových standardů do pediatrické praxe v jednotlivých zemích byla prvořadým bodem jednání uvedené schůzky. Jejich zavedení by mělo vést k větší podpoře dlouhodobého kojení a tím i ke snížení rizika nadváhy a obezity již v dětském věku. Software umožňující použití těchto standardů je možno nalézt na internetových stránkách WHO <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>.

Z reakce některých uživatelů růstových grafů v ČR můžeme usuzovat, že naše národní růstové grafy, postavené na měření vzorku dětí jak dlouhodobě kojených, ale i dětí dokrmovaných umělou výživou, nejsou dostatečnou podporou pro dlouhodobé kojení. Z dosavadního porovnání našich růstových grafů a grafů doporučovaných WHO vyplývá, že se grafy tělesné délky (výšky), hmotnosti, hmotnosti k tělesné výšce i BMI u dětí do 5 let liší. Abychom však mohli jednoznačně podpořit přijetí růstových grafů WHO, je nutné je ověřit na vzorku našich dlouhodobě kojených dětí. Z toho důvodu jsme již před rokem žádali o finanční podporu IGA MZ ČR, avšak přesto, že projekt byl oponenty hodnocen velmi kladně, podporu jsme nezískali.

Implementace nových růstových standardů do pediatrické praxe v jednotlivých zemích byla prvořadým bodem jednání uvedené schůzky v Brindisi. Bylo doporučeno ustanovit v každém státu pracovní skupinu složenou ze zástupců ministerstva zdravotnictví a zástupců lékařských společností. Po roce učiní WHO dotaz jednotlivým státům, jak se rozhodly. Jsme přesvědčeni, že naše dosavadní růstové grafy nejsou vhodné pro podporu dlouhodobého kojení. Přesto před zavedením nových růstových grafů WHO do pediatrické praxe trváme na jejich ověření na vzorku našich dlouhodobě kojených dětí. Pro získání potřebných dat bude třeba spolupráce s pediatry, kteří myšlenku nového přístupu WHO k posuzování růstu dítěte podporují.

Protože WHO očekává stanovisko zúčastněných zemí k danému problému, rozhodli jsme se požádat o grant IGA MZ ČR znovu. V každém případě jsme povinni iniciovat setkání zástupců pediatrických společností a MZ ČR a o případné implementaci růstových standardů WHO diskutovat. Při té příležitosti je nutné jednat o možnostech pokračování monitorování růstu naší dětské populace.

Reference:

- 1) Vignerová J., Lhotská L.: Růstové grafy pro kojené děti a posuzování růstu kojenců a dětí do 2 let v České republice. Čes.-slov. Pediat., roč. 60, č.11, 2005, s. 612-616.
- 2) J. Vignerová, J. Riedlová, P. Bláha, J. Kobzová, L. Krejčovský, M. Brabec, M. Hrušková: 6. Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001, Česká republika. Souhrnné výsledky. PŘF UK v Praze a SZÚ 2006, Praha. 236 s. ISBN 80-86561-30-5. (Poznámka: Uvedenou knižku můžete objednat na e-mailové adrese jvig@szu.cz.)
- 3) WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2002.

Hipp - mléčné kaše



Akutní skrotální syndrom u dětí

MUDr. Milan Machart, as. MUDr. Stanislav Tichý, prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a FTNsP, Praha

■ 1. Definice

Pod diagnózu akutního skrotálního syndromu jsou zahrnovány stavy, které způsobují bolestivý otok ať v jedné polovině šourku či v obou, s různými doprovodnými příznaky. Zahrnujeme pod tento název jak stavy vznikající postupně, tak především stavy vzniklé náhle.

Akutní skrotální syndrom (ASS), jak značí už jeho název, je urgentní stav. Vyžaduje rychlé a správné posouzení stavu a návrh a realizaci léčebného postupu. Samozřejmě i zde platí, že čím větší zkušenost má vyšetřující lékař s danou problematikou, tím efektivněji se s ní vyrovná. To má (obecně) zásadní vliv na průběh onemocnění, ale v tomto případě může mít i nezvratné důsledky pro pacientův následný životní osud.



Obr. č. 1: Supravaginální torze varlete – operační nález

■ 2. ASS v ambulanci praktického lékaře

V praxi se pod pojmem ASS nejčastěji setkáváme s diagnózou torze varlete (TT), torze appendixu (TA) varlete či nadvarlete a zánětlivými onemocněními nadvarlete, méně často pak varlete. Zánětlivá onemocnění jsou často v literatuře zahrnována pod jeden název epididymo-orchitidy (EO).

Dostupné práce uvádějí jednotlivé příčiny ASS v různě početném zastoupení, a to torzi appendixu varlete a nadvarlete (TA) v 7-70%, torzi varlete (TT) v 10-34%, epididymo-orchitidu (EO) v 6-65%. V případě EO je poměrně často upozorňováno na fakt, že počet epididymo-orchitid může být ve skutečnosti řádově vyšší, neboť kompletní údaje o jejich incidenci nejsou shromažďovány. Většina prací je z nemocničních zařízení, kam se dostaví mnohdy jen paci-

enti s pokročilými nálezy.

Méně časté příčiny ASS jsou zmiňovány v písemnictví většinou jako kazuistiky. Jejich znalost je nezbytná pro správnou diferenciální diagnostiku (2-5 % z ASS).

Zvláštní jednotkou, kterou je nutné brát také v úvahu při lokálním obrazu akutního skrotálního syndromu, jsou nálezy spojené s úrazem šourku a varlat. Pro každodenní praxi však zůstávají základními příčinami ASS zánětlivé onemocnění a torze varlete či jeho přívesků.

■ 3. Jednotlivé formy ASS

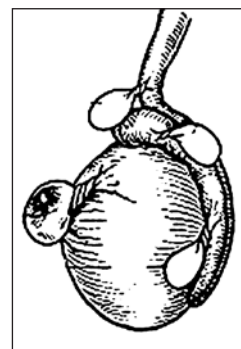
3.1 Torze varlete

Onemocnění je charakterizováno jako otočení varlete (i několikrát) kolem jeho podélné osy. V důsledku této torze dojde přetočením semenného provazce k obstrukci zásobujících cév s následným ohrožením výživy varlete i nadvarlete. Jde vždy o stav, který vyžaduje urgentní řešení pro záchranu postiženého orgánu (po 6-8 hodinách od začátku potíží jsou šance na zachování varlete či jeho spermiogenetické funkce minimální). Není-li včas provedena detorse, dochází posléze k hemorrhagické infarzaci, která přejde v ischemii a následnou smrt tkáně. V tomto okamžiku je již orgán nezvratně zničen a v dalším období buď sterilně atrofuje nebo se vyloučí v podobě abscesu v případě druhotné infekce. **Atrofizace, ač vypadá nevinněji, může mít závažné důsledky pro vývoj a funkci druhostranného varlete tvorbou protilátek.** Proto je nutné jejich hladiny pravidelně kontrolovat a v případě elevace hodnot zrevidovat postižené hemiskrotum a provést rudimentektomii.

Patologicko-anatomicky jsou rozlišovány tyto základní typy torze varlete:

- intravaginální (uvnitř tunica vaginalis), která je častější.
- supravaginální (varle i tunica vaginalis rotují kolem semenného provazce). Tento typ torze se vyskytuje prakticky výhradně u novorozenců.
- při dlouhém mesorchiu může dojít k torzi mezi varletem a nadvarletem.

Etiologie vzniku torze varlete je nejasná. Jako vyvolávající faktor je nejčastěji uváděn reflexní stah m. cremaster, jehož směr neodpovídá dlouhé ose varlete a předpokládá se,



Obr. č. 2: Typy appendixu varlete a nadvarlete

že prudká kontrakce svalů může rotaci vyvolat. Při kaudokraniálním pohledu se otáčí následkem náhlé kontrakce kremasteru levé varle proti směru hodinových ručiček, pravé varle ve směru hodinových ručiček.

Nutným předpokladem pro umožnění

torze je volné uložení varlete v obalech a skrotu: prostorná tunica vaginalis testis nebo příliš chabý závěsný aparát varlete na tunica dartos. Predispozičně jistě působí i vrozené anomálie typu atypického odstupu ductus deferens, kryptorchismus aj.

Nejčastější je torze varlete ve skupině novorozenců a dětí do 1 roku (jako vyvolávací moment je uvažována provokace kontrakce kremasteru chladem při přebalování, studenou vodou při koupeli), dále pak až ve skupině starších chlapců (torzi často předchází jízda na kole, plavání či jiná sportovní zátěž) a u adolescentů.

Klinicky se obvykle projevuje náhle vzniklou krutou bolestí varlete, vystřelující do třísla, která může být provázena nauzeou a event. i zvracením. Postižený orgán bývá výrazně citlivý, oteklý (rozvíjí-li se hemorrahagická infarzáce) a jeho poloha bývá změněná. Zarudlá a prosáklá může být i kůže příslušného hemiskrotu. Stejnostranný kremasterový reflex bývá vyhaslý. Potíže může způsobovat diagnostika u malých dětí, které nespolupracují. Dítě je často přinášeno k vyšetření plačící pro bolesti břicha, zvracení nebývá vyjádřeno. Někdy může být dítě odesláno k ošetření pro uskřinutou tříselnou kýlu. Nepřítomnost varlete ve stejnostranném hemiskrotu musí vzbudit podezření na torzi varlete, obzvláště u dětí, rodiče bezpečně, že varlatka byla ve skrotu přítomná. Diagnostické obtíže může způsobovat torze nesestouplého varlete, která může proběhnout pod obrazem imitujícím náhlou příhodu břišní, ale i asymptomaticky (pre- či perinatálně). Rozpaky může budit i torze varlete v kýle, ale jde o diagnózu velmi vzácnou.

3.2 Torze apendixu varlete či nadvarlete

Apendix varlete a hlavy nadvarlete se vyskytuje u zhruba 30% mužů. Jde o rudimenty Wolfova (v případě apendixu nadvarlete) či Müllerova (v případě apendixu varlete) vývodu.

Patofyziologicky se jedná o identickou příčinu jako v případě torze varlete. Torze apendixu vyvolá jeho hemorhagickou infarzaci, následně ischemii s nekrózou tkáně. Takto postižený apendix (hydatis Morgagni) může buď zatřít nebo přejít v zánět, který lze řešit buď konzervativně nebo operačně.

Etiologie torze apendixu (hydatisy) není známa. Nejčastěji se s tímto onemocněním setkáváme u chlapců ve věku do 13 let.

Klinicky se projevuje podobně jako torze varlete, ale při klasickém průběhu se bolest poměrně rychle lokalizuje do oblasti hlavy nadvarlete, kde i sám pacient obvykle vyhledá místo bodové citlivosti. Lokálně lze někdy luminiscencí vybavit příznak modré tečky – „blue dot sign“. Může se však vyskytnout tak výrazný otok, že z klinického vyšetření není možno odlišit toto onemocnění od torze varlete.

3.3 Zánětlivá onemocnění

Do této kategorie řadíme epididymitidu, orchitidu, epididymo-orchitidu (orchiepi-didymitidu) a zánětlivá onemocnění šourku (Fournierova gangréna, prosté kožní zánětlivé afekce).

V případě epididymitid a epididymo-orchitid je obvyklou příčinou bakteriální původ zánětu, nejčastěji hematogenní cestou. Průnik agens je ale možný i vinou vrozených anomálií dolních močových cest při IMC (ektopický ureter, chlopeč zadní uretry, aj.) eventuálně i přestupem infekce semennými cestami z prostaty (tato cesta je, zvláště u malých chlapců, nepravděpodobná). Mluví-li se u dětí o zánětlivém onemocnění v rámci ASS, hovoří se převážně pouze o epididymitidě.

Jde-li o izolovanou orchitidu, je nutno pomýšlet na virovou etiologii. Nejčastěji je orchitida popisována jako sekundární nález při parotitidě, varicelle, chřipce a dalších virózách.

Fournierova gangréna je diagnóza, se kterou se shledá urolog pro dospělé vzácně a dětský specialista jen zcela výjimečně. Jde o prudký zánět kůže skrota bakteriálního původu (většinou streptokokového) s následnou obliterací venózního řečiště, po níž dojde k venózní pro- vážené prudkým postupem zánětu a nakonec až nekrózou kůže šourku. Cévní zásobení vlastních gonád nebývá poškozené.

I v případě kožních zánětů jde většinou o bakteriální etiologii (stafylokoky, enterokoky), zřídka pak mykotickou a zcela vzácně parazitární.

Klinicky se zánětlivá onemocnění projevují postupným otokem, bolestivostí a zarudnutím poloviny skrota, vzácně jde o oboustranné postižení. Kůže hemiskrota bývá výrazněji zarudlá než při nekomplikovaných „mechanických“ příčinách ASS (TT, TA). Palpační citlivost jsou starší pacienti obvykle schopni lokalizovat na kůži, varle či nadvarle, ale při delší anamnéze potíží jsou bolestivost i otok natolik výrazné, že může činit diagnostické potíže odlišení zánětu od torze varlete. Pacienti většinou nezvrací, ale nauzea může být vyjádřena. Celkový stav může být alterován (sub)febriliemi a primárním infekčním onemocněním.

3.4 Poranění jako příčina ASS

Otevřená poranění zevního genitálu klasický obraz ASS nevytvářejí. Klinický nález nebudí diagnostické rozpaky. Otevřená poranění jsou primárně indikována k chirurgickému ošetření.

Tupá poranění, na rozdíl od otevřených, však mohou obraz akutního skrotálního syndromu vyvolat. V raném stadiu po úrazu (kontuze,

Hipp - šťávy



ruptura varlete) je nález obvykle vyvolán traumatickým edémem či krvácením. Shledáváme se však i s pozdními následky drobnějších poranění, kdy je obraz ASS vyvolán zánětem dříve poraněného orgánu. Úrazem způsobená ložisková ischémie je příznivým terénem pro pomnožení infekce, zanesené většinou hematogenní cestou.

3.5 Jiné možné příčiny ASS

Některé možné příčiny obrazu akutního skrotálního syndromu již byly uvedeny. Jejich incidence není vysoká (2-5 % z ASS) a i v literatuře jsou tyto stavy zmiňovány spíše jako kazuistiky: idiopatický skrotální edém, spontánní gangréna šourku, neonatální skrotální hematom, torze cysty tunica vaginalis, torze spermatokély, zánětlivé či krvácivé komplikace tumorózních procesů, komplikace systémových onemocnění jako jsou Henoch-Schönleinova purpura, Kawasakiho syndrom, sarkoidóza aj.

Diagnostické rozpaky může způsobit změna lokálního nálezu prvotně neakutních onemocnění jako jsou hydrokéla, tříselná kýla, varikokéla či inguinální lymfadenitida.

4. Diagnostika

Správně a rychle provedená diagnostika je základním předpokladem cílené a efektivní léčby. Je nutné zhodnotit anamnestické údaje, klinický nález a výsledky laboratorních a zobrazovacích metod.

4.1 Anamnéza

Zjišťujeme především délku trvání potíží, okolnosti jejich vzniku a subjektivní pocity pacienta v časovém vývoji. Je nutné zjistit, zda se v předchorobí nevyskytuje údaj o opakovaných infekcích močových cest nebo není-li u pacienta zjištěna vývojová vada především na dolních močových cestách (VUR, dysfunkce močového měchýře...). Významný může být i údaj o prodělaném nebo právě probíhajícím infekčním onemocnění. Podstatné pro další zhodnocení stavu může být zjištění traumatu, byť nevelkého.

4.2 Klinický nález

Celkový stav pacienta může napomoci: pátráme po (sub)febriliích, infekčním onemocnění (parotitis, rubeola, varicella).

Lokálně zjišťujeme při ASS obvykle obdobný nález: zarudnutí, otok a bolestivost jedné poloviny skrota (spíše výjimečně obou). Pátráme po přítomnosti varlete v postiženém hemiskrotu a hodnotíme jeho polohu. Deviace dlouhé osy a přitažení varlete kraniálně bývá signifikantní pro torzi. Nepřítomnost varlete je varovným

příznakem, může být zapříčiněna torzí, úrazem; potíže může při stanovení diagnózy způsobit postižení nesestouplého varlete. Vyšetřujeme přítomnost kremasterového reflexu. Je nutné si uvědomit, že reflex nemusí být výbavný u malých chlapců. Uvádí se, že ve skupině chlapců ve věku do 30 měsíců, je výbavný jen asi u 45-48 %, u tříletých je jeho výbavnost již 100 %. Toto vyšetření vyžaduje jistou zkušenost, hlavně u menších dětí. Prosvícením skrota zjistíme hydrokélu, při pečlivém vyšetření můžeme při torzi apendixu zjistit příznak modré tečky („blue dot sign“), většinou při hlavě nadvarlete. Doporučuje se vyšetřit bolestivost



Obr. č. 3: Levostranná epididymo-orchitida

tahu za semenný provazec, ale v akutním stavu bolesti výtěžnost tohoto vyšetření nebývá velká. Důležité je také zhodnocení stavu kůže šourku a vyloučení kožní zánětlivé afekce. Vyšetření ipsilaterálního třísla nelze opomenout.

4.3 Laboratorní vyšetření

Některá laboratorní vyšetření mohou napovědět o etiologii ASS, ale neexistuje metoda, která by o ní mohla rozhodnout. Využívá se především markerů zánětu: stanovuje se leukocytóza v krevním obraze, hladiny C-reaktivního proteinu (CRP). Pozitivní nálezy mohou nasměrovat úvahu k zánětlivé etiologii, ale tyto parametry nejsou specifické. Základní je též vyšetření moči (chemicky, sediment a bakteriologicky). Vyšetření moči k vyloučení chlamydiového zánětu je považováno za opodstatněné.

Sledování krevních hladin protilátek proti testes patří spíše k následným metodám. Má preventivní význam pro včasný zásah k ochraně nepostiženého varlete.

4.4 Zobrazovací metody

Metodou volby pro úvodní vyšetření je ultrasonografie s vyšetřením průtoku krve dopplerovskou metodou. Její výsledek může být pro další postup rozhodující. Hypoperfúze postiženého varlete či nepřítomnost krevního průtoku diagnostikuje torzi. Zvýšení průtoku a současná přítomnost hydrokély zpravidla vedou k závěru zánětlivé etiologie potíží. Sonografie též spolehlivě zjistí ložiskové změny varlete (absces, tumor) nebo jeho poranění (ruptura, kontuze). Významnou roli v diagnostickém algoritmu má i radioizotopové vyšetření (Tc-99m). Jeho výtěžnost je pro celou skupinu ASS uváděna jako nejvyšší (90-96 %). Nevýhodou zůstává omezená možnost jeho provedení, především pro časovou náročnost.

Je nutné zmínit i další vyšetření, která je nutné především v případě recidivujících EO provést: vylučovací urografie, mikční cystoradiouretrografie, cystoskopie, urodynamické vyšetření. Jejich smyslem je především vyloučení vrozených anomálií, na jejichž podkladě by mohlo k opakovaným EO docházet.

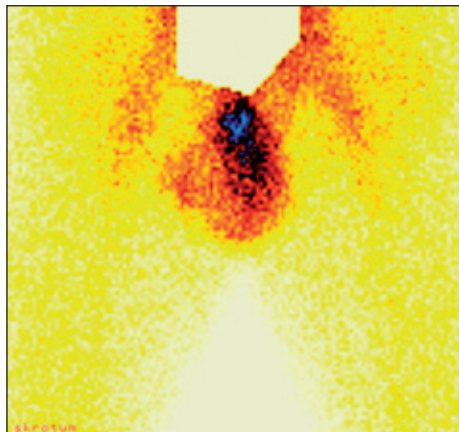
Základní podmínkou efektivní diagnostiky zůstává především její rychlé provedení.

5. Terapie

Cílem je zvolit primárně správný léčebný postup, na jehož konci je předpoklad anatomické a funkční záchrany orgánu. Je zjištěno, že při poškození krevního zásobení varlete dochází již po 4 hodinách k trvalému poškození spermiogeneze a po 6-8 hodinách ke ztrátě orgánu. Při neúplné (intermitentní) torzi se lze pokusit o záchranu do 24 hodin od vzniku potíží, za určitých okolností i později.

Konzervativní terapie je indikována u zánětů, rychle regredujících klinických potíží při torzích apendixu a při tupých poraněních. Spočívá především v klidu na lůžku, přikládání chladných obkladů a elevaci skrota (suspensor, slipy). Antibiotika podáváme při stavech provázených febriliemi, při nelepšícím se klinickém nálezu nebo rozvoji ložiskových komplikací (absces). Strategii ATB terapie upravujeme podle aktuálních mikrobiologických nálezu. V případě sekundárního zánětu je třeba pozornost věnovat hlavně léčbě základního onemocnění, většinou s uplatněním ATB clony i v případě operačního řešení.

Chirurgická léčba urgentní je metodou volby při prokázané torzi varlete a přetrvávající-li pochybnosti o diagnóze i po provedení dostupných vyšetření. Spočívá v detorzi a fixaci postiženého varlete, snesení torkvovaného apendixu nebo v prosté evakuaci hydrokély.



Obr. č. 4: Izotopová studie, nález při levostranné EO

Chirurgická léčba následná zahrnuje výkony, které je možné nebo nutné provést:

- během léčby k odstranění komplikací (absces)
- po skončení léčby k odstranění následků (orchiektomie při atrofii)
- po skončení léčby preventivně (druhostranná orchidopexie)
- po skončení léčby terapeuticky (VVV močových cest)
- kosmetické (protetická náhrada varlete)

Zvláště při torzích varlete je nutné pacienta a/nebo jeho rodiče upozornit na případné následky ve smyslu možné poruchy fertility.

5. Závěr

V diagnostice ASS se jako nejpřínosnější, byť ne nej přesnější, jeví ultrasonografie s využitím barevných dopplerovských metod měření krevního průtoku, přesnost 90-96% je připisována izotopovému vyšetření, ale i v zahraničních studiích je považována za jeho hlavní nevýhodu relativní časová náročnost. V laboratorní diagnostice se obecně využívá markerů zánětu, především pak Leu a CRP, ale jejich přínos pro diferenciální diagnostiku ASS se nejeví jako významný.

Přes všechna možná vyšetření zůstává zásadní pro prognózu dítěte zkušenost lékaře. Torzi varlete podle některých autorů kliniky diagnostikuje správně pouze 39 % lékařů pohotovosti, 53 % lékařů příjmu a 76 % lékařů – specialistů.

Okolnosti podstatné pro úspěšnou diagnostiku a léčbu ASS byly podrobně rozebrány. Zůstává však několik významných momentů, které je vhodné zvláště připomenout:

1. ASS je až do stanovení jisté diagnózy urgentní záležitostí.
2. Nepřítelem pacienta i lékaře je čas a nepřítel pacienta může být nezkušený lékař. Proto

je nanejvýš vhodné, aby pacienti s obrazem ASS byli léčeni od počátku na pracovišti, které má s diagnostikou a léčbou tohoto onemocnění zkušenost.

3. Je vhodné, aby pacienti byli odesíláni na pracoviště, které má celodenní možnost provedení ultrasonografie s dopplerovskými metodami měření krevních průtoků, možnost provedení izotopového vyšetření je nespornou výhodou.
4. Torze varlete je onemocnění, jehož operace nesnese odkladu. Pouze při trvání delším než 12-16 hodin se stává akutní operace otaznou. Jde-li o intermitentní torzi nebo torzi neúplnou či spornou, je doporučováno operovat kdykoli. Jde o diagnózu, při které je nutné pro záchranu orgánu i porušit obecně platná pravidla lačnosti před celkovou anestézií.
5. Orchiektomie je indikovaná při peroperačním zjištění nekrózy varlete. Sporná vitalita

orgánu je indikací k jeho ponechání a případnému odstranění ve druhé době, dojde-li k atrofizaci nebo zánětlivé destrukci.

6. Při torzi varlete má být provedena preventivní orchidopexie na druhé straně. Je možno ji provést již při detorzi a fixaci postiženého varlete, nebo ve druhé době odloženě, zvláště hrozí-li mohutný edém skrota.
7. Torze apendixů a zánětlivá onemocnění jsou nejčastější příčinou ASS. Jejich léčba závisí na klinickém stavu pacienta, možný je jak chirurgický, tak konzervativní postup.
8. Dispenzarizace pacientů po zhojení ASS je nutná, v případě stavu po torzi varlete dlouhodobá. Sledování protilátek proti testes je doporučováno, zvláště u pacientů, u kterých dochází k sekundární atrofii postiženého varlete.

Literatura u autorů



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

pořádá

HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE pro lékaře, farmaceuty a veterináře

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

Výuka probíhá ve 20 zemích světa.

„Základy homeopatické terapie“ – PRAHA, BRNO

6 víkendů – od října 2007 do května 2008

Příspěvek účastníka: 4.500 Kč / rok

Dále pořádáme: specializační homeopatické semináře a regionální setkání pro lékaře, podrobnější informace jsou v našich bulletiních, které zájemcům zasíláme zdarma.

V případě Vašeho zájmu nás prosím kontaktujte
– zašleme přihlášku s programem:

CEDH, Pobřežní 3, 186 00 Praha 8

tel.: 224 83 50 91, fax: 222 32 65 02, GSM: 724 185 559

cedh@centrum.cz

25% pacientů* v ČR se již nyní léčí homeopaticky

**výzkum projektu GFK z 12/2003*



Kryptorchismus

MUDr. Marcel Drlík

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTNsP, Praha

Souhrn

Kryptorchismus představuje nejčastější vrozenou vadu mužského genitálu. Postihuje téměř 1% donošených chlapců ve věku 1 roku. Mezi nejvýznamnější rizika spojená s tímto onemocněním patří poruchy fertility u neléčených či pozdě léčených dětí a zvýšené riziko maligního nádoru varlat. V posledních letech jsme svědky vývoje názorů na způsob a nejvhodnější načasování léčby. Proto by toto onemocnění nemělo uniknout pozornosti praktického pediatra.

Praktický pediatr má v rámci vyšetřovacího a léčebného algoritmu toho onemocnění 4 hlavní úkoly:

- 1) rozpoznat, zda se o kryptorchismus jedná či nikoliv
 - 2) vysvětlit rodičům hlavní důvody proč je třeba dítě léčit
 - 3) na základě anamnézy a klinického vyšetření rozhodnout kdy dítě odeslat k dětskému chirurgovi, případně dětskému urologovi
 - 4) přiblížit rodičům jaká léčba dítě čeká
- Následující text si klade za cíl tyto úkoly podrobněji rozbrat.

I) Co kryptorchismus je a co není?

Kryptorchismus je obecně definován jako nepřítomnost varlete v šourku. Pro jeho mírnější formy též platí, že se jedná o neschopnost varlete setrvat na místě po stažení na dno šourku.

Rozeznáváme 3 základní formy kryptorchismu:

■ **nesestouplé (retinované) varle:** varle se zastavilo v průběhu dráhy svého fyziologického sestupu. V závislosti na poloze může být hmatné (supraskrotální, inguinální) či nehmatné (abdominální poloha).

■ **ektopické varle:** varle se nachází v anormální poloze mimo dráhu svého fyziologického postupu. Bývá zpravidla hmatné.

Nejčastěji se nachází nad zevním ústím tříselného kanálu, ale můžeme jej nalézt i pod tříselným vazem, na perineu, nad pubis či dokonce v kontralaterální polovině šourku (zkřížená ektopie varlete).

■ **anorchie:** varle zcela chybí. Spermatické cévy slepě končí. Vzhledem k zaniklým Müllerianským strukturám varle muselo být přítomno v době embryogeneze. Nejspíše se jedná o důsledek prenatální torze varlete. Skutečná ageneze varlete je velmi vzácná.

Je důležité si uvědomit, že tyto 3 formy kryptorchismu představují operační diagnózu. Proto je zbytečné pokoušet se o přesné zařazení kryptorchismu na základě klinického vyšetření. Úkolem praktického pediatra není přesná diagnóza, ale rozpoznat, zda se o kryptorchismus jedná či nikoliv.

Mezi kryptorchismus neřadíme:

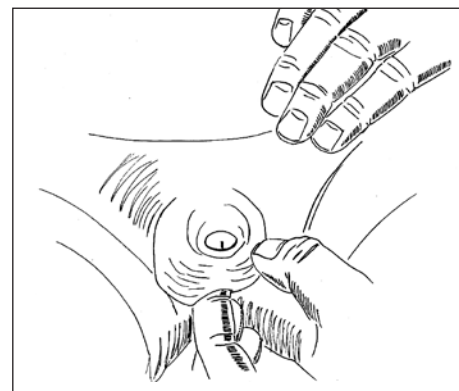
■ **retraktilní varle:** varle je vtahováno do třísla ze své intraskrotální polohy zvýšeným aktivním kremasterovým svaem. Pokud tento tah neutralizujeme polohou dítěte v tureckém sedu, varle zůstává po stažení v šourku. Spermatogeneze u retraktilního varlete není postižena. Chirurgická ani hormonální léčba není indikována.

■ **vzestup varlete (ascensus testis):** v poslední době se v literatuře stále častěji objevují pozorování, kdy je normálně sestouplé varle opět vtahováno do třísla. Někdy v anamnéze nalezneme plastiku stejnostranné tříselné kýly. Typický věk postižených dětí je 5-8 let. Je indikována chirurgická léčba. Proto by praktický pediatr v rámci preventivních prohlídek neměl nikdy zapomínat

na vyšetření zevního genitálu dítěte.

II) Proč bychom kryptorchismus měli léčit aneb co říci rodičům?

Existuje 5 dobrých důvodů, pro které bychom kryptorchismus měli léčit, a které bychom rodičům měli umět vysvětlit.



Obr. č. 1: při vyšetření dítěte používáme obě ruce

1) Vyšší riziko nádoru varlat

Incidence nádoru varlat v běžné populaci je 1:100 000 mužů, zatímco u pacientů s kryptorchismem pozorujeme maligní nádory asi 30x častěji. Většinou se jedná o seminom či embryonální karcinom. Je zajímavé, že se 20% těchto nádorů nachází na kontralaterálním „zdravém“ varleti. Nádory jsou tedy spíše důsledkem genetické abnormality jedince a nesouvisí s polohou varlete!!

Orchidopexie umožňuje časnou detekci nádoru varlete, díky jeho lepší přístupnosti ve skrotu, při vyšetření lékařem nebo při samovyšetření. Sama o sobě však zvýšené riziko nádoru neodstraňuje.

2) Porucha fertility

Index fertility u kryptorchických varlat (počet spermatogonií na řez kanálkem) výrazně klesá po 1. roce věku a ve dvou

tab. č. 1

Kdy odeslat dítě s kryptorchismem k vyšetření dětskému chirurgovi

kryptorchismus a hypospádie	odeslat při záchytu
kryptorchismus bez hypospádie	
- varle hmatné	odeslat v 6. měsíci věku
- jedno varle nehmatné	odeslat v 6. měsíci věku
- obě varlata nehmatná	odeslat při záchytu



letech dochází u 38% nemocných k úplné ztrátě zárodečných buněk. Často uváděná potřeba chladnějšího prostředí skrota pro vývoj zárodečných buněk jistě není jedinou příčinou tohoto poklesu, což dokazuje skutečnost, že rovněž druhostranné varle má nižší index fertility.

Neléčená oboustranná retence vede ve většině případů k infertilitě.

Neléčená jednostranná retence fertilitu snižuje.

3) Vyšší riziko torze varlete

U pacientů s kryptorchismem byl prokázán vyšší výskyt torze varlete než u normální populace.

Fixace varlete v šourku snižuje riziko vzniku torze varlete.

4) Přítomnost tříselné kýly

U 90% pacientů nalézáme při operaci neuzavřený processus vaginalis peritonei či přímo kýlní vak.

Revize tříselného kanálu a odstranění tříselné kýly (kýlního vaku) odstraňuje rizika

spojená s uskřínutím tříselné kýly

5) Dopad na psychický vývoj dítěte

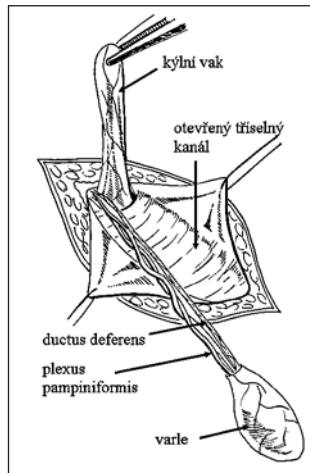
Léčba odstraňuje fyzickou odlišnost dítěte od jeho vrstevníků.

Orchidopexie je tedy i prevencí pocitu méněcennosti dítěte.

III) Kdy je třeba odeslat pacienta k dětskému chirurgovi popřípadě dětskému urologovi?

Abychom se mohli správně rozhodnout, musíme nejprve pacienta řádně vyšetřit. Pečlivé vyšetření je klíčem pro rozhodnutí o dalším postupu.

Při fyzikálním vyšetření dítěte vyšetřujeme zásadně oběma rukama (teplýma!) - viz obr. č. 1. **Pacienta nejprve vyšetříme ležícího a poté v pozici „tureckého sedu“**, kdy se snažíme hmatné varle stáhnout do šourku a zkoumáme, zda v této poloze setrvává. Pokud nahmatáme kryptorchické varle, srov-



Obr. č. 2: uvolnění varlete od persistujícího processus vaginalis peritonei

náváme jeho velikost a konzistenci s druhostranným varlem. Nezapomínáme hledat varle v ektopických pozicích v oblasti vnitřního stehna, třísla a perinea.

Vždy pátráme po jizvě po operaci tříselné kýly. Všímáme si i břicha a oblasti lumbosakrální páteře neboť kryptorchismus se může vyskytnout též u vzácných syndromů jako jsou Klinefelterův syndrom, syndrom Prune Belly a rozštěpové vady

páteře.

Fyzikální vyšetření pro rozhodnutí o léčbě zcela postačuje. Ultrazukové vyšetření, CT, MR nejsou rutinně vyžadovány, protože ani jedna metoda není dostatečně senzitivní k jasnému průkazu abdominálně uložených varlat.

Nestlé - BebaHA



Cílem fyzikálního vyšetření a anamnézy je získat odpověď na 4 základní otázky:

- 1) Jde o kryptorchismus?
- 2) Je varle hmatné?
- 3) Je současně přítomna hypospádie?
- 4) Jaký je věk dítěte?

1) Jde o kryptorchismus?

Jak bylo uvedeno v kapitole I), základním úkolem praktického pediatra je rozpoznat, zda se o kryptorchismus jedná či nikoliv. V praxi bývá největším problémem odlišit supraskrotální retenci a retraktilní varle. Retraktilní varle po stažení do šourku v poloze „tureckého sedu“ dítěte zůstane na místě, kryptorchické varle je ihned vytahováno vzhůru. Toto odlišení je zásadní, protože retraktilní varle není indikováno ani k hormonální ani k chirurgické léčbě.

2) Je varle hmatné?

Všímáme si, zda je varle hmatné či nehmatné, zda jde o postižení jednostranné či oboustranné. Nehmatné varle neznamená nutně nepřítomnost varlete. U 20% pacientů s kryptorchismem se ani zkušenému dětskému chirurgovi nepodaří varle vyhmátat. Přesto jen ve 40% z těchto případů se nakonec prokáže anorchie.

3) Je současně přítomna hypospádie?

Neměli bychom přehlédnout možnou asociovanou hypospádií. Mezi pacienty s hypospádií a hmatným kryptorchickým varletem nalézáme 15% případů intersexu, mezi pacienty s hypospádií a nehmatným varletem dokonce 50% případů intersexu.

4) Jaký je věk dítěte?

Je důležité si zapamatovat, že po 3. měsíci věku dítěte je již další spontánní sestup varlete málo pravděpodobný a po 6. měsíci zcela nepravděpodobný. Jak bylo uvedeno v kapitole II), index fertility začíná významně klesat po 1. roce věku. Proto by léčba kryptorchismu měla podle posledních

doporučení začít v 6 měsících věku a být ukončena do 1. roku věku dítěte.

Rozhodování pediatra o odeslání dítěte dětskému chirurgovi, případně dětskému urologovi shrnuje tabulka č. 1.

IV) Jak se kryptorchismus léčí?

V posledních letech došlo k významné změně pohledu na roli hormonální léčby. Úspěšnost doposud často prováděné léčby

pomocí HCG (Praedyn, Pregnyl) se v randomizovaných studiích ukázala jako velmi nízká, nepřesahující 20%. Tato léčba také neodstraňuje riziko torze varlete a možné komplikace vyplývající z přidružené tříselné kýly. Navíc se můžeme setkat se závažnými nežádoucími účinky jako jsou předčasný uzávěr růstových chrupavek, růst ochlupení,

drahé léky používat jako neoadjuvantní léčbu před orchidopexií.

V případě, že je varle hmatné, provádíme na našem pracovišti fixaci varlete (orchidopexi) do šourku metodou dle Petřivalského. Po otevření tříselního kanálu uvolníme varle společně s ductus deferens a spermatickými cévami od persistujícího processus vaginalis peritonei (majícího často rozměry kýly) až do retroperitonea. Processus vaginalis peritonei odstraníme a uvolněné varle umístíme do kapsičky mezi kůží a tunica dartos šourku. Snažíme se, aby spermatické cévy nebyly pod tahem, což by mohlo vést k ischémii varlete. Operace je schématicky zachycena na obrázcích č. 2 a 3.

V případě, že varle hmatné není a jde o jednostranné postižení, je indikována operační revize tříselného kanálu, při které je varle ve většině případů nalezeno. Ještě vhodnějším postupem, pokud to však technické vybavení pracoviště umožňuje, je v tomto případě provedení diagnostické laparoskopie, která spolehlivě určí další postup. V případě anorchie není další léčba nutná, v případě vysoko umístěného abdominálního varlete (více než 2 cm nad anulus inguinalis internus) je často nutno operovat dvoudobě dle Fowlera a Stephense, tj. přetrnout vasa spermatica interna a v druhé době stáhnout varle do šourku. Alternativou je mikrovaskulární operace, kdy jsou spermatické cévy našity na dolní epigastrické cévy. V nejčastějším případě je varle umístěno ve vstupu do tříselního kanálu a dále se postupuje jako u hmatného varlete, tj. technikou dle Petřivalského.

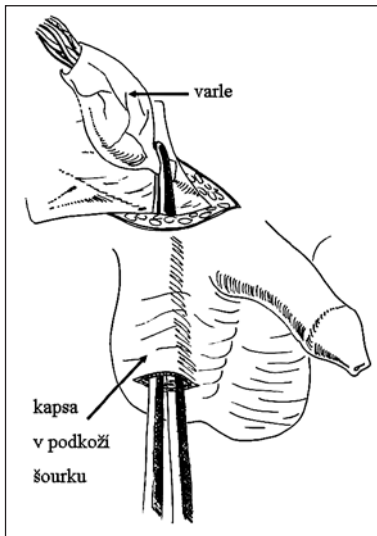
Vzácné případy oboustranné nehmatného varlete vyžadují multioborovou spolupráci genetika, dětského endokrinologa a chirurga. Je třeba provést genetické a hormonální vyšetření včetně HCG testu, MR malé pánve, při

nejednoznačném výsledku i diagnostickou laparoskopii.

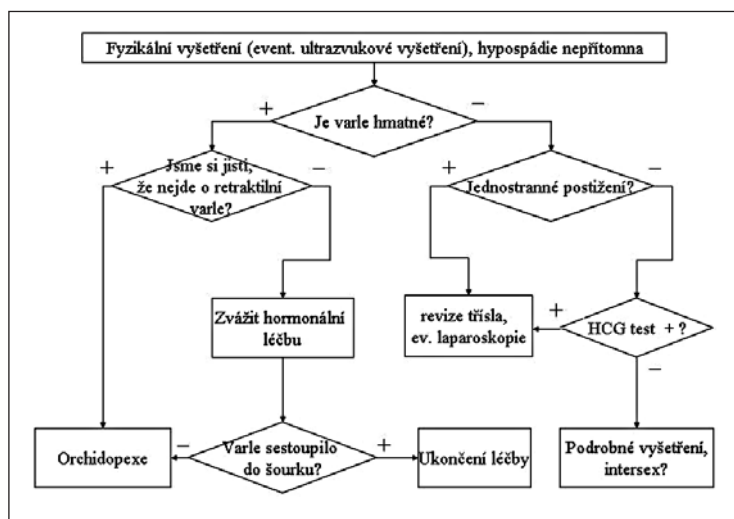
Diagnosticko-léčebný algoritmus je shrnut na obrázku č. 4.

Pozn. Obr. 2 a 3 jsou volně namalovány podle knihy Hóllwarth, M., E., Puri, P.: *Pediatric Surgery*, Springer, 2006

Literatura u autora



Obr. č. 3: umístění varlete do podkožní kapsy v šourku



Obr. č. 4: vyšetření pacienta s kryptorchismem

penisu, apoptóza zárodečných buněk varlete. Hormonální léčbu pomocí HCG proto rezervujeme pouze pro vzácné případy, kdy nejsme schopni odlišit retraktilní varle od retinovaného. Retraktilní varle vždy sestoupí. V ostatních případech ji nepoužíváme.

Nově se objevují zprávy o možném pozitivním vlivu GnRH (Naferelin, Gonadorelin) na počet zárodečných buněk varlete. Je možné, že v blízké budoucnosti budeme tyto velmi



Varikokéla u dětí a dospívajících, diagnostika, možnosti léčby - vlastní zkušenosti

as. MUDr. Stanislav Tichý

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTNsP, Praha

Souhrn

Sdělení podává současný pohled na problematiku varikokély u dětí a dospívajících s důrazem na diagnostiku a možnosti léčby. V závěru jsou předkládány vlastní zkušenosti s mikročirurgickou varikokelektomií, pokládanou za metodu volby v léčbě tohoto onemocnění.

■ Úvod

Varikokélu definujeme jako klinicko-anatomický syndrom charakterizovaný dilatací žil pampiniformního plexu a venózním refluxem. Z důvodu rozdílných anatomických poměrů mezi levou a pravou vnitřní testikulární žilou se s ní setkáváme nejčastěji vlevo, méně často oboustranně, vzácně pouze vpravo. Objevuje se kolem 11-14. roku, t.j. s nástupem puberty u 15 % adolescentů. Před tímto obdobím je vzácná. Varikokéla může působit problémy kosmetické, dále pokročilejší varikokéla bolesti způsobené větší hmotností, ale hlavně poškozuje funkci varlete a může být až ve 20 % příčinou pozdější infertility. Způsob, jakým neléčená varikokéla poškozuje funkci varlete je stále diskutován, mezi nejuznávanější příčiny patří:

1) zvýšení intraskrotální teploty varikózní žilní pleteně, 2) reflux nadledvinkových metabolitů (katecholaminy a prostaglandiny), 3) dysfunkce Leydigových buněk, 4) hypoxie v důsledku venózní stázy (autor prokázal na sestavě 20 pacientů operovaných pro levostrannou varikokélu peroperačně signifikantně nižší hodnoty PO_2 ve vnitřní testikulární žile ve srovnání s periferní žilou). Z těchto důvodů je každá zjištěná varikokéla u dětí a dospívajících indikovaná k urologickému vyšetření, neboť neléčená vede často k atrofii varlete, což se projeví poškozením testikulárních funkcí a infertility.

■ Diagnostika

Každé vyšetření musí začínat vyšetřením fyzikálním. Mělo by být prováděno aspekty a palpací v teplé místnosti, ve stoje i v leže, bez i s Valsalvovým manévrem. Podle klinického nálezu je možno hodnotit varikokelu podle různých autorů. Rozhodující pro diagnostiku, klasifikaci a další léčebný postup je sonografické a dopplerovské vyšetření, které musí následovat. Jeho výhodou je, že jde o vyšetření neinvazivní, které je možno opakovat a zjištěné nálezy srovnávat. Nevýhodou zůstává, že je náročné na vyšetřující personál a technické vybavení pracoviště.

Sonograficky zjišťujeme rozměr obou varlat, počet a šířku dilatovaných žil, pátráme po „horním louskáčkovém příznaku“ (komprese levé renální



Obr. č. 1: Levostranná varikokéla 3. stupně dle Hudsona

vény mezi artérií mesenteriku cranialis a aortu), ten je pokládán za jednu z příčin hypertenze v renotestikulárním řečišti a vzniku varikokély. Dopplerovské vyšetření nás informuje o možném renospermatickém refluxu, jeho intenzitě a trvání, což je důležité pro rozhodování o dalším léčebném postupu.

■ Indikační kritéria k operaci, léčba

S varikokélou se setkáváme u 15 % adolescentů, ale pouze asi u 20% těchto pacientů je příčinou pozdější infertility. Z toho je patrné, že ne každá varikokéla je indikovaná k operaci. Diskutovanou otázkou jsou tedy indikační kritéria. Ta jsou rozdílná u dospělého a dítěte. U dospělého je to varikokéla (sonograficky minimálně 3 dilatované žíly pampiniformního plexu na šířku minimálně 3 mm a více, event. průměr vnitřní testikulární žíly na 3,6 mm a více), dále prokázaný renospermatický žilní reflux spojený s patologickým spermiogramem a infertility.

U dětí je rozhodování daleko složitější. Děti jsou dle věku nižší hmotnosti a dilatace žil pampiniformního plexu nemusí dosahovat uvedených 3 mm, dále nemůžeme vyšetřovat spermiogram a posuzovat infertility. Jasnou indikací k operaci jsou varikokély spojené s kontralaterální orchipatií (atrofie varlete po torzích, pozdě operovaných retencích varlat, anorchie, ztráta varlete po úrazech, atd.). V ostatních případech je rozhodujícím kritériem případná míra atrofie varlete na postižené straně. Snižování objemu varlete o 20-25 % je indikací k operaci. V úvahu bereme i hodnoty renospermatického refluxu (intensita, trvání).

Další testy jako je hormonální odpověď pacienta na podání gonádorelinu (FSH, LH, testosteron), u dětí běžně neprovádíme. Náklady na ně vynaložené neodpovídají výtěžnosti.

Další testy jako je hormonální odpověď pacienta na podání gonádorelinu (FSH, LH, testosteron), u dětí běžně neprovádíme. Náklady na ně vynaložené neodpovídají výtěžnosti.

Z výše uvedeného tedy plyne, že indikační kritéria k operaci u dětí nejsou úplně 100% jasně definovatelná. Často máme dojem, že operujeme více, než je nutné. Zatížíme-li dítě operací, neměli bychom jej vystavit možným komplikacím které mohou být s operačním zákrokem spojeny. Jednou z nich je pooperační hydrokéla. Ta vzniká (až ve 40 %!) poškozením lymfatických cév u starších typů operačních zákroků (Palomo, Bernardi, Ivanissevich), ale i u většiny laparoskopických výkonů, pokud nešetří lymfatické cévy.

V současné době se preferují tzn. lymfika-šetřící mikročirurgické operace z inguinálního, nebo subinguinálního přístupu. Pouze pod kontrolou operačního mikroskopu je možno lymfatické cévy šetřit, neboť jsou pouhým okem neviditelné. Uvedené platí i pro testikulární arterii.

■ Výsledky

Od r. 2000 používáme techniku otevřeného mikročirurgického, lymfika-šetřícího operace i na našem pracovišti. Operovali jsme 210 chlapců (věkový průměr 13,2 roku). Recidivu jsme pozorovali u 5,8% pacientů, pooperační hydrokélu u 1,7%. Neměli jsme žádnou ranou nebo závažnou komplikaci.

■ Závěr

Každá varikokéla zjištěná v dětském věku by měla být indikovaná k podrobnému vyšetření na specializovaném pracovišti, které je i technicky dobře vybaveno k provedení operačního, mikročirurgického výkonu šetřícího lymfatické cévy.

Literatura u autora



Hypospadie uretry a současné léčebné trendy

MUDr. Jan Kříž, MUDr. Jiří Morávek, CSc.

Klinika dětské chirurgie, Fakultní nemocnice Motol a 2. LF UK, Praha

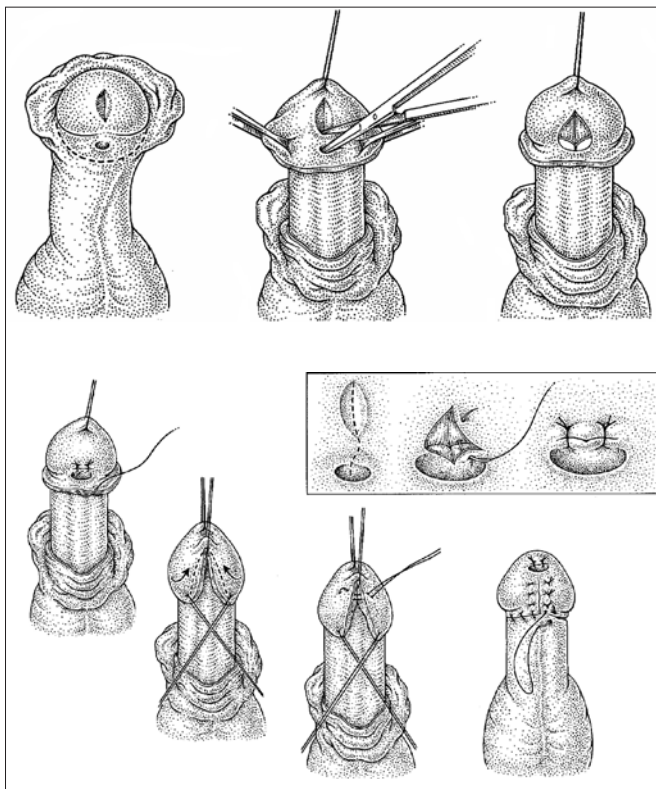
■ Embryonální vývoj uretry

Močová trubice je vývojově derivátem entodermu urogenitálního sinu a ektodermu glandulárního epitelálního čepu. Prostatická a membranózní uretra u chlapců a celá ženská uretra vznikají ze střední části sinus urogenitalis. Struktura je tubulární a neexistuje rozštěp uretry z této embryonální části (neexistuje pravá hypospadie uretry u ženy). Spongiozní (bulbární, penilní a glandulární) uretra vzniká tubulizací terminální části sinus urogenitalis, konečná část uretry je luminizovaný ektodermální epitelový čep který roste proti spongiozní uretre. U ženského zárodku vzniká z terminální části urogenitálního sinu vestibulum vaginy.

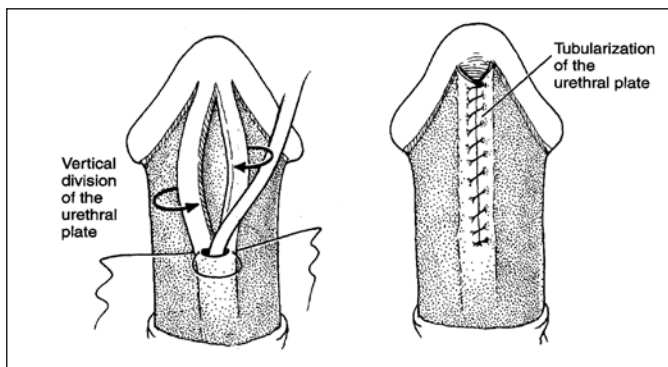
Hypospadie uretry je nejčastější vývojovou vadou dolních močových cest u chlapců. Hypospadie je definována jako ventrální dystopie zevního meatu uretry na penisu, skrotu nebo perineu v důsledku poruchy mediální fúze uretrálních valů v raném stadiu embryonálního vývoje. Její součástí je i rozštěpená, zástěrkovitě deformovaná předkožka která kryje dorzální část rozštěpeného, plochého glandu.

Incidence hypospadie je 1 : 125-300 narozených chlapců, onemocnění je geneticky determinované a částečně dědičné. Riziko vady stoupá je-li v příbuzenstvu hypospadie, je-li postižen otec a bratr je riziko pro dalšího chlapce 26%, pro bratra chlapce s hypospadií a zdravého otce je toto riziko 12%.

Patogeneze: Přední uretra vzniká tubulizací entodermu periferní části sinus urogenitalis a periferie uretry je z ektodermálního epitelitálního čepu. Po spojení obou částí se konizuje glans a uzavře kůži předkožky. Vývoj zevního genitálu je pod hormonálním řízením a relativní nadbytek ženských hormonů z těla matky nebo částečná necitlivost androgenních receptorů v cílové tkáni je pravděpodobně důvodem poruchy. Všechny hypospadie jsou spojené s ventrálním rozštěpem předkožky a glandu, asi u 1/3 hypospadií je současné ventrální ohnutí penisu (chorda, nejčastěji způsobená vazivovým pruhem- rudimentem spongiozního tělesa uretry



Obr. č. 1: MAGPI – meatal advancement glanduloplasty incorporated



Obr. č. 2: tubulizovaná incidovaná uretrální ploténka (Snodgrass)

mezi hypospadickým meatem a apexem penisu). Hypospadie je diagnostikována při porodu, podle fyzikálního nálezu se dělí na periferní (glandulární a koronární), střední (penilní) a zadní (skrotální a perineální). Periferní typ hypospadie se vyskytuje v 65%, střední hypospadie v 15% a proximální nejtěžší stupeň nalézáme u 20% hypospadiků. U hypospadie jsou různě vyjádřené poruchy mikce od rozstříkávání proudů moči a jeho ventrálnímu směřování u distálních forem až po nemožnost mikce ve stoje u proximálních forem. Nutnost

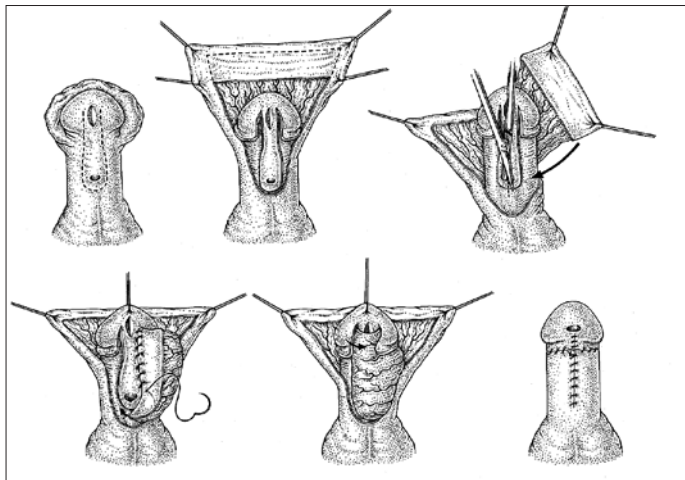
mikce v sedě dívčím způsobem přispívá k psychické traumatizaci dítěte a poruše jeho sexuální identifikace, pokud vada není vyřešena v raném dětském věku. Stenóza malformovaného zevního meatu může vyústit až v infravezikální obstrukci s morfologickými i funkčními změnami jako je nestabilita měchýře, hypertrofie svaloviny detruzoru až s tvorbou divertiklů. Vyšší stupeň hypospadie a chorda mohou fertilitním problémem, ale pro správný psychosexuální vývoj mužského jedince je podstatný i kosmetický vzhled vnějšího genitálu.

Prakticky všechny stupně hypospadie jsou chirurgicky léčitelné. Operaci doporučují ve věku od jednoho do tří let chlapce. Principem moderní operace hypospadie je jednodobé napřímení penisu (odstranění chordy), vytvoření dostatečně široké uretry s ústím na apexu penisu a konizace glandu penisu. Glandulární typ periferní hypospadie operujeme podle Ducketta (**MAGPI** – Meatal Advancement Glanduloplasty Incorporated). Střední stupně hypospadie řešíme tubulizací podélně incidované uretrální ploténky **podle Snodgrasse** a nejtěžší stupně hypospadie se operují plastikou z **živeného laloku předkožky**. Při nedostatku použitelné místní tkáně (např. stav po cirkumcizi nebo dehiscence předchozí operace) lze nahradit uretru neživeným lalokem buklální sliznice, i v těchto případech je-li to možné technikou on-lay.

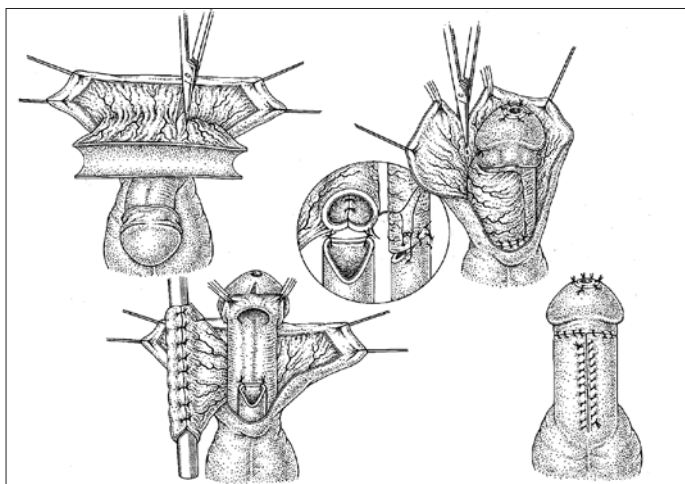
MAGPI (obr. 1) je indikována u periferní formy hypospadie bez chordy a bez dysplázie tj. výrazného ztenčení periferního úseku uretry. Operace začíná vnitřní cirkumcizí. Dále provedeme dorzální meatomii a povytahujeme meatus uretry distálním směrem a zkonizujeme glans. Na konci operace rekonstruuje me nebo odstraníme předkožku.

Uretroplastika podle Snodgrass (obr. 2) Na počátku vytvoříme uretrální ploténku, kožní pruh mezi hypospadickým meatem a apexem penisu, provedeme vnitřní cirkumcizi a obnažíme penis. Uretrální ploténku na střední čáře podélně incidujeme a tubulizujeme ji na cévce, konizujeme glans a rekonstruuje předkožku.

On-lay plastika (obr. 3). První fází operace je vytvoření uretrální ploténky, vnitřní cirkumcize a napřímení penisu. Z vnitřního laloku



Obr. č. 3: on-lay uretroplastika s živým předkožkovým lalokem



Obr. č. 4

předkožky vytneme lalok obdélníkového tvaru, uvolníme jeho výživovou stopku tunica dartos od penilní kůže a od Buckovy fascie penisu, lalok otočíme kolem penisu na ventrální stranu a okraje sešijeme s okraji uretrální ploténky. Tím nahradíme chybějící uretru, dále zkonizujeme glans a rekonstruueme kůži penisu. Výsledek úspěšné operace je rovný penis se širokým meatem uretry na apexu, konizovaný glans penisu a totální cirkumcize (předkožka použita na uretroplastiku).

Při krátké uretrální ploténce která ohýbá penis jsme nuceni ploténku přerušit a defekt překlenout předkožkovým lalokem: rekonstrukcí uretrální ploténky in-lay podle Kočvary a dokončit uretru technikou on-lay nebo kompletní uretru tubulizovat z živého laloku předkožky (obr. 4).

Vystavení tkáně neouretry trvale vlhkému a chemicky kyselému prostředí se neobejde bez určitého procenta pooperačních komplikací. Těmi jsou tvorba píštělí, jejichž incidence je udávána od několika procent do několika desítek procent - dle použité metody. Píštěl lze uzavřít krátkým výkonem pokud je uretra distálně od fistuly volně průchodná. Recidivující píštěle jsou však problémem, který si může vyžádat složitou reoperaci. O to závažnější jsou striktury, vyskytující se v několika procentech případů. Po opuštění volných neživených kožních transplantátů striktur podstatně ubylo. Tyto rovněž vyžadují reoperaci, řešení uretrotomií je zřídka dlouhodobě úspěšné. I zde platí že podstatná je prevence: používání dobře živých tkání, jemný šicí materiál (Vicryl 6-7 nula, Vicryl Rapid) a jemný oční instrumentarium jsou samozřejmostí.

Markdistri - kartáčky



Fimóza u dětí

MUDr. Vlasta Vobořilová

Klinika dětské chirurgie a traumatologie,
3. LF UK a FTNsP, Praha

Předkožka je záhyb kůže kryjící a chránící citlivý povrch žaludu. Ventrálně je ke špičce žaludu přichycena uzdičkou.

Téměř všichni chlapci se rodí se zúženou předkožkou a s konglutinací (slepením) jejího vnitřního listu k povrchu glandy. Do 3. roku věku by se tato situace měla změnit a předkožka by měla být přetažitelná až ke koronárnímu žlábkou.

Pouhá konglutinace se rozrušuje postupným přetahováním při mytí genitálu. U mnoha chlapců je třeba asistence lékaře k první disoluci. Na našem pracovišti máme dobré zkušenosti s lokálním užitím krému EMLA ke snížení bolestivosti první disoluce. Někteří rodiče dávají přednost provedení disoluce v krátké anestezii.

O fimóze hovoříme v případě, že předkožka je zúžená natolik, že nelze přetáhnout předkožku bez jejího poranění anebo přetažení samotné je silně bolestivé a zaškrabuje glans u krčku, čímž hrozí vznik parafimózy. Může jít o fimózu kongenitální, získanou - tj. jizevnatou, anebo o relativní fimózu u dospívajících chlapců.

Kongenitální fimózu, kterou nekomplikují opakované záněty předkožkového vaku, či která není překážkou v odtoku moči při mikci, můžeme řešit až kolem 3. roku věku. Na našem pracovišti před 3. rokem věku anebo při mírném stupni zúžení předkožky volíme nejprve konzervativní léčbu - 4týdenní kúru 0,01% kortikosteroidního krému (osvědčil se nám preparát Betacorton U užívaný 2 týdny 4x denně, 2 týdny 2x denně). Dlouhodobý efekt se snižuje u dětí s atopickou dermatitidou a u dětí, kde fimóza je spojena s elongací předkožky.

Nález výrazné fimózy indikujeme k operační plastice.

Fimózu získanou - jizevnatou řešíme operačně vždy, protože efekt konzervativní léčby je často nízký a převážně krátkodobý.

Rovněž tzv. relativní fimóza je indikována k operačnímu řešení

V operační léčbě upřednostňujeme plastiku šetřící převážnou část předkožky před totální cirkumcizí (úplným odstraněním celé předkožky). Výsledek je pak dán mírou kooperace pacienta, rodičů a ošetřujícího personálu.

Literatura u autorky

Subkatedra dorostového lékařství

VFN, Ke Karlovu 2, 120 00 Praha 2

Vedoucí: MUDr. Pavel Kabíček, CSc.

tel.: 224 967 812, 224 967 802, fax: 224 911 453

e-mail: p.kabicek@post.cz

220201 - 17.10.2007

Kurz - Problematika drog v období dospívání

Určeno pro dětské lékaře, dorostové lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost, hygieniky, lékaře návykových nemocí, pracovníky poradenství zdravého životního stylu a pracovníky zdravotních ústavů.

Program: Aktuální problematika v dospívání v oblasti zneužívání psychoaktivních látek včetně epidemiologie, možnosti prevence v časných stádiích zneužívání psychotropních látek, analýza zneužívání anabolických steroidů při rekreačních sportovních aktivitách mládeže, problémy dlouhodobého léčení a jeho komplikací u problémových uživatelů a závislých v období dospívání.

Vedoucí: MUDr. P. Kabíček, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15

Předpokládaná cena: 500,- Kč

220202 - 7.12.2007

Kurz - Rizikový životní styl v dospívání a jak mu předcházet

Určeno pro dětské lékaře, dorostové lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost, hygieniky a pracovníky poradenství zdravého životního stylu.

Program: Specifity životního stylu v dospívání, syndrom rizikového chování v dospívání, rizikové a ochranné faktory. Efektivní komunikace s dospívajícím. Specifity rizik v oblasti psychoaktivních látek v oblasti předčasněho sexuálního života, poruch chování, agresivity atd.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15

Předpokládaná cena: 500,- Kč

220203 - 24.9.2007

Odborná stáž - Poradenství v otázkách životního stylu dospívajících

Určeno pro dětské lékaře, dorostové lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost, hygieniky a pracovníky poradenství zdravého životního stylu.

Program: Jednání s adolescenty. Základy prevence rizikového chování mládeže.

Školitel: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, subkatedra dorostového lékařství, pavilon B

Předpokládaná cena: 500,- Kč

220204 - 19.11.2007 - 23.11.2007

Odborná stáž - Novinky v péči o děti a dorost

Určeno pro dorostové lékaře a lékaře pečující o kolektivy dorostu.

Program: Doškolení v aktuální problematice zdravotní péče o dorost a děti.

Školitel: MUDr. P. Kabíček, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, subkatedra dorostového lékařství, pavilon B

Předpokládaná cena: 2500,- Kč



Hydrokéla u dětí

MUDr. Vlasta Vobořilová

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a FTN sP, Praha

Hydrokéla varlete v dětském věku vzniká v důsledku přetrvávající průchodnosti processus vaginalis. Peritoneální tekutina tak proniká až do tunica vaginalis varlete. Projevuje se jako nebolestivé zvětšení hemiskrota. Kanálek processus vaginalis může být průchodný jen částečně, končí v různé výši nad varletem a pak hovoříme o hydrokéle spermatického provazce. Ta se projevuje jako nebolestivé, elastické a často až promodrávající zduření lokalizované mezi zevním anulem inguinálního kanálu a šourkem. Mnohdy imituje inguinální kýlu a protože je ireponibilní, tak imponuje jako inkarcovaná tříselná kýla.

V obou případech jde o hydrokélu kongenitální, diferenciatně diagnosticky je třeba ji

odlišit od šourkové kýly (v případě hydrokély varlete) anebo inkarcované tříselné kýly (v případě hydrokély spermatického provazce). Mnohdy se vyvine tak rychle, že spadá svými příznaky do obrazu akutního skrotálního syndromu. V případě nejistoty nám pomůže sonografické vyšetření.

Kongenitální hydrokéla varlete u novorozenců a kojenců velmi často spont, regreduje, proto v prvním roce života postupujeme spíše konzervativně. Zvětšuje-li se objem hydrokély anebo přetrvává-li hydrokéla i v době, kdy již malý pacient běhá, zvláště má-li její objem v průběhu dne měnlivou velikost - hovoříme o komunikující hydrokéle - pak indikujeme operační řešení. Vrozenou hydrokélu operujeme u dětí z inguinálního přístupu, je totiž

nutné ošetřit mikroskopickou komunikací s dutinou břišní, nebo současnou tříselnou kýlu.

U starších dětí a adolescentů, stejně jako u dospělých, se můžeme setkat s hydrokélou získanou. Jde o reaktivní zmnožení výpotku v obalech varlete při zánětlivých či tumorozních onemocněních varlete, po úrazech varlete apod. Zde je vždy namístě provést UZ vyšetření a léčbu směřovat k odstranění základní příčiny obtíží. Získanou hydrokélu dospívajících, zvláště pak recidivu hydrokély po primární operaci, operujeme častěji ze řezu na šourku.

Literatura u autorky

Festival kazuistik



Nezůstat sám

V pátek 1. června 2007, na Den dětí, začal Nadační fond Klíček s celorepublikovou informační a osvětovou kampaní „Nezůstat sám“.

Prostředí mnohých českých nemocnic se v uplynulých letech proměnilo k nepoznání: díky úsilí mnoha obětavých zdravotníků i štědrosti sponzorů tu najdete pestrou výzdobu, množství hraček, počítače, videa, potkáte tu dobrovolníky, herní specialisty i klauny. Na první pohled to skoro vypadá, že naše nemocnice „srovnaly krok se světem“. V pestrých kulisách však mnohde najdeme stále stejnou starou praxi bolestného oddělování dětí od rodičů, praxi, kterou nové směry v pediatrii už dávno opustily.

Jak mimo jiné prokázaly průzkumy prováděné na tomto poli už od padesátých let minulého století, děti v nemocnici potřebují mít nablízku svého rodiče, člověka, který je nejlépe zná a který jim může pomoci novou, mnohdy nezvyklou a bolestnou zkušenost sdílet a lépe snášet, a to buď stále, po celých 24 hodin denně, nebo alespoň během částých a ničím neomezených návštěv.

Současná praxe v některých českých nemocnicích však bohužel stále, zčásti ze setrvačnosti, zčásti zřejmě z neznalosti, pobyt rodičů u hospitalizovaných dětí omezuje. Současná česká legislativa přitom dává

společnému pobývání rodičů s jejich hospitalizovanými dětmi pevnou zákonnou oporu.

V rámci kampaně budeme vydávat a rozšiřovat zajímavé a důležité informační materiály, které by mohly pomoci všem, kdo se o děti v nemocnici starají: jak členům ošetrovatelského týmu, tak rodičům nemocných a hospitalizovaných dětí; rodiče jsou v první fázi kampaně naší hlavní cílovou skupinou. Důležitou součástí osvěty je vysvětlování principů tzv. „family centred care“, tedy „péče zaměřené na rodinu dětského pacienta“, během níž hrají rodiče aktivní a nezastupitelnou roli.

V pátek 1. června vyšlo do ulic řady českých měst několik desítek dobrovolníků se symbolem kampaně, plyšovým medvídkem se zavazovanou levou packou – od tohoto dne se medvídek s letáčky objevuje v ordinacích dětských praktických lékařů, v mateřských centrech, lékárnách a na řadě dalších míst.

Kampaň „Nezůstat sám“ je průběžná a zatím není časově ohraničena. Jejím příštím mezníkem bude pondělí 3. září, kdy dětem začne po prázdninách škola, a my vydáme další materiály, určené také dětem.

Třetím mezníkem bude předvánoční období:



Jako dárek pod stromeček vydáme tištěnou podobu Průvodce po dětských nemocničních odděleních v celé ČR.

Kontakt:

Nadační fond Klíček
Malejovice 22, 285 04 Uhlířské Janovice
Telefon: 775 204 109
E-mail: klicek@klicek.org
<http://www.klicek.org>
<http://www.detivnemocnici.cz>

ČLS JEP - Společnost patologické a klinické fyziologie - Sekce pro aterosklerosu
Česká pediatrická společnost - Komise pro prevenci aterosklerosy v dětském a adolescentním věku
ve spolupráci se Společnostmi klinické biochemie, všeobecného lékařství, praktických lékařů pro děti a dorost, klinické výživy
a intenzivní metabolické péče, obesitologickou, diabetologickou
SLS - Společnost klinické biochemie - Sekce pro aterosklerosu

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UK - 4. INTERNÍ KLINIKA

IPVZ PRAHA a NCONZO BRNO

si Vás dovoluji pozvat na symposium s edukačním programem

ATHEROSKLEROSA 2007

diagnostika, léčba, prevence v dětském i dospělém věku

v Praze v Lékařském domě ve dnech 12.-14. září 2007

pod záštitou děkana 1. LF UK prof. MUDr. Tomáše Zimy, DrSc.

Předběžná tematika edukačního programu: Patogeneze metabolického syndromu, Lipidy a CNS, Genetické faktory a kardiovaskulární riziko, Nutriční přístupy v kardiovaskulární prevenci, Rizikové faktory aterosklerosy v dětském a adolescentním věku, Obesita a metabolismus tukové tkáně, Aterosklerosa a hemostasa, Hyperhomocysteinemie a aterosklerosa, Metabolismus lipoproteinů a malnutrice, Esenciální mastné kyseliny v patogeneze nádorových onemocnění, Nové poznatky o patofysiologii, diagnostice a léčbě hypertenze, Insulinové resistance a její molekulární a klinické aspekty

Kontaktní osoba: RNDr. Eva Tvrzická, CSc., 4. interní klinika 1. LF UK, U nemocnice 2, 128 08 Praha 2
tel.: +420-224 962 500, fax: +420-224 923 524, e-mail: eva.tvrzicka@vfn.cz

Nutricia - Hami IMF



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Probiotický kmen *E. coli* v léčbě akutního průjmu kojenců a batolat

Akutní průjem má z hlediska závažnosti u kojenců a batolat svoje limity, které se pohybují do 3 dnů. Pokud onemocnění trvá déle, jde již o určitou komplikaci. Autoři si proto kladli otázku, zda může být akutní průjem normalizován rychleji pomocí probiotického kmene *E. coli*. Byla také hodnocena bezpečnost podávání.

Do souboru zahrnuli jedince ve stáří 2 – 47 měsíců s akutní diarehou (3 a více vodnatých stolic během 24 hodin). Z tohoto počtu dětí dostalo 55 pacientů suspenzi probiotického kmene *E. coli* a 55 kojenců a batolat jen placebo. Dávka se pohybovala v závislosti na věku kolem 1 – 3 ml / den podávané perorálně. Příčina průjmu byla více virová než bakteriální, ale většinou se jednalo o nespecifickou infekci. Začátek léčebné odpovědi byl patrný ve dvou dnech, tzn. 2,5 dne oproti skupině placebo 4,8 dne. Ve skupině s *E. coli* odpovídalo optimálně 94% pacientů, odpověď ve skupině s placebem jen 67% pacientů. Roztok byl velmi dobře tolerován. Ukazuje se, že probiotika, jako nepatogenní mikroorganismy, mohou být velmi užitečné, bezpečné a mohou být efektivní součástí první linie léčby. Probiotika jsou schopna zabránit nebo zlepšit postižení střevní sliznice syndromem dráždivého tračníku nebo divertikulosou. Aktivními substancemi probiotika jsou laktobacily, bifidobakterie a *Sacharomyces*. Podle některých prací probiotika redukuje možnost akutního průjmu v 57% dětí. Ukazuje se také, že protektivní kolonizace kojenců by se měla realizovat již ve věku 5 dnů po porodu. Probiotika mohou zlepšovat symptomy jednak kompeticí s patogeny, sekrecí bakteriostatických / baktericidních peptidů, ovlivněním funkce intestinální bariery a redukcí mikrobiální translokace s modulací imunitní odpovědi.

Eur.J. Pediatr, 2007, 166: 311 – 318

Vysoké klouzavé skrotální testes

V současné době je vysoké klouzavé testes neřetelně odlišováno od nesestouplého testes.

Účelem studie bylo ohodnotit, zdali vysoké skrotální testes patří ke kongenitálnímu nebo získanému typu nesestouplého testes. Do studie zahrnuli 527 chlapců ve stáří od 4 měsíců do 16,5 roku s průměrem 7,5 roku. U těchto se jednalo o neskrótálně uložené testes. Podle předchozí pozice testes, vysoké skrotálně uložené testes bylo klasifikováno do kongenitální nebo získané formy. U kongenitálně vysoko uloženého testes byla prováděna orchidopexie, zatímco u získaného

vysoko uloženého testes byl očekáván spontánní pokles. Všechny klinické obrazy vysoko uloženého kongenitálního testes byly léčeny chirurgicky orchidopexií. Spontánní pokles v pubertě byl očekáván u získaného vysoko uloženého testes. Při revizi u 210 testes gonády popisovány jako vysoko skrotální, z toho u 6-ti dětí stav byl kongenitální a u 204 popsán nakonec jako získaný. Ze 100 vysoko uložených skrotálních testes u 75 poklesly spontánně v pubertě. Zatímco spontánní pokles může být pozorován v pubertě u vysoko uloženého testes, terapie mezi oběma formami může být různá. Kongenitálně nesestouplé testes znamená, že nikdy od porodu plně nesestouplo, zatímco získané bylo již dříve v šourku. Trakce pro provazové struktury nejsou bolestivé. Orchidopexie prováděny mezi 12. – 24. měsícem věku. Musíme také odlišovat mezi retraktilními testes, kterých z uvedeného souboru bylo 178, zbylých 471 bylo nesestoupných testes. Z těchto bylo 210 vysokých skrotálních testes. U 25 výše uvedených spontánně nesestoupných testes u 18 provedena pubertální orchidopexie a u 7 prepubertální orchidopexie na žádost pacienta.

Eur.J. Pediatr, 2007, 166: 57- 61

Závažnost gastroenteritidy určuje rotavirus a ne věk

Zatím je všeobecné mínění, že těžkost gastroenteritidy určuje spíše věk než etiologické agens. Toto však neplatí u rotavirových gastroenteritid. V Itálii bylo provedena velká studie, která se týkala dětí od 1 měsíce do 4 let přijatých k hospitalizaci během prvních 48 hodin klinického obrazu. Děti, které v předešlých dnech dostaly antibiotika nebo byly primárně imunodeficitní, byly ze sledování vyřazené. Diareha byla definována třemi a více vodnatými stolicemi. Rotavirus byl detekován u 381 z 911 dětí. Velmi závažných klinických obrazů bylo 598. Skupiny rotavirus pozitivní a rotavirus negativní se lišily podle trvání diarehy, dobou hospitalizace, stupněm dehydratace a počtem epizod zvracení. Věkový průměr potíží se pohyboval kolem 17 měsíců. Vrchol byl v zimních měsících, kdy přijatých dětí s potvrzenou virovou infekcí bylo 71% z celkového vzorku. Nebyly zjištěny rozdíly mezi rotavirus pozitivními a rotavirus negativními dětmi v pohlaví, hmotnosti nebo délce. Také střední věkový průměr byl podobný. Střední trvání diarehy bylo 5,6 dní a bylo signifikantně delší a průběh těžší. Ve 26% byly děti těžce dehydratované, u ostatních agens jen v 11%. Tento trend perzistoval i následující den, také počet epizod zvracení byl v rotavirové skupině vyšší. Infuzní dehydratace tak byla čas-

tější u rotavirových infekcí a 9,5% mělo až těžkou dehydrataci. Pokud se vyskytl protrahovaný průběh, tak v obou skupinách doba delší než 15 dní postihla stejný počet pacientů. Trvání diarehy, doba hospitalizace a potřeba parenterální dehydratace nebyly asociovány s věkem.

Ukazuje se, že rotavirus je velmi závažný patogen, poměrně agresivní, postihující děti do 4 let věku. Je otázkou očkování proti rotaviřům v budoucnu v již tak zaplněném kalendáři.

Eur.J. Pediatr, 2007, 166: 241 – 247

Otitis media a RS virus

Zánět středního ucha je stále velkým zdravotnickým problémem v dětském věku. Vrchol incidence je udáván mezi 6. – 24. měsícem věku a je známo, že 70% dětí mělo alespoň jednu ataku otitidy. U dětí pod 5 let věku tvoří 1/3 návštěv nemocných u lékaře a ve 40% je i prevalence antibiotické terapie. Všeobecně se považuje za častý patogen bakteriální infekce a také proto jsou často nasazována antibiotika. Léčba ale probíhá v relapsech a reinfekce jsou časté. Ve velkých studiích je však uváděno, že přes 30% nemá zjištěný patogen. Do této studie bylo zahrnuto 130 dětí od 6 do 44 měsíců (průměr 32 měsíců), které prošly ORL klinikou od roku 2003 do roku 2005. Děti měly většinou teploty, byly dráždivé a nedoslýchavé a byly vyšetřeny u pediatra i na ORL. Tekutina ze středního ucha byla získána po tympanocentéze, která byla provedena před první dávkou antibiotika. Klinická odpověď byla hodnocena 2., 11. a 26. den. Respirační viry byly izolovány ve 32%, RSV ve 46% z uváděného celkového počtu, dále následoval rhinovirus, coronaravirus, influenze a adenovirus. Ze 69 pozitivních bakteriálních vzorků byl v 54% izolován *Streptococcus pneumoniae*. Virová DNA byla detekována v 56% bakteriálně negativních vzorků a ve 12% bakteriálně pozitivních vzorků. Žádné signifikantní rozdíly nebyly nalezeny mezi dětmi s jen virovou infekcí nebo bakteriální nebo kombinovanou. Největší sekrece byla nalezena u kombinace RSV a *Streptococcus pneumoniae* nebo *Haemophilus influenzae*. Všechny děti byly léčeny kombinací odpovídající našemu Augmentinu, a to po dobu 10-ti dnů. Literatura v současné době poukazuje na zvýšený počet bakteriálně rezistentních kmenů. Otázkou zůstávají imunoglobuliny RSV v některých kategoriích zvláště praematurit.

Eur.J. Pediatr, 2007, 166: 233 – 228

Zpracoval MUDr. J. Liška, CSc.



Aktuality

Změny ve zdravotnictví má řešit expertní komise

Reformu zdravotnictví má pomoci řešit odborná expertní komise, do které by vyslalo své zástupce všech pět parlamentních stran. Vedle nich by v komisi pracovali nezávislí odborníci. O budoucnosti českého zdravotnictví se současně povede široká odborná i veřejná diskuse.

Vznik komise i projekt veřejné diskuse schválila v pondělí vláda. Komise by měla první výsledky, jak řekl ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS), předložit do čtrnácti měsíců.

Podle Julínka má komise poskytnout především alternativní varianty řešení problémů českého zdravotnictví a podpořit snahu o dosažení shody mezi všemi partnery, především politickými stranami. Změnit či upravit bude nutné zhruba 12 zákonů. Premiér Mirek Topolánek řekl po jednání vlády, že doufá, že opozice přistoupí k projektu odpovědně.

Ministerstvo nebude do práce komise zasahovat, poskytne jim pouze zázemí. Experti se budou scházet na ministerstvu.

Ceny u lékaře se liší o tisíce

Týká se to každého: stačí zapomenout kartičku pojišťovny a v nemocnici musíte platit hotově.

Jak je možné, že totéž vyšetření stojí v jedné nemocnici dvě stě korun a v jiné třeba dvanáct stovek? Jak ukázal test MF DNES, zdravotníci si nevědí rady, jak naučtovat svou práci pacientovi, který si péči platí sám.

Zjistila to redaktorka MF DNES, když minulý týden testovala pohotovosti nemocnic coby pacientka. Takže zatímco v Ústřední vojenské nemocnici v Praze zněl účet za ošetření chirurgem a laboratorní vyšetření na částku 2295 korun, v nemocnici v Příbrami za stejná vyšetření (a dokonce za další dva výkony navíc) jen 548 korun.

Konečná částka za péči se tak může lišit v řádu několika tisíc korun. Platí to i o laboratorních vyšetřeních či další léčbě. Každá nemocnice si totiž určuje sama, jakou hodnotu dá jednotlivým výkonům.

Placení hotově se netýká jen cizinců. Pokud pojedete na dovolenou a zapomenete si vzít kartičku pojišťovny, budete muset také platit „na dřevo“. A pak se vám může stát, že v jedné nemocnici zaplatíte za ošetření zlomené nohy třeba pět set korun a ve vedlejší městě to bude stát pět tisíc.

„Je v tom chaos“

Zdravotní pojišťovna i lékaři sami se shodují, že v cenách vládne chaos. „Každý si účtuje jinak a žádné regulace vlastně neexistují, takže kdokoliv může mít jakékoliv ceny,“ připouští i prezident České lékařské komory Milan Kubek.

„Je v tom trochu chaos,“ přiznává i mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jana Víšková. „V případě samoplátce nemocnice postupují podle ceníku zdravotnických služeb, který jim schválí finanční úřad. Ceny si kalkulují samy nemocnice s ohledem na vlastní režii a přiměřenou tvorbu zisku,“ vysvětluje.

Potíž je, že redaktorka MF DNES ani v jedné z navštívených nemocnic nedostala předem ceník k nahlédnutí. „To je chyba,“ upozorňuje David Marx, lékař, který se dlouhodobě zabývá kvalitou péče ve zdravotnictví. Ceníky totiž musí viset viditelně vyvěšené někde u vchodu do ordinace nebo je pacient musí dostat na vyžádání. Podobně, jako to funguje v ordinacích zubařů či veterinářů nebo v obchodech. „Ceník by měl být

pacientovi aspoň na požádání předložen, aby byl předem informován o výši platby,“ říká Jana Víšková.

Realita je jiná

Ve skutečnosti to však vypadalo takto: v Ústřední vojenské nemocnici sestra na dotaz po ceníku pacientku odbyla: „To nemáme, to musím nejdřív zadat do počítače a pak se ukáže, co tam bude.“

V Havířově sice sestra ceník našla, ale psaný rukou a červeně zvýrazněná čísla neodpovídala tomu, co nakonec bylo na účtu.

„Cizinci mají tady to krát tři, pane doktore,“ vysvětlovala sestra lékař s prstem zapíchnutým v ceníku. Účet však nakonec vypadal úplně jinak, než jaké cifry byly v ceníku. V Břeclavi ani přes snahu lékaře a sestry se ceník vůbec nepovedlo najít. A redaktorka, ač zaplatila 616 korun, nedostala účet žádný. Lékař se však dlouho omlouval s tím, že tuto práci dělá v nemocnici přes den dokumentaristka a ta teď není přítomna. Jedině příbramská nemocnice měla ceník vyvěšený přede dveřmi, ale zdaleka tu nebylo všechno.

Přístup nemocnic k cenám vlastní práce se dá brát mimo jiné i tak, že zdravotnická zařízení pořád ještě neberou pacienty jako klienty.

Vládne podobný chaos i v platbách, které nemocnice dostávají od pojišťoven?

„Ne, se smlouvami s pojišťovnou to nemá nic společného. Nemocnice mají veškerou péči hrazenou paušálem. Takže dostanou balík peněz a měly by se vejít do daného limitu,“ říká mluvčí VZP Jana Víšková.

Účet za vyšetření - jedna nemoc, dvě ceny

Ústřední voj. nemocnice Praha

vyšetření chirurgem 1200 Kč

stanovení CRP* 710 Kč

kompletní krevní obraz 320 Kč

separace séra (plazmy) 65 Kč

Oblastní nemocnice Příbram

vyšetření chirurgem 264 Kč

stanovení CRP* 156 Kč

kompletní krevní obraz 70 Kč

separace séra (plazmy) 14 Kč

*hladina C-reaktivního proteinu v krvi

Ceny jsou přepočtené z bodů na koruny (zaokrouhleno)

Vědci varují před expanzí Alzheimerovy choroby

Svět stojí na pokraji epidemie nevyléčitelné Alzheimerovy choroby, již podle nových výzkumů amerických vědců může v průběhu příštích 40 let onemocnět až čtyřikrát více lidí než v současnosti. Napsal to včera britský list The Independent.

Za příčinu epidemie degenerativního onemocnění mozku, kterým může v roce 2050 trpět až 106 miliónů lidí, odborníci považují celkové stárnutí světové populace.

Zatímco v současnosti trpí Alzheimerovou chorobou 26 miliónů lidí, vědci z univerzity Johna Hopkinse varovali před prudkým nárůstem případů v příštích desetiletích. Epidemie choroby, jež postihuje převážně starší lidi, prý nejvíce zasáhne Asii, v níž může v půlce 21. století onemocnět až 63 miliónů lidí. V Evropě prý může počet nemocných narůst na 16,6 miliónu lidí a v USA na téměř devět miliónů.

„Do roku 2059 onemocní Alzheimerovou chorobou jeden člověk z osmdesáti pěti. Pokud však by jen nepatrně pokročíme ve výzkumu pre-



vence onemocnění či léku, které zpomalí vývoj nemoci, může to mít obrovský dopad," uvedl profesor Ron Brookmeyer.
V Česku je nyní evidováno asi 120 tisíc nemocných.

Reforma sebere zdravotním pojišťovnám miliardy

V reformním batohu Mirka Topolánka se skrývá nepříjemné překvapení pro zdravotní pojišťovny: skutečnost, že příjmy nad 80 tisíc korun budou osvobozené od odvodů na zdravotní pojištění, může připravit pojišťovny v dalších dvou letech o 12 a půl miliardy korun. Vyplývá to z vnitřní analýzy VZP, kterou se HN podařilo získat.

Jen pro srovnání: za 12,5 miliardy by rok vyžili všichni soukromí praktičtí lékaři nebo by se za ně mohly postavit dvě nové supermoderní fakultní nemocnice. Na druhou stranu, Česko je posledním státem EU, které ještě stropy na pojistné pro lidi s vysoce nadprůměrnými příjmy nezavedlo.

Autoři analýzy spočítali, že jen VZP se bude muset v letech 2008 až 2010 vyrovnat s tím, že na pojistném od zaměstnanců s vysoce nadprůměrnými příjmy vybere o 8,5 miliardy méně, než kdyby stropy zavedeny nebyly.

Šéf VZP Pavel Horák se nechtěl k vnitřnímu materiálu své pojišťovny vyjadřovat, před třemi týdny ale HN k možným dopadům snížení příjmů VZP kvůli zavedení stropů na pojistné řekl: „Budeme to schopni zvládnout, ale může dojít k některým omezením. Určitě nepovedu pojišťovnu do dluhů.“

Přiznal ale, že při placení zdravotní péče bude muset pojišťovna v příštích třech letech šetřit, kde se dá. „Po zmrazení platby za státního pojištěnce a zavedení stropů by růst výběru pojistného na rok 2009 mohl být i pod třemi procenty ročně, tedy zhruba na hranici inflace. Budeme-li chtít rozšiřovat léčbu pacientů, tak to bude na úkor dalších úspor ve zdravotnictví. Bude také záležet na tom, jak zafungují poplatky," dodal Horák.

S ročním výpadkem několika set milionů by se o něco hůře vyrovnávala Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra, která je s milionem klientů druhou největší zdravotní pojišťovnou v Česku. „Pokud by poplatky prošly ve stávající podobě a nestaly se příjmem pojišťoven, nastal by vlivem stropu na pojistné a zmrazení plateb státu za pojištěnce problém s placením za zdravotní péči," připouští mluvčí pojišťovny Lucie Králová.

Zavádění stropů na pojistné kritizují lékaři. Podle prezidenta lékařské komory Milana Kubka bude každý výpadek peněz z pojištění znamenat snížení kvality péče. „Zdravotnictví není perpetuum mobile a za stávajících 740 eur na občana a rok, které dáváme, je současná kvalita a dostupnost péče neudržitelná. Musí přijít další peníze," dodává Kubek.

Krev nemocných chrání před ptačí chřipkou

Krev odebraná čtyřem vietnamským pacientům, kteří přežili onemocnění ptačí chřipkou, dokáže ochránit před nápoem smrtícího viru. Vědci protilátky s úspěchem aplikovali zatím u myši, domnívají se však, že experiment otevírá novou cestu, jak se vypořádat s nebezpečím viru H5N1 u lidí.

Odborníci vytvořili takzvané monoklonální protilátky, tedy druh proteinů, které jsou schopné jako součást imunitního systému identifikovat a zneškodnit cizí bakterie a viry v těle.

„Prokázali jsme, že tato látka dokáže vir H5N1 neutralizovat a u myši zabránit nákaze," cituje agentura Reuters Camerona Simmonese

z Oxfordské univerzity, který působí i v nemocnici pro tropické nemoci v Ho Či Minově Městě ve Vietnamu.

Inspirace z první světové války

Popisovaná technika přitom nepředstavuje žádnou novinku. Protilátky odebrané z lidské krve jsou používány k léčení a prevenci řady infekcí, včetně hepatitidy, vztekliny či respiračního syncytiálního viru. „Transfúze produktů lidské krve od pacientů, kteří se uzdravovali ze španělské chřipky z roku 1918, byla spojována s padesátiprocentním snížením úmrtnosti u této nemoci během pandemie," uvádějí vědci ve studii publikované v časopisu PLoS Medicine.

Nakaženým vietnamským pacientům byl v období mezi lednem 2004 a únorem 2005 odebrán vzorek buněk bílých krvinek, které produkují protilátky. Ty pak použili vědci u myši uměle nakažených virem H5N1. Většina myši, které dostaly protilátky, přežila, zatímco neléčená zvířata uhynula. Protilátky působily i 72 hodin po nakažení, což představuje velkou výhodu oproti antivirálním lékům, které musejí být nasazeny do 48 hodin, aby byly účinné.

Postup používání krevních protilátek musí projít ještě sérií testů, aby se mohl stát alternativou pro léky typu Tamiflu, jehož zásoby si udělala i Česká republika.

Odborníci se obávají pandemie v případě, že by virus zmuťoval a stal se přenosným mezi lidmi. Podle údajů Světové zdravotnické organizace dosud virus H5N1 napadl 307 osob. Obavy vzbuzuje především vysoká úmrtnost, která přesahuje padesát procent. Celkem viru na světě podlehl 185 lidí.

V posilovně svaly mládnou

Senioři díky cvičení dohánějí mladé ve výkonnosti i v aktivitě genů.

Cvičení působí přímo proti stárnutí. Ve svalectech aktivních seniorů se „probouzejí" geny aktivní u mladých lidí.

Pokles fyzické výkonnosti v pokročilejším věku má celou řadu příčin. Tým amerických a kanadských vědců vedených Simonem Melovem z kalifornského Buck Institute for Age Research zjistil, že seniorům přestávají ve svalectech pracovat mitochondrie. Tyto malé orgány se nacházejí ve svalových buňkách a vyrábějí energii pro práci svalů. Čím hůře jsou na tom mitochondrie, tím menší má sval objem a tím nižší výkon podává.

Srovnání intenzity práce genů ve svalectech šestadvacetiletých mužů a žen s aktivitou genů ve svalovině sedmdesátiletých seniorů odhalilo rozdíly v práci 596 z více než 25 tisíc prověřovaných úseků dědičné informace. Geny ve svalectech seniorů nesly typický „stařecký" profil aktivity.

Jak ukázaly výsledky experimentu, otištěné vědeckým časopisem PLoS ONE, není situace seniorů beznadějná. V Melovově studii začali senioři pod odborným vedením trénovat v posilovně. Nešlo o nijak vyčerpávající cvičení. Dvakrát v týdnu pod dohledem trenéra posilovali celé tělo dvánácti různými cviky. Snažili se každý cvik zopakovat desetkrát. Postupně zvyšovali zátěž a nakonec celou desítku cviků zvládli za jediný trénink třikrát.

Už po půlroce udělali senioři výrazný pokrok. Na počátku tréninkového období byli o 60 procent slabší než mladí lidé. Nikdo z nich neměl s posilováním zkušenosti z dřívějška, ale pustili se do cvičení s velkým odhodláním. Na konci půlročního tréninku stoupla fyzická výkonnost seniorů natolik, že zaostávali za mladíky jen o 38 procent. Dramaticky se jim změnil se i profil aktivních genů ve svalovině. V mnoha směrech se blížil spektru aktivních genů ve svalovině mladých lidí.

„To nás zaskočilo. Čekali jsme, že úroveň aktivity jednotlivých genů zůstane u seniorů víceméně stejná. Zásadní změna dokazuje význam cvičení. Nejen že zlepšuje fyzický stav, ale působí přímo proti stárnutí a to je v pokročilejším věku opravdu významný důvod pro sportování,"



říká Simon Melov.

Zajímavý byl další osud seniorů. Vědci si je zavolali k testům ještě po čtyřech měsících. Ukázalo se, že většina už do posilovny nechodí. Zato skoro všichni cvičili doma. Někteří si pořídili činky a posilovací pružné pásy, jiní se spokojili s tím, „co dům dal“. Posilovali například s konzervami. Všichni si udrželi fyzickou kondici, jakou získali předchozím cvičením. „Ukazuje to, že na cvičení není nikdy pozdě a že nemusíte trávit život v posilovně zdviháním železa, abyste se mohli těšit z významného přínosu,“ shrnuje výsledky studie Melov.

Nové buňky omlazují mozek

Mozek je „starý pes“. Novým kouskům se učí díky neustálému částečnému omlazování. Dogma o tom, že v dospělosti už v lidském mozku nevznikají nové buňky, padlo před více než deseti lety. Po celou tu dobu však nebylo jasné, k čemu jsou nám nové nervové buňky dobré.

Nejnovější výzkum amerických a čínských vědců vedených Hongjungem Songem z Johns Hopkins University v americkém Baltimoru dokazuje, že náš mozek díky novým buňkám mládne.

V mozku neustále pracují tzv. nervové kmenové buňky. Dělí se tak, aby si jedna z nově vzniklých buněk zachovala schopnost dalšího množení a druhá se mohla specializovat na některý z mnoha typů buněk nezbytných k správnému fungování mozku. Bohužel, nové buňky se nedostávají na všechna místa. Putují například do části zvané hipokampus, která sehraje klíčovou roli při ukládání informací do paměti. Vyhýbají se však specializovaným centřům mozkové kůry. To nám zřejmě brání v lepším zotavení z těžkých úrazů hlavy nebo z krvácení do mozku.

Posily pro slábnoucí paměť

V raných fázích vývoje jedince se v mozku vytvářejí velmi přizpůsobivé nervové buňky. Proto nemáme v mládí problémy se zvládnutím nových dovedností. Vědci byli přesvědčeni, že s postupujícím věkem tuto schopnost ztrácíme. To měl být důvod, proč v pokročilejším věku mnohem hůř vstřebáváme nové informace. Songův tým zveřejnil v předním vědeckém časopisu Neuron výsledky sledování mozku myší, z kterých vyplývá, že to není tak úplně pravda.

Nově vznikající nervové buňky se plně zapojí do sítě stávajících neuronů v mozku teprve po šesti až osmi týdnech. Ani potom se však nechovají jako původní neurony dospělého mozku. Nové neurony vykazují po přechodnou dobu všechny vlastnosti neuronů z mozku myšího plodu nebo mláďete. Tyto buňky jsou neuvěřitelně přizpůsobivé a usnadňují učení. Tuto schopnost jim dodává produkce bílkoviny NR2B, jež se v mozku plodu a novorozenců vyskytuje ve zvýšeném množství, ale v dospělém životě je nahrazována bílkovinou NR2A.

Zdravotnictví chce řešit vláda s opozicí

Vláda nabízí opozičním stranám možnost podílet se na budoucí reformě financování českého zdravotnictví. Včera odsouhlasila projekt ministra zdravotnictví Tomáše Julínka na vznik expertní komise, v níž by měly být poměrně zastoupeny všechny parlamentní politické strany.

Podle Julínka by měli experti vyřešit hrozící krizi zdravotnictví v souvislosti s rapidním stárnutím populace a rostoucí finanční náročností léčby. Výsledkem by mělo být nadstranické doporučení, jak současný systém financování zdravotní péče změnit, které by jakákoli příští vláda mohla použít za základ reformních změn. „Je to záležitost pro nadcházející volební období. Cílem je zabránit hrozícímu kolapsu českého zdravotnictví,“ poznamenal Julínek.

Konkrétní nominace jednotlivých stran ještě nejsou známy. V komisi by

mělo zasednout po dvou politikách a dvou expertech za každou z nich. V předběžných návrzích zatím kromě Julínka za ODS figurují i David Rath za ČSSD, Jiří Janeček z KDU-ČSL, Džamila Stehlíková za zelené a Soňa Marková z KSČM. Koordinátorem projektu se stal nestraník Ondřej Mátl, ekonom a politolog, který působil v oblasti sociálních služeb na ministerstvech práce a sociálních věcí a vnitra.

Zkratka k delšímu životu?

Richard Roberts je optimista. Ne proto, že pracuje na univerzitě ve slunné Jižní Kalifornii, ale protože se domnívá, že snad našel obdobu kamene mudrců – metodu, jak prodloužit život.

Jediní tvorové, kteří z jeho práce zatím měli užitek, byly octomilky v jeho laboratoři, kterým údajně dokázal o třetinu prodloužit život. Podle Robertse není důvod, aby stejná kúra nezabrala u člověka. Sám ale přiznává, že jde jen o domněnku. Jakou metodu Roberts a jeho kolegové použili? Pokusným muškám v těle zablokovali jisté receptory na povrchu buněk. Jedná se o receptory označované anglickou zkratkou GPCR, které jsou spřažené s G-proteiny. Receptory jsou „kotvištěm“ na povrchu buněk, určeným pro skupinu důležitých buněčných signálních látek (v tomto případě zmíněných G-proteinů). Do buňky přichází receptory mnoho životně důležitých signálů, ale i řada „neřádů“.

Poruchy funkce G-proteinů a příslušných receptorů mají patrně podíl na rozvoji cukrovky, některých typů rakoviny a řady dalších chorob. Proto se „kotviště“ GPCR stala jednou z nejkoumanějších částí buněk. Je na ně „zacílena“ velká část (možná až polovina) léků vyvíjených v poslední době.

Roberts se nevěnoval přímo výzkumu nových léků, ale před několika lety se podílel na vytvoření metody, která umožňovala snadnou práci s krátkými bílkovinnými řetězci, tzv. peptidy.

Právě tato metoda stála u vytvoření dlouhověkých mušek. Roberts s kolegy „naslepo“ vytvořil a namnožil miliony peptidů, kterými pak bombardovali část receptoru GPCR (s celými receptory se špatně pracuje). Tato metoda vůbec neskýtala jistotu výsledku, byla v podstatě náhodná, ale podle Robertse sázka vyšla.

Vědci objevili skupinu peptidů, která se navazovala jenom na GPCR a dokázala je zablokovat. Mušky s látkou blokující tuto „kotviště“ v těle žily o třetinu déle bez patrných vedlejších efektů, tvrdí Roberts v časopise Nature Chemical Biology.

Náhodná metoda „bombardování“ receptoru řadou peptidů znamená, že Roberts s kolegy nemají žádnou vědecky podloženou představu, proč jejich postup funguje. Ani proč receptory GPCR tak výrazně ovlivňují stárnutí.

Pokud se ale výsledky podaří ověřit jiným týmům, půjde o šokující úspěch. Nikdo nepovažoval za možné, že by jediný peptid či protein výrazně ovlivňoval tak složitý jev, jakým je stárnutí.

Paroubek: až budeme ve vládě, Julínkovy reformy zrušíme

Jakmile se soc. dem. vrátí do vlády, zruší poplatky ve zdravotnictví, které chce zavést vláda Mirka Topolánka. Včera to na tiskové konferenci uvedl šéf ČSSD Jiří Paroubek.

Záměr zavést další platby ve zdravotnictví a zrušit nemocenskou za první tři dny nemoci a její krácení v dalších dnech označil za „nehorázný útok na sociální jistoty lidí“.

Poplatek 30 korun za recept bude podle šéfa ČSSD znamenat zisk soukromých lékařů a lékárníků. „Dnes víme, že na jeden recept dnes připadá 1,7 léku,“ poznamenal Paroubek s tím, že podle návrhů ministra



Julínka může průměrný pacient od 1. ledna zaplatit za průměrný recept padesátikorunu. Doplnil, že ročně lékaři vydají sto miliónů receptů. Vyvodil z toho, že pět miliard korun z poplatků za recepty si ročně budou moci rozdělit soukromí lékaři s lékárníky.

Rath: změny poškodí starší generaci

Zatím přitom ale není jisté, zda Julínkova reforma projde. Předseda zelených Martin Bursík v rozhovoru, který přinášíme na straně 18, uvedl: „My jsme zatím nic nepodepsali, protože to je teprve ve vnějším připomínkovém řízení. V naší straně o tom diskutujeme a určitě o tom budeme diskutovat i ve vládě.“ Stínový ministr zdravotnictví David Rath (ČSSD) v souvislosti s daty agentury STEM, podle nichž je se zdravotní péčí spokojeno 54 procent lidí, uvedl, že výzkum vysekl poklonu zdravotníkům. Ve většině postkomunistických zemí je číslo spokojenosti menší.

„Je to jejich zásluha, že jsou lidé se zdravotnictvím spokojeni,“ řekl Rath Právu.

Nepřekvapilo ho, že lidé poplatky ve zdravotnictví nechťejí. „Tak, jak jsou postaveny, by poškodily zejména starší generaci,“ uvedl.

Podivil se, že většina lidí si myslí, že poplatky sníží frekvenci návštěv pacientů u lékaře. „Kdo však rozhodne, že ta která návštěva je zbytečná? Pacient? To přece může posoudit pouze lékař. Může se stát, že pacient kvůli poplatku k lékaři nepůjde, ale za tři dny u něj bude už s rozvinutou nemocí, která při léčení bude stát mnohem víc, než kdyby se chytla v začátku,“ řekl Rath.

Domnívá se, že je pouhou iluzí, že zdravotní pojišťovny by si mohly konkurovat.

Cikrt: průlom v myšlení lidí

Mluvčí ministerstva zdravotnictví Tomáš Cikrt byl velmi mile překvapen tím, že lidé by chtěli konkurenci zdravotních pojišťoven. „To je průlom v jejich myšlení. Takovou konkurenci připravujeme a bude pro pacienta výhodná.“ Na rozdíl od Ratha ho zarazilo, že 54 procent lidí je s péčí spokojeno. „Očekával bych vyšší číslo. Toto je nízké a svědčí o větší kritičnosti pacientů ke zdravotnickému zabezpečení.“

Odmítnutí poplatků pak komentoval slovy, že vždy záleží na tom, jak se tážající zeptá. „Chápu, že je dost lidí proti. A asi je to i tím, že jsme vše ještě dobře nevysvětlili. Máme však osm měsíců na to, aby lidé pochopili smysl regulačních poplatků u lékaře,“ řekl Cikrt. Ty mají být zavedeny, pokud je parlament schválí od ledna příštího roku.

Kubek: poplatky zvýší administrativu

Shodně s výzkumem odmítl poplatky u lékaře i prezident České lékařské komory Milan Kubek: „Ministr Julínek nevyčlenil péči nehrazenou ze zdravotního pojištění a místo toho zavádí nějaký ceník. Pokud lékař má v ordinaci padesát pacientů denně, a kdyby jen u jednoho trvalo vybrání poplatku dvě minuty, pak přijde o jednu a tři čtvrtě hodiny. Z toho je vidět, jak je systém hloupý. Vždyť tento čas měl věnovat pacientům.“

Zarazilo ho, že jen 54 procent respondentů je spokojeno se zdravotní péčí. „Máme ji - i přesto, že je podfinancovaná - na světové úrovni. Proto bych číslo očekával větší,“ řekl Kubek. Dodal, že stejně jako pacienti i lékařská komora podporuje konkurenci zdravotních pojišťoven.

Julínek sestavuje komisi k reformě zdravotnictví

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) chce do 14 dnů představit komisi expertů a zástupců parlamentních stran, která připraví novou reformu financování zdravotní péče. Pokud se politici shodnou, pak by reforma mohla platit od roku 2010.

„Financování zdravotnictví je možné jenom po široké politické shodě,“ soudí ministr. Komise by měla být obdobou tzv. Bezděkovy komise, která v minulosti připravila podklady pro důchodovou reformu.

Julínek tvrdí, že pokud se politici nedohodnou na financování resortu, bude mít zdravotnictví velké problémy.

Jeho náměstek Pavel Hroboň upřesnil, že v roce 2050 by zdravotní pojišťovny už měly jenom polovinu peněz na zdravotní péči, v roce 2015 bude podle propočtů chybět 30 miliard korun. I proto se mají zavést poplatky u lékaře a za lék na receptu 30 Kč, za den v nemocnici 60 a za návštěvu pohotovosti 90 korun. Ministerstvo si slibuje, že se čerpání zdravotní péče zmenší, nebudou tak časté návštěvy pacientů u lékařů a systém bude o něco úspornější.

Chybí péče o seniory

Vzhledem ke stárnutí obyvatel bude do budoucna aktuální především zajištění zdravotní péče o seniory. To ale u nás už dnes pokulhává. Podle předsedy České společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví Davida Marxe se zdravotnictví v důsledku stárnutí obyvatel musí změnit.

„Nepotřebujeme tolik akutních pracovišť, ale péči pro ty občany, kteří jsou starší. Budou potřebovat i rehabilitační péči,“ uvedl.

Dodal, že lidé nad 65 let tvoří v ČR asi 15 procent obyvatel, ale za 25 let to má být čtvrtina a v roce 2050 dokonce třetina, tedy tři milióny. Protože věk dožití se stále prodlužuje, bude zapotřebí více specializovaných zdravotnických zařízení, která budou o staré občany pečovat.

„Když se zeptám svých studentů na medicíně, kolik z nich chce dělat geriatrici nebo gerontologii, nechce nikdo. Zatímco pediatrii, gynekologii nebo chirurgii chtějí dělat všichni,“ řekl Marx.

Vědci: Lidé žijí rychleji než před 10 lety

Životní tempo se neustále zrychluje. Vyplývá to ze studie britských psychologů, kteří sledovali rychlost chůze lidí na ulici ve 32 městech světa. Z výsledků jejich pozorování vyplývá, že lidé po celém světě chodí rychleji než před deseti lety.

Průměrná rychlost chůze se od roku 1994 zvýšila o 10 procent. Psychologové vidí příčinu zrychlení tempa v rozvoji nových technologií. Kvůli internetu a mobilním telefonům jsou prý lidé více netrpěliví a také mají dny „napěchované“ stále větším počtem činností. Nejprudší zrychlení životního rytmu zaznamenaly asijské země jako Singapur a Čína, napsal britský deník The Times. Tyto národy nyní po ulicích kráčí dokonce o 20 až 30 procent rychleji než v devadesátých letech. Úplně nejrychlejší chodci na světě se „prohánějí“ právě po ulicích Singapuru. Druhé nejrychlejší město je dánská Kodaň a třetí příčka patří Madridu.

Vědci měřili rychlost chůze na úseku 60 stop, tedy asi 18,2 metru. Chodci v Praze tuto vzdálenost urazí v průměru za 12,35 vteřiny, a česká metropole se tak nachází na 14. místě.

Podle vedoucího studie Richarda Wisemana, profesora psychologie na University of Hertfordshire, je právě rychlost chůze ideální ukazatel životního tempa lidí.

Předešlá studie Roberta Levina z California State University z roku 1994 ukázala, že rychlost chůze je spojená i s dalšími faktory, jako je chování jedince či jeho zdraví. Jak se lidé rychleji pohybují, méně pomáhají ostatním a více trpí oběhovými poruchami způsobenými stresem a špatným životním stylem – nezdravě se totiž stravují, více kouří a popíjejí alkohol.

Žebříček všech 32 zemí Wiseman zveřejnil na své internetové stránce www.richardwiseman.com. Nejpomalejším městem je podle něj Blantyre v Malawi, kde lidé ujdou měřený úsek za 31,6 sekundy, a jsou tedy třikrát pomalejší než v Singapuru. Z evropských měst se nejnižší umístil švýcarský Bern.

Na internetové stránce si také každý může udělat malý test svého osobního životního tempa.



Obchod s neštěstím a beznadějí

Kliniky nestydatě okrádají těžce nemocné pacienty, když jim nabízejí léčbu pomocí kmenových buněk

Více než dvě stovky pacientů trpících nejrůznějšími nevyléčitelnými onemocněními stačila ošetřit rotterdamská klinika Preventive Medicine Center (PMC). Pak jí nizozemský inspektorát zakázal další činnost.

Klinika přes internet rekrutovala především pacienty s Parkinsonovou a Huntingtonovou chorobou či s roztroušenou sklerózou. Při zákroku, za kterým nemocní cestovali na vybrané turecké nebo ázerbájdžánské kliniky, vstříkli lékaři pacientům do žíly nebo pod kůži tzv. kmenové buňky. Na webových stránkách se firma chlubila výsledky, jež měly být „často přímo velkolepé“.

Rotterdamská klinika se věnovala přednostně pacientům s onemocněním nervového systému, ale léčbu nabízela i lidem s artritidou, lupénkou, onemocněním střev. Krvetvorné buňky z pupečníku novorozenců měly pomáhat i lidem s nemocným srdcem. Klinika je doporučovala i proti depresím, nespavosti, sexuálnímu poruchám, ztrátě paměti, nechutenství či vypadávání vlasů. Léčila každého, kdo byl ochoten zaplatit.

Nizozemské úřady odůvodnily zákaz činnosti tím, že nelze prokázat původ, vhodnost a bezpečnost používaných buněk. Pacienti tak byli vystaveni riziku nákazy žloutenkou, AIDS nebo Creutzfeldtovou-Jakobovou chorobou. Nelze vyloučit, že kontroverzní léčba u některých nastartovala nádorové onemocnění. Přinejmenším jeden pacient musel být po léčbě hospitalizován, protože jeho tělo reagovalo na podané buňky silnou alergií.

Seriózní věda se bojí o reputaci

PMC byla jen jednou z mnoha klinik, které se jako houby po dešti rozrůstají v Rusku, na Barbadosu, na Ukrajině, v Dominikánské republice, v Číně či ve Švýcarsku. Vědci, kteří nad léčbou kmenovými buňkami bádají, jsou tímto trendem zděšeni.

„Některé firmy nestydatě okrádají bezbranné nemocné,“ řekl v rozhovoru pro vědecký týdeník Science americký odborník na kmenové buňky Irwing Weissman ze Stanfordovy univerzity. „Je to hrůzostrašné ubližování pacientům.“

Většina šarlatánských klinik nenechá nikoho nakouknout pod pokličku svých metod. Některé podávají pacientům kmenové buňky z pupečnickové krve novorozenců podobně jako PMC. Jiné vsázejí na buňky odebrané z lidských plodů po umělém přerušení těhotenství a další vracejí do nemocného orgánu pacienta jeho vlastní kmenové buňky odebrané z kostní dřeně. Některé firmy zajišťují kompletní služby, jiné jsou jen prostředníkem. Obstarají pro pacienta potřebné buňky a kontaktují jej s lékařem, který je ochotný podat nemocnému buňky v injekcích.

Společnosti spoléhají na propagaci prostřednictvím internetu, kde zoufalí pacienti často hledají pomoc. Nastraženy jsou tu na ně zprávy o případech zázračných uzdravení. Nabízejí nemocným to, co jim seriózní lékaři slíbit nemohou - naději na výrazné zlepšení v bezvýchodné životní situaci.

Kromě detailů léčebných postupů nezveřejňují tyto kliniky ani statistiky o výsledcích. Zájemce nemá přehled ani o úspěšnosti, s jakou léčba probíhá, ani o nepříznivých vedlejších účincích, jež ji provázejí.

Vědci a lékaři se obávají, že skandály zdravotnických zařízení typu PMC, mohou v očích veřejnosti vrhnout stín i na zcela seriózní výzkum.

Dlouhé čekání Johna Frankena

Kontroverzní kliniky si na nedostatek zájmu nestěžují. Pekingská klinika vedená Huangem Hongyunem léčí pacienty ochrnuté po poranění míchy injekcí buněk z lidských plodů a má pořádník plný na několik let dopředu.

O stálý přísun zájemců se těmito podnikům starají i bulvární média. V květnu 2005 například rozsáhle referovaly o nizozemské společnosti

Cells4Health, kde vyléčili člověka ochrnutého na všechny končetiny. Po injekci vlastních buněk kostní dřeně do poraněného místa míchy byl pacient údajně za čtyři týdny schopen chůze. Bulvár čerpal veškeré informace od ředitele firmy Cornelise Kleinbloesema. Ten se odvolával na článek v tureckém časopise Tempo. Jiné důkazy nepředložil. Většina pacientů má úplně jiné zkušenosti. Šestačtyřicetiletý John Franke z nizozemského Landgraafu si poranil míchu před dvaceti lety při cvičení na trampolíně. Bývalý špičkový gymnasta ochrnl, ale nevzdal se. V roce 2005 dal s pomocí přátel dohromady 23 000 dolarů a odjel do ázerbájdžánského Baku, aby se podrobil operaci, při níž mu byl nejprve proveden na krku a zádech dvanácticentimetrový řez a následně mu byly buňky vlastní kostní dřeně vstříknuty do míst, kde došlo k přerušení míchy.

„Mějte trpělivost. Může to trvat až šest týdnů, než léčba zabere,“ řekl Johnovi lékaři v Baku. Na uzdravení už marně čeká dva roky.

„Léčba“ ve velkém

Intenzivní výzkum v seriózních laboratořích sice přináší povzbudivé výsledky, ale ke spolehlivé léčbě má stále ještě velmi daleko. Nejrůznější pokoutní kliniky už ale „léčí“ ve velkém. Ukrajinská klinika EmCell udává, že za posledních 14 let ošetřila více než 2000 pacientů. V USA vzbudil velkou pozornost případ pacientky, která trpěla vážnou chorobou nervového systému a po léčbě v Kyjevě prý opět chodí.

Americký biolog John McCarthy najatý organizací pacientů se pokusil tuto zprávu ověřit. Neuspěl. Na většinu otázek mu zástupci EmCell neodpověděli. I z toho mála, co se dozvěděl, vyplývá, že namísto je notná porce zdravé skepse.

Pacientům jsou kmenové buňky vstříknuty do břicha a lékaři považují za téměř vyloučené, že by tyto buňky nakonec doputovaly do mozku a přispěly k léčbě závažných onemocnění. Prezident společnosti EmCell Alexandr Smikodub rozhodně nepatří ke špičkovým odborníkům.

Za celý svůj život publikoval sedm vědeckých článků - šest v ruštině a jeden na Slovensku.

Se svými referáty objíždí četná sympozia, ale tam může představit jakékoli výsledky prakticky kdokoli. Stačí, když zaplatí konferenční poplatky. Kvalitu referátu nikdo nezkontroluje.

„Mezinárodní vědecká veřejnost mě ignoruje,“ stěžuje si Smikodub.

Není jediný, kdo se marně snaží získat aspoň nějaké renomé. Představitelé dnes již uzavřeného PMC slibovali, že své převratné léčebné metody zveřejní v prestižních vědeckých časopisech, jako je Nature, Science nebo Lancet. Před tím nikdy žádný vědecký článek nepublikovali. A tak to také zůstalo.

Čínský šok

Z vědeckého hlediska se relativně nejvyššího kreditu dostává pekingské laboratoři vedené lékařem Huang Hongyem na klinice Si Šan. Využívají zde buňky, které v plodu navádějí rostoucí čichový nerv tak, aby vzniklo spojení čichové sliznice v nosu s mozkem.

V roce 2004 navštívili pekingskou laboratoř lékaři James Guest a Tie Qian z University of Miami a sledovali osud dvanácti pacientů. Konstatovali, že u některých byly patrné známky zlepšení zdravotního stavu, ale zároveň i nežádoucí vedlejší účinky včetně zánětů mozkových blan.

O dva roky popsali případ osmnáctiletého ochrnutého japonského chlapce, u kterého se po zákroku v Pekingu projevilo rychlé, byť jen částečné zlepšení zdravotního stavu. Jiné kontroly výsledků práce pekingských lékařů dopadly mnohem hůř. Guest spolu s dalšími kolegy prověřil zdravotní stav sedmi pacientů před léčbou v Pekingu a 14 měsíců po zákroku. Pět pacientů se vrátilo s těžkými projevy nežádoucích vedlejších účinků, včetně tří případů zánětu mozkových blan. Ani u jednoho nedošlo ke zlepšení.

Největší šok lékařů zazili, když se ukázalo, že čínská laboratoř osudy



svých pacientů dále nijak nesleduje. Je jasné, že Číňané nemohou mít přehled ani o účinnosti léčby ani o jejích rizicích. Doktor Huang se brání. Ze sedmi pacientů prý nelze dělat závěry o stovkách dalších operacích.

„Je to podlý útok,“ stěžuje si čínský lékař.

Odborníci se shodují v názoru, že když už by měla být na dobrovolnících testována nějaká neúplně prověřená léčba, mělo by se tak dít za zcela jasných podmínek a pod kontrolou nezávislých odborníků. Pacienti by za takovou léčbu rozhodně neměli platit. Ještě před zahájením léčby by měli být seznámeni s případnými riziky celého zákroku a jejich zdravotní stav by měl být následně velmi pečlivě sledován. Jen málo společností tato kritéria splňuje. Mnohem více je těch, které se pohybují na hraně nebo i za hranou zákona. Některé firmy se proto uchylují do zemí, kde je nedostatečná právní regulace podobných léčebných postupů a práva pacientů nikoho nezajímají. Například společnost Medra se sídlem v americkém Malibu má kliniku v Dominikánské republice.

Zločinci na útěku

Vstupem do zemí s fungujícím právním řádem šarlatáni riskují. Zakladatelé americké společnosti Biomark International byli souzeni za „falešné, zavádějící a nepřesné informace podávané pacientům“.

Jednoduše řečeno Laura Brownová a Stephen van Rooyen slibovali beznadějně nemocným pacientům nemožné na počkání a základy do tří dnů. Jeden z pacientů, který jim uvěřil, po zákroku zemřel. Vyšetřování odhalilo, že oba výtečníci pocházející z Jižní Afriky stojí v pozadí dalších firem, například i nizozemské PMC.

Provozují také společnost Advanced Cell Therapeutics, jejíž název byl zvolen tak, aby se dal snadno splést se seriózní americkou biotechnologickou společností Advanced Cell Technology. Zkratka názvu obou firem ACT je totožná. V současné době pátrá po Brownové a van Rooyenovi americká FBI.

Odborníci se shodují v názoru, že pacienti by za léčbu určitě neměli platit
Kmenové buňky jako byznys Po celém světě vznikají kliniky, které nabízejí beznadějně nemocným léčbu pomocí kmenových buněk. Vědci jsou ostře proti. Neexistují důkazy o tom, že léčba funguje. Její rizika jsou bohužel až příliš reálná. Odborníci se shodují v názoru, že když už by měla být na dobrovolnících testována nějaká neúplně prověřená léčba, měla by probíhat za zcela jasných podmínek a pod kontrolou nezávislých odborníků. Pacienti by za takovou léčbu rozhodně neměli platit.

Kliniky získávají kmenové buňky z pupečnickové krve novorozenců, z lidských plodů po umělém přerušení těhotenství anebo přímo z kostní dřeně pacienta.

„Některé firmy nestydatě okrádají bezbranné nemocné,“ řekl v rozhovoru pro vědecký týdeník Science americký odborník na kmenové buňky Irwing Weissman ze Stanfordovy univerzity

Kliniky doporučují kmenové buňky například proti vypadávání vlasů, při léčbě depresí, nespavosti, srdečních nemocí, ztrátě paměti. Každému, kdo je ochoten zaplatit, nabízejí pomoc při problémech s artritidou, lupenkou nebo onemocněním střev, roztroušenou sklerózou nebo Parkinsonovou chorobou. Tyto kliniky jsou například v Rusku, na Barbadosu, na Ukrajině, v Dominikánské republice, v Číně či ve Švýcarsku.

Šestačtyřicetiletý John Franken z Nizozemska si před dvaceti lety poranil míchu a ochrnl. V roce 2005 shromáždil s pomocí přátel 23 000 dolarů a odjel do ázerbájdžánského Baku, aby se podrobil operaci, při níž mu byl na krku a zádech proveden dvanácticentimetrový řez. Následně mu byly do míst, kde došlo k přerušení míchy, vstříknuty buňky vlastní kostní dřeně. Dosud čeká na uzdravení.

Kliniky často nemohou prokázat původ, vhodnost a bezpečnost používaných buněk. Pacienti jsou vystaveni riziku nákazy žloutenkou, AIDS nebo Creutzfeldt-Jakobovou chorobou. Kontroverzní léčba může někdy nastartovat nádorové onemocnění. Kliniky (například Si Šan v Pekingu) nezveřejňují statistiky, ani informace o nepříznivých účincích.

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.

Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.

Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Přenechám praxi v Praze 4

Přenechám zavedenou praxi PLDD v Praze 4. Termín dle dohody.

Bližší informace na tel. číslo 272 770 630 po 18. hod.

nebo na mobil 739 250 092. Ev.č.: 68-10-06

Hledám asistentku do ordinace PLDD

Hledám asistenta/ku do ordinace praktického lékaře pro děti a dorost v Brně s výhledem na převod praxe. Tel.: 604 600 817. Ev.č.: 83-04-07

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra na zástup do ordinace PLDD v Čerčanech, okres Benešov, 30 km od Prahy, na období červenec-prosinec 2007. Po dohodě i na delší dobu - MD. Tel.: 602 102 079. Ev.č.: 85-04-07

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra do soukromé ordinace na opakovaný i dlouhodobý zástup. Výborné podmínky. Ordinace Mělník nebo Štětí. Telefon: 731 234 535. Ev.č.: 88-05-07

Hledám pediatra s licencií ČLK

Hledám pediatra s licencií ČLK na zatím 3-měsíční zástup v zavedené ordinaci v centru Kladna. E-mail: 887@seznam.cz, tel.: 776 775 222

Ev.č.: 89-05-07

Město Libčice hledá lékařku

Město Libčice nad Vltavou hledá lékařku/ku – pediatra s atestací v oboru pediatrie nebo praktické lékařství pro děti a dorost.

Nabízíme byt, ordinaci v místě a možnost rozvoje.

Kontakt: starosta města Ing. Pavel Bartoš MBA

tel.: 2 331 016 52, starosta@libcice.cz Ev.č.: 90-05-07

Hledám pediatra na zástup

Hledám dlouhodobý zástup (i na 2-3 dny v týdnu) s možností postoupení zavedené praxe PLDD v okolí Zlína. Tel.: 739 441 499 Ev.č.: 91-06-07

Hledám PLDD do ordinací na zástupy

Hledáme další praktické lékaře pro děti a dorost na zástupy do ordinací PLDD. Také asistenty s event. Pozdějším převzetí praxe. Praha a okolí.

Kontakt: MUDr. Alena Rejdová, tel.: 606 612 447. Ev.č.: 92-06-07

Hledáme sestry na zástupy

Hledáme dětské event. zdravotní sestry na zástupy do ordinací PLDD. Také zájemkyně o zaměstnání u PLDD. Praha a okolí.

Kontakt: MUDr. Alena Rejdová, tel.: 606 612 447. Ev.č.: 93-06-07

Zentiva - Ibalgin

Česká spořitelna