

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

květen 2010 ■ číslo 5 ■ ročník 10



Traumatická zkušenost u dětí a dospívajících

Separční úzkostná porucha v dětství

Duševní nemoc: Odkud a kam (z vězení do vězení)

Léčba dětské obezity



Téma čísla:
PSYCHIATRIE

GSK - Havrix

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16, 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 JEP

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s. r. o.

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

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Michaela Šmejkalová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

Povoleno ministerstvem kultury pod číslem

MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241.

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze

s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá

za obsah inzerce a vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za duben 2010	5
Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR	5
Koalice a aktuální dění ve zdravotnictví	7
Zpráva ze zahraniční cesty	9
Sluchové vady a novorozenecký screening	10



Informace OSPDL ČLS JEP	12
doc. PhDr. Jana Kocourková Traumatická zkušenost u dětí a dospívajících	15
prim. MUDr. Jiří Koutek, PhD. Separční úzkostná porucha v dětství	17
MUDr. Ivan David, CSc. Duševní nemoc: Odkud a kam (z vězení do vězení)	20
MUDr. Zlatko Marinov Léčba dětské obezity v ordinaci praktického dětského lékaře v ČR	21
Ze světa odborné literatury	26



Aktuality	27
Řádková inzerce	37
Autodidaktický test	38

Středová příloha:

*Stanovisko Komise Ministerstva zdravotnictví pro péči o děti
a dorost k problematice „tzv. létání kojenců a batolat“*



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN
S. R. O.

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 Jung Eon Hwang.



Milé kolegyně a kolegové,

obvykle na tomto místě čtete informace, zamyšlení, či komentáře o tom, co se v SPLDD nebo kolem děje. Pojdme tentokrát tak trochu na malou exkurzi do Evropy, otevřeme dveře, podíváme se ven a potom se pokusíme podívat zvenku na sebe.

Co vidíme? Na jedné straně sjednocující se Evropa, na straně druhé rozpadající se systém primární péče v pediatrii.

Proč? Generační výměna - druh praktický lékař pro děti vymírá.

Ale děti se rodí za každých okolností, kdo bude tedy o ně pečovat? No ten, kdo tady zbyde - nemocniční pediatr, všeobecný lékař, rodinný lékař. V některých zemích je politický úmysl vzít péči o dítě z rukou primárního pediatra a vytvořit síť rodinných lékařů (Polsko, Lotyšsko). Pediatr se stává specialistou. A tak vidíme i v sousedních státech (Slovensko, Polsko, Maďarsko) boj za záchranu systému primární péče v té podobě, jaká byla v těchto zemích tradicí. Někde je ten boj marný, někde již prohraný.

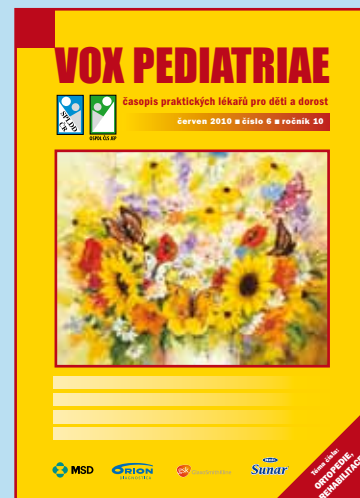
Ale vidíme i snahu evropských pediatrů obhájit si svoje postavení v systému péče o dítě. Máme tady novou ECPCP (Konfederace primárních pediatrů) - silnou organizaci plnou energie a chuti do práce, odhodlanou hájit pediatra jako jediného lékaře, který dokáže poskytnout dítěti kvalitní a všestrannou péči, a to nejen z pohledu léčby nemocí, ale i v souvislosti s jeho vývojem, prostředím, rodinou, vzděláváním a místem ve společnosti. Máme tady EAP (Evropská akademie pediatrie) - organizace s velkým vlivem, a to až na úrovni politické. Její pracovní skupina pro primární pediatrii velice aktivně pracuje a prosazuje myšlenku, že jedině lékař, který je dostatečně teoreticky a prakticky vzdělaný v primární pediatrii, může pečovat o dítě v první linii kvalitně a s plnou zodpovědností.

A teď se podívejme zvenku na sebe. Ano, můžeme být na sebe pyšní. Systém péče o dítě, kurativa, prevence, očkování, péče o adolescenty, Evropa nás obdivuje. Naše postgraduální vzdělávání v oboru, samostatnost oboru, síť akreditovaných pracovišť, školitelů a rezidenční místa - jsme jedineční v Evropě. Ale musíme být na to i patřičně hrdí a ukázat, jak to děláme, že to děláme dobře a naučit Evropu, jak se to dělá.

Ale nehrozí i přesto v našem malém státě zánik primární péče? Ano, hrozí. Pokud se necháme rozeštvát mezi sebou, pokud nebudeme mít jednotné názory, pokud se budeme navzájem osočovat a urážet, pokud necháme mezi sebe vstoupit finančně silné řetězce ambulancí. Určitě takto nebudeme mít šanci proti politickému molochu naši „primárku“ uchránit od jisté smrti. Bojujme tedy společně a jednotně za její zachování v dnešní podobě i pro další generace dětí.

Gabriela Kubátová

Ortopedie, rehabilitace



v tomto čísle inzerují...

AVENT

GSK

HERO

NUTRICIA

PFIZER

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	10. 00–15. 00 hodin
Úterý	10. 00–15. 00 hodin
Středa	10. 00–15. 00 hodin
Čtvrtek	10. 00–15. 00 hodin
Pátek	10. 00–13. 00 hodin

**Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o. s.
U Hranic 16, 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@detskykar.cz



Přehled činnosti SPLDD za duben 2010

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Duben se nesl v pokračování cyklu regionálních konferencí. I na nich stále nejvíce adrenalinu přinášely diskuse na téma očkování proti pneumokokovým infekcím. Duben je také již tradičně měsícem, ve kterém se zahajují cenová jednání pro další rok. Jaké budou vlastně dopady ekonomické krize? Podaří se udržet požadovaný trend alespoň částečné úhradové preference primární péče? Na odpověď si budeme muset počkat do konce letošního roku.

7.4. - spolu se zástupcem naší odborné společnosti MUDr. Milanem Rytířem jsme se zúčastnili jednání Rady Asociace krajů ve Zlíně. Tématem nebylo nic jiného, než stále mnohde aktuální problematika LSPP, kdy po diskusi zástupci jednotlivých krajů připustili možnou specifičnost a tedy i rozdílnost nastavení v jednotlivých krajích. Podstatné je, že připustili pokračování jednání v této problematice. Druhým tématem byla možná podpora postgraduálního vzdělávání v oborech PL a PLDD, i v této problematice jsme se domluvili na pokračování v jednáních.

7.4. - spolu s naší odbornou společností a zástupci všeobecných praktických lékařů jsme se zúčastnili jednání s výrobcí k problematice stanovování cen vakcín pro očkování proti chřipce. Jednání nebylo nepodobné našim jednáním o problematice pneumokokových vakcín. Ostatně obě tato očkování jsou řešena stejným paragrafem zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění

10.4. - seriál našich regionálních konferencí zavítal do severních Čech, kde v tradičním prostředí Krajského úřadu v Ústí nad Labem naši kolegové hodnotili činnost za uplynulé období. Usnesení této konferen-

ce zveřejňujeme na jiném místě.

13.4. - na společném jednání se sešly Výbory Sdružení a Odborné společnosti. Dominantním problémem byla diskuse nad Prohlášením OSPDL k problematice přímé distribuce vakcín a následná reakce Výboru Sdružení. K významnějšímu sblížení názorů však nedošlo...

15.4. - úvodním jednáním bylo zahájeno dohodovací řízení o cenách na rok 2011. Úkolem tohoto úvodního jednání bylo především nastavení časového harmonogramu a potvrzení koordinátorů jednotlivých segmentů. Segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost budu i pro další rok zastupovat já.

15.4. - na půdě resortního ministerstva proběhla schůzka zástupců obou oborů praktických lékařů s hlavním hygienikem na téma zajištění národního plánu očkování proti chřipce. Vzrušené debaty se točily samozřejmě kolem přímého nákupu chřipkových vakcín, ale tuhle písničku již přeci známe...

15.4. - Pražský hotel Olympik byl svědkem dalšího seriálu regionálních konferencí. Tentokrát se ke společnému bilancování

sjeli kolegyně a kolegové z Prahy a Středních Čech. Také usnesení z této konference zveřejňujeme na stránkách našeho časopisu.

17.4. - V lázeňském městě Bělohradě zasedli k bilancování praktičtí lékaři pro děti a dorost Východočeského regionu. Se závěry této konference se opět můžete seznámit na stránkách našeho časopisu.

24.4. - cyklus regionálních konferencí byl tentokrát zakončen v malebném prostředí dalšího lázeňského městečka, západočeskí kolegové zamířili letos do Lázní Kynžvartu. I oni diskutovali aktuální témata a výstup z jejich jednání opět zveřejňujeme.

30.4. - řídicí orgán našeho Sdružení se sešel, aby bilancoval výstupy z jednotlivých regionálních konferencí a stanovil program pro stěžejní republikové pracovní jednání - Sněm. Ani na tomto jednání jsme se nevyhnuli vášnivým diskusím kolem očkování pneumokokovými vakcínami. Zástupci naší odborné společnosti i nadále trvali na svém prohlášení, které řada našich kolegů vnímá jako silně kontraverzní. Ostatně tato problematika jistě bude obšírně řešena i na Sněmu Sdružení. ■

Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR

■ **Usnesení Konference severočeského regionu SPLDD ČR konané dne 10.4.2010 v Ústí nad Labem**

Konference vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedkyní SVČ regionu MUDr. Kulhánkovou
- zprávu o hospodaření za minulé období

bí přednesenou pokladníkem SVČ regionu MUDr. Sudkovou

- rezignaci MUDr. Věry Krukové na funkci a členství ve SPLDD
- zvolení MUDr. Kulhánkové předsedkyní regionálního výboru SČ regionu SPLDD
- prezentace vystavujících firem
- představení projektu Výživa pro budoucnost
- HPV vakcinace v klinické praxi - vystoupení

MUDr. Vladimíra Mulače

- Aktuální problematika rotavirových nákaz - vystoupení MUDr. Renaty Kračmarové
- Pneumokoková onemocnění a jejich prevence - vystoupení MUDr. Zuzany Vančíkové
- vystoupení hostů

Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2010

Konference přijala:



• zprávu revizní komise SVČ regionu za uplynulé období přednesenou jejím předsedou MUDr. Michalíkem

Konference konstatuje

• trvající nízký zájem členské základny na činnosti SPLDD, což dokazuje nízká účast na regionální konferenci.

Konference vyzývá

• předsednictvo SPLDD dále jednat o alternativních cestách úhrady pneumokokové vakcíny, při zachování kontinuity chladového řetězce

V Ústí nad Labem dne: 10. 4. 2010

MUDr. Balatková, MUDr. Fastrová,
MUDr. Michalík

■ Usnesení Konference regionu Praha a Střední Čechy SPLDD ČR konané dne 15.4.2010 v Hotelu Olympik v Praze 8

Konference doporučuje:

• Výkonnému výboru a Předsednictvu i nadále vyvíjet tlak na pojišťovny, aby zasílaly přehled o proplacených vakcínách proti pneumokokovým onemocněním v přehledné formě, ve vazbě na rodné číslo a odděleně od ostatního vyúčtování dávek.

• Výkonnému výboru a Předsednictvu apelovat na zdravotní pojišťovny, aby výběrová řízení na otevírání nových ordinací PLDD prováděly velmi obezřetně a navazovaly nové smluvní vztahy jen tam, kde nestačí kapacita stávajících ambulancí PLDD.

• Výkonnému výboru a Předsednictvu, aby i nadále usilovaly o otevření alternativní cesty k úhradě vakcín pro nepovinné očkování proti pneumokokovým nákazám.

• Výkonnému výboru a Předsednictvu pokračovat ve vyjednávání s VZP o pediatrickém Akordu.

Účastníci Konference apelují na členskou základnu a vybízí ji k vyšší aktivitě, k účasti na všech pořádaných akcích a ke spolupráci s Regionálním výborem a tím i k podpoře činnosti vedení SPLDD.

Zapsala: MUDr. Dana Vurmová,
MUDr. Ruth Adamová, MUDr. Zdena Střídová

■ Usnesení Konference východočeského regionu SPLDD ČR konané dne 17.4. 2010 v Lázních Běláhrad v hotelu Strom života

1. Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD východočeského regionu za rok

2009, kterou přednesl MUDr. Hrunka.

2. Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření východočeského regionu SPLDD za rok 2009, kterou přednesla MUDr. Doležalová.

3. Konference bere na vědomí zprávu revizní komise za rok 2009, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.

4. Konference schválila jednohlasně rozpočet na rok 2010.

5. Konference vyzývá členskou základnu k větší účasti na akcích SPLDD.

6. Konference ukládá předsednictvu SPLDD dále jednat o možnosti předepsat pneumokokovou vakcínu na recept.

7. Konference ukládá předsednictvu SPLDD dále pokračovat v jednání ohledně systému vzdělávání PLDD.

8. Konference ukládá předsednictvu SPLDD dále pokračovat v jednání o kompenzaci 30 Kč poplatků a rozdělení způsobu financování PL a PLDD.

9. Na konferenci probrán problém úhrady zdravotní péče pojištěnců EU, kteří nejsou občany ČR, ale mají zde trvalý pobyt.

Zapsal: MUDr. Pišek Martin
za návrhovou komisi

■ Usnesení Konference západočeského regionu SPLDD ČR konané dne 24.4.2010 v Lázních Kynžvart

Konference:

I. bere na vědomí:

• Zprávu o činnosti regionu za rok 2009 přednesenou regionálním předsedou MUDr. Ctíradem Kozderkou

• Zprávu o hospodaření regionu za rok 2009 přednesenou regionálním pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou

II. schvaluje:

• Program konference

• Volbu pracovních komisí ve složení:

- návrhová komise: MUDr. Frantová, Hrubá, Jandová, Benešová, Jirků, Šandová, Růžičková, Volšíková, Tomčalová

- mandátová komise: MUDr. Rusínová, Kadleček, Friedman

• Rozpočet na rok 2010

III. vyslechla:

• Informace zástupce zdrav. odboru KÚ Karlovarského kraje Bc. Joži Lokajička

• Informace generálního ředitele firmy Avenir ing. Petra Foukala o distribuci vakcín

• Informace předsedkyně OSPDL MUDr. Hany Cabrnocové

• Informace zástupců ZP MV ČR

• Informace předsedy SPLDD ČR MUDr. Pavla Neugebauera

• Informace předsedkyně zahraniční komise SPLDD a členky VV SPLDD MUDr. Gabriely Kubátové

IV. ukládá:

• Výkonnému výboru SPLDD dále vyjednat o otevření alternativní cesty získávání očkovacích látek proti invazivním pneumokokovým onemocněním s úhradou z v.z.p. při zachování současného přímého nákupu. Odmítá jednoznačné ukončení podpory vzniku alternativní cesty získání těchto vakcín uvedené v Prohlášení OSPDL ČLS JEP.

• Předsednictvu SPLDD sledovat další vývoj legislativních pochodů týkajících se způsobu distribuce a úhrad očkovacích látek, a to zejména s ohledem na plánované přesunutí úhrad dalších očkovacích látek ze státního rozpočtu na zdravotní pojišťovny s rizikem povinnosti přímého nákupu vakcín pro pravidelná očkování zdravotnickým zařízením. Včas informovat členy SPLDD o chystaných změnách a na základě široké diskuse se snažit ovlivnit vývoj legislativy dle většinového názoru členů SPLDD.

• Předsednictvu SPLDD vytvořit a vyjednat průhledný systém předávání praxí a vytvořit a vyjednat systém kontroly nad vznikem nových ordinací PLDD.

• Předsednictvu SPLDD ČR zabývat se změnou Stanov SPLDD, zejména v souvislosti s restrukturalizací činnosti revizních komisí regionů a navrhuje ponechat jen revizní komisi republikovou s působností pro celou republiku.

• Členům aktivněji se zapojit do činnosti SPLDD (formou účasti na konferencích, vzdělávacích seminářích, a to nejen pasivní, ale i aktivní, příspěvků do Voxu, zasíláním návrhů na vylepšení činnosti SPLDD, zasíláním návrhů na řešení problémů apod.)

• Regionální radě uspořádat příští Konferenci SPLDD zpč. regionu v Plzeňském kraji.

• Výkonnému výboru SPLDD ČR dojednat se všemi zdravotními pojišťovnami jednotnou a srozumitelnou strukturu zúčtovacích zpráv s přehledným členěním plateb za kapitační, za bodovou složku, za bonifikace, za ZUM a ZULP.

V. vyjadřuje

• Velké poděkování DLL Kynžvart za možnost uspořádání konference.

Za návrhovou komisi:
MUDr. Zdenka Růžičková



Koalice a aktuální dění ve zdravotnictví

Představitelé Koalice soukromých lékařů v dubnu především monitorovali výstupy resortního ministerstva spojené se vzděláváním. Při jednáních nad Seznamem výkonů jsou stále předkládány nové edukační kódy sester, proto bylo aktualizované stanovisko Rady SAS. Nejvíce navrhovaných edukačních kódů se totiž týkalo ambulantní specializované péče. V dubnu zaujaly i aktivity České lékařské komory. Ta jednak uspořádala konferenci se zástupci jednotlivých politických stran, dále hledala společné jmenovatele ve spolupráci s Asociací českých a moravských nemocnic a nadále se snažila prosazovat svou představu o vzdělávání lékařů. Výstupy z proběhlých jednání naleznete v níže uvedených textech.

■ I. Stanovisko Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. (dále také jen SAS) k návrhům České asociace sester zavést v Seznamu výkonů tzv. edukační kódy prováděné nelékaři ze dne 15.4.2010.

Rada SAS konstatuje, že:

A) registruje, že příslušná pracovní skupina na MZ se má od 29.4.2010 zabývat návrhem České asociace sester na vznik nových kódů výkonů, které by měly být prováděny samostatně středním zdravotnickým personálem, a to v několika oborech, přičemž v na-prosté většině jde o tzv. edukační činnost.

B) stejně jako během projednávání identických nebo analogických návrhů v minulém roce nejsou ani letos v žádném předloženém kalkulačním listu zodpovězeny jinak obvyklé otázky (příslušné kolonky jsou v návrzích nevyplněny), které jsou:

• Jaký bude zdravotní a společenský dopad těchto nových kódů?

• Jaká je objektivní společenská potřeba vzniku nových kódů? Znamená absence těchto kódů negativní zdravotní důsledky pro pacienty?

• Jakým způsobem bude, kromě podmínek, že výkon indikuje lékař, zajištěno, že příslušná činnost bude navazovat na jiné činnosti lékaře, jak bude vyžadovaná a dokumentovaná spolupráce s tímto lékařem?

• Jakým způsobem bude činnost během navrhovaných výkonů dokumentována a kdo ponese odpovědnost v případě u pacienta vzniklých zdravotních komplikací? Bude mít sestra povinnost nechat pacienta v jeho dokumentaci podpisem podepsat absolvování příslušné edukace, aby bylo zajištěno, že výkony nebudou prováděny u jednoho pacienta více sestrami?

• Jakým způsobem tyto návrhy ovlivní ná-

plň jiných zdravotních výkonů, které v současné době obsahují stejné nebo podobné činnosti? Budou ty činnosti, jež jsou t.č. standardní součástí klinických i jiných vyšetření lékařem z těchto klinických vyšetření vyřazeny?

• Jaký bude event. i jiný ekonomický dopad vzniku nových kódů?

• Zda, event jak se promítne vznik nových kódů do úhrad jiných odborností a do hodnot bodu ve všech segmentech včetně úpravy výše paušálních plateb v nemocnicích?

Rada SAS upozorňuje, že návrh má být projednáván v době, kdy zdravotní pojišťovny v rámci všech jednání opakovaně a nadále upozorňují na narůstající deficit v jejich příjmech, kdy avizují, že v nejbližší době jim dojdou i rezervní finance.

Rada tímto vyjadřuje zásadní a principiální nesouhlas s jakýmkoli aktivitami, které jen navyšují peněžní výdaje zdravotního systému v ČR bez reálného přínosu pacientům, nesouhlas s aktivitami, které mohou znamenat nežádoucí přesun finančních prostředků z ambulancí do nemocnic.

Rada SAS proto zavazuje své zástupce v komisí pro Seznam výkonů na Ministerstvu zdravotnictví hlasovat proti přijetí všech tzv. edukačních kódů, resp. žádat odložení jejich projednávání do té doby, než budou v široké odborné diskuzi zodpovězeny výše položené otázky společenského, odborného a ekonomického dopadu.

Rada SAS opakovaně deklaruje, že si práce zdravotních sester velmi váží, že ji považuje za nutnou a potřebnou a že cítí, že je třeba práci sester kvalitně ocenit a jasně ji oddělit od jiných, i když také potřebných, ale méně kvalifikovaných činností.

Lékaři, členové SAS, považují zdravot-

ní sestry za své partnery v každodenní péči o nemocné a chtějí spolupracovat na jejich plné emancipaci. Za daleko lepší formu dosažení vylepšení postavení sester však považují např. vyčlenění ohodnocení práce sestry v Seznamu výkonů z položky režie a přesun ohodnocení jejich práce přímo do bodů každého konkrétního výkonu podobně, jak je v Seznamu výkonů stanovena práce lékařů.

Rada SAS navrhuje, aby se Ministerstvo zdravotnictví zaměřilo na opravdu systémové řešení postavení všech sester v nemocnicích i terénních ambulancích a vyzývá toto ministerstvo, aby změny, které nejsou pro systém zdravotní péče v ČR nezbytné, týkající se jen významné menšiny zdravotnického personálu a mohou ve svém důsledku znamenat nepřiměřený nárůst ekonomické zátěže systému, odložilo na dobu až skončí finanční krize české ekonomiky.

Rada SAS tímto žádá o podporu tohoto svého stanoviska všechny příslušné odborné společnosti a ostatní organizace zastoupené v pracovní skupině pro tvorbu Seznamu výkonů na MZ.

Rada SAS

■ II. Konference České lékařské komory: „Jak chtějí politické strany řešit problémy českého zdravotnictví?“

To bylo hlavní téma víkendové konference České lékařské komory, která se konala v Průhonících u Prahy.

Pro ilustraci jsme převzali tiskovou zprávu redaktora Václava Pergla z deníku Právo ze dne 26.4.2010.

Strany se neshodly, jak řešit zdravotnictví Co strana, to různý názor. Bude tedy hodně záležet na budoucí vládě a parlamentu, aby



se pokusily najít společnou řeč. „Jinak se neheme dál,“ řekl v průběhu sobotního jednání Právu prezident komory Milan Kubek.

„Byla to opravdu místy bouřlivá diskuse. A jsem za ni velmi rád, a také i za to, že se zbavila politického náboje, i když vedle sebe zasedli zdravotní experti ODS, ČSSD, Strany zelených, KSČM a TOP 09. Mrzí mne, že se vůbec neozvala strana Věci veřejné, i to je pro nás signál,“ řekl.

Dodal, že strany lékařům představily své programy ve zdravotnictví. „Jsou různé, ale spoň máme představu, jak kdo chce řešit problémy zdravotnictví, tedy nedostatek peněz a lékařů. Diskuse hodně naznačila,“ dodal Kubek.

„Jsem rád, že zástupci stran vzájemně sobě naslouchali. Jen tak je možné najít shodné body ku prospěchu pacienta,“ řekl Právu praktický lékař ze Zlínska Lubomír Nečas.

„Bylo to mlácení prázdné slámy,“ komentoval čtyřhodinovou diskusi doktor Bohumil Šimek z Křemže. V diskusi se na otázky politiků doslova stála fronta u mikrofonu. Doktorka Maria Kortušová z Českých Budějovic přítomnému náměstkovi ministryně zdravotnictví Markovi Šnajdrovi řekla, že „jste odpovědný za devastaci zdravotnictví. Co z toho máte?“ Ten jí ale ve faktech odpověděl, že „opak je pravdou a nic z toho nemám“.

Komora předem poslala stranám, které mají šanci dostat se do parlamentu, 12 otázek. Všechny, kromě strany Věci veřejné, odpověděly. Diskuse se pak těmito otázkami i řídila.

Zvýšit výdaje, nebo ne

Například rozdílný je názor, zda zvýšit výdaje na zdravotnictví, nebo ne. A zda to udělat formou vyšších plateb státu za jeho pojištěnce, což jsou především děti, důchodci a nezaměstnaní, tedy téměř 60 procent populace. Zatímco David Rath za ČSSD prohlásil, že jeho strana „plánuje zvýšení plateb státu za státní pojištěnce alespoň o deset procent,“ jeho protivník Boris Šťastný z ODS uvedl, že „je pro širokou politickou dohodu nad výpočtem platby za státní pojištěnce a pokud nebude, měla by být platba zamrzena“.

Ludvík Hovorka z KDU-ČSL řekl, že doporučují zvýšení plateb z dnešních 723 Kč na osobu a měsíc o sto korun. Strana zelených považuje jednorázovou dotaci na 786 Kč za správnou a je pro obnovení automatické valorizace těchto peněz.

TOP 09 zvýšení plateb prosazovat nebude, KSČM naopak ano.

Boj o poplatky

Rozdílný je i názor na zrušení nebo ponechání regulačních poplatků. ČSSD i KSČM je chtějí zrušit všechny. ODS je pro jejich zachování, KDU-ČSL je v nynější podobě považuje za „neudržitelné“, navrhuje zrušení poplatků za recept.

Poplatky by také podle Hovorky „měly být příjmem systému zdravotního pojištění“. Strana zelených je pro jejich zachování, ale s korekcemi, a to zejména u poplatků za položku na receptu. TOP 09 považuje poplatky za správné a nevidí důvod pro jejich zrušení.

Spoluúčast vyšší, nebo nižší

Rozdílný je i názor na výši spoluúčasti pacienta. ODS na konferenci uvedla, že „slib snížení stávající 16procentní spoluúčasti ze strany ČSSD je stejně populistický a nesmyslný jako návrhy TOP 09 zvýšit během dalšího volebního období spoluúčast o 12 procent“. Chce zavést dobrovolné doplňkové zdravotní pojištění, které „umožní krytí část nebo téměř celou spoluúčast“.

Strana zelených je pro „evoluční zvyšování výdajů na zdravotnictví.“ TOP 09 chce, aby spoluúčast pacienta na léčení byla stejná jako „v jiných rozvinutých evropských ekonomikách a stoupla na cílových 20 až 25 procent.“ Naopak KSČM zvyšování spoluúčasti odmítá.

Na závěr diskuse měli účastníci formulovat pět nejdůležitějších bodů z volebního programu své strany pro zdravotnictví.

ODS například uvedla, že „posílí práva pacientů, zatočí s korupcí ve zdravotnictví, nebude privatizovat fakultní nemocnice ani zdravotní pojišťovny.“ Prevenci považuje za klíčovou.

ČSSD chce vytvořit základní síť veřejných neziskových nemocnic, zredukovat zdravotní pojišťovny, zrušit poplatky, zjednodušit systém úhrad zdravotní péče.

KDU-ČSL by ráda důsledně oddělila zdravotní pojišťovny od zdravotnických zařízení, posílila prevenci, uzákonila standardy péče.

Strana zelených chce také standardy péče, dále racionální lékovou politiku a zamezit vznik monopolů ve zdravotnictví.

TOP 09 by ráda zvýšila odpovědnost pojišťoven za nákup zdravotní péče, vytvořila únosný model spoluúčasti pacienta na financování péče a zlepšila kvalitu.

KSČM chce zrušit poplatky, obnovit síť neziskových nemocnic, nepřipustit privatizaci zdravotnických zařízení a záchranné služby a zvýšit platby státu za jeho pojištěnce.

III. Společné komuniké Asociace českých a moravských nemocnic a České lékařské komory

Dne 27.4.2010 se v Praze uskutečnilo jednání mezi AČMN a ČLK. Na závěr tohoto jednání podepsali předseda AČMN MUDr. Eduard Sohlich a prezident ČLK MUDr. Milan Kubek toto společné komuniké:

AČMN a ČLK se dohodly na vzájemné podpoře a spolupráci při prosazování následujících změn, které jsou pro budoucnost českého zdravotnictví nezbytné, a zároveň vyzývají ostatní subjekty působící ve zdravotnictví, aby se k této snaze připojily.

Požadujeme a prosazujeme:

Obnovení demokratickým způsobem vedeného dialogu ve zdravotnictví za účasti všech relevantních subjektů, tedy včetně Asociace českých a moravských nemocnic a České lékařské komory.

Zvýšení platby pojistného na zdravotní pojištění, kterou jako zástupnou platbu platí stát za osoby bez vlastních příjmů, např. za děti, důchodce a nezaměstnané. Podle platné legislativy musí vláda ČR rozhodnout o výši této platby pro rok 2011 do konce června 2010. Pokud nedojde k výrazné valorizaci této platby, bude mít systém veřejného zdravotního pojištění v příštím roce vážné potíže.

Novelizaci tzv. úhradové vyhlášky Ministerstva zdravotnictví, která by zjednodušila a zprůhlednila systém úhrad zdravotní péče v nemocnicích tak, aby nedocházelo k diskriminaci regionálních nemocnic vůči nemocnicím řízeným přímo Ministerstvem zdravotnictví.

Zvýšení příjmů nemocnic jako jednu z podmínek zvýšení platů a mezd jejich zaměstnanců. **ČLK i AČMN podporují požadavek LOK-SČL na vytvoření jednotné právní normy pro odměňování lékařů**, která by zajistila zvýšení příjmů lékařů za jejich základní pracovní dobu. Pouze zvýšení příjmů lékařů může zabránit jejich odchodu do zahraničí a řešit tedy nedostatek kvalifikovaných zdravotníků, s nímž se zejména regionální nemocnice potýkají.

Zásadní změny ve struktuře specializačního vzdělávání lékařů, tak aby toto povinné vzdělávání bylo pro mladé lékaře economic-



ky i místně dostupné. Prosadit, aby co největší část své specializační přípravy absolvovali lékaři ve zdravotnických zařízeních nižšího typu, kde snáze získají potřebné praktické dovednosti. Povinnou praxi ve fakultních nemocnicích omezit pouze na časově limitované stáže. Posílit úlohu a kompetence ČLK ve specializačním vzdělávání lékařů.

Prosazení efektivní regulace cen léků a výše jejich úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění při respektování pravidel medicíny založené na důkazech a nákladové efektivitě.

*MUDr. Eduard Sohlich, předseda AČMN
MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK*

**IV. Tiskové prohlášení
prezidenta České lékařské
komory po jednání
o specializačním
vzdělávání lékařů, které se konalo
na Ministerstvu zdravotnictví
dne 29.4.2010.**

Bývá zvykem, že pokud je pořádána tisková konference po nějakém jednání, mohou se jí zúčastnit všechny jednající strany. Je smutné, že tato elementární pravidla slušnosti nic neříkají ministryni zdravotnictví Mgr. Juráskové, která prezidentovi ČLK účast na tiskové konferenci znemožnila.

Česká lékařská komora nepodporuje další dezintegraci specializačního vzdělávání lékařů, jehož organizace by se měla podle plánu

ministerstva zdravotnictví rozdělit mezi sedm lékařských fakult.

Ministerstvo zdravotnictví slíbilo akceptovat společný návrh ČLK a ČLS JEP rozšířit počet základních vzdělávacích kmenů na 18 až 20. Je třeba připomenout, že současný nevyhovující počet deseti vzdělávacích kmenů byl prosazen některými děkany lékařských fakult a že ministryně Jurásková vydala svojí devastující vyhlášku č. 185/2009 Sb. v červnu loňského roku navzdory jednoznačně negativnímu stanovisku ČLK.

Zásadní změny potřebuje i náplň vzdělávacích oborů tak, aby celé dva roky základního kmene, a s výjimkou časově omezených stáží i zbytek specializačního vzdělávání, mohl mladý lékař absolvovat v akreditované okresní nemocnici, kde získá nejvíce praktických dovedností. Tyto potřebné změny nemohou zajistit ministerstvem zdravotnictví jmenované akreditační komise.

ČLK se chce účastnit tvorby vzdělávacích programů tak, abychom mohli prosadit změny požadované nejen mladými lékaři, ale i primáři okresních nemocnic, kteří jsou odborníky z praxe.

Zásadní změny vyžaduje rovněž systém financování specializačního vzdělávání, avšak k jejich prosazení je potřeba změna zákona. Toto bude závažný úkol pro politickou reprezentaci, která vzejde z parlamentních voleb. Návrh ministerstva zavést jakási stipendia ve výši 5.000,- Kč je sice zajímavý, avšak velmi nekonkrétní a tedy přináší více otázek než

odpovědí. Podle sdělení ministerstva by toto stipendium bylo vypláceno na úkor současné rezidenční podpory a nepředstavovalo by tedy nic jiného, než přesunování peněz z jedné kapsy do druhé. Závislost mladých lékařů na zaměstnavatelích, pro které představují lacinou pracovní sílu, by se nezmenšila.

Návrh neřeší ani problém porušování právních předpisů ve fakultních nemocnicích, které mladé lékaře zaměstnávají na formálně zkrácené pracovní úvazky, přičemž tito kolegové a kolegyně jsou nuceni odpracovat celou pracovní dobu.

Návrh v podobě prezentované Ministerstvem zdravotnictví by se měl týkat pouze budoucích rezidentů. ČLK však nemůže souhlasit s tím, aby byly hozeny přes palubu 3,5 tisíce mladých lékařů, kteří se již v současnosti vzdělávají.

ČLK bude i nadále podporovat aktivitu sdružení Mladí lékaři, jehož představitelé pochopili, že ze strany ministerstva zdravotnictví se jedná pouze o pokus o jakýsi úplatek, aby mladí lékaři přestali na problémy svého vzdělávání upozorňovat.

Česká lékařská komora je připravena účastnit se všech konstruktivních jednání o systému specializačního vzdělávání lékařů.

*MUDr. Milan Kubek,
Prezident ČLK*

*Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer*

Zpráva ze zahraniční cesty

16. - 17. 4. 2010

EAP - Evropská akademie pediatriů, Luxemburg

Dne 16. 4. 2010 dopoledne bylo zasedání pracovní skupiny pro adolescentní medicínu. Dr. Despina Economou z Kypru měla prezentaci o pohybových aktivitách adolescentů v souvislosti s obezitou. Na zasedání byl pozvaný Dr. Pavel Kabíček z České republiky, který byl požádán o spolupráci v problematice adolescentní medicíny. Měl dvě prezentace. V první představil model postgraduálního vzdělávání v adolescentní medicíně v České republice, v druhé informoval o možnosti krátké intervence k rizikovému chování a prevence abusu alkoholu a drog u mladist-

vých v ambulanci primárního pediatra.

V další části dopoledního programu bylo zasedání komise pro přípravu postgraduálního vzdělávání v rámci EBP – European board of paediatrics, jehož jsem i já členkou. Je aktualizovaný a upravený společný tříletý kmen, a to na základě učebnice Mastercourse. Publikovaný by měl být v květnu 2010. Já, společně s Dr. Elke Jaeger Roman z Německa, jsme dostaly za úkol vypracovat komentář ke kapitolám o primární péči, jak teoretickým požadavkům, tak i praktickým. Dr. Kabíček vypracuje kome-

tář k adolescentní medicíně. Dr. Shimon Barak – Izrael, vypracuje formulaci základních požadavků postgraduálního vzdělávání pro primární, sekundární pediatry, všeobecné a rodinné lékaře, včetně kompetencí v primární pediatrické péči. Finální revizi provede Dr. Diego Van Esso – předseda pracovní komise pro vzdělávání pro primární péči EAP a Dr. Helena Porfirio – viceprezidentka ECPCP. Na kongresu EAP v Kodani bude další zasedání této komise.

Rozhodující bude vypracování náplně dvouletého vzdělávání po společném kmeni,



na kterém se začne pracovat po jeho vydání.

V poledne bylo krátké zasedání předsednictva ECPCP. Řešena otázka konfigurace nových web stránek, které jsou před spuštěním, a výzva členů ECPCP cestou delegátů ke spolupráci v pracovních skupinách a v národních rubrikách ECPCP web stránek.

Odpoledne bylo věnované odbornému programu na téma: Hypercholesterolemie u dětí a dorostu a přednáška k otázce vytvoření evropských guidelinů na diagnostiku a léčbu poruch tukového metabolismu.

Dne 17. 4. dopoledne bylo zasedání pracovní skupiny pro primární a sekundární péči. Proběhly volby, předsedou se stal Dr. Gottfried Huss - Německo (primární) a Dr. Alf Nicholson - Irsko (sekundární).

Představeny byly nové webové stránky EAP. Informace o přípravě syllabu vzdělávání v primární pediatrii.

Již jsou připravena abstrakta k přednáškám na kongres EAP v Kodani, členové pracovní skupiny provedou jejich finální revizi

před publikací.

Dr. Elke Jaeger Roman - prezidentka ECPCP představila tuto novou organizaci primárních pediátrů.

Prezentovala její poslání, organizaci, představila členy předsednictva a pracovních komisí. Uvedla i plány na spolupráci s dalšími pediatrickými a jinými medicínskými organizacemi včetně EAP, hlavně na poli vzdělávání.

Poté proběhlo zasedání EAPRASnetu - akademie pro průzkum v ordinacích. Představeny a prodiskutovány dva z připravovaných dotazníků pro síť spolupracujících primárních pediátrů. Dotazníky budou upraveny.

Odpoledne bylo generální zasedání delegátů EAP. Byly předneseny zprávy o činnosti jednotlivých pracovních skupin a komisí.

Informace ohledně vzdělávání z EBP - Učebnice European Mastercourse se začne používat v některých evropských státech a bude se podle ní zkoušet. (Společný

kmen). Všechny pediatrické specializace musí aktualizovat svoje náplně vzdělávání.

Vakcinační pracovní skupina doporučila zrušit přeočkování TBC v 11 letech. Téma na další zasedání - očkování proti meningokoku.

Proběhla diskuze ohledně dodržování pracovní doby rezidentů podle EU normy - max. 48 hodin. Závěr - téměř nikde se tato norma nedodržuje, hlavně z personálních důvodů. Problém je výraznější v sekundární - nemocniční pediatrii.

Příští akce:

Kongres EAP - Kodaň 23.-26. 10. 2010

Meeting EAP - Brussels 11.-12.12.2010

Meeting EAP - Vilnius 19.-20.5.2011

Zpracovala

MUDr. Gabriela Kubátová

Zahraniční komise VV SPLDD ČR

Sluchové vady a novorozenecký screening

I. Sluchové vady

Proč může být obtížné zjistit sluchovou vadu u dítěte? Jednoduše proto, že na ni nemyslíme. Často na ni nic nápadnějšího neukazuje. Většina dětí se sluchovou vadou se rodí v rodinách bez pozitivní anamnézy - zdravým rodičům a bez dalších přidružených vad, které by indukovaly zvýšenou diagnostickou péči všeobecně.

I méně závažné vady sluchu - než nápadné vady těžké - výrazně a nevratně negativně ovlivňují řečový a intelektový vývoj dítěte. Přitom rozeznat pouze z chování dítěte lehkou nebo středně těžkou vadu sluchu může být značně obtížné, protože dítě reaguje na řečové podněty často adekvátně díky využití náhradních komunikačních kanálů - gest, mimiky, odezírání, odhadem z kontextu situace. Čím je dítě bystřejší, tím zdařileji maskuje (kompenzuje) přítomnost sluchové vady.

Na přítomnost vady sluchu může ukázat:

- Jakékoli opoždění vývoje řeči (pozdější začátek 1. slov, stagnace rozvoje slovní zásoby, výraznější patlavost)

- Zdánlivé opoždění celkového psychického vývoje
- Hyperaktivita a neklid, vzteklost, nepozornost
- Zastřený hlas z nadměrné hlasitosti
- Nápadnější fixace obličeje mluvčího zrakem dítěte

Nejčastěji v ambulanci vídáme děti s pozdně diagnostikovanou vadou sluchu při:

- 1) Lehkých a středních vadách (dítě plní verbální pokyny i na 3-4 m)
- 2) Při rekurentních zánětech středního ucha dlouhodobě považovaných za čistě převodní (dočasnou) vadu, ale s nerozeznatelnou trvalou percepční složkou. Nebo s anace středouší probíhá příliš dlouhou dobu ne zcela účinně a dítě významnou dobu svého řečového vývoje vyrůstá s vadou sluchu.
- 3) Vady sluchu izolované na střední nebo vyšší frekvence (hlas rodiče slyší dobře v nízkých frekvencích, ale špatně rozumí).

Ve všech těchto skupinách platí, že s vý-

ší inteligence dítěte klesá nápadnost jeho projevu.

Opakovaně jsme viděli i děti rodičů - lékařů, kteří byli mylně přesvědčeni, že jejich dítě pouze špatně artikuluje a dokládali, jak v běžném životě jejich dítě odpovídajícím způsobem reaguje na výzvy.

Bohužel nezřídka jsme svědky i toho, že sami rodiče na některé rizikové projevy upozorňují, ale lékaři jejich upozornění nepřikládají dostatečnou váhu.

Při jakékoli pochybnosti je nutné dítěti neprodleně zajistit **odborné přešetření** (do 3 let otoakustické emise či sluchové evokované potenciály), od 3 let lze nacvičit klasické audiometrické vyšetření. Za rozhodnutí o vhodné kompenzaci sluchové vady u dětí do 9 let **odpovídá foniatr**, nikoli běžný ORL lékař. Protože nekompenzovaná vada přináší nevratné znehodnění ve vývoji dítěte, je diagnostika závodem s časem.

as. MUDr. Libor Černý
Foniatrická klinika 1. LF UK, Praha
vedoucí katedry foniatrie
a klinické logopedie IPVZ



■ II. Screening sluchu u novorozenců

Sluch vytváří základní komunikační systém člověka. Vývoj sluchových struktur je ukončen již embryonálně a je prokázáno, že plod je schopen reagovat na sluchové podněty již v osmém měsíci těhotenství. Ne všechny děti se však narodí slyšící. Podle statistik se na každých 1000 novorozeneckých dětí narodí 1 – 2 děti s poruchou sluchu, z toho přibližně polovina s velmi těžkým defektem sluchu. Zjištění velikosti poruchy není snadné a i při současném systému

vyšetřování pomocí reakcí dítěte na zvukové podněty dochází k významnému zpoždění stanovení správné diagnózy. Za optimálního stavu by dítě s poruchou sluchu mělo být již v půl roce věku rehabilitováno pomocí sluchadel a tam, kde nedojde k rozvoji řečových schopností a rodiče si přejí vychovávat dítě mluvenou řečí, by měla být zvažena možnost aplikace kochleárního implantátu, nejlépe do konce druhého roku života.

Základem včasné pomoci je možnost průkazného zachytu sluchové vady, určení její velikosti a způsobu rehabilitace.

Zvuk se dostává ze zevního prostředí přes systém bubínku a sluchových kůstek do vnitřního ucha, kde se šíří v podobě vlnění po baziální membráně hlemýždě. Ve správně vyvinutém Cortiho orgánu dochází k převodu zvukového signálu na elektrické impulzy, a to frekvenčně specificky – v bazálním závitu hlemýždě jsou vnímány vysoké tóny, na jeho vrcholu tóny hluboké.

Základními prvky převodu zvuku – energie mechanického vlnění – na nervové vlákno jsou zevní a vnitřní vláskové buňky hlemýždě. Zevní vláskové buňky jsou nadány kontraktilitou, reagují stahem na podráždění vyvolané zvukovou vlnou a zesilují její účinek. Vnitřní vláskové buňky jsou pak vlastními elementy, které dokáží podráždit vlákna sluchového nervu.

Kontrakce zevní vláskové buňky následují s určitým zpožděním po podráždění a energie jejich stahu vyvolává zpětnou reakci, kterou je možné vysoce citlivým mikrofonem zaznamenat – tak zvaná Kempova echa, otoakustické emise. Můžeme je zaznamenat přibližně do 40 dB ztrát (způsobených poškozením zevních vláskových buněk). Složitější a finančně náročnější je měření odpovědí sluchového nervu a podkorových center na akustické po-



dráždění – tzv. BERA vyšetření.

Oba způsoby je možné využít pro screening sluchu u novorozenců již 3., 4. den po narození, kdy ze středouší vymizí plodová voda, která převod energie zvuku významně tlumí. Jsou vyvinuty přístroje pro jednoduché vyhodnocení odpovědi ve smyslu – reakce přítomna, reakce nepřítomna. To dává možnost provádět vyšetření již v porodnicích. Screening prováděný později není vhodný, protože se velké procento rodičů s dětmi k vyšetření nedostaví. Snahy o zlevnění screeningu omezením vyšetření pouze na rizikové děti, kterých je asi 9 % ze všech narozených, nejsou vhodné, protože můžeme očekávat zachytnost pouze něco přes 50 % všech sluchových vad a unikly by především těžší nesyndromové vady, kde je porucha sluchu jediným handicapem dítěte!

*doc. MUDr. Zdeněk Kabelka
ORL klinika UK,
2. LF a FN v Motole, Praha*

■ III. Psychorehabilitační pobyt pro rodiče s dětmi s vadou sluchu

Každoročně se v říjnu koná psychorehabilitační pobyt, který pro rodiče s dětmi s vadou sluchu organizuje občanské sdružení EPHATA. Kurzu se obvykle účastní 10-15 dětí v doprovodu rodičů a osobních asistentek (určeno zejména pro nejmladší děti, v časném stádiu péče po diagnostice sluchové vady)

Týdenní pobyt je věnován přednáškám a praktickým ukázkám k tématům jako diagnostika vad sluchu, předepisování sluchadel a jiných kompenzačních pomůcek, nároky na sociální zabezpečení, logopedická péče, genetika sluchových vad, pediatrická

péče, neurologická a psychologická problematika sluchově postižených dětí.

Lékařům a speciálním pedagogům je dán větší prostor pro sdělení problematiky v širších souvislostech – což nelze z časových důvodů vždy zajistit při běžné ambulantní praxi. Rodiče mají možnost bližšího kontaktu s jednotlivými odborníky – bez ostychu se mohou dotazovat na své individuální problémy. Mají i možnost individuální práce s logopedem.

Navíc díky práci v úzkém kruhu se přirozeně instruuji navzájem, ti s bohatšími zkušenostmi dobře znají pochybnosti a nejistotu krátce po určení diagnózy a pomohou překonat někdy přítomnou nedůvěru či neinformovanost v praktických otázkách.

Organizaci zajišťuje Ing. Červenáková (sociální pedagog a předsedkyně EPHATA o.s.), k logopedické problematice z pohledu ambulantní péče přednáší Dr. Škodová (Foniatriká klinika), z pohledu speciálního pedagogického centra a rané péče: Dr. Roučková a Dr. Svobodová (speciální ZŠ Praha, Ječná ul.) Dále přednáší genetik, neurolog, pediatr, technik z firmy zabývající se kompenzačními pomůckami, event. psycholog či odpovědný pracovník ministerstva, foniatr Dr. Černý (Foniatriká klinika 1. LF UK) – jako odborný garant komplexní péče o děti se sluchovým postižením (diagnostika, předpis pomůcek, koordinace spolupráce s logopedy, školou, psychology apod.).

Pro děti po dobu kurzu jsou dle potřeby zajištěny osobní asistentky. U sociálně problémových dětí se sluchovým postižením byl prominut nebo snížen účastnický poplatek.

Přínos akce je v jedinečné možnosti podání komplexní informace v ucelené formě o celé problematice související se sluchově postiženými dětmi. Poznatky z odborných sdělení a výměna zkušeností mezi rodiči vždy byly v anketě velmi kladně hodnoceny.

*as. MUDr. Libor Černý
Foniatriká klinika 1. LF UK, Praha
vedoucí katedry foniatrie
a klinické logopedie IPVZ*



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Volby do České vakcinologické společnosti ČLS JEP

V letošním roce proběhly volby do výboru Vakcinologické společnosti, byl zvolen nový výbor a následně zvoleni do funkcí na období 2010-2014:

- **prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., předseda**
- **MUDr. Hana Cabrnová, místopředsedkyně**
- **doc. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D., vědecký sekretář**

Členy výboru jsou dále: MUDr. Pavla Křížová, CSc., MUDr. Jitka Škovránková, doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., prof. MUDr. Jiří Havlík, DrSc., prof. MUDr. Miroslav Šplího, DrSc., MUDr. Jan Kynčl, Ph.D.

Revizní komise: JUDr. Jindřich Janouch, MUDr. Jozef Dihý, Ph.D., MUDr. Štefan Hrunka
Aktuální informace naleznete na www.vakciny.eu

■ Akce VZP ČR "třetí dávka zdarma"

Základní informace pro lékaře k projektu VZP: Karcinom děložního hrdla - 3. dávka zdarma.

- Klientky si vyzvednou certifikát (na jehož základě budou zapojeny do projektu) na pobočkách VZP.
- Projekt se vztahuje na obě dostupné HPV vakcíny, tzn. Cervarix a Silgard.
- Certifikát je opatřen unikátním kódem a je vydáván pouze na jméno klientky VZP.
- Pro očkování první a druhou dávkou lze použít stávajících zásob u lékaře.
- Cena první a druhé dávky pro klientky VZP je maximálně 3 200 Kč, cena za třetí dávku ve výši 1 000 Kč bude klientce proplacena Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.
- Do certifikátu je nutné zaznamenat **aplikaci první dávky a aplikaci nebo platbu za druhou a třetí dávku.**

- V případě aplikace první dávky v období od 17. 5. 2010, kdy byl program zahájen, do 30. 6. 2010 je možná postupná úhrada po jednotlivých dávkách, protože klientka stihne získat příspěvek 1 000 Kč do 31. 12. 2010 i při platbě za poslední dávku až při její aplikaci (očkovací schéma

ma - 0,1,6 resp. 0,2,6 měsíců dle typu očkovací látky).

- V případě aplikace první dávky v období od 1. 7. 2010 do 31. 12. 2010 bude muset klientka zaplatit cenu za očkovací látku najednou, tj. již při první nebo druhé aplikaci, a může získat příspěvek ihned po jejím zaplacení.

- Na základě vyplněného a lékařem potvrzeného certifikátu a platebního dokladu o zaplacení všech tří dávek může být příspěvek od VZP vyplacen již v den aplikace první nebo druhé dávky.
- Lékař musí vydat klientce platební doklad.
- Lékař si ponechává část certifikátu, která je označena jako Evidenční list.
- Na tomto Evidenčním listu lékař zaznamená požadovanou vakcínu. Objednávku vakcíny (3. dávky) za sníženou cenu lékař obdrží od distributora pouze proti předložení Evidenčního listu. Tento Evidenční list odevzdává distributorovi. Toto balení objednává na základě nabídky v ceníku distributora, označeném jako HPV vakcína - VZP.
- Projekt je určen pro přímou distribuci.
- Posledním termínem pro vyplacení příspěvku od VZP ve výši 1000 Kč klientce je 31. 12. 2010.

Vzhledem k tomu, že cena za třetí dávku bude výrazně zvýhodněná a příspěvek VZP ve výši 1000 Kč zůstává zachován, po domluvě Vám doporučujeme, abyste vystavili potvrzení za platbu v součtu všech částek, kde musí být garantováno, že cena za 3 dávky vakcíny bez aplikace, nesmí být vyšší než 3200 + 3200 + 1000 Kč.

Podobnou akci plánují i další zdravotní pojišťovny, sledujte nabídky o kterých Vás případně budou informovat i firemní reprezentanti.

■ Informace NIKO

Na posledním zasedání 28.4.2010 bylo domluveno zpracování následujících stanovisek a materiálů, které budeme postupně zveřejňovat:

- Stanovisko ke zrušení plošné BCG vakcinace
- Stanovisko k provádění kontrol kalmetizačních jizev a zvaní dětí na přeočkování proti TBC v 11 letech
- Materiál SZÚ týkající se zastoupení jednotlivých sérotypů Str. pneumonie v ČR

- Stanovisko k použití vakcíny Adacel (dTap)
- Stanovisko pro zachování povinného očkování
- Návrh novely vyhlášky o očkování - zavedení selektivní BCG primovakcinace

■ Program školitelů 11.6.2010, IPVZ Praha

8,00 - 9,00 REGISTRACE
9,00 - 12,00 DOPOLEDNÍ BLOK

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL, vedoucí katedry PLDD (cca 90 min)

- *Vzdělávací program PLDD*
- *Administrativní povinnosti školitele a školení v rámci specializačního vzdělávání*
- *Logbook*
- *Akreditované pracoviště v oboru PLDD*

MUDr. Josef Štolfa

vedoucí katedry Všeobecné praktické lékařství (cca 30 min)

- *Vzdělávání v oboru všeobecného praktického lékaře*

Ing. Lenka Čermáková

Odbor vzdělávání a vědy MZ ČR (cca 20 min)

Ing. Iva Urbancová

Global Health Service s. r. o. (cca 30 min)

- *Rezidenční místa - vše, co s tím souvisí*

Bc. Radka Stříbná

Odbor vzdělávání a vědy MZČR (cca 10 min)

- *Informace o akreditacích*

12,00 - 13,00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13,00 - 16,00 DOPOLEDNÍ BLOK

MUDr. Mgr. Jolana Těšinová

Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva (cca 120 min)

- *Právní problematika v souvislosti s pobytem školení u školitele*
- *Některé právní aspekty při očkování v ordinaci PLDD*

doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

PLDD Kostelec u Křížků, dříve vedoucí katedry dětského lékařství IPVZ (cca 60 min)

- *Pedagogické a komunikační minimum školitele*

Pfizer - Prevenar - strana 1

Pfizer - Prevenar - strana 2



Traumatická zkušenost u dětí a dospívajících

doc. PhDr. Jana Kocourková

Dětská psychiatrická klinika FN Motol a 2. LF UK Praha

Traumatické zážitky dětí a dospívajících představují závažnou okolnost v jejich životě, která může vést k rozvoji psychopatologických příznaků a poruch. Může také negativně ovlivňovat vývoj jejich osobnosti a zejména tam, kde jde o traumatické zážitky s blízkými osobami, může vést k deformaci jejich interpersonálních vztahů v dospělosti. Článek popisuje formy reakcí na stresové události, jejich psychopatologické důsledky a připomíná potřebnost indikované péče o traumatizované děti.

■ Úvod

Traumatizace v dětském a adolescentním věku představuje závažnou okolnost, jejíž negativní dopady se projevují v biologické i psychosociální oblasti. Z historického hlediska přinesly řadu podnětů k tomuto tématu práce týkající se zkoumání syndromu týraného dítěte, sexuálního zneužívání dětí, traumatizace dětí ve válce, traumatizace v důsledku přírodních katastrof, traumatizace v důsledku ztráty blízké osoby. Přínos posledních desetiletí spočívá zejména ve vymezení spektra traumatických stresových poruch, v nových informacích z oblasti neurobiologie a propracování terapeutických intervencí.

Pro posuzování a terapii následků traumatizace u dětí a adolescentů je třeba respektovat biologické i psychosociální aspekty. Působení traumatu má psychologické, neurobiologické a někdy i somatické konsekvence, které zatěžují další vývoj dítěte, jeho adaptaci na vývojové úkoly a ovlivňují jeho kognitivní, emocionální i sociální zrání. Nelze opominout kontext rodinného prostředí a zpracování traumatu dítěte v rámci rodiny.

■ Traumatická zkušenost

Z psychologického hlediska trauma představuje takovou zkušenost, v níž dítě nebo adolescent prožívá, je svědkem, nebo je konfrontován s takovou situací, která představuje přítomnou nebo hrozící smrt, vážné zranění nebo hrozbu fyzické integrity sobě nebo druhým. Reakcí je strach, pocit bezmoci a hrůza. Trauma může mít fyzický nebo psychický charakter a také se často můžeme vidět spolupůsobení fyzických a psychických aspektů traumatizace. Z psychologického hlediska rozlišila Terr (1991) u dětí dva typy traumatu. Prvním typem traumatu je náhlá, nepředpokládaná traumatizující událost, druhým typem je chronicky se opakující traumatická zkušenost, o níž dítě může předpokládat její

opakování a nemůže se této situaci vyhnout. Může se stát, že se tyto typy traumatu prolínají, může dojít i k následné traumatizaci (například v důsledku vyšetřování, negativního dopadu na rodinu dítěte, apod.).

■ Následky traumatizace

Pro posuzování následků traumatizace u dětí a adolescentů je důležité si uvědomit, že klinický obraz traumatických stresových poruch je modifikován vývojovými aspekty (kognitivními, emočními, sociálními) a nemusí vždy striktně naplňovat diagnostická kritéria MKN-10. Důležitou okolností, která ovlivňuje charakter posttraumatických projevů u dětí a adolescentů, je typ traumatu. Následkem jednorázového traumatu bývá typická posttraumatická stresová porucha (s projevy znovuprožívání traumatu, vyhýbavým chováním a zvýšenou dráždivostí), ale například u traumatizujícího dlouhodobého zneužívání dítěte mohou být klinické projevy odlišné (se známkami popření, dissociací, pohotovostí k poruchám chování) a mají hluboký dopad na vývoj osobnosti. U mnoha dětí dochází k tomu, že spolupůsobí oba typy traumatizace, zvláště když se trauma týká blízkých osob, na nichž je dítě závislé.

Reakce na traumatický stres se může u dětí a adolescentů projevovat rozličnými způsoby, které jsou výsledkem interakce traumatické události, specifické reaktivity dítěte a úlohy vnějšího prostředí, v němž dítě žije. I když v případě traumatického stresu má základní patogenní význam vnější traumatická událost, je následující reakce dítěte na trauma ovlivněna rizikovými či protektivními faktory, které souvisí s jeho vnitřním či vnějším světem. Za vnitřní faktory považujeme typ osobnosti dítěte, jeho způsoby vyrovnávání se se stresem, předchozí traumatické zkušenosti, subjektivní význam trauma-

tu. Vnější faktory představuje rodinné a širší sociální prostředí dítěte, dostupnost podpory a pomoci, včasná odborná intervence.

■ Diagnostika

Akutní reakce na stres (F 43.0)

Jde o přechodnou poruchu významné závažnosti, která vzniká jako odpověď na výjimečný fyzický a/nebo duševní stres. Stresorem může být závažný traumatický zážitek, zahrnující vážné ohrožení pocitu bezpečí nebo somatické integrity jedince nebo blízkých osob, nebo náhlá změna ve vztazích jedince, například ztráta blízkých osob. Výskyt a závažnost akutní reakce na stres je ovlivněna individuální vulnerabilitou. Symptomy jsou variabilní, s typickým úvodním stavem „ustrnutí“ se zúženým vědomím a dezorientací. Na tento stav může navazovat další stažení se, nebo agitace a hyperaktivita. Obvykle se objeví vegetativní příznaky. Po odeznění (během několika hodin až dnů) může být na toto období částečná nebo úplná amnézie.

Posttraumatická stresová porucha (F 43.1)

Posttraumatická stresová porucha představuje odloženou nebo protražovanou reakci na expozici stresoru, který představuje závažné ohrožení dítěte a vzbuzuje úzkost, kterou nelze zvládnout obvyklými adaptačními mechanismy. Příznaky začínají po expozici traumatu po období latence, které může trvat od několika týdnů do několika měsíců. Výskyt poruchy je přímo úměrný expozici a intenzitě stresoru. Klinický obraz vykazuje podobné znaky jako u dospělých pacientů, které jsou však modifikovány vývojovou úrovní dítěte. Typické jsou následující znaky:

1. Znovuprožívání traumatu

Traumatická událost se opakuje v intruzivních myšlenkách nebo vzpomínkách a snech.



Vracejí se vizualizované obrazy traumatické situace, včetně prožívané úzkosti a hrůzy. K opakování traumatické události může dojít na symbolické úrovni i v dětské hře. Pro znovuprožívání traumatické zkušenosti mají význam tzv. „reminders“, podněty, které trauma připomínají a asociují původní děsivou situaci.

2. Vyhybavé chování a pocity ustrnutí

U dětí je zřejmá snaha vyhnout se všemu, co původní traumatickou událost připomíná, děti se vyhýbají místům, myšlenkám, tématům hry i interpersonálním kontaktům, které trauma připomínají. Často dochází k oslabení zájmu o dřívější příjemné aktivity, vyhýbání se emočnímu prožívání a také sdílení vlastních prožitků s druhými, mohou se vyskytnout i poruchy paměti ve vztahu k traumatu.

3. Stav zvýšené vegetativní hyperaktivity

Projevuje se jako poruchy spánku, přítomny jsou děsivé sny, zvýšená dráždivost, obtíže v koncentraci pozornosti, nadměrná úleková reaktivita. Děti se bojí nejen o sebe, ale také o blízké osoby.

Kazuistika

13 roků stará dívka z dobře fungujícího rodinného prostředí, dobře školně adaptovaná, vracela se domů odpoledne ze zájmového kroužku. Obvyklá cesta vedla přes park, chodila tak běžně, nešlo o zcela opuštěné místo. V části cesty potkala muže, který do ní strčil, chytil za ruku, odtáhl mimo cestu a pokusil se ji znásilnit. Byl vyrušen kolemjdoucím, utekl. K pohlavnímu styku nedošlo, dívka měla na šatech sperma a byla ušpiněná. Plakala, utíkala domů, rodiče zavolali policii. V průběhu vyšetřování musela opakovat, co se stalo, styděla se. V průběhu další doby se vyvinuly příznaky posttraumatické stresové poruchy, uváděla, že se jí situace stále vrací, jakoby slyšela kroky, jakoby viděla neoholený obličej muže, který ji napadl, cítila bolest, jak ji držel. Přestala chodit původní cestou, bála se. Měla děsivé sny, traumatické situace se v nich opakovala. Bála se výslechu na policii. Rodiče s dívkou navštívili dětského psychiatra, byla diagnostikována posttraumatická stresová porucha a indikována farmakoterapie antidepresiv a psychoterapie.

Poruchy přizpůsobení (F 43.2)

Porucha přizpůsobení představuje stavy subjektivní tísně a poruch emotivity a chování. Vzniká jako reakce na významnou životní změnu či životní událost, kdy ale cha-

rakter zátěže nemusí být tak hrozivého rázu, jako u posttraumatické stresové poruchy. Výraznější roli hraje emoční odolnost a charakter adaptačních mechanismů. Projevy poruchy zahrnují zejména depresivní náladu, úzkost, obavy, pocit bezmoci, u dětí a adolescentů mohou být přítomny regresivní příznaky i poruchy chování. Poruchy přizpůsobení mohou vzniknout u dětí a adolescentů jako reakce na události, jako je somatické onemocnění, závažné konflikty v rodině, šikana v dětském kolektivu, stěhování, ztráta kamaráda. Tyto poruchy jsou přechodného rázu, doba trvání je obvykle několik měsíců, delší pouze v případě protrahované depresivní reakce. O tom, zda se u dítěte objeví ve stresové situaci porucha přizpůsobení, rozhoduje specifická zátěž, osobnostní charakteristika dítěte a také dostupnost emocionální i praktické podpory v situaci zátěže.

Kazuistika

16 let starý chlapec, rodiče rozvedeni, chlapec žil s matkou a s otcem se stýkal. Studoval vcelku úspěšně střední školu, byl však citlivější, obtížně prožíval rozvod rodičů. Věnoval se fotbalu, snil o dráze fotbalisty. O prázdninách jel s kamarádem na motorce a při havárii utrpěl úraz, v jehož důsledku nemohl dále pokračovat ve sportovní aktivitě. Následky úrazu nesl těžce, měl pocit, že si zkažil výhled na sportovní kariéru, vyčítal si to. Začal být skleslý, hůře se soustředil na školu, zůstával doma, omezil kontakt s vrstevníky, který dříve pěstoval. Měl pocity beznaděje, bezmoci, smutku. Výrazně se zhoršil se školní prospěch, zdálo se, že nebude schopen dále studovat. Rodiče konzultovali dětského lékaře, který doporučil konzultaci s psychologem. Byla diagnostikována porucha přizpůsobení a indikovaná déleodobá psychoterapie, která trvala několik měsíců. Chlapec se postupně smiřoval s hendikepem a střední školu ukončil úspěšně.

Základní charakteristiky péče o traumatizované děti patří:

- ochrana dítěte před dalším nebezpečím
- aktivní terapeutický přístup v krizové situaci
- respekt ke způsobu, jakým dítě trauma vyjadřuje
- produktivní spolupráce s rodiči
- psychoterapie orientovaná na emoční vyjádření, kognitivní uchopení a postupná integrace traumatické zkušenosti dítěte.
- indikovaná farmakoterapie.

Závěr

Traumatické zážitky u dětí a dospívajících vyžadují pozornost odborníků v oblasti diagnostiky i terapie. Úloha pediatra je nezastupitelná zejména proto, že mnohdy představuje první linii kontaktu s traumatizovaným dítětem a jeho rodinou. V další linii nastupuje spolupráce s pedopsychiatrem a psychologem, kteří v indikovaných případech upřesňují klinickou diagnózu a realizují systematickou farmakologickou a psychotherapeutickou léčbu.

Literatura u autorky

MZ vydává publikaci Rádce pacienta

Ministerstvo zdravotnictví společně s lékaři připravilo pro české pacienty v rámci aktivit zaměřených na zvyšování bezpečnosti ve zdravotnictví publikaci s názvem Rádce pacienta.

Příručka má pomoci k lepší orientaci pacientů při kontaktu s poskytovateli zdravotních služeb, seznámí je s jejich právy a povinnostmi v rámci zdravotnického systému a posílí jejich postavení v něm. Publikace vznikla pod dohledem českého odborníka na kvalitu ve zdravotnictví Davida Marxe, přednosty Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK Bohumila Seiferta, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP Hany Cabrnocové a za spolupráce patientských organizací z Koalice pro zdraví. „Rádce pacienta obsahuje řadu užitečných informací a rad z oblasti komunikace se zdravotnickými pracovníky, dále doporučení jak si zvolit lékaře či nemocnici, seznamuje dospělé i dětské pacienty s jejich právy a obsahuje rovněž všechny důležité kontakty,“ řekla ministryně zdravotnictví Dana Jurásková.

Informovaný pacient – spolupracující pacient Rádce pacienta je podle ní určen všem, kteří se chtějí lépe orientovat v systému poskytování zdravotních služeb, a také pacientům, kteří nepracují s internetem, starším občanům, chronicky nemocným či rodinám s dětmi. „Medicína a s ní spojená zdravotní péče je velmi náročným a komplikovaným oborem. Je zapotřebí, aby zde každý znal svou úlohu, práva a odpovědnost,“ dodal první náměstek ministryně zdravotnictví Marek Šnajdr. „Jsem velice ráda za tuto iniciativu ministerstva. Pacienti potřebují znát svá práva, orientovat se a mít dostatek informací. Informovaný pacient lépe dodržuje léčbu a ví, co a proč dělá,“ vysvětlila Jana Petrenko, výkonná ředitelka Koalice pro zdraví. Distribuce publikace Rádce pacienta bude probíhat průběžně v krajských nemocnicích a prostřednictvím praktických lékařů pro dospělé. V termínu od 26. do 30. dubna rovněž před krajskými nemocnicemi.

Zdroj: www.mzcr.cz, 26.4.2010



Separáčnı́ úzkostná porucha v dětství

prim. MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.

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

■ Úvod

Separáčnı́ úzkostná porucha v dětství patří do skupiny emočních poruch se začátkem specifickým pro dětství. Klíčovým diagnostickým rysem je nadměrná úzkost, která se u dítěte projevuje při hrozící, ať již reálné nebo domnělé, možnosti odloučení od blízkých osob, nejčastěji od matky.

Úzkost a strach patří mezi fyziologické a adaptivní vývojové fenomény, bez kterých si nelze život představit. Jejich úkolem je chránit jedince před nebezpečím a nadměrnou zátěží. Patologickými se stávají ve chvíli, kdy jsou příliš intenzivní, trvají dlouho, a tím narušují běžné fungování. Ve svých důsledcích pak brzdí další vývoj dítěte. Úzkostná reakce malého dítěte na separaci od blízké osoby je fyziologická a postupně se snižuje tak, že kolem třetího roku věku je dítě schopné krátkého odloučení od matky. To je také věk možnosti nástupu do školky, dřívější odloučení nelze považovat za vhodné.

Prvním zaznamenaným příznakem této poruchy bývá často odmítání školy a neschopnost obvyklé školní docházky. Úzkost může být u dětí doprovázena somatickými symptomy, jako je nauzea, zvracení, bolesti hlavy, bolesti břicha, může být přítomna i zvýšená teplota. Psychické příznaky totiž obvykle doprovází nějaký nepříjemný tělesný pocit. U dětí k této tzv. somatizaci dochází častěji, neboť dítě ještě není plně schopno si uvědomovat a verbalizovat svoje psychické prožitky. Vzhledem k somatickým projevům této primárně psychické poruchy to proto bývá velmi často praktický dětský lékař, kterého rodiče s dítětem navštíví. Je nutné zdůraznit, že u této poruchy dítě skutečně uvedené tělesné obtíže prožívá, nejde tedy o simulaci, jak se někdy lékaři při negativním somatickém nálezu domnívají. Tuto poruchu je zapotřebí diferenciatně diagnosticky odlišit od poruch chování se záškoláctvím, kde by k vědomému předstírání tělesného onemocnění dojít mohlo.

■ Klinický obraz

Jak bylo výše uvedeno, vedoucím projevem poruchy je nadměrná úzkost. Ta se u dítěte objevuje při hrozící možnosti odloučení od blízkých osob, v našich podmínkách je to většinou matka.

Tabulka č. 1: Symptomy separáčnı́ úzkostné poruchy

Nereálná obava, že se něco stane emočně nejbližším osobám nebo že odejdou a už se nevrátí.
Nereálná stálá obava, že nějaká nepříjemná událost odloučí dítě od emočně nejbližší osoby, např. že se dítě ztratí, bude uneseno, přijato do nemocnice nebo zabito.
Trvalé váhání nebo odmítání chodit do školy vzhledem ke strachu z odloučení (spíše než z jiných důvodů, jako je například strach z dění ve škole).
Trvalé váhání nebo odmítání jít spát, pokud dítě nebylo vedle nebo blízko emočně nakloněné osoby.
Trvalý bezdůvodný strach být ve dne doma samo nebo bez přítomnosti emočně blízké osoby.
Opakující se noční můry se vztahem k odloučení.
Opakovaný výskyt tělesných příznaků (nauzea, bolesti žaludku, bolesti hlavy, zvracení atd.) v situacích, kdy dochází k odloučení dítěte od emočně blízké osoby, např. při odchodu z domova do školy.
Nadměrný, opakující se strach, projevující se úzkostí, pláčem, výbuchy vzteku, utrpením, apatií nebo sociálním odtažením, při předpokládaném odloučení od emočně blízké osoby nebo bezprostředně po něm.

Symptomy patřící k této poruše ukazuje tabulka č.1.

Porucha se nejčastěji manifestuje odmítáním školy. Toto odmítání se může projevit i po delší době neproblematické docházky do školy. Nezřídka nasedne na přerušení docházky do školy pro nemoc, může se objevit po odloučení od rodiny, například po pobytu ve škole v přírodě. Obtížím může předcházet změna učitele, na kterého bylo dítě zvyklé, nebo přechod na druhý stupeň, kde má dítě již více učitelů. Dítě samo většinou neregistruje, že podstatou problému je neschopnost odloučit se od blízkých osob. Stěžuje si na přísné učitele, hlučné spolužáky, kteří mu ubližují, má strach ze selhání při zkoušení. Přitom nezřídka jde o dobrého žáka bez výkových problémů.

Jedním z diagnostických kritérií je výskyt tělesných příznaků, jako je nauzea, bolesti žaludku, bolesti hlavy, zvracení v situacích, kdy dochází k odloučení dítěte od rodiny. Můžeme zjistit i zvýšenou teplotu. Charakteristické je, že obtíže se vyskytnou ráno před odchodem do školy. Následuje návštěva dětského lékaře, který sice nenachází žádnou specifickou nemoc, ale doporučí často klid na lůžku. Tělesné obtíže poté vymizí, odpoledne se dítě cítí dobře a již zvýšenou teplotu nemá. Tyto obtíže však dítě skuteč-

ně prožívá, reálná je i zvýšená teplota. V některých případech převažují somatické obtíže nad psychickými a vedou k neustálé nemocnosti, přitom unikne pozornosti, že tyto nemoci souvisí s problémy se školní docházkou. Absence a nutnost dohánění látky celou situaci ještě zhoršuje. Problematizuje se též postavení dítěte mezi vrstevníky ve škole.

V anamnéze těchto dětí nacházíme dlouhodobou separáčnı́ problematiku. Rodiče sdělují, že dítě bylo vždy výrazně fixováno na rodinu, špatně se adaptovalo ve školce, mnohdy byla docházka do školky přerušena. S horší adaptací byl spojen i začátek školní docházky. Jde nezřídka o děti obecně úzkostné, senzitivní, které se hůře adaptují na nové situace nebo nový kolektiv. Z anamnézy se dozvídáme, že dítě nikdy samostatně nejezdilo na letní tábory, na škole v přírodě se mu velmi stýskalo, nezřídka pro ně rodiče jeli předčasně.

Rodiče našich pacientů nám někdy referují, že i oni měli podobné potíže. V rodinné konstelaci zjišťujeme někdy hyperprotektivní matky a méně výrazné, málo se angažující otce. V řadě případů otec ve výchově schází úplně. Tyto rodiny také někdy bývají stažené do sebe, vnější svět prožívají jako ohrožující. Pro separáčnı́ problematiku je typické, že problém se netýká pouze dítěte, ale i dalších osob, na kte-



ré je dítě vázáno. Nejčastěji to bývá matka, která sama nevědomě brání přirozené separaci dítěte. Nepodporuje je v běžných aktivitách, je zvýšeně ochranná.

■ Epidemiologie

Porucha se vyskytuje stejně často u dívek i u chlapců, prevalence se odhaduje na 1-5 % školou povinných dětí.

■ Diferenciální diagnostika

Nejnápadnějším příznakem je odmítání školy. Je nutné odlišit separační úzkostnou poruchu v dětství od záškoláctví a od fobie ze školy. U fobie ze školy je v popředí chorobný strach ze školního prostředí, není přítomna separační problematika. Kromě výše uvedených diagnóz je nutné též odlišit od generalizované úzkostné poruchy, panické poruchy, somatoformní poruchy a deprese. Odmítání školy může být též příznakem počínající psychotické poruchy schizofrenního okruhu.

Pro záškoláctví je typické, že dítě absencuje ve škole tají, čas mimo školu tráví aktivitami jako návštěvou kina, herny, snaží se získat omluvenku. U fobie ze školy je přítomen strach ze školní situace, nezjišťujeme separační problémy v jiných situacích. U generalizované úzkostné poruchy je přítomna trvalá úzkost, která není omezena na konkrétní situace či objekty, stejně jako separační úzkostná porucha může být spojena se somatickými obtížemi. Panická porucha je charakterizována opakovanými atakami masivní úzkosti, které nejsou vázány na konkrétní situace, trvají nejdéle několik desítek minut. U somatoformní poruchy jsou v popředí somatické obtíže a stesky, které nejsou vázány pouze na školu, ale i na jiné situace. Deprese v dětství může být spojena s neschopností docházet do školy, depresivní symptomatika je přítomna nejen v době odchodu do školy, dítě je úzkostné a depresivní i během víkendů a prázdnin. Počínající schizofrenie může být rovněž spojena s odmítáním školy. Dítě se uzavírá do sebe, může verbalizovat bizarní obavy z dění ve škole, tyto obavy mohou vycházet z bludné produkce.

■ Léčba

Terapie separační úzkostné poruchy musí být komplexní, zahrnuje přístup psychotherapeutický a farmakoterapeutický, nutná je úprava režimu a nácvik separace od blízké osoby. S ohledem na to, že jde o problém celé rodiny, ať již z hlediska příčiny, tak i důsledků, je potřebná práce s ní. Cílem léč-

Tabulka č. 2: Diferenciální diagnostika odmítání školy, upraveno dle Steinhausena (1993)

	Separací porucha	Fobie ze školy	Záškoláctví
Strach ze školní situace	Silně vyjádřený	Převažuje, s měnící se intenzitou	Chybí
Somatizace	Silná	Proměnlivá	Chybí
Osobnost	Úzkostná, senzitivní	Úzkostná, senzitivní	Agresivní, disociální rysy
Intelekt	Průměrný až vyšší	Průměrný	Průměrný až nižší
Poruchy učení	Chybí	Častý výskyt	Chybí
Motivace k učení	Vysoká	Narušená	Nízká
Chování rodičů	Hyperprotektivní, neumožňující separaci	Nespecifické	Zanedbávající
Školní docházka	S vědomím rodičů chronicky narušená	S vědomím rodičů sporadicky narušená	Bez vědomí rodičů sporadicky nebo chronicky narušená

by je co nejrychlejší návrat dítěte do školy. Čím déle dítě zůstává doma a nedaří se mu navštěvovat školu, tím je léčba obtížnější. Důležitou částí léčby je rodinná terapie, při které je zapotřebí pracovat na uvolnění často velmi silné vazby mezi dítětem a matkou, a posílení role otce. V psychoterapii je možné použít přístupy jak dynamicky orientované, tak kognitivně behaviorální. Bývá používána postupná expozice zátěžovými situacemi. Ve farmakoterapii můžeme krátkodobě použít anxiolytika, delší dobu lze podávat antidepresiva s anxiolytickým účinkem. Pro dětský věk lze užít antidepresiv typu SSRI, jako je fluoxetin, fluvoxamin nebo sertralin. V případě, že se nepodaří obnovit školní docházku v rámci ambulantní péče, je nutná hospitalizace v dětském psychiatrickém zařízení.

■ Kazuistická ukázka

12letý chlapec přestal chodit do školy poté, co absolvoval školu v přírodě, na které se mu velmi stýskalo. Opakovaně odtud telefonoval rodičům, aby pro něj přijeli. Po návratu hovořil o tom, že učitelka na něj křičí, má strach, že dostane špatnou známku. Ráno před odchodem do školy si stěžoval na bolest hlavy a břicha, opakovaně zvracel. Rodiče s ním navštívili praktickou dětskou lékařku, která nezjistila žádné somatické onemocnění. Chlapec zůstával doma, učil se, snažil se vypracovat domácí úkoly. Večer si připravil tašku, sliboval, že další den do školy určitě půjde. Druhý den ráno to však opět nedokázal, opakovaly se somatické obtíže, které však vždy přešly během dopoledne.

Z anamnestických údajů vyplynulo, že chlapec pochází z úplné rodiny, matka je hyperprotektivní, otec je velice zaměstnaný a chlapci se příliš nevěnuje. Většinu času trá-

ví chlapec s matkou a mladší 6letou sestrou.

Chlapec se narodil z druhého chtěného a plánovaného těhotenství, kterému předcházela spontánní abortus ve 3. měsíci. Těhotenství bylo vedeno jako rizikové, matku situace velmi úzkostňovala. Porod proběhl fyziologicky stejně jako poporodní adaptace, raný psychomotorický vývoj byl v mezích normy. Do 4 roků byl s matkou doma, vždy na ni byl velmi fixovaný. Nemohl být hlídán ani prarodiči, plakal a stýskalo se mu po matce. Ve škole, kam nastoupil ve 4 letech, se velmi dlouho a obtížně adaptoval. Pro nezralost měl odklad školní docházky. Ve škole se rovněž hůře adaptoval, měl ale pěkný prospěch, v chování byl zcela neproblematičtější. Mezi spolužáky neměl větší problémy, měl však menší okruh kamarádů.

Jeho somatický zdravotní stav je dobrý, kromě častých infekcí po nástupu do školky a běžných dětských nemocí vážněji nestonal.

Vzhledem k tomu, že ambulantní péče nedvlela k návratu do školy, byla nutná hospitalizace v dětském psychiatrickém lůžkovém zařízení. Vstup byl dosti dramatický, velmi těžce se adaptoval. Vyšetřením byl zjištěn nadprůměrný intelekt, vývoj osobnosti s úzkostnými rysy. Na oddělení se chlapec zklidnil, navštěvoval školu při nemocnici. Probíhala psychotherapie, rodinná terapie, byla nasazena medikace. V rodinné terapii se podařilo změnit výchovné přístupy matky a posílit kompetenci otce. Postupně se podařilo obnovit docházku do školy, nejprve z psychiatrického zařízení, později i z domova. Jde o typický příklad separační úzkostné poruchy v dětství, kdy prvním odborníkem, který mohl onemocnění diagnostikovat, byl praktický dětský lékař.

Literatura u autora

Avent

Duševní nemoc: Odkud a kam (z vězení do vězení)

MUDr. Ivan David, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice

Postoj k duševně nemocným a nakládání s duševně nemocnými vždy souvisely s nároky, které společnost kladla na jednotlivce, na to, jak je oceňovala. Péče nebo „péče“ vždy odpovídala úrovni rozvoje společnosti, jejímu bohatství, morálním normám a technologické úrovni. Je to, nebo by to mělo být, samozřejmé pro lékaře, není to samozřejmé pro moralizátory.

Vážná duševní porucha vyčleňuje jedince ze společnosti už na subhumánní úrovni. Znevýhodňuje je a vede k nepřekonatelným konfliktům. Vede k „bezdomovectví“, k izolaci, kterou jedinci nepřezijí. Od starověku se datuje spor o to, zda duševní nemoc náleží duchovním nebo lékařům. Nesoupeří o péči, ale o interpretaci. Ani boj o to, zda duševní nemoc existuje a zda jsou pro ni kompetentní lékaři, doposud neskončil. Někteří aktivisté za lidská práva stále bojují (a nikoli bezúspěšně) o překonání „medicinského modelu“ duševní nemoci a za moderní pokládají koncepty z padesátých a šedesátých let stvořené filozofy, filozofujícími psychoanalytiky a sociology bez medicínských znalostí.

Od starověku až do 18. století byla duševní nemoc chápána převážně jako důsledek vnějšího vlivu a nebo důsledek trestu za zhýralý život nebo morální selhání. Tomu odpovídalo i nakládání s nemocnými. Do první poloviny 19. století převládalo v západní společnosti fyzické trestání (bití, hlad). Od začátku 19. století se stále více prosazovalo humánní zacházení s nemocnými - ovšem podle tehdejší úrovně poznání - v léčbě převládalo pouštění žilou, dávidla, projímadla, rotační křeslo, leptavé masti nebo topení ve vodě. Ocelová pouta byla nahrazena koženými. Ovšem již v 16. století bylo v Edirne - hlavním městě Osmanské říše praktikováno léčení hudbou a lázeňskými procedurami. Můžeme se dále přít o humánnost křesťanství ve srovnání s islámem. Do začátku 19. století měla v západním světě zařízení pro duševně nemocné vězeňský charakter a jejich smyslem byla nucená izolace. Patřila mezi sociální zařízení typu chudobinců, leprosárií a veřejných porodnic. Ošetřovatelé měli kvalifikaci dozorců a lékařů



Vymytání ďábla - Nizozemí 14. století



Škrábání brambor - Bohnice - kolem roku 1920



Z psychiatrické nemocnice Göppingen, SRN

do takových zařízení téměř nedocházeli. V první polovině 19. století se objevují ošetřovatelské asyly často v k původnímu účelu nevyužívaných pevnostech, klášterech, zámcích, ale

i speciálně vybudovaných ošetřovacích ústavách. Od poloviny 19. století již byly budovány speciální ústavy pavilónového typu, v USA, Kanadě a Austrálii obrovské ústavy podle zásad Dr. Kirkbridea. Ústavy byly ve velké většině státními zakázkami, které začaly jako velká podnikatelská příležitost a skončily jako zátěž státního rozpočtu. Hlavním způsobem péče bylo zaměstnávání nemocných - prací i kulturou. Bez práce naprostě většina nemocných ústav ani nemohly fungovat. Personálu bylo málo, vizity se prováděly několikrát do roka. Hlavní příčinou smrti byla tuberkulóza, někdy a střevní průjmová onemocnění. Ošetřovatelé už byli systematicky školeni, špatně placení, ale s naturálními požitky a nadějí na definitivu a důchod. V první polovině dvacátého století byly ústavy přeplněné, těžce podfinancované v důsledku snah o státní úspory zejména v dobách válek a zvolna chátrající a degradující. Po druhé světové válce byl jejich stav ve většině zemí Západu terčem kritiky novinářů, filozofů, sociologů i samotných psychiatrů. Byly jako „typicky totalitní instituce“ srovnávány s koncentračními tábory. Kritika stavu byla na místě, viníky ale nebyly ústavy, ani psychiatři. Až do roku 1952 neexistovaly specificky účinné léky. Jejich objevení vyvolalo nadšení a optimismus stejně jako domnělé možnosti prevence. Pacienti byli masově propouštěni a ústavy (hlavně od sedmdesátých let) masově zavírány (deinstitucionalizace). Účinky léků se neukázaly vždy trvalými a dostatečnými. Pacienti se však už neměli kam vrátit. Politicky a ideologicky se s úspěchem začalo prosazovat mínění, že sociální péče nemá jen navazovat na psychiatrickou, ale že ji může s úspěchem nahradit. Přeplněné ústavy tak byly nahrazeny často neadekvátní péčí, která nemá vhodnou strukturu ani kapacitu, a masovým bezdomovectvím společně s masovou reinstitucionalizací - kriminalizací duševně nemocných (USA) nebo hospitalizací ve forenzních ústavách. Nadešel čas k přehodnocení vývoje a návratu k lékařské péči s návaznou resocializací namísto ideologického tažení proti psychiatrii.

Literatura u autora



Léčba dětské obezity v ordinaci praktického dětského lékaře v ČR

MUDr. Zlatko Marinov

Obezitologická ambulance, Dětská poliklinika, FN Motol a 2. LF UK, Praha

Cílem příspěvku je podat praktickému lékaři pro děti a dorost aktuální pohled na léčbu dětské obezity v ČR. Skupina dětí s obezitou a nadváhou v ordinaci praktického dětského lékaře se v posledních letech stala druhou největší skupinou s chronickým onemocněním hned po skupině dětí s alergickými onemocněními. Podle současných statistických údajů je v průměrně dětské ordinaci registrováno okolo 80 dětí s obezitou. Z toho je průměrně 50 dětí indikováno k dlouhodobé léčbě obezity ze zdravotní indikace, 15 dětí k cílené úpravě jídelníčku a téměř v každé ordinaci je jedno dítě s patognomickou obezitou.

Účelná léčba dětské obezity vychází z Doporučených postupů prevence a léčby dětské obezity (Vox pediae 7/2009), které byly přijaty širokou odbornou veřejností jako základní standard. Hlavní metodou léčby dětské obezity je dlouhodobá individuální kognitivně behaviorální terapie, která zasahuje celou rodinnou jednotku. Dietoterapie a fyzioterapie mají pomocný edukativní význam. Skupinové pobytové programy jsou určeny k potenciaci redukce, překlenutí relapsů a mají význam jako prvek nadstandardní odměny.

■ Charakteristika dětské obezity

Účelná léčba dětské obezity je dlouhodobá. Základem je cílená diagnostika a určení nejvýhodnější strategie. V drtivé většině se v dětské populaci vyskytuje prostá obezita, která má polygenní podklad. Necelé 1% je podmíněno obezitou monogenní (defekt genu pro leptin, leptinový receptor, proopiomelanokortin, prohormon-konvertázu 1) syndromologickou (Praderův-Williho syndrom, Cohenův syndrom) nebo na podkladě jiných závažných onemocnění (hypothyreóza, pseudohypoparatyreóza, Cushingův syndrom, deficit růstového hormonu, nádory a úrazy CNS) a iatrogenní terapie (kortikoidy). Prostá obezita je typické civilizační onemocnění rozvinutých světových ekonomik a charakterizuje ji pozvolný nástup a rozvoj komplexních metabolických změn. V současnosti je v Evropské unii přes 20 000 obézních dětí, které mají diabetes mellitus 2. typu, 400 000 dětí s poruchou glukózové tolerance. Přes milion obézních dětí má známky kardiovaskulárního onemocnění včetně hypertenze a nárůstu cholesterolu a má tři nebo více známek metabolického syndromu.

Rámcově půl na půl se na vzniku prosté obezity v dětském věku podílí genetické pozadí a obezitogenní prostředí. Během vývoje lidského druhu jsme se stali potomky lidí,

kteří se dokázali svým úsporným metabolismem s nedostatkem stravy nejlépe vyrovnat. V krátkém časovém období řádu století jsme se ocitli v zcela jiném - obezitogenním prostředí. Došlo k rozmachu civilizace s důsledky, kterým náš metabolismus nebyl během vývoje vystaven - volného a neomezeného přístupu k potravě. Vesnický typ stravy (z pole na stůl) se radikálně změnil za průmyslovou (z továrny do chladicího boxu). Zároveň jsme se během krátké doby stali součástí populace s nedostatkem pohybu, kdy chůze ztratila smysl hlavního přemísťovacího prostředku. Realitou se stalo absolutní nebo relativní přejídání. Výsledkem zvýšeného energetického příjmu a sníženého energetického výdeje je pozitivní energetická bilance, pro kterou fylogeneze nemá připraveny žádné adaptační metabolické mechanismy.

Hlavním zdrojem dětské obezity v naší populaci je rodina. Dítě je její výkladní skříň a na něm se zrcadlí genetika a především životní styl rodiny. Na postavě dítěte se odráží veškeré nedostatky a neúspěchy rodinných režimových opatření, které vedou k pozitivní nerovnováze v energetickém příjmu a výdeji. V civilizovaném světě není volný přístup ke zdroji potravin. Každý kilogram a i kilogram navíc se musí zakoupit a představuje reálnou částku 2 - 3 tisíce Kč na 1 kg tuku.

Dítě nemá v rodině ekonomickou rozhodovací pravomoc. Dítě nevydělává, nenakupuje, nevaří - z domácího koše jen jí a tím uzavírá bludný kruh.

Varovný je v posledních letech vzestup nárůstu dětské obezity. Za poslední čtvrtstoletí došlo k ztrojnásobení počtu obézních dětí. Při porovnání hmotnostně - výškového poměru dětí v naší populaci nemůžeme dnes vycházet z dat 6. celostátního antropologického výzkumu z roku 2001, ale musíme se vrátit k datům hmotnosti dětí z 5. celostátního antropologického výzkumu z roku 1991. Konstrukce grafů na základě současných dat, kdy 7-10% procent dětí bojuje s nadváhou a obezitou, by posunula arbitrážní hranice nadváhy a obezity neúměrně vysoko a došlo by k nepatřičnému změkčení pohledu na nadváhu našich dětí.

■ Terapie dětské obezity

Metodou volby léčby dětské obezity je individuální nebo skupinový přístup. V obou případech se využívá terapeuticky kombinace kognitivně behaviorální terapie, dietoterapie a fyzioterapie. Kognitivně behaviorální terapie řeší úpravu životosprávy, preferenčního chování a je psychoterapeutickou podporou. Dietoterapie se soustřeďuje na nutriční edukaci. Fyzioterapie navyšuje aerob-



ní a upravuje anaerobní pohybové aktivity. Individuálně se řeší farmakoterapie a barioterapie. Specifickým rysem dětské obezitologie je, že u konkrétního pacienta v konkrétním čase pracujeme s obézním dítětem během jeho dynamického růstu. Ten je charakterizován nefixovanými individuálními životními funkcemi metabolismu, neuro-muskulární koordinace a koordinace vyšší nervové činnosti s nefixovanými pohybovými vzorci a vzorci chování. Zároveň je konkrétní dítě součástí fixovaného rodinného zázemí, kde je jasně definován cyklus Vydělat – Koupit – Uvařit – Sníst a fixovaný model pohybové aktivity. Dynamického růstového potenciálu dítěte se využívá ke stagnaci hmotnostního přírůstku v případě narovnání energetického příjmu a výdeje. V časovém úseku vede tento potenciál postupně k tendenci k normostenii na podkladě fyzického růstu.

Stěžejním pilířem léčby dětské obezity je rodinná terapie. Terapeuticky je nutné si stanovit pevný a strukturovaný program, který má jednoduchá a obecně srozumitelná režimová, dietologická a pohybová pravidla. Komunikace s klienty musí být jasná, jednoznačná a jednoduchá a nesmí být vytržena z kulturně geografického kontextu. Tato terapie je náročná jak k finančním, tak k lidským zdrojům a je náchylná lehce k syndromu z vyhoření, pokud je řešena bez systémového přístupu. Léčba obezity je dlouhodobá s častými relapsy a je třeba na ni pohlížet jako na léčbu závislosti na jídle. Cílem účelné terapie je přes vedení obézního dítěte zasáhnout rodinnou jednotku nejenom v aktuálním čase, ale především do budoucna tak, aby jejich životní styl nevedl k rozvoji obezity a metabolického syndromu.

Dětská obezitologická terapie se soustřeďuje na změnu životního stylu celé rodiny pomocí kognitivně behaviorální terapie. Cílem této terapie není jen prostá redukce hmotnosti, ale záměna sebevímání a hodnotového systému celé rodinné jednotky. Z psychologického hlediska je příčinou obezity nevhodné chování a myšlení, které je naučené a udržované vnějšími i vnitřními faktory. Proto při léčbě obezity pomáhá kognitivně behaviorální terapie, která dětem pomůže změnit chování, myšlení i emoce žádoucím směrem. Kognitivní behaviorální terapie předpokládá, že příčinou psychických potíží jsou naučené chybné způsoby chování a myšlení. V terapii se potom snažíme tyto chybné způsoby chování a myšlení odnau-

čit či přeučit, popřípadě naučit novým, vhodnějším způsobům řešení daného problému.

Specifika dětské dietoterapie vycházejí ze základní premisy, že u konkrétního dětského pacienta nelze objektivizovat minimální energetický příjem tak, aby nebyl omezen jeho růst. Dietoterapie dětské obezity zásadně odmítá definované nízkenergetické redukční diety, které poškozují organismus ve vývoji. Za ambulantních podmínek se soustřeďuje na edukaci pestrého jídelníčku, který vychází z racionální stravy výživové pyramidy. Vstupní energetický příjem se snižuje o 1000 kJ a klade se důraz na příjem potravin s nízkou energetickou denzitou, s definovatelným obsahem složek a se sníženým počtem technologických příprav. Standardní snížení energetického příjmu dospělé obezitologie o 2000 kJ je aplikované v dětské obezitologii pouze pod dozorem školeného personálu na pobytových pracovištích. Při hodnocení jídelníčku se v ambulanci vyhodnocuje jeho skladba, přičemž hodnocení energetické příjmu je smysluplné jen ve výjimečných případech.

Nedílnou součástí léčby je účelná fyzioterapie. Při stanovení zátěžového programu obézního dítěte je třeba počítat s potřebou odpovídající pohybové aktivity jak v objemu, tak v charakteru. Náročná zátěž pro pacienta, pro rodinu, ale i pro terapeuta, nepřinese předpokládaný efekt. Momentální zdánlivě úspěšná pohybová zátěž se často v budoucnosti změní v řadu patologických vazeb. Vznikne reflexní odpor k těm, které v nesprávně indikované léčbě byly dlouhodobě doporučovány a prováděny. Z důvodů mentálních vazeb je pro prognózu obézního dítěte nebezpečnější krátkodobá hyperaktivita než dlouhodobá lenost. Při volbě pohybových aktivit musíme dávat do vztahu příjem, výdej a jejich psychický obraz. Pohybové aktivity pro obézní děti se nemusí dělit podle intenzity pro obě pohlaví, ale s ohledem na psychickou, praktickou a zdatnostní připravenost. Podle zájmů motivujeme děti k provozování aktivity, která je jim v tomto směru nejbližší. Pro dívky to bývá nejčastěji tanec, bruslení, plavání nebo aerobic (vhodný u nižšího stupně nadváhy). Chlapci dávají přednost fotbalu nebo jiným míčovým hrám. Doporučujeme jízdu na kole, rychlejší formu chůze, jogging. Nejdůležitější je pohyb „za všech okolností“ – chůze pěšky do školy, na autobus, do schodů (místo výtahem), pohyb při domácích pracích atd.

■ Hodnocení výsledků terapie dětské obezity

Dětská obezitologie jen v ojedinělých případech využívá medikamentózní a chirurgická řešení a zásadně odmítá redukční diety, které poškozují organismus ve vývoji. Přesto má dětská obezitologie potenciál vysoké efektivity, protože stravovací návyky, metabolické pochody a pohybové vzorce, které vedou k rozvoji obezity, nejsou u dětí fixované a lze je při patřičné důslednosti zvrátit žádoucím směrem. Zabránění rozvoji obezity snižuje v dospělosti výskyt diabetu mellitu 2. typu o 2/3. Redukce tělesné hmotnosti o 5-10% snižuje komplikace metabolického syndromu o 50% a agresivním ovlivněním všech rizikových faktorů metabolického syndromu lze předejít více než 80% kardiovaskulárních příhod.

Pohled na hodnocení výsledků úspěšné obezitologické terapie záleží na úhlu pohledu, který vyplývá ze správně stanovených cílů. Z pohledu lékaře je úspěšnou léčbou redukce 3-5 kg viscerální tukové tkáně, které eliminují komplexní metabolické změny a prodlouží střední délku života konkrétního pacienta. Tento cíl je pomocí dosavadních metodik zcela reálný a dlouhodobě udržitelný. Je ale v tomto případě nutno počítat i s tím, že konečná absolutní redukce hmotnosti mnohokrát dosahuje nižších hodnot, protože při správném terapeutickém programu dochází ke zlepšení fyzické zdatnosti a nárůstu svalové hmoty. Díky tkáňové redistribuci dochází k výraznému fyzickému zatraktivnění. Reálně přechází společensky neakceptovatelná obezita do obezity s atraktivními aspekty, které je potřeba pacientům soustavně vyzvedat. Nereálný je pohled dlouhodobé redukce společensky aktivní hmotnosti v objemu desítek kilogramů za pomoci konzervativní metodiky. Po ukončení vývoje jedince a rozvoji leptinové rezistence nelze prakticky obézního pacienta „vyléčit“ a převést do normostenie. Raritní případy jen matou laickou, ale i odbornou veřejnost. Hodnocení redukčních programů v 6 týdnech, 3 měsících a 1 roce je jen dílčí a reálně lze hodnotit úspěšnost léčby obezity nejdříve za dva roky. Reálných dlouhodobých výsledků významné redukce hmotnosti je možno dosáhnout u dospělých pacientů jen pomocí barioterapeutických nebo radikálních chirurgických výkonů. Reálným cílem je u významné dětské obezity omezení rozvoje komplexních metabolických změn a sžití se se společensky aktivní obezitou.

Hodnocení výsledků redukční terapie je

u obézní dětské popula-
ce komplikované a vyžaduje
správnou interpretaci. Hodno-
cení jen prosté redukce hmot-
nosti je hrubě zkreslující a neodráží dy-
namiku dětského růstu a po-
sunu rozmezí hodnot BMI
s věkem dítěte. Samotný
redukční a pohybový režim
nedosahuje takových dlouho-
dobých výsledků jako komplex
kognitivně behaviorální terapie,
která je úspěšná u dvou třetin obé-
zních klientů. Neefektivnější
je po dobu prvních 3 měsíců.
V této době lze počítat s pokle-
sem BMI vztaženého k věku v Z
skóre v průměru o 0,2 - 0,4 bodu SD.

Orientačně jako úspěšnou
hodnotíme dlouhodobou léčbu u
rostoucích dětí při hmotnostním
přírůstkem 0,5 - 0,9 kg na 1 cm
nárůstu výšky. Při redukcí pod
0,5 kg na 1 cm může docházet k
nežádoucí podvýživě a musíme se
zaměřit na vyloučení zneužití
proliferací, nízkoenenergetických
diet nebo mentální anorexie. Hmot-
nostní přírůstek 1 kg na 1 cm
výšky hodnotíme jako stagnaci
u starších školních dětí, ale u
nižších věkových kategorií je tato
hodnota ještě uspokojivá. Nárůst
nad 1 kg na 1 cm je selháním
léčby. U adolescentů hodnotíme
jako úspěšnou léčbu při poklesu
hmotnosti 0,5 kg - 1 kg na týden.
Při překročení poklesu o více než
1 kg na týden musíme vyloučit
poruchy příjmu potravy.

■ Pracoviště dětské obezitologie

Pro nadváhu a obezitu prvního
stupně je ideálním terapeutem
obvodní pediatr, který nejlépe
zná zázemí pacienta. V případě
souběhu nadváhy a mírné obezity
rodiče (matky dítěte) a chutě i
souběžného řešení je ideální
a celosvětově unikátní terapeutické
občanské sdružení STOB se zázemím
prakticky ve všech regionech ČR
(www.istob.cz) a v Praze i
varianta pro děti s nadváhou
STOBík (www.hravezizdrave.cz) -
včetně internetového portálu
pro autoterapii. S obezitou 2.
stupně je vhodné obrátit se na
spádovou endokrinologickou
ambulanci, která pomůže s
diagnostikou a případnou
terapeutickou rozvahou. Obezita
3. stupně a 2. stupně s komplexními
metabolickými změnami je
určená do specializovaných
dětských obezitologických



ambulancí, které však v současné
době nejsou ve všech regionech.
(Tabulka pracovišť dětské obezitologie
v ČR). V bodu předzrodu jsou
specializovaná pracoviště při
fakultních dětských klinikách s
perspektivou reálného fungování
do 2-3 let, kam budou určeni
pacienti s obezitou 4. stupně,
pacienti s metabolickými
komplikacemi, pacienti s
monogenní a patognomickou
obezitou. Ve světovém měřítku
je unikátní v ČR síť ozdraven s
3týdenní režimovou léčbou
dětské obezity a lázeňských
pracovišť s 5týdenní intenzivní
léčbou dětské obezity. Tato
pobyťová pracoviště dosahují
vynikajících krátkodobých
výsledků, ale pro dlouhodobý
úspěch je nutná vazba na
obezitologického terapeuta
v řádu roků.

■ Postgraduální vzdělávání dětské obezitologie

Možnosti postgraduálního
vzdělávání se v léčbě dětské
obezity neustále zlepšují. V roce
2007 prof. MUDr. L. Lisá, DrSc.
a prof. MUDr. J. Pařízková, DrSc.
sepsaly základní moderní monografii
Obezita v dětství a dospívání
(Grada 2007). Pod vedením
prof. MUDr. L. Lisé, DrSc. se
řadíme k málo státům EU,
které mají od 2008 vypracovaný
závazný program Doporučených
postupů prevence a léčby
dětské obezity (Vox pedia triae
7/2009). Od roku 2006 se
každoročně s aktivním přispěním
prim. MUDr. P. Tláška, CSc. a
prim. MUDr. L. Vašíčkové na
podzim pořádá v Lázních
Poděbrady konference Dětská
obezita v teorii a praxi
(www.vy-zivaspol.cz), která
seznamuje širokou od-

bornou veřejnost s aktuálními
tématy dětské obezity. V roce
2009 v rámci studie COPAT
proběhl za odborné garance
doc. MUDr. M. Kunešové, CSc.
v EU první specializovaný
týdenní kurz dětské obezitologie
(www.copat.cz), který se bude
opakovat v červnu tohoto
roku a během kterého předpokládáme
ustavení pediatrické sekce
České obezitologické společnosti.
Tento certifikovaný kurz je
předobrazem základního školení
k udělení licence dětské obezitologie.
Pro účely praktických dětských
lékařů je za garance MUDr. Marinova
Českou lékařskou komorou
pořádán v dubnu a červnu

tohoto roku dvoudenní kurz
dětské obezitologie se zaměřením
na Ambulantní léčbu dětské
obezity I. a II. stupně (www.lkcr.cz).
Pro on-line vzdělávání dětské
obezitologie jsou dostupné
internetové kurzy na Euni
(euni.cz) Obezita: prim. MUDr.
P. Sucharda, CSc, na portálu
České lékařské komory
(www.eclk.cz) E - 18/09
Diagnostický postup u obézního
dítěte: Prof. MUDr. J. Lebl, CSc,
E - 20/2009 Prevence dětské
obezity v ordinaci praktického
dětského lékaře: MUDr. Z.
Marinov, E - 06/09 Léčba
dětské obezity v ordinaci
praktického dětského lékaře:
MUDr. Z. Marinov, PhDr. M.
Nesrstová, DiS. J. Jůnová a E -
35/10 Pohybová aktivita obézních
dětí: MUDr. Dalibor Pastucha,
Ph.D. Volně dostupné jsou
odborně garantované
edukační materiály na portálech
občanského sdružení STOB
Hravě žij zdravě (www.hravezizdrave.cz)
a Výživa dítěte (www.vyzivadeti.cz).

**Závěrem lze konstatovat, že česká dětská obezitologie je nejen součástí, ale do-
stává se na čelo evropských aktivit. V nejbližší budoucnosti lze očekávat praktické
výstupy z aktuálně probíhajícího unikátního výzkumu studie COPAT (www.copat.cz),
který zařadí českou dětskou obezitologii do čela celosvětové úrovně, nicméně stěžejní
úloha praktických dětských lékařů je v rámci všech aktivit prevence a léčby dětské
obezity nepopíratelná.**

Literatura u autora



Tabulka pracovišť dětské obezitologie v ČR	
INDIVIDUÁLNÍ	
Dětské obezitologické ambulance	České Budějovice, DK IPVZ, MUDr. L. Pechočová lup@seznam.cz
	Ostrava, DK FN MUDr. Z. Obdržálková, zita.obdrzalkova@fno.cz,
	Olomouc, FN Dětské rehabilitační oddělení, prim MUDr. D. Pastucha, Ph.D, dpastucha@email.cz
	Plzeň, DK FN MUDr. P. Hamzová, legatova@fnplzen.cz
	Praha 5 FN Motol Dětská poliklinika MUDr. Z. Marinov, z.marinov@seznam.cz, MUDr. U. Barčáková, ulrika_barcak@yahoo.com
Dětské endokrinologické ambulance specializované na léčbu obezity	Hradec Králové, DK FN, MUDr. I. Plášilová, plasilovai@fnhk.cz
	Praha 1, VFN Ke Karlovu, DK 1. LF, MUDr. J. Kytarová, jkytn@lf1.cuni.cz
	Praha 1, Endokrinol. ústav, MUDr. B. Kalvachová, CSc., bkalvachova@centrum.cz, www.endo.cz
	Praha 4, FN Krč, Ped. klinika FTN, MUDr. J. Kytarová, jkytn@lf1.cuni.cz
	Praha 10, FN Vinohrady, DK, MUDr. I. Hainerová ihainer@hotmail.com, MUDr. M. Finková, finkova@fnkv.cz
Dětská klinická pracoviště plánovaná k diagnostice a léčbě dětské obezity	Brno, I. DK, MUDr. L. Dostálová-Kopečná, PhD., lkopecna@med.muni.cz, www.fnbrno.cz
	České Budějovice, DK IPVZ, MUDr. L. Pechočová, lup@seznam.cz
	Ostrava, DK FN, MUDr. Z. Obdržálková, zita.obdrzalkova@fno.cz, www.fnsपो.сz
	Plzeň, DK LF UK, MUDr. H. Botková, www.fnplzen.cz
	Praha 1, DK 1. LF UK, MUDr. J. Kytarová, jkytn@lf1.cuni.cz, kddl.lf1.cuni.cz
	Praha 4, DK IPVZ, MUDr. J. Kytarová, jkytn@lf1.cuni.cz, www.ftn.cz
	Praha 5, DK 2. LF UK, prof. MUDr. J. Lebl, CSc., jan.lebl@lfmotol.cuni.cz, www.pediatric-motol.cz
	Praha 10, DK 3. LF UK, MUDr. M. Finková, finkova@fnkv.cz, www.fnkv.cz
	Ústí n. Lab., DK IPVZ, prim. MUDr. J. Škvor, CSc., jaroslav.skvor@mnul.cz, www.mnul.cz
SKUPINOVÉ	
Občanské sdružení	STOBík Praha www.hravezizdrave.cz
Dětské ozdravovny s léčbou obezity	Dvůr Králové www.ozdravovnakralovstvi.cz
	Křetín www.ozdravovnakretin.cz
	Metylovice www.olum.cz
	Pec pod Sněžkou www.ozdravovnapec.cz
	Svatý Petr ozdravovnasp.cz
	Říčany www.olivovna.cz
Dětské lázeňské léčebny pro léčbu obezity	Bludov lazne-bludov.cz
	Jeseník www.priessnitz.cz
	Karlovy Vary www.manes-spa.cz
	Kynžvart www.detskalecebna.cz
	Lipová www.lazne.cz
	Luhačovice lazneluhacovice.cz
	Poděbrady www.detska-lecebna.cz
INTERNETOVÉ PORTÁLY	
Hravě žij zdravě	www.hravezizdrave.cz
Výživa dětí	www.vyzivadeti.cz
Česká obezitologická společnost	www.obesitas.cz

GSK - Rotarix



Ze světa odborné literatury...

Vliv kombinovaného tréninku na obezitu, fyzické zdatnosti a lipidový profilu u jedinců s nadváhou u obézních pacientů s mentální retardací

Studie z Belgie zjišťovala efekt kombinovaného cvičení na tělesnou skladbu, fyzickou zdatnost a lipidový profil u pacientů s mentální retardací. Byla vytvořena skupina 30 pacientů s dg. mentální retardace se cvičením i bez cvičení. Před a po intervenční periodě bylo vše kontrolováno znova. Vrstva tuku poklesla signifikantně, rovněž i hladina celkového cholesterolu a nízkodenzitních lipoproteinů, zatímco vysokodenzitní lipoprotein se zvýšil. Vrchol V02 poklesl signifikantně. Tato populace je zvýšeně riziková pro hypertenzi a kardiovaskulární choroby.

Eur. J. Pediatr., 2009, 168, 1327

Úrazy na trampolinách u dětí

Prvá doporučení ohledně předcházení úrazů u dětí se objevují od roku 1970. Tato doporučení jsou ale ignorována a počty úrazů se zvyšují. Autoři se snažili zaevidovat všechny úrazy na trampolině v Rakousku za 3 roky. Úrazy byly kvalifikovány jako mírné nebo těžké. Zahrnuto bylo celkem 265 dětí (6 % chlapců a 54 % děvčát). Střední věk se pohyboval kolem 8. roku. Zatímco počet úrazů v roce 2005 se pohyboval v daném roce kolem 10 % z celkového počtu, v roce 2007 to již bylo 58 %. Většina úrazů se stala mezi dubnem a zářím s maximem v srpnu. 75 % všech úrazů se stalo odpoledne. 40 % úrazů bylo klasifikováno jako těžké a 60 % jako lehké. Trampolina se dnes při současné zdatnosti mládeže pohybuje se svými 40 % úrazů na předním místě u školní mládeže. Vůbec první problémy kolem trampoliny se objevily v roce 1936. Americká pediatrická asociace upozorňuje již v roce 1977 na její používání raději spíše u středoškoláků a VŠ. Podle ní by trampolina měla být užívána jen jako supertreninkový program sportovců. Celé toto šetření mělo být prováděno systémem dotazníkových akcí, kdy však 1/4 dětí neodpověděla. Ze shora uvedeného počtu bylo 25 % dětí mladších 6 let. Každoroční počet úrazů na trampolinách stoupal během 3 let, jak již bylo uváděno výše, ale zde autoři sledovali i druhy poranění. 67 % úrazů, většinou ve 2/3 více než 1 úraz/1 dítě. Většinou k úrazům vedl nedostatečný odpočinek, následovaný srážkou dětí. Na třetím místě byly rigidní části trampoliny. Méně frekventní byla traumata při kotrmelcích. Pády z trampoliny se objevovaly v 7 %, v 6 % sami. Střední doba pobytu na trampolině do úrazu byla 36 minut. 55 % zraněných využívalo trampo-

linu déle než rok. 5 % dětí nemělo žádné zkušenosti z trampoliny do doby úrazu. U 77 % dětí byl v době cvičení zajištěn dohled starších osob. Z druhu postižení bylo patrné v 51 % postižení dolních končetin, ve 28 % postižení horních končetin. Postižení hrudníku patrné v 10 %, hlavy v 9 %. Nezaznamenáno žádné spinální postižení. Většinovým typem postižení byla fraktura, následovaná distenzí nebo vymknutím. Kontuze nebo abraze se objevila ve 27 % a ruptura ligamentu pak ve 4 %. Na HK bylo více postiženo zápěstí než loket. 60 % pacientů se dostavilo do nemocnice do 24 hodin, 30 % se dostavilo až druhý den a 7 % došlo později. 81 % pacientů vyžadovalo operační intervenci. Repozice byly potřebné u fraktur předloktí a suprakondylických zlomenin humeru. Děti strávily v nemocnici 3-4 dny. Závěrem citují Americkou pediatrickou akademii a její shrnutí zdatnosti mládeže. Tato prezentuje 52 000 ortopedických úrazů u školní mládeže.

Eur. J. Pediatr. 2009, 168, 1171-1174.

Klinické zkušenosti - diagnostika dětské tuberkulózy

Dětská tbc (TB) prezentuje důležitou součást břemena u dětí. Sumarizuje klinické, radiologické a bakteriologické zkušenosti. Do klinického obrazu zařazují intermitentní nebo nízké teploty, ztrátu váhy nebo neprospívání, perzistující kašel trvající déle než 2 týdny. Extra-pulmonární TB, která může být u více než 40 % pacientů, může mít také některé specifické symptomy. RTG plic je důležitou informací u některých pacientů. Mantoux test je pozitivní u 70 % neimunokompromitovaných pacientů, zatímco HIV spoluinfekce nebo malnutrice rezultuje v nízkou reaktivitu. Bakteriologická potvrzení zůstávají důležitá a užitečná při pochybnostech nebo již případnou rezistenci k léčbě. Je jasné, že expozice, infekce, nemoc jsou více rozlišovány u dětí. Progrese infekce směrem k nemoci může být velmi rychlá se zkrácenou inkubační dobou. Většinou se ale u dětí s TB infekcí nevyvíjí žádný ukazatelé nebo RTG nálezy. Vývoj nemoci je většinou determinován buňkami zprostředkovanou imunitou. Na toto má vliv malnutrice, kortikoidní léčení a HIV infekce. Asymptomatická primární infekce může progredovat do primární TB a bacilární migraci do hilových a mediastinálních uzlin. Další lymfo-hematogenní diseminace může vést k endobronchiální TB miliární nebo pleurální TB nebo extrapulmonární TB. Mezi tyto patří meningoencephalitis a další řídké formy. V USA je kolem 65 % pacientů s TB pod 5 let věku a 53 % dokonce pod 3 roky. Imunokompromitované děti jsou svojí prognózou velmi ohrožené. V endemických regionech se 48 % pacientů prezentu-

je nekomplikovanou hilovou adenopatií. U dětí pod 2 roky věku bývá častá meningoencephalitis. U dětí pod 5 let věku bývá častá lymfadenopatie s hrudní a mediastinální lokalizací. Diagnostika TB infekce je vlastně určením TB odpovědi. Diagnostiky může být dosaženo tuberkulinovým kožním testem. Měří se T buněčná odpověď v krvi po inkubaci s TB pozitivním antigenem

Nicméně klinická prezentace dětské TB je variabilní a nespecifická, často imitující jiná pediatrická onemocnění. Mimo již výše uvedené dochází ke zvětšení lymfatických uzlin, zvl. na šíji, nočním potům, pneumonii, pleurální efuzí a výskytu léze v plicích, které neustupují po ATB. Abdominální TB může být charakterizována abdominální distenzí s ascitem. Důležitá je informace, že děti pod 5. rok věku i když jsou po kontaktu asymptomatické, musí dostávat preventivně INH po dobu 6 měsíců. Děti narozené matkám s aktivní TB potřebují preventivní chemoterapii.

Eur. J. Pediatr. 2009, 168, 1285-1290.

Falešně negativní závěry z propouštěcích hodnot novorozeneckého bilirubinu predikujícího těžkou hyperbilirubiněmi

Rutiní screening novorozeneckého bilirubinu, který využívá specifických tabulek k ohodnocení rizika těžké bilirubinémie, se autoři pokusili prostudovat. Byly prostudovány zvláště negativní hodnoty a z nich se autoři pokusili vyvodit závěry. Při rutinním propouštění prováděli bilirubinový screening po dobu 4 hodin. Pokusili se hodnotit zvláště skupiny s následným bilirubinem přes 290 umol/l, přítomnost nebo absenci rizikových faktorů, příčinu opětovného přijetí. Přijaté děti byly rozděleny do 3 skupin. Během dané sledované periody bylo vyšetřeno 6 220 novorozenců, a to během 51 měsíců. Z nich bylo 28 přijato znovu pro hodnotu vyšší než 290 umol /l. Všichni dostávali fototerapii, žádný neměl výměnnou transfuzi. Rizikové faktory byly nalezeny u 27, t.j. 96 % znovu přijatých dětí. 71 % dětí bylo zachyceno při kontrole před propuštěním. 14 % z nich bylo nalezeno před 35. týdnem gestace a 25 % kolem 36. týdne gestace. Nebyl prováděn rutinní test na deficienci 6 glucose -6 fosfate dehydrogenázovou deficienci. Nejvyšší hodnota bilirubinu byla 501 umol /l! Do rizikových faktorů počítali gestační věk, mužské pohlaví, exkluzivní kojení, žloutenku již v prvních 24 hodinách, děti diabetických matek, Asiatické a kفالhaematom.

Eur. J. Pediatr., 2009, 168., 1461-1466

Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

■ Malé děti prasečí chřipce odolávají

Bilance po prvním roce pandemie: třem čtvrtinám nakažených je pod třicet, děti mladší pěti let nákaze překvapivě odolávají. A co se bude dít v budoucnu? Vědci odhadují, že pandemický virus vydrží řádit dva až pět let a pak „zkrotne“.

Před rokem se ve Spojených státech a Mexiku objevil nový chřipkový virus typu A (H1N1) a tak zvaná prasečí chřipka se rychle rozšířila po celém světě. V červnu 2009 vyhlásila Světová zdravotnická organizace chřipkovou pandemii. Ta ještě zdaleka neskončila. Virologové, epidemiologové a lékaři bilancují její první rok a hledají řešení pro blízkou i vzdálenější budoucnost.

Vnímaví teenageři Odborníci se shodovali v tom, že nová chřipková pandemie jednou zákonitě přijde. Nebylo však jasné, jaký vir ji vyvolá, kdy k tomu dojde a jak vážné budou následky.

Naštěstí se nenaplnil katastrofický scénář, podle kterého mohl být nový virus zabijákem srovnatelným s původcem španělské chřipky z roku 1918. Ten připravil o život 40 až 300 milionů lidí.

Počet obětí prasečí chřipky lze zatím jen odhadovat. Podle prvních analýz amerických epidemiologů vedených Cécile Viboudovou z amerického Národního institutu zdraví však mohly mít už první vlny prasečí chřipky vážnější následky, než se na první pohled zdá.

Viboudová a její kolegové zjistili, že v roce 2009 zemřelo více Američanů než v předchozích letech. Odhaduje, že prasečí chřipka se na tomto nárůstu podílela 44 000 úmrtími. Počet obětí byl ve srovnání s následky běžné sezonní chřipky dvojnásobný a vyrovnal se následkům poslední chřipkové pandemie z roku 1968.

Také ve zkracování života byla prasečí chřipka „výkonnější“ než běžné sezonní chřipky. To je dáno i tím, že starší lidé byli k novému viru výrazně odolnější než mladší ročníky. Tři čtvrtiny lidí nakažených prasečí chřipkou byly ve věku do třiceti let. Ve většině zemí světa byla k prasečí chřipce nejnímavější věková skupina teenagerů ve věku od 10 do 19 let. Každé tak mladé oběti se zkrátí předpokládaná délka života mnohem více než seniorovi.

Podle prvních analýz se ukázaly k prasečí chřipce jako překvapivě odolné malé děti ve věku do pěti let. Vážné komplikace hrozily naopak těhotným ženám. Ty mají pozměněné funkce imunitního systému, a jsou proto náchylnější k infekci. Srdce a plíce nastávajících matek jsou vystaveny zvýšené zátěži a chorobu hůře zvládají. Ve Spojených státech tvoří těhotné ženy jedno procento populace. Přesto na ně připadalo pět procent všech úmrtí na prasečí chřipku. V následujících letech nelze očekávat výraznější zlepšení. Minulé pandemie chřipky přicházely obvykle v několika vlnách, přičemž pozdější ataky mívaly vážnější následky. Na jižní polokouli by mohla druhá vlna prasečí chřipky propuknout s tamějším nástupem zimy už během několika týdnů. Odborníci odhadují, že pandemický virus vydrží řádit dva až pět let. Během této doby získá většina populace k viru určitou odolnost a virus „zkrotne“ na sezonní chřipku.

První fordka versus moderní auto Nové pandemické viry vznikaly ve dvacátém století výlučně zásadní obměnou „součástek“ viru -genů pro bílkoviny hemaglutinin a neuraminidázu. Španělská chřipka z roku 1918 měla hemaglutinin H1 a neuraminidázu N1. To se odráží v jejím označení H1N1.

V roce 1957 se objevil virus H2N2 s novým hemaglutininem H2 a novou neuraminidázou N2. V roce 1968 oběhla svět pandemie vyvolaná virem H3N2 vybaveným novým hemaglutininem H3.

Vědci čekali, že další pandemie neporuší toto pravidlo a obávali se variant chřipkových virů s hemaglutininem H9 nebo H5, jímž je vybaven například virus ptačí chřipky H5N1. Nový pandemický virus se „starým“ hemaglutininem H1 očekával jen málokdo. Imunita proti virům H1N1, jež se objevily v roce 1918, však za devadesát let v lidské populaci oslabila a nabídla novému pandemickému viru s hemaglutininem H1 široké pole působnosti. Nový pandemický virus přeskočil na člověka z prasata. Ani to není při zpětném pohledu velké překvapení. Prasata vykrmovaná na farmách žijí jen krátce a chřipkový virus má k dispozici stále nová a nová zvířata, která se s ním ještě nikdy nesešla. V prasati se virus nepere s narůstající imunitní obranou a není nucen k výraznějším proměnám. Lidé jsou za život nakaženi jedním a tím samým typem viru mnohokrát a uspějí u nich jen ty viry, které se dokázaly pozměnit.

Zatímco lidské viry H1N1 se rychle vyvíjely, jejich prasečí protějšky se příliš neměnily a od lidských virů H1N1 se nakonec lišily asi jako první fordka od moderního automobilu z počátku 21. století. Lidský imunitní systém nebyl na zvládnutí „archaického“ prasečího viru připravený. Dnešní virus pandemické prasečí chřipky má v některých ohledech mnohem blíže k původci španělské chřipky než k virům H1N1, jež ještě nedávno vyvolávaly sezonní chřipku. To je také důvod, proč jsou senioři vůči prasečí chřipce odolní. V dětství nebo raném mládí se střetávali s viry, jež byly „potomky“ viru španělské chřipky a nestačily se ještě příliš změnit. Pomalu se vyvíjející prasečí virus měl k těmto dávným lidským virům v mnoha ohledech blízko.

Americký virolog Gary Nabel z Národního institutu pro alergii a infekční nemoci v Bethesdě je přesvědčen, že virus prasečí chřipky z roku 2009 bude do určité míry kopírovat evoluci, jakou prodělal ve dvacátém století virus španělské chřipky. Tyhle změny se vědcům podařilo zrekonstruovat analýzou starých variant chřipkových virů H1N1 uchovaných v zamražených vzorcích.

Výzkumníci plánují úpravy virů s předstihem tak, aby odpovídaly předpokládaným postupným změnám vznikajícím spontánně u „přírodního“ pandemického viru H1N1. To může v budoucnu usnadnit a urychlit vývoj nových vakcín.

Když se na podzim roku 2009 rozšířil po světě nový pandemický virus chřipky, nebyla proti němu ještě k dispozici vakcína.

Pokračování na straně 34

Dokončení ze strany 33

Lékaři se proto začali vážně zabývat otázkou, nakolik může obyvatelstvo chránit prodělané očkování proti sezonní chřipce. Ve Spojených státech a Kanadě bylo proti sezonní chřipce očkováno 30 až 40 procent obyvatelstva a i relativně slabá ochrana by byla z hlediska celé populace významná.

Kanadští epidemiologové využili k zodpovězení této otázky jedinečného systému, který využívají k takřka průběžnému sledování účinnosti vakcín proti chřipce. Pokud navštíví pacient s příznaky chřipky lékaře zahrnutého do systému kontroly, je odebraný vzorek rychle otestován na chřipkový virus. Zároveň s výsledky testu jsou do databázi uloženy další údaje o pacientovi.



Z dat nasbíraných v kanadských provinciích Britská Kolumbie a Alberta vyplynulo, že u pacientů očkovanych v létě roku 2008 proti obyčejné sezonní chřipce stoupalo riziko nákazy pandemickou chřipkou až 2,74krát. Data kanadské epidemiologie zaskočila, a rozhodli se proto provést obdobná sledování i v provinciích Ontario a Quebec. Také tyto dodatečné studie potvrdily, že očkování proti sezonní chřipce zvyšuje riziko nákazy pandemickou chřipkou. Naštěstí se nepotvrdilo podezření, že lidé očkování proti sezonní chřipce mají i závažnější průběh onemocnění pandemickou chřipkou. Epidemiologové zatím nemají pro nežádoucí efekt vakcíny proti sezonní chřipce rozumné vysvětlení.

Ve světě byly kanadské výsledky přijaty se značnou skepsí. Čtyři obdobné studie ze Spojených států a Austrálie nezjistily, že by očkování proti sezonní chřipce zvýšilo riziko nákazy pandemickou chřipkou. Dvě studie z Mexika naopak prokázaly, že očkování proti sezonní chřipce před pandemickou chřipkou chránilo. Riziko nákazy tam klesalo o 35 až 73 procent. V souladu s kanadskou studií se zdají být jen výsledky americké studie, která hodnotila efekt očkování proti sezonní chřipce u příslušníků americké armády.

Zdroj: LN 4. 5. 2010

■ **Mlékaři: Hygienik nás nezastaví**

Provozovatelé automatů na čerstvé mléko chtějí sesadit hygienika Víta. Plánují žaloby i masivní expanzi

Spor o mléko z automatů nabývá stále větších rozměrů a dotýká se už i křesla hlavního hygienika Michaela Víta. Právě jeho výroky jsou podle agrární komory důvodem, proč se lidé začali „mlékomatů“ bát. Na mušce mají zemědělci také výrobce obalů Tetra Pak.

„Budeme se bránit proti poplašným zprávám. Ty nastartoval hlavní hygienik Michael Vít a máme indicie, že za nimi i stojí. V případě, že se potvrdí naše domněnky, tak ho vyzveme k odstoupení a zvážíme další právní kroky,“ prohlásil šéf agrární komory Jan Veleba na včerejší tiskové konferenci.

Podle vyjádření agrární komory i samotných producentů mléka se zájem o mléko z automatů po prvních zprávách o možných dopadech na zdraví ze dne na den propadl o 30 až 50 procent. Farmáři přitom naopak chystají expanzi a jen během letoška se mají automaty rozšířit z dosavadních 100 na 400 míst. Do cesty velkým plánům se však postavila nedůvěra veřejnosti a po prvotním nadšení prodaje zamrzly. Zemědělci včera zároveň ostře vystoupili také proti společnosti Tetra Pak. Ta minulý týden na vlastní tiskové konferenci varovala před tím, že nebezpečné mikroorganismy obsažené v neošetřeném mléce z prodejních automatů mohou ohrozit lidské zdraví. Zemědělci to odmítají.

„Mediální vyjádření Tetra Paku a dalších poškodila a ještě poškozuje farmáře a my nemáme jediný důvod této zběsilé kampani podlehnout,“ rozhořčil se Veleba. Na právníky se podle něj agrární komora obrátí během týdne.

„Spočítáme, jaké dopady měly zprávy pana hygienika Víta a akce firmy Tetra Pak. Pak si najdeme právní kancelář a poradíme se, co můžeme a nemůžeme konat. Toto prostě dál není možné,“ shrnul Veleba. Jak hlavní hygienik, tak výrobce obalů ovšem nařčení odmítají. „Zjistím-li vyšší počet infekcí, je můj povinností zasáhnout. Ať mi pan Veleba předloží můj výrok v novinách, klidně se s ním budu soudit,“ oponoval farmářům Vít.

Ten podle svých slov za žádnou kampaní proti mléčným automatům

nestojí a pouze upozornil na možná rizika při konzumaci nepřevařeného mléka. Reagoval tak na vyšší počet zjištěných bakteriálních infekcí po zprovoznění mléčných automatů.

„Já si myslím, že se to vyloženě politizuje a určitě se do toho nechceme nechat zatáhnout,“ reagovala za Tetra Pak Hana Zmítková, ředitelka pro styk s veřejností.

Zemědělci ovšem tvrdí, že se je firma snaží poškodit ze strachu z konkurence. Pokud se totiž počet automatů skutečně bude zvyšovat plánovaným tempem, mohla by jejich produkce podle odhadu agrární komory ročně nahradit 40 milionů obalů, což představuje asi tisíc tun. Na konci roku 2011 už to má být více než 100 milionů obalů.

„Pro nás to skutečně konkurence není. Loni jsme prodali přes 360 milionů litrových obalů na mléko, produkce automatů ve srovnání s tím představuje 0,36 procenta,“ odmítá to Zmítková.

Neshody kolem automatů vyvrcholily už minulý týden, když chtěli zástupci agrární komory vystoupit na tiskové konferenci Tetra Paku. Z následné potyčky s personálem restaurace, kde se konference konala, si Veleba odnesl roztržené kalhoty a incident řešila policie. Spory navíc podle všeho zdaleka nejsou u konce. Na květen například zemědělci plánují společnou konferenci s lékaři, kteří se mají čerstvého mléka zastat.

■ **Mlékomatů bude přibývat**

V současnosti v Česku funguje přibližně stovka automatů na čerstvé mléko. Už na konci roku by jich však měl být čtyřnásobek a na konci roku 2011 má jejich počet dosáhnout tisícovky.

Zatímco za litr mléka z automatu lidé zaplatí asi patnáct korun, takzvaná výkupní mlékárenská cena se pohybuje okolo šesti až sedmi korun. Ta však nepokrývá ani výrobní náklady.

Přes jeden automat lidé nakoupí 300 až 400 litrů mléka za den.

V současnosti však zemědělci hlásí propad zájmu o 30 až 50 procent. Automaty pokrývají půl procenta celkové produkce mléka.

Zdroj: LN 4. 5. 2010

■ **Potravináři se soudí o imunitu**

Danone napadlo firmu, která tvrdí, že její jogurty posilují imunitu. To je náš slogan! oponuje Danone.

Každý jogurt posílí imunitu vašeho organismu. Tato věta možná vejde do dějin evropského potravinářství, včetně toho českého.

Rakouská pobočka firmy Danone totiž zažalovala rakouskou společnost Agrar Markt Austria (AMA) za to, že ve svém televizním spotu, zaměřeném na podporu domácích potravin, právě touto větou hodnotila zdravotní účinky jakýchkoliv jogurtů.

Danone se ale iniciativou AMA cítí poškozena. Sama totiž v celé Evropě s úspěchem prodává i v Česku populární mléčný nápoj Actimel a v reklamě tvrdí, že jeho konzumace přispívá k posílení obranyschopnosti organismu. Pokud by tuto obranyschopnost stejným způsobem zvyšovaly i další mléčné výrobky na trhu, Actimel by pro zákazníky ztratil svou výjimečnost. Spor může říct více o etice Výsledek očekávaného soudního sporu přitom může v mnohém ovlivnit současnou celoevropskou debatu o etice reklamy zaměřené na údajné zdravotní účinky různých potravin.

„Tvzení, že každý jogurt posiluje imunitu člověka, se jednoznačně obrací proti Actimelu a může náš produkt poškodit,“ uvedl pro list Die Presse Christoph Vavřík, ředitel rakouské pobočky Danone. Věta použitá společností AMA je podle něj jednoznačně lživá. „Jedná



se o klamavou reklamu," uvedl Vavrik. Proto údajně s „těžkým srdcem“ podal na společnost AMA žalobu pro poškození dobrého jména Actimelu, jedné ze svých nejpůvodnějších značek.

Rakouští odborníci i novináři ale upozorňují, že Danone bojuje o pověst zdravotních účinků svých výrobků i na jiných frontách. Rada pro reklamu ve Velké Británii například doporučila stažení televizního spotu firmy propagujícího kladný účinek Actimelu na zdraví dětí. Britský regulátor přitom vůbec neřekl, že reklama na Actimel lže, na druhou stranu ale podle něj není možné toto reklamní tvrzení jednoznačně vědecky doložit. A právě to je problém i u jiných potravinářských výrobků. Zatímco například u kouření je jednoznačně prokázáno, že způsobuje rakovinu či neplodnost, hodnocení kladných zdravotních účinků potravin bývá z velké části založeno jen na studiích, navíc často protichůdných.

A záleží i na tom, jaké množství určité potraviny konkrétní člověk zkonzumuje, případně jak tato konzumace koresponduje s jeho životním stylem. „Firmou používané tvrzení, že Actimel pomáhá posilovat přirozenou obranyschopnost, je podloženo vědeckými studiemi,“ řekla LN Mahulena Poliaková, která mediálně zastupuje Danone ČR. Údaje o zdraví dětí jsou v reklamě zakázány Spor o „výjimečnost“ Actimelu v porovnání s dalšími mléčnými výrobky ale není zdaleka jediným sporem, který se dnes vede v evropském potravinářství. Naopak. Výrobci totiž ve snaze přilákat zákazníka v reklamě často tvrdí, že určitý výrobek ochrání srdce, vyléčí klouby, případně pomůže činnosti mozku.

Otázka, zda potravinářské firmy mají své tvrzení dostatečně doložené, je však složitá. Evropská unie proto začala pracovat na seznamu zakázaných a naopak povolených „zdravotních tvrzení“ u potravin. „Už dnes je tak například zakázáno používat v reklamě větu: Mléčné výrobky podporují zdravý chrup u dětí,“ řekla LN mluvčí Státní zemědělské a potravinářské inspekce Martina Šmídtová.

Evropský úřad bezpečnosti potravin podle ní postupně prověřuje i další potravinářská hesla se zdravotními proklamacemi, do doby, než bude schválen definitivní seznam těch povolených, platí určité přechodné období. V jeho rámci zatím mohou firmy používat jen taková tvrzení, která „popisují nebo odkazují na význam živiny nebo jiné látky pro růst a vývoj organismu a jeho fyziologické funkce“.

Do této kategorie podle Šmídtové patří i reklamní slogan používaný v reklamě na Actimel. „Naopak zakázaná jsou tvrzení o snížení rizika onemocnění a tvrzení týkající se vývoje a zdraví dětí,“ uvedla Šmídtová. Potravináři hesla v tomto duchu nesmějí používat minimálně do doby, než Evropská unie přijme v oblasti „zdravotní“ reklamy na potraviny definitivní stanovisko.

Zdroj: LN 3. 5. 2010

■ Výměnou jader ke zdravým dětem

Britští vědci úspěšně přenesli buněčné jádro z oplozeného lidského vajíčka do jiného lidského zárodku. Díky tomu svítá naděje na narození zdravého dítěte i matkám trpícím některými vážnými dědičnými chorobami.

V průměru každý dvěstěpadesátý člověk má poškozenou dědičnou informaci v energetických továrnách buněk zvaných mitochondrie, čímž se vystavuje riziku vážného onemocnění. Zmíněný typ mutací mívá za následek choroby nervového systému či svalstva. Může také vyvolat defekty srdce, hluchotu nebo cukrovku. O tom, zda

choroba propukne, rozhoduje často slepá náhoda. (Podrobněji viz text Genetickou ruletu roztáčí matka) „Piplačka“ pod mikroskopem Tým britských vědců z Newcastle University pod vedením Lyndsey Cravenové vyvinul techniku, která nabízí matkám s poškozenou mitochondriální dědičnou informací vyhlídky na početí zdravého dítěte. Pro pokusy, jejichž výsledky zveřejnil prestižní vědecký týdeník Nature, využili vědci lidské zárodky vzniklé oplozením ve zkumavce. Vybrali jen taková embrya, u nichž neproběhlo oplození normálně. Z těchto zárodků by se dítě nikdy nenarodilo.

Badatelé využili toho, že krátce po oplození ještě dědičná informace spermií nestačila splynout s dědičnou informací vajíčka. Otcovská a mateřská DNA se nachází v oplozeném vajíčku zvlášť v takzvaných prvojádrech. Ta jsou v nitru oplozeného vajíčka po určité době jasně patrná.

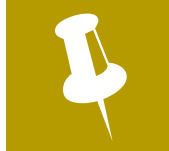
Lyndsey Cravenová a její kolegové odebrali pod mikroskopem prvojádra z jednoho zárodku a přenesli je do druhého embrya, z něhož jeho vlastní prvojádra předtím odstranili. Výzkumníci se snažili, aby spolu s prvojádrem přenesli co nejméně mitochondrií. Není to jednoduché, protože mitochondrie jsou velmi malé a lékař je na rozdíl od prvojádra pod mikroskopem nevidí.

Pokud by v budoucnu dokázali lékaři odebrat prvojádra ze zárodku počatého matkou s defektními mitochondriemi, mohli by je přenést do zárodku, který by jako dárkyně poskytla žena se zdravými mitochondriemi. Naprostou většinu dědičných vlastností nese jaderná DNA. Nově vytvořený zárodek by si tak uchoval prakticky všechny geny svých biologických rodičů. Na rozdíl od původního embrya by však byl vybaven zdravými mitochondriemi. Nebezpečí dědičné choroby by se tedy podařilo zažehnat.

Zatím je však na podobné úvahy brzy. Technika ještě neodrostla všem dětským nemocem. Vědci přenesli prvojádra z osmdesáti embryí. Zdárně se jich však vyvíjelo jen šest. U kontrolních embryí byl vývoj dvakrát úspěšnější. Další vážnou komplikací představuje skutečnost, že výzkumníci nedokázali přenést prvojádra mezi zárodky zcela bez mitochondrií. Nově vzniklá embrya si nesla v průměru dvě procenta cizích energetických továren. V případě, že by matka měla poškozenou DNA v mitochondriích, mohly by se i do nově vytvořeného embrya „zatoulat“ mitochondrie s genetickým defektem. Damoklův meč dědičného onemocnění by se nad dětmi vznášel dál. „V zásadě jsme ale ukázali, že základní principy této techniky fungují a bude je možné využít k tomu, aby se mitochondriální choroby nepřenášely z matky na dítě,“ řekl jeden z členů výzkumného týmu Douglas Turnbull v rozhovoru pro Nature.

Trnitá cesta poznatků do lékařské praxe V loňském roce provedl obdobné experimenty na opicích tým vedený Shoukhratem Mitalipovem z Oregon Health & Science University v americkém Portlandu. Vědci odebrali jadernou dědičnou informaci z neoplozeného vajíčka a vnesli ji do vajíčka, z něž jeho vlastní jadernou DNA odstranili. Následně nechali vajíčko oplodnit spermií.

Narodila se čtyři mláďata, kterým se po více než roce stále vede dobře. Neprojevují se u nich žádné defekty, které by bylo možné připsat na vrub vedlejším účinkům přenosu jaderné dědičné informace. Nyní chce Mitalipov předložit důkaz, že jeho technika funguje i u lidských vajíček. Úspěšné pokusy na opicích jsou sice příslibem, ale jistotu obdobných výsledků u člověka nezaručují. Než bude možné zavést kteroukoli z technik do nemocnic, musí vědci jasně prokázat, že přenášení jader k cizím mitochondriím nenaruší vývojovou schopnost zárodků a nepoznamená zdraví dítěte.



Mitalipovův postup využívající neoplozená vajíčka je vnímán jako eticky přijatelnější. Tým Lyndsay Cravenové používá oplozená vajíčka, jež se potenciálně mohou vyvinout v člověka. Embryo, z něhož jsou odebrána prvojádra, je při tomto postupu zničeno. A to je pro celou řadu lidí nepřijatelné. Zničení embrya odmítá například římsko-katolická církev nebo buddhisté.

Douglas Turnbull nyní jedná se zástupci britského Úřadu pro lidskou embryologii a oplození o tom, jaké další ověřovací pokusy bude nutné provést, než úřad povolí techniku pro prevenci mitochondriálních dědičných onemocnění využít v praxi. Také Shoukhrat Mitalipov chce získat v USA svolení pro prevenci těchto onemocnění, ale mnoho nadějí na úspěch nevidí. Zásahy, které si kladou za cíl pozměnit dědičnou informaci vajíček či spermií, podléhají z etických důvodů v mnoha zemích včetně USA striktním omezením.

Zbavíme se poškozené buněčné továrny

Drobné orgány buněk označované mitochondrie, jimž se často přezdívá energetické továrny, mohou mít na svědomí vznik řady chorob. Poškození jejich dědičné informace vede třeba k cukrovce, hluchotě nebo svalovým poruchám. Britští vědci nyní představili postup, který umožní, aby se matkám s dispozicemi k některým závažným chorobám narodilo zdravé dítě.

Mitochondrii, které dosahují řádově rozměru několika mikrometrů, najdeme v buňce stovky až tisíce. Tyto drobné orgány slouží jako energetická, ale také dýchací centra buňky. Zajišťují látkovou výměnu.

Rošáda s jádry

Tým vedený Lyndsey Cravenovou vyvinul techniku, která nabízí matkám s poškozenou mitochondriální dědičnou informací vyhlídky na početí zdravého dítěte. Vědci využili toho, že krátce po oplození ještě dědičná informace spermiie nestačila splynout s dědičnou informací vajíčka a nacházely se v takzvaných prvojádrech uvnitř zárodku. Pod mikroskopem badatelé prvojádra z jednoho zárodku přesunuli do druhého, tentokrát ovšem se zdravými mitochondriemi.

Zdroj: LN 27. 4. 2010

Za nespavost dětí mohou většinou rodiče

Nespavost dětí a časté vstávání k nim během noci je noční můrou mnohých rodičů. Pro to, aby byla alespoň jedna noc klidná, se především maminky snaží udělat cokoli. A právě to je podle lékařů špatně. K tomu, aby dítě spalo, je ve velké většině případů zapotřebí především pevný režim a důslednost.

Mnozí rodiče se domnívají, že volnost dítěte a plné respektování jeho nálad a přání je to nejlepší, co pro něj mohou udělat. Často tak tomu ale není. „Do spánkových ordinací chodí rodiče, kteří jsou nešťastní, vyčerpaní, unavení, často i neurotičtí a vše má jednu příčinu – nespavé dítě. Když blíže rozebereme situaci zjistíme, že ve velké většině případů nespavost a špatné usínání u dítěte nevědomky vypěstovali rodiče sami.

V podstatě u dítěte vytvořili nějaký návyk, dítě ho neustále vyžaduje a rodič stále ustupuje, čímž se uzavírá kolečko, ve kterém je nespokojené ukřižované dítě a vyčerpaný rodič, který si neví rady,“ vysvětluje neuroložka ze Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Iva Příhodová. Nejčastější chybou rodičů je podle odborníků přehnaná péče a nezdravá úzkost. „To, že se rodič touží o dítě co nejlépe starat, je v pořádku, je i logické, že se rodiče o své dítě bojí, co ale není v pořádku,

ku, je, když se rodič k novorozenci začne chovat nad rámec běžných citových projevů.

Pokud matka dítě uspává tak, že ho houpe na míči a fénuje mu břicho nebo dítě vozí v kočárku a následně jej přenáší do postýlky, nedá se mluvit o běžném projevu lásky. Špatný návyk je i to, když matka dítě uspává při kojení nebo když dítě spí výhradně v posteli rodičů,“ vysvětluje lékařka.

Usínání rozhoduje

Základem toho, aby rodiče pochopili, kde se stala chyba, je znalost dětského spánku. „Každý spánek začíná fází usínání. K tomu, aby usínání proběhlo bez potíží, je zapotřebí, aby dítě poznalo, že právě nyní přišla doba, kdy se bude spát. Správné tedy je, aby dítě bylo ukládáno do postýlky v přibližně stejnou dobu. Znamená to tedy vytvořit pravidelný režim. Například koupání, krmení a postýlka.

Když rodiče začnou usínání dítěte doprovázet nějakými rituály, například kolébáním a zpíváním nebo tím, že dítě do usnutí drží za ruku při světle lampičky, dojde u dítěte k vytvoření podmíněného reflexu. To znamená, že dítě nebude chtít usínat jinak, než za kolébání doprovázeného zpěvem nebo držením za ruku při světle lampičky,“ vysvětluje neuroložka. Podmíněný reflex je pak samotnou příčinou častého nočního pláče. „Rodiče, kteří u dítěte vypěstují takový návyk, pak zoufale hledají, proč dítě usne klidně večer, a v noci je pak neklidné. Příčinou je právě onen vypěstovaný reflex při usínání.

Každý člověk se během noci několikrát lehce probudí ze spánku. Této fázi spánku se říká krátká probuzení a člověk je ani nevnímá a neví o nich.

Krátká noční probuzení

Tato probuzení přicházejí mezi jednotlivými spánkovými cykly, kterých dospělý člověk má až pět z noc. U dítěte se vyskytují ještě častěji. Během tohoto krátkého probuzení mozek rychle zmapuje okolí a vyhodnotí získané signály. Specifikum dětského spánku je to, že se dítě probere o něco více než dospělý člověk.

V praxi to v podstatě znamená, že se lehce probudí, mozek vyhodnotí signály a zjistí, že něco není tak, jak by mělo být – tím něčím je ono zpívání a kolébání, světlo, držení za ruku či houpání na míči. Toto narušení podmíněného reflexu dítě probere plně do vědomí a dítě se pak pochopitelně snaží dosáhnout toho, aby nastala situace, při které je zvyklé usínat – tedy začne křičet za účelem toho, aby si vynutilo zpěv, kolébání, světlo a podobně,“ vysvětluje lékařka Iva Příhodová. Pokud si rodiče chybu uvědomí a zjistí, čeho se dítě dožaduje, jsou na nejlepší cestě k tomu, vše napravit. Jde ale o cestu, která je dlouhá a obtížná.

„V okamžiku, kdy se přijde na chybu, je třeba začít pracovat na jejím odstranění. Znamená to tedy odbourat naučený rituál. Výsledkem snažení by mělo být uložení dítěte do postýlky, rozloučení se s ním na dobrou noc a odchod rodiče od spokojeného neplačícího dítěte. Začátky tohoto snažení bývají těžké, je však možné je postupně navyciňovat. Například postupným vzdalováním se od postýlky, občasným ohlášením se dítěti apod. Když dítě získá jistotu, že se nic neděje, přestane propadat panice a pláče. Pokud má dítě zajištěno pohodlí a nic mu neschází je možné ho nechat i chvíli plakat. Intervaly mezi tím, kdy je dítě matkou utěšeno, je ale třeba postupně prodlužovat. Je však třeba důslednost. Ve velké většině případů je toto způsob, který rodině od nočního vstávání pomůže,“ radí lékařka.

Odborníci ve vážných případech doporučují i konzultace s dětským psychologem. Ten by měl objasnit, kde je chyba, proč je dítě neklidné a jak situaci řešit v rámci celé rodiny.



Když rodiče začnou usínání dítěte doprovázet nějakými rituály, dojde k vytvoření podmíněného reflexu.

Zdroj: Právo 1. 4. 2010

VZP neřeší, když lékař chce od pacienta pokutu za to, že nepřišel

Pokud zubař chce od pacienta peníze jako náhradu škody, která mu vznikla tím, že pacient nepřišel na domluvený termín ošetření, zdravotní pojišťovna to neřeší. V případném sporu by ale zdravotnické zařízení muselo prokázat, že mu škoda vznikla a že volnou kapacitu neobsadil jiný pacient.

Pokud zubař chce od pacienta peníze jako náhradu škody, která mu vznikla tím, že pacient nepřišel na domluvený termín ošetření, zdravotní pojišťovna to neřeší. V rubrice Otázka týdne na webu Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) to uvádí její mluvčí Jiří Rod.

VZP by podle něj řešila jen případ, kdy zubař chce od pacienta peníze za to, že ho přijme do péče, nebo si účtuje ošetření hrazené ze zdravotního pojištění.

„Posouzení oprávněnosti jednání lékaře žádajícího finanční částku za to, že se pacient nedostaví v domluveném termínu k ošetření, není v kompetenci zdravotní pojišťovny,“ zdůraznil Rod.

Pokuta za náklady a zmeškaný čas, kterou zařízení požaduje z důvodu, že se pacient nedostavil, není podle Roda v rozporu s obecně závaznými právními předpisy, jež upravují poskytování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění, protože „k poskytnutí péče nedošlo“.

Jde o situace, kdy zdravotnické zařízení si rezervuje kapacity pro pacienta v konkrétním termínu. Bez ohledu na to, zda pacient přijde či nikoli, vznikají zařízení náklady, zdravotní pojišťovna mu je ale neuhradí. „V případě pokuty tedy nejde o finanční úhradu, která by s péčí souvisela, neboť pacient sám znemožnil péči poskytnout,“ uvedl Rod.

Zdravotnické zařízení by v případném sporu muselo prokázat, že mu škoda vznikla, včetně nákladů souvisejících „s připraveností“ péči poskytnout. Rovněž by muselo prokázat, že volnou kapacitu neobsadil jiný pacient, za jehož ošetření zaplatila pojišťovna nebo pacient sám.

Řešení situace, kdy se objednaný pacient nedostaví, by si mělo každé zdravotnické zařízení upravit interním předpisem. Pacienti by měli k němu mít přístup a měli by s ním vyslovit souhlas.

Pokud tedy lékař vyvěsí na dveřích ordinace, že bude pacientovi účtovat vzniklou škodu, když se nedostaví na domluvený termín nebo se 24 hodin předem neomluví, lze to podle Roda považovat za prostředek, jak se pacient s tímto faktem seznámí. Měla by být také zveřejněna částka, kterou má uhradit. V tomto případě se jedná ryze o vztah mezi pacientem a zdravotnickým zařízením, pojišťovna do něj nezasahuje.

Zdroj: ČTK 27. 4. 2010

Vakcína proti rakovině zlevní. Dostane ji více žen

Očkování proti rakovině děložního čípku, která ročně postihne tisíce žen, a navíc stále mladších, bude levnější. Tři dávky vakcíny stojí deset tisíc korun a klienti VZP teď budou mít třetí dávku zdarma. Příspěvky chystají i další pojišťovny. Podle lékařů si tak očkování bude moci dovolit více žen.

Šestadvacetiletá Nikola se tu zlou zprávou dozvěděla na běžné gynekologické prohlídce: Máte v těle vir, který způsobuje rakovinu děložního čípku. „Bylo mi tehdy sedmnáct, dodnes nechápu, že vir mohl zavinit tolik zla v tak krátké době,“ napsala Nikola v diskusi na internetu. Musela na operaci a teď každé kamarádce říká: Okamžitě se nech očkovat. A nekoukej na cenu. Právě cena totiž mnohé ženy a dívky odrazuje, tři dávky vakcíny stojí deset tisíc korun. Teď by mohly několik tisíc ušetřit – Všeobecná zdravotní pojišťovna rozhodla, že její klientky budou mít třetí dávku zdarma. „Za první dávku zaplatí tři tisíce dvě stě, za druhou také tři tisíce dvě stě a za třetí tisíc korun – těchto tisíc korun však dostanou zpátky. To znamená, že vakcína klientky nepřijde na více než 6 400 korun,“ uvedl člen správní rady VZP, poslanec Boris Šťastný (ODS).

Příspěvek pojišťovny je tedy tisíc korun, zbývající část do deseti tisíc uhradí výrobci vakcín, kteří se do projektu zapojili. Stejná výhoda platí pro oba typy očkovací látky, které se v Česku používají. Brněnský gynekolog Vít Unzeitig věří tomu, že díky příspěvkům se začne hlásit o očkování více žen. „Vysoká cena se projevuje tím, že mimo velká města, kde je vyšší kupní síla, se vakcín prodá málo,“ uvedl Unzeitig. Sám ve své praxi vidí, že peníze často rozhodují. V době krize zájemkyň ubylo. „Je více nezaměstnaných a nemají volné peníze,“ podotkl gynekolog. Příspěvky se chystají obnovit i další pojišťovny, které kvůli úsporám v posledních měsících seškrtyly preventivní programy. „Jednáme o tom, abychom umožnili úhradu jedné ze tří dávek,“ potvrdil Pavel Frňka z České průmyslové zdravotní pojišťovny. Program by měl být spuštěn v červenci. VZP ten svůj zahájí pravděpodobně v červnu. V nejbližší době chce vyšší příspěvky obnovit také Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra – pro dívky ve věku 12 až 14 let. Kolik dostanou, o tom se zatím jedná.

Prevence = úspora za léčbu

Rakovina děložního čípku je třetí nejčastější, na které ženy v Česku umírají. Ročně onemocní zhruba tisíc žen a až čtyři sta každý rok na nebezpečnou nemoc zemře. To je podle údajů VZP až dvakrát více než v jiných evropských zemích – souvisí to s tím, že Češi obecně podceňují preventivní kontroly. „Kvůli tomu, že nemocných přibývá, chceme více přispívat na prevenci. Když nemoc nepropukne, zachrání se lidský život i spousta peněz na léčbu,“ konstatoval mluvčí VZP Jiří Rod. Náklady na léčení jedné pacientky s rakovinou děložního čípku pojišťovna s odbornými společnostmi odhaduje na 120 tisíc až 220 tisíc korun.

Muži o vakcínu příliš nestojí

Loni na podzim bylo v Česku dvě stě tisíc lidí, kteří se nechali očkovat. Mezi nimi i několik mužů. Vakcína totiž nechrání jen před rakovinou děložního čípku a hrdla, ale také pochvy, konečnicku a před rakovinou mužských pohlavních orgánů – všechny způsobuje stejný vir. Lidský papilomavirus, který se přenáší při sexu. „Víme, že například karcinom penisu až ze 60 procent způsobují tyto viry, proti nimž lze očkovat,“ potvrzuje gynekolog Unzeitig. Mužům se však do očkování příliš nechce. I to je důvod, proč pojišťovny přispívají hlavně ženám. A nejde jen o ty nejmladší, které ještě nezahájily sexuální život a na něž vakcína působí neúčinněji. V ordinaci doktora Unzeitiga žádají o vakcínu i pětaticetileté pacientky. Evropská léková agentura dokonce loni doporučila očkování ženám až do 45 let. Jedna z posledních studií totiž prokázala, že u starších žen je účinnost zhruba 90 procent, tedy jen o pět až deset procent nižší než u mladých, které se sexem teprve začínou.

**FAKTA Nebezpečný virus**

Papilomavirus je vysoce nakažlivý. Bez léčby může způsobit rakovinu. Důležité jsou proto preventivní prohlídky. Rakovina děložního čípku ročně v Česku postihne 1 050 žen, každý rok jí podlehnou až 400 žen. Stejnou diagnózu slyší každý rok 400 tisíc pacientek na světě. Nejčastěji jim je kolem 35 let. Virus, který se šíří pohlavním stykem, způsobuje i další typy rakoviny, například dělohy, u mužů karcinom konečníku, penisu. Lze tomu předejít očkováním, které má účinnost od 70 do 99 procent – podle typu rakoviny.

Zdroj: Dnes 21. 4. 2010

Bouře v mozku, i ta provází pubertu

Výbuchy zlosti, návaly smutku. PODIVNÉ CHOVÁNÍ, ale i špatná koncentrace na učení, to vše jsou důsledky změn v mozku dospívajících. Jak puberta začíná, vědci počínají tušit. Hormonální lavinu, která je pro pubertu typická, spouští geny ve střední části mozku, hypothalamu. Usvědčeny jsou z toho geny GPR a KISS1 - „polibkový gen“. „V tom okamžiku buňky hypothalamu začnou uvolňovat v malých dávkách klíčovou látku, odborníky nazývanou GnRH -hormon uvolňující gonadotropiny. Ta začne působit na podvěsek mozkový a ten odpoví výrobou gonadotropinů, které se z mozku vyplavují do krevního oběhu. A když doputují k pohlavním žlázám, spustí výrobu pohlavních hormonů,“ popisuje ve zkratce přednosta Pediatrické kliniky v Motole profesor Jan Lebl. Další už je známo - mění se tělo, hlas, ochlupení, pohlavní orgány, děti prudce vyrostou - člověk spěje k dospělosti a pohlavní zralosti.

Mozek nespí

Dlouho se vědci domnívali, že tyto hormonální povely tělu dodává mozek, který svůj vývoj ukončil ve věku kolem pěti let. Avšak moderní zobrazovací techniky, především funkční magnetické rezonance, umožňují sledovat mozek v reálném čase. A tak se ukázalo, že v období puberty probíhá v těle dospívajících nejen hormonální, ale také „mozková bouře“. Úžasné výsledky z pozorování mozku adolescentů „naživo“ jako první publikoval americký neurolog Jay Giedd. Mimo jiné zjistil, že objem šedé hmoty mozku narůstá až do puberty - a během dospívání se naopak ztrácí. Naproti tomu přibývá bílé hmoty, nervových vláken, která zaručují správný a rychlý přenos mozkových signálů. Podle Giedda tehdy dochází k lepšímu uspořádání mozku a vyřazují se zbytečná - tedy nepoužívaná - spojení. A Giedd také mladé lidi varuje: „Právě v této době ovlivníte svůj mozek na celý život. Hrajete-li na hudební nástroj, sportujete nebo studujete, pak právě takové neurony a spojení posilujete a pevně zabudujete do struktury mozku. Pokud ho nepoužíváte, ležíte na gauči a koukáte na televizi, ztrácíte ho, pak v něm přežijí spojení pro ‚pasivní styl života‘. Use it or lose it,“ dodává pěkně po americku.

V mozku pubescentů probíhají i další změny. Oblasti odpovědné za základní funkce, jako je pohyb a smysly, dospívají nejdříve. Naopak nejdéle dozrávají oblasti odpovědné za plánování a rozhodování. Oblast odměn je naopak aktivnější než později v dospělosti, ale není v tuto dobu propojená s racionální částí mozku, tato spojení v pubertě teprve sílí. To může vysvětlovat, proč mladí lidé tak často jednájí „bezhlavě“, proč jsou tolik náchylní k nebezpečnému, riskantnímu chování a proč snáze podléhají závislostem. A co ty náladky?

Chvilí pláč, pak smích, chvíli dobrá nálada, pak je na zabití. Typické chování pubertální dívky. S vysvětlením, proč se u dospívajících tak

snadno střídají nálady, přišla americká fyzioložka Sheryl Smithová. Při pokusech na myších zjistila, že hormon, který u dospělých působí jako přirozené sedativum, u „pubertáků“ funguje přesně opačně. Stresový hormon allopregnanolon (THP) se u dospělé populace vyplavuje půl hodiny po stresové události, zachytává se na receptorech GABA (což je nervový přenašeč, který má v nervovém systému tlumicí funkci) a snižuje podráždění nervových buněk. U dospívajících myši však nervové buňky spojené s úzkostí používají vlivem THP pozměněné GABA receptory a ztrácejí přechodně schopnost být tlumeny GABA přenašečem. A tak hormon „žene“ pubertální mozek do stavu úzkosti a někdy v kombinaci s testosteronem i do výbuchů podráždění nebo agrese.

Profesorka Smithová soudí, že stejný je zdroj výbušných nálad a přehnaných reakcí i u lidí v pubertě. Profesor František Vyskočil z Přírodovědecké fakulty UK a Akademie věd ČR dodává: „Objev Smithové dává šanci najít nebo syntetizovat nějakou specifickou látku upravující nálady v dospívání na snesitelnou míru.“ Smithová též vyjádřila naději, že nový lék blokující působení hormonu THP by mohl pomoci teenagerům trpícím chorobnými úzkostmi či depresemi. „Pro většinu dospívajících však změny nálad prostě patří k věci,“ zdůrazňuje.

„Má to však háček,“ dodává profesor Vyskočil. „U adolescentů dochází změnou GABA receptorů nejen k přehnaným citovým reakcím, ale zhoršuje se i učení. Stres také pomáhá - s učením. Učení, to je další kapitola. Místo rovnic mají mladí v hlavě volné odpoledne, hokejový zápas nebo oslavu s kamarády. Ano, kromě výbušných nálad je pro ně typické i špatné soustředění na školní povinnosti. Někdy mají k učení přímo odpor, a není divu, když jim to moc nejde. „Na počátku puberty se v hipokampu, centru odpovědném za vypovídací paměť, hůř zapisují nové, vnucené informace, na kterých nejsme moc citově zainteresováni,“ vysvětluje profesor Vyskočil a dodává, že tento pokles je způsoben zhoršeným zapamatováním už na úrovni jednotlivých nervových spojení, kde jsou narušeny ty nejmenší paměťové záznamy.

Je tu však hormon, který může paměť napravit - ano, je to onen stresový hormon THP. Nejnovější výzkum profesorky Smithové ukázal, že se v mozku dospívajících myši tvoří ve velkém množství pozměněné GABA receptory i větší množství látky GABA (kyseliny gamma-aminomáselné), což dohromady brání přenosu a ukládání signálů. Pubertální myši pak mají mnohem horší výsledky v paměťových testech než jejich nezralé kolegyně. Dávka stresového hormonu THP však myším pomohla znovu najít „ztracenou“ paměť. Jak to? THP se navázal na ony pozměněné tlumivé receptory a redukoval působení GABA.

Opět se tedy ukázalo, že v pubertě je všechno trochu jinak - hormon THP totiž ve vyšším věku naopak paměť a učení zhoršuje. Profesorka Smithová doufá, že i její nový poznatek může pomoci mladým lidem s vážnými poruchami učení. Ostatním, normálním adolescentům prý postačí mírný stres. František Vyskočil dodává: „Proto se zřejmě mohou maturanti a vysokoškoláci učit rychleji pod tlakem blížící se zkoušky.“

Prefrontální kůra Poznávací (myšlenková, rozumová, ale i citová) část mozku Po porodu a před pubertou se prudce zvětšuje, pak až do dvaceti let stejně prudce ustupuje. Souvisí s mohutným nárůstem počtu neuronů i nervových spojení - a později s jejich „prořezáváním“. Během jejího dozrávání se zlepšuje schopnost rozhodovat, ovládat se, řešit problémy a logicky, racionálně uvažovat.



Přechodnou reorganizací této části mozku lze vysvětlit, proč se teenageři chovají někdy tak chaoticky a neracionálně.

Striatum

Mozkové jádro spolu s mozečkem zajišťuje spojení mezi smyslovým a pohybovým systémem, je zapojeno také do řízení emocí, jsou tu i oblasti pro příjemný pocit odměny. Tato část mozku není ještě plně stabilizována, možná právě proto se dospívající přehnaně ženou do rizikového jednání - pro potenciálně „sladkou odměnu“.

Šišinka

Pozůstatek třetího temenního oka. Zde se tvoří „spánkový“ hormon melatonin, jehož hladina narůstá večer a dává tak tělu signál, že je čas spát. Během adolescence hladina melatoninu vrcholí později než u dětí a dospělých. To může být vysvětlením, proč teenageři ne a ne jít do postele a ráno z ní včas nemohou vstát.

Corpus callosum

Tudy procházejí nervové provazce spojující pravou a levou polokouli. Především u žen umožňuje počet nervových vláken lepší funkční propojení oblastí na obou stranách, což je výhodné např. při učení se cizím jazykům. Spoje se po pubertě stabilizují, řečové oblasti v hemisférách jsou téměř zaplněny, možná proto schopnost učit se cizím řečem rapidně klesá v dospělosti.

Zdroj: Dnes 17. 4. 2010

Lék na choré zdravotnictví

Do voleb zbývá šest týdnů. Ať vyhraje kdokoli, dřív nebo později začne „šfourat“ do zdravotnictví. Už za dva roky totiž nebude na efektivní léčbu pro všechny. Zdravotní pojišťovny se proto spojily a nabízejí politikům svůj návrh reformy. Připlácet si budeme čím dál víc. Otázka jen je, zda skrytě nebo s jasnými ceníky.

Amerika, stát Severní Karolína. Lékař pohotovosti Paul Austin, který právě vydal autobiografickou knihu, v níž popisuje svá dilemata lékařská i finanční, stojí nad pacientem. Dřív, než ho ošetří, se ptá: „Jste pojištěný?“ Takovou otázku u nás nikdo nepoloží, protože zdravotní pojištění máme všichni ze zákona. Avšak brzy možná přijde doba, kdy se nás lékaři na pohotovosti budou ptát dřív, než dají sádru: „U koho jste pojištěni a jak?“ Podle toho se zachovají. Každá zlomená noha bude znamenat, že příště zaplatíte víc, podobně jako je to u havarijního pojištění auta po bouračce... Přestože se totiž v Česku už potisklo hodně stran úvahami a návrhy, co by se mělo změnit ve financování zdravotnictví a jak by se na tom měl podílet pacient, s nápady teď přicházejí sami plátcí péče - zdravotní pojišťovny. Záměrně těsně před volbami. Co je k takovému kroku vedlo? „Není u nás nikdo, kdo by měl připravenou reformu zdravotnictví. Většina z nápadů, které politické strany nabízejí, jsou jen výkřiky, navíc často protichůdné. Neexistuje nic koncepčního, co by se dalo po volbách použít. Tak chceme dát politikům k dispozici pragmatické návrhy, co se dá změnit i bez zásadních reforem,“ říká Ladislav Fridrich, ředitel Oborové zdravotní pojišťovny a také šéf svazu zdravotních pojišťoven. Pokud brzy něco neuděláme, tak budou chybět peníze na léky a na operace. Problémy s placením péče nás čekají podle odhadu ekonoma Miroslava Zámečnicka už v roce 2012. Nejvyšší čas něco podniknout.

Nemocí českého zdravotnictví

Ve svém materiálu pojišťovny nejdřív vyjmenovávají všechna pozitiva našeho systému veřejného zdravotního pojištění. Pak jsou tu negativa. Z pohledu pojišťoven jde o čtrnáct chyb, které by se měly od-

stranit, aby zdravotnictví u nás mohlo fungovat efektivně. Jsou následující:

1. Je „nedostatečně definovaná role pacienta“. Pojištěnec povinně platí, a přitom je rukojmím všech významných hráčů v systému.
2. Pojišťovny nemohou nabídnout lidem (když pomíneme prevenci) nic navíc, protože neexistuje možnost se komerčně připojistit.
3. Nikdo nemá páky na hypochondry či jedince, kteří obejdou půl tuctu kardiologů a všude si vyberou drahé pilulky a nechají udělat to samé drahé vyšetření. Pacienta nic nemotivuje k tomu, aby si nebral plnými hrstmi, co se nabízí, aniž to potřebuje.
4. Stát platí málo za své pojištěnce, tedy nezaměstnané, důchodce, děti a rodiče na mateřské, kterých je přitom zdaleka nejvíce (5,6 milionu lidí).
5. Demografický vývoj. Netřeba komentáře, populace stárne.
6. Stejně tak není třeba komentáře k tomu, že ve zdravotnictví mají až příliš velký vliv různé zájmové skupiny.
7. Nerovné postavení „státní“ Všeobecné zdravotní pojišťovny vůči ostatním. Pacient se kvůli tomu příliš vzrušovat nemusí, větší dopady na zdravotní systém tato nerovnost nemá.
8. Větší problém je oddělený systém zdravotního a nemocenského pojištění. Proto je snadné simulovat a také není možné spočítat, jaká léčba je efektivnější a vrátí pacienta rychleji do práce. Oddělené systémy generují roční ztrátu pět miliard korun.
9. Nejasná hranice mezi systémy zdravotního a sociálního pojištění. Péči o řadu lidí v léčebnách dlouhodobě nemocných platí zdravotní pojišťovny, přestože oni spíš než rentgen a léky potřebují dobré slovo a péči rodiny. Mimochodem - na návrhu sloučit oba systémy se koaliční vláda před dvěma lety shodla, ale přes ministra práce a sociálních věcí Petra Nečase neprošel. Chystá se však jednotné inkasní místo pro obě platby a jejich přerozdělení, takže následné sloučení obou systémů je zřejmě otázkou času.
10. Závislost zdravotnických zařízení na státu. „Stát jako zřizovatel zdravotnických zařízení a zároveň regulátor cen se tak dostává do střetu zájmů.“
11. Nevyvážená síť zdravotnických zařízení. Nemocnice na každém rohu neznamená lepší péči, jen spolyká víc peněz.
12. Neefektivní financování nových technologií. To zná každý politik, který chce být znovu zvolen: nový CT přístroj se do městské nemocnice pořídit musí, přestože v nemocnici o dvacet kilometrů dál je takový a oba nemají šanci se uživit.
13. Nízká cena práce ve zdravotnictví.
14. Lékaři stárnou, a pokud se rozhodnou odejít na odpočinek, nemá je v řadě regionů kdo nahradit.

První tři kroky k ozdravení

Tolik problémy českého zdravotnictví, až na pár detailů poměrně přesně definované. Co s tím? Svaz navrhuje v zásadě tři věci. Navýšit příjmy pojišťoven díky pravidelným valorizacím plateb státu za své pojištěnce (tedy uvolnit platbu zmrazenou z ekonomických důvodů). A také navýšit platby osob samostatně výdělečně činných. „Už dva roky žijeme z rezerv, které jsme si předtím vytvořili, a je téměř jisté, že velké pojišťovny se dostanou už začátkem příštího roku do finančních problémů,“ varuje Fridrich.

Za druhé je podle pojišťoven nutné stanovit, co je standard péče a co ne. Tedy za co si musí pacient doplácat. Dá se počítat s tím, že po volbách politici napřou síly k tomu, aby takový seznam skutečně vznikl. Problém však je, že ministerstvo zdravotnictví před dvěma týdny zrušilo soutěž vypsanou právě na tvůrce těchto standardů.



O zakázku za 125 milionů korun se totiž přihlásil jen jeden zájemce. I pokud by soutěž zrušena nebyla, trvalo by nejméně tři roky, než by vítěz předložil výsledky.

A zatřetí: pojišťovny chtějí pokutovat rizikové chování. Jednak chtějí přímý příjem z daně z tabáku a alkoholu (v řadě zemí jde jedno dvě procenta z daně na cigarety a alkohol na léčbu zničeného zdraví). Kromě toho chtějí i „legislativní zakotvení postihu pojištěnce za neúčelné čerpání zdravotní péče“. Tedy: kdo rád obíhá doktory a nechává si předepisovat tuny zbytečných tabletek, měl by platit víc. V tomto případě se však bez individuálních smluv s pojištěncem a bez závazků k určité řízené péči neobejdeme. Podobnost s návrhy, které prosazoval exministr zdravotnictví Tomáš Julínek, je očividná. Nejzajímavějším návrhem však bezesporu je vyčlenit část zdravotní péče a svěřit ji komerčním pojišťovnám. Tedy úrazy. A jsme zpátky u zlomené nohy.

Dvě až tři procenta z ročního odvodu na zdravotní pojištění, tedy několik stokorun, by šlo ke komerčním pojišťovnám na povinné úrazové pojištění uzavřené v individuální smlouvě. Veškeré úrazy by se platily z něj. Záleželo by jen na vás, jak velká by byla povinná pohyblivá složka nad pevně daným odvodem – tedy jestli by vám z ročního příjmu odcházely tři stokoruny, nebo dvojnásobek. Podle toho, jak moc jste riziková a jak dbáte na to, abyste úrazům předcházeli.

Komerční pojišťovny si už teď dobře umějí spočítat rizikovost klienta. Čtyřicetiletá intelektuálka, jejímž jediným zdravotním rizikem je četba sportovní rubriky v novinách, by měla nejnižší sazbu, tedy zhruba tři stokoruny. Zato pětadvacetiletý letec na rogalu, který v zimě vyrývá stopu do sněhu při free ride stylu a motorku už jednou zaparkoval vodorovně, by platil i dvakrát tolik. Rizika by nikdo nepočítal u dětí, u nichž se nedá úrazům zabránit. Stejně tak by zvýšenými sazbami nebyli zatíženi senioři nad pětadesát let. „Tam se úrazy často přihodí proto, že tělo je už křehčí,“ vysvětluje Fridrich.

Výhoda? „Placení úrazového pojištění by mohlo být jedním z bonusů zaměstnavatele k platu,“ říká Fridrich. Podobně jako stravenky nebo příspěvky na penzijní připojištění. Stačilo by, aby si platby mohl zaměstnavatel odečíst z daní. Proč dvě až tři procenta? Právě tolik vydávají zdravotní pojišťovny ročně na léčbu úrazů a jejich následků. A právě tolik by ušetřily, pokud by úrazy platil někdo jiný.

Platíme už dnes, ale skrytě

Podle Fridricha není nutné, aby se úrazové pojištění vyčlenilo ze systému hned. Prvním krokem, který lze zavést už v příštím roce, by byly individuální smlouvy s pojištěnci, díky nimž by pojišťovny mohly „pokutovat“ (rozuměj: odejmout určité výhody třeba rychlejšího přístupu k objednaným zákrokům u lékaře) těm, kteří se chovají rizikově a mají jeden úraz za druhým.

„Je vidět, že to tvořili lidé z praxe, kteří tomu rozumějí,“ chválí materiál náměstek ministryně zdravotnictví Marek Šnajdr (ODS). „Víc se mi ale líbí vytvořit nejdřív standardy péče, aby se mohli lidé připojistit či si zaplatit zjednodušeně řečeno lepší sádku než ze systému vyčlenit jednu část,“ říká.

Mluvčí České lékařské komory Michal Sojka (ČSSD) však kroučí hlavou: „Vyčlenit úrazy ze zdravotního pojištění se nám nelíbí... Bude následovat krok dva v tom, že se takto vyčlení infarkty? Či mrtvice? Budu se zvláště připojišťovat na možnost, že dostanu rakovinu? Nevidíme v tom smysl.“

„Dobré, až na ty úrazy. To je faktická privatizace části zdravotního pojištění,“ komentuje i jinak liberální ekonom zabývající se zdravotnictvím Miroslav Zámečník. Jenže co jiného je péče o zuby?

Stomatologové si kdysi vyjednali výjimku z takzvaného paragrafu Fišerové, který říká, že zdravotní péče je v Česku bezplatná. Za zuby proto platíme hotově už dnes. A do budoucna toho bude ještě víc – stomatologové před pár dny navrhli, aby prakticky celá stomatologická péče byla vyňata ze zdravotního pojištění. Jak je tomu ve většině zemí Evropské unie.

Takže máme kouskovat zdravotní pojištění na další dílky, které si zaplatíme nebo se na ně připojistíme? Nebo je lepší jako v Nizozemsku dvacet let diskutovat o zdravotnické reformě a pak výsledek převést do zákonů? Těžko říct.

Nejrevolučnější část materiálu zdravotních pojišťoven je u nás zřejmě jen obtížně prosaditelná. Zatím. Až bude ouvej a politici budou zoufale hledat další zdroje, bude snadné sáhnout právě k tomuto návrhu. Vždyť každý přece chápe, že za řadu úrazů si můžeme sami. Stejně jako za špatné zuby.

Zapojení zdravotních pojišťoven do debaty o reformě zdravotnictví s vlastními návrhy je důležité, i pokud se politici o její nápady nepoperou. Pacientům to totiž naznačuje cestu, jakou se budeme muset dříve nebo později stejně ubírat.

Pokud se systém zadrhne už v roce 2012 a začnou nám chybět peníze na léčbu, zdá se skoro jisté, že cesta nepovede jinudy než k individuálním smlouvám s pacienty a s tím souvisejícím odstupňováním plateb odváděných na zdravotní pojištění podle rizikovosti pacienta. Ostatně všechny státy, které se snaží o reformu, dospěly k podobným řešením.

Druhá cesta, kterou se zatím ubíráme v Česku, je totiž horší. Můžeme mít dojem, že máme vše zadarmo, ale čísla mluví jasně: podle statistického úřadu dáme jen za léky ročně v průměru 1 677 korun, přičemž ještě před pěti lety to byla polovina. Přestože máme ze zákona zdravotnictví zadarmo, stejně saháme do peněženek – spoluúčast pacientů na léčbě dnes dělá patnáct procent. A rok od roku se zvyšuje. Jsme závislí na vůli politiků a úředníků, o kolik zase zvednou doplatky. Nemáme šanci rozhodnout sami, na co si chceme připlatit a na co ne. A nemůžeme výši své spoluúčasti ovlivnit ani svým chováním. Je moudré volit politiky, kteří chtějí tento „bezplatný“ systém zachovat?

Nejzajímavějším návrhem bezesporu je vyčlenit část zdravotní péče na úrazy a svěřit ji komerčním pojišťovnám.

Zatím nemáme šanci rozhodnout sami, na co si chceme připlatit a na co ne. Jsme závislí na vůli politiků a úředníků.

Zdroj: Dnes 15. 4. 2010

Firma vyvíjí vakcínu na Alzheimerovu chorobu

Rakouská firma Affiris zahájila novou fázi testů svého přípravku AD02, který by se mohl stát oficiální očkovací látkou proti zatím neléčitelné Alzheimerově chorobě. Informovala o tom včera firma, která začíná klinické testy provádět na 420 pacientech z šesti zemí včetně České republiky.

Odpověď na účinnost látky by experti mohli znát v roce 2012. Podle zjištění ČTK zatím Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) testování v Česku neschválil a nemocnice dosud nebyly k účasti osloveny. Rakouská firma vyrobila ve spolupráci s britským farmaceutickým koncernem GlaxoSmithKline (GSK) přípravek, který údajně dokáže bránit formování betaamyloidového plaku, jenž blokuje nervové signály.

Vakcína do těla vpravuje chemické sloučeniny organického půvo-



du (peptidy), které mají napodobovat amyloidní beta proteiny. Ty se ve zvýšeném množství vyskytují v mozcích lidí trpících Alzheimerovou nemocí. Vědci předpokládají, že metodou dokážou uměle vyvolat žádoucí imunitní reakci.

Na klinické studii se mají podílet střediska v Rakousku, Německu, Francii, Česku, na Slovensku a v Chorvatsku.

Zdroj: Dnes 24. 4. 2010

Rodiče odmítají vakcínu. Bojí se

Odborníci vyzvali rodiče novorozenců, aby v porodnici odmítali povinnou vakcínu proti tuberkulóze. V porodnicích už je to běžné, rodičům za to prý nic nehrozí.

Plošné očkování proti tuberkulóze v prvních dnech života dítěte přináší velká rizika. Na tom se odborníci shodnou. Nedávno někteří z nich dokonce otevřeně vyzvali rodiče, aby toto povinné očkování odmítali.

„Rodiče mají právo bez problémů předem požádat, aby novorozenec nebyl v porodnici očkovan proti tuberkulóze, ale bezpečně až později. Rodiče dítěte v žádném případě nemohou být za posunutí očkování proti tuberkulóze šikanováni,“ uvedl Vojtěch Thon z Ústavu klinické imunologie a alergologie Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně. „Na takový postup mají právo,“ tvrdí také Pavla Nykodýmová, primářka plicního oddělení v Říčanech. Očkování, které proběhne přesně podle vyhlášky, totiž prý kvůli hrozícím komplikacím není správným postupem.

Praxe ovšem předběhla výzvu odborníků. Mnozí rodiče odmítají očkování svých dětí v porodnicích už dnes. Potvrzuje to Zbyněk Straňák, primář pediatrie Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí. „Osobně na ně netlačím, souhlasím s odbornými společnostmi, které žádají odložení tohoto očkování do pozdější doby,“ řekl LN Straňák.

Podle údajů z roku 2005 odmítlo nechat své dítě očkovat v porodnici 17 procent rodičů. „Myslím, že to odpovídá praxi, rodiče jsou dobře informováni,“ soudí Straňák.

„Je zcela regulérní, že to rodiče odmítají a přesouvají na později. Vycházíme jim vstříc, mají na to právo,“ řekl předseda Neonatologické společnosti Richard Plavka, primář z porodnice u Apolináře.

Formálně rodičům hrozí za nedodržení povinného očkování pokuta. Na ni ale vůbec nemusí dojít. Martin Řehořek je jedním z rodičů, kteří očkování svého dítěte v porodnici odmítli. O jeho případu LN psaly už dříve. Řehořek se chtěl se státem kvůli očkování přit i u soudu, ale úředníci nechali jeho přestupek promlčet.

Podle předsedy vakcinologické odborné společnosti Romana Prymuly je ale výzva rodičům k odsouvání očkování přehnaná. „Plošné očkování novorozenců proti tuberkulóze by se mělo zrušit. Jsem o tom stále víc a víc přesvědčen. Komplikace převažují nad benefity. Vyzývat ale rodiče k odsunutí očkování do pozdějšího věku není řešení,“ uvedl Prymula.

Prymula stejně jako společnost dětských lékařů a další prosazuje zrušení plošného očkování všech novorozenců v porodnicích. Dál by se hned po narození očkovaly děti z rizikových skupin, u kterých je kontakt s tuberkulózou pravděpodobnější. V tom se neshodnou s plicními lékaři. Ti by nechali očkování plošné, ale v pozdějším období. Ministerstvo zdravotnictví nenašlo vhodné řešení, a tak toto očkování ve vyhlášce zůstává. O tom, že se to změní, se přitom mluví už osm let. Podle hlavního hygienika Michaela Víta by přesun očko-

vání za šestý měsíc věku narušilo další postup při očkování.

Vakcína a TBC * Podle očkovacího kalendáře má dítě dostat vakcínu proti tuberkulóze mezi 4. dnem a 6. týdnem života. * Teprve po zahojení reakce se může podat hexavakcína. Její opoždění může mít ve výjimečných případech závažné následky. *U zdravých dětí hrozí lokální reakce v místě vpichu nebo i hnisání uzlin v podpaždí. *U novorozenců jsou rizika větší mimo jiné proto, že se u některých ještě neví o jejich onemocnění imunity. Problém je i s technikou očkování. Látka se má dát do kůže, ne pod kůži. Tu má ale novorozenec velmi tenkou.

Zdroj: LN 13. 4. 2010

Péče o nedonošené děti jde dolů

Když se Adam narodil, vážil 430 gramů. Po sto dnech v inkubátoru se dostal na necelých dva a půl kilogramu.

Přežil však. V plence, která je třetinová oproti běžným plenkám pro novorozence, a v oblečení velikosti pro panenky.

Dětí, které se narodí předčasně, přibývá. Dlouhodobě je Česko v záchranně těchto dětí jednou z nejlepších zemí na světě, ale nedonošenců už je tolik, že na péči o ně přestávají stačit peníze. Lékaři varují, že to příznivé statistiky zhorší.

„Chybí lůžka. Kvalifikovaný personál je přetěžovaný, není dostatečně ohodnocen. A nemocnice nedostávají na péči dost peněz,“ varuje Richard Plavka, předseda České neonatologické společnosti.

Zatímco v roce 2000 se narodilo 5 277 miminek s porodní vahou nižší než dvě a půl kila, o osm let později už jich bylo 8 638.

Inkubátory plní děti, které se vejdou do dlaně, hlavně proto, že stále více žen otěhotní díky umělému oplodnění. Riziko předčasně narozeného porodu se tak zvyšuje. Stejně tak u matek, které odkládají těhotenství a rodí ve vyšším věku. Na svět přichází i více vícerčat než dřív.

Ve třicátých letech umíralo 120 novorozenců na tisíc narozených dětí, dnes jich je méně než deset. „V záchranně předčasně narozených dětí patříme mezi nejlepší země na světě. U nás funguje jeden z nejlepších systémů, ale je nutné ho dále rozvíjet,“ říká evropský poslanec Milan Cabrnoch, který dříve pracoval jako dětský lékař.

Šance na přežití: 85 procent

České úspěchy vycházejí z modelu péče, který byl nastaven v 90. letech. Tehdy přispěl k dramatickému poklesu úmrtí novorozenců, v postkomunistických zemích v té době zcela unikátnímu. Pro dnešní potřeby však přestává stačit.

V Česku funguje dvanáct speciálně vybavených center, kde má nedonošené dítě mnohem větší šanci na přežití – až 85 procent. Mimo tato centra je to podle profesora Plavky zhruba 65 procent.

Centra však potřebují více lůžek, peněz na péči a zaplacení kvalitního personálu. „Navíc jak v České republice plynule narůstal počet zachráněných novorozenců s nízkou porodní vahou, nikdo na tento nárůst nereagoval vytvořením funkční sítě následné péče,“ upozorňuje doktor Plavka.

Podle Lenky Novotné ze sdružení Nedoklubko rodiče nejvíc trpí tím, že se o ně nikdo nestará, když si odnesou dítě z nemocnice. „Kolabují finančně, protože péče o takové dítě je drahá, i když už není v nemocnici. A chybí odborná psychologická a sociální péče,“ říká Novotná.

Pojišťovny však odmítají, že by dávaly na specializovanou péči méně peněz. „V roce 2008 jsme navýšili nemocnicím rozpočet na tuto péči o 100 milionů a stejně tak v roce 2009. Také letos plánuje-



me, že při úhradách zohledníme péči o předčasně narozené novorozence. O kolik to bude, zatím není jasné," uvedl mluvčí VZP Jiří Rod.

Zdroj: Dnes 9. 4. 2010

Třetina lékařské péče je zbytečná

Pacienti chodí se stejným problémem k více doktorům. Stojí to miliardy.

Až třicet procent péče poskytují lékaři pacientům zbytečně. Na základě vlastních dat to odhaduje Všeobecná zdravotní pojišťovna. Ročně se tak promrhají desítky miliard korun.

Vina je na obou stranách. Pacienti si nechávají potvrdit diagnózu u několika doktorů nebo svému lékaři neřeknou, že je posílá na vyšetření, které už jednou absolvovali. Někteří lékaři si zase vykazují úkony, které neprovedli, aby dostali více peněz od pojišťovny. „Odhady zbytné péče se pohybují mezi patnácti až třiceti procenty celkových nákladů ve zdravotnictví, jde o více než šedesát miliard ročně," uvedl Jiří Bek ze Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). Vidí jediné řešení: změnit celý systém tak, aby měl lékař co nekompletnější informace o pacientovi. „Má pak lepší možnosti rozhodování o tom, jak vést léčbu, zda jsou nutná další vyšetření. Omezí se tápání a přešlapování, a tedy i prodlení, které může hrát roli v celkových nákladech," říká Bek.

Částečně to podle něho může vyřešit elektronizace zdravotnictví. Ta v Česku začala před osmi lety, kdy vznikla první elektronická zdravotní knížka - karta pacienta na internetu, kde si lékař na jednom místě přečte, s jakými problémy se pacient léčil, jaké podstoupil vyšetření a co mu předepsal jiný doktor. Pacient má navíc kontrolu, jaké úkony si na něho lékař vykázal.

Podle nových čísel si knížku zřídilo 1,3 milionu lidí a do systému se připojilo 66 nemocnic. „Elektronizace přinesla například ve Španělsku a Dánsku úspory stovek milionů eur," uvedl ekonom Miroslav Zámečník.

S úsporami však může české zdravotnictví počítat, až bude systém fungovat na 100 procent. Někteří pacienti zatím váhají - bojí se, že někdo zneužije jejich osobní údaje, starší lidé zase mají nedůvěru k internetu.

Třetina péče je zbytečná

Někteří lékaři si stěžují, že systém elektronických zdravotních knížek (IZIP) nefunguje, jak si představovali. Praktický lékař Pavel Audy z Tábora se do něj přihlásil hned po spuštění. „Nejde to. Problém je v tom, že systém je pro lidi moc komplikovaný. Pacienti si mají elektronické zdravotní knížky sami aktivovat, ale skoro nikdo to nedělá," popsal Audy. Systém mohou bezplatně využívat klienti VZP. Někteří pacienti mají strach z toho, že z internetu uniknou jejich osobní údaje. „Pracujeme na tom, aby byl systém úplně bezpečný," ujišťuje ředitel společnosti IZIP Jiří Pašek. Fungovat to má podobně jako elektronické bankovníctví - pacient má přístupové jméno a heslo a bez jeho vědomí se do karty nikdo nedostane. Na problémy s unikem dat jsou pacienti i lékaři velmi citliví. Netýká se to jen elektronických zdravotních knížek, ale i zákona o léčivech, který by měl také omezit zbytečné výdaje - tentokrát na léky.

Pokud zákon projde, umožní, aby se v centrálním úložišti shromažďovaly údaje o tom, jaké léky předepsal pacientovi lékař a zda si je opravdu vyzvedl. Předseda představenstva Grémia majitelů lékáren Marek Hampel tvrdí, že se tím zprůhlední poskytování lékařské péče a zamezí plýtvání s léky. Jde o miliardy korun. „Lékař neví, jestli vám

stejný lék nenapsal někdo jiný. Mnoho léků si pacienti vyzvednou, ale neužívají je. Za rok jsou takhle vydány léky za devět miliard," říká ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv Martin Beneš. Zákon má své odpůrce, kteří upozorňují, že narušuje soukromí lidí. Podobně se dříve mluvilo o systému IZIP, teď už jsou obavy při nábore výjimečné. „Jen za loňský rok jsme získali tři a půl tisíce lékařů a pro ten letošní máme plány nastaveny ještě odvážněji - chceme dosáhnout dvaceti tisíc," uvedl Pašek. Nové klienty přesvědčuje společnost tím, že systémem může omezit zbytečnou péči a zkvalitnit ji. „Pacient dostane méně léků, absolvuje méně opakovaných vyšetření, což přináší úsporu pro pojišťovnu," uvedl Pašek. Právě dvojí diagnostika je problém i jinde - Světová zdravotnická organizace odhaduje rozsah těchto „zdvojení péče" na sedm procent. V případě předepisování léků, kdy jeden přípravek pacientovi napíší dva lékaři, je to 12 procent. „Lékař neví, jestli vám stejný lék nenapsal někdo jiný. Pacienti si léky vyzvednou, ale neužívají." Martin Beneš, ředitel lékového úřadu * Vyhozené miliardy Zbytečná vyšetření Zbytná péče tvoří až 30 procent nákladů na zdravotnictví. Jde například o dvojí určení diagnózy u jednoho pacienta. Zaplatíme za to: 60 miliard Kč Vyhozené léky Velké částky spolkně i plýtvání léky (např. dva lékaři předepíší pacientovi tentýž lék a on ho neužívá). Zaplatíme za to: 9 miliard Kč

Zdroj: Dnes 11. 3. 2010

Pokladenský systém naruby

MZ objevilo geniální trik. Skutečnou pecku. Je to revoluce. Světová. Na Palackého náměstí vynalezli inverzní pokladenský systém. Zatím je to jen sonda. Pilotní studie. Nikoli pacient, ale naopak lékař koupí za své peníze potřebný preparát (např. očkovací látku proti pneumokoku) a pak si půjde s účtem na pokladnu. Trošku záuřuje zdravotní pojišťovny a ony mu pak někdy (prý) zaplatí. Pokud se v tom ovšem náhle neobjeví nějaký malý háček.

Důvěra se ve státě plném právních nejistot a fušeřiny stala vzácným zbožím. Mluvčí MZ pan Sršeň však zůstává optimistou a jako obvykle trochu přehání, když tvrdí, že 99% lékařů očkuje bez problémů. Podtext: Ti, kteří se zdráhají, jsou nějakí divní. Ruší klid na práci a jednotu. Omyl. Oni jsou ostrovem pozitivní deviace. Těmi, kteří se už nenechají tak snadno znormalizovat a dát si kadt na hlavu. Je jiná doba. Dnes platí, že dobré účty dělají dobré přátele. Já pán, ty pán.

Zdroj: ZDN 1.3. 2010

Vakcíny na míru jsou šancí pro nemocné rakovinou

Zhoubné nádorové buňky mohou pomoci zničit samy sebe. To, co nyní jako sci-fi, je reálný plán vědců z nového Babákova výzkumného institutu v Brně. Vědecké centrum se hodlá zaměřit především na vývoj protinádorových vakcín a léčbu „ušitou" nemocným na míru.

„Farmaceutické firmy, které chtějí vydělat co nejvíce peněz, se soustředí na celoplošnou medicínu. My postupujeme podle opačného trendu: na základě genomového profilu připravit pacientům léčbu přímo pro ně, o níž dopředu budeme vědět, že bude účinná a nepůjde o vyhození peněz do kanálu," zdůraznil vedoucí institutu Roman Hájek.

Vakcíny, které jsou do budoucna nadějí pro ty nemocné rakovinou, jimž zatím medicína dává jen minimální šanci, se připravují přímo z nádorových buněk pacienta. „Nemocnou tkáň mu odeberou lékaři při operaci a z ní získají potřebné antigeny. Několik dnů poté z krve



nemocného odeberou bílé krvinky a připraví preparát,“ popsal lékař Jaroslav Michálek. Přípravek vpíchnou pacientovi zpět do těla s cílem vybudit imunitní systém. „Organismus by pak měl být schopen s nádorem bojovat. V ideálním případě ho zničit, nebo ho alespoň nepustit k růstu,“ řekl Michálek.

Výzkum protinádorových vakcín začal v Brně již před pěti lety. Lékaři je zatím vyzkoušeli například při léčbě nemocných dětí v pokročilém stadiu rakoviny či u nemocných s mnohočetným myelomem, což je druhé nejčastější nádorové onemocnění krve. Celkem bylo podáno 138 dávek 26 pacientům. „Prokázala se bezpečnost vakcíny a zhruba u poloviny nemocných byla odpověď pozitivní,“ upřesnil Michálek. Protože ale farmaceutické firmy mezitím nabídly na mnohočetný myelom i účinnější léky, zvažují lékaři, že do budoucna by vakcínou bylo možné „očkovat“ ty, kteří ještě neonemocněli, ale u nichž vědí, že se u nich do několika let nádor rozvine.

V rámci Babákova výzkumného institutu chtějí odborníci zkusit možnost léčby vakcínou rozšířit na některé druhy nádoru mozku či nádoru kůže melanomu. Dosavadní výsledky jsou nadějně. „Vakcínu jsme aplikovali do mízní uzliny v tříselech ženě s rozsáhlým nádorem na paži. Došlo k reakci, a když jsme odebrali vzorek z nádoru, našli jsme pouze buňky imunitního systému. To znamená, že imunita se skutečně pustila do boje s nádorem,“ popsal Michálek.

Institut, který nese jméno po vědci a zakladateli brněnského vysokého školství Edwardu Babákovi, sdružil tři špičková pracoviště Masarykovy univerzity. Jeho roční rozpočet bude 0 milionů korun.

Centrum * Babákův výzkumný institut se specializuje na výzkum v oblasti imunologie, onkologie, hematologie i závažných geneticky podmíněných chorob *V mezinárodním měřítku patří mezi deset největších výzkumných center v oblasti druhého nejčastějšího krevního nádoru -mnohočetného myelomu * Je jediným univerzitním centrem v tuzemsku vyrábějícím experimentální protinádorové vakcíny ve svých vlastních tzv. čistých prostorách podle platné legislativy

Zdroj: LN 12. 1. 2010

Přijmu pediatra

Moderně zrekonstruovaná a nadstandardně vybavená Nemocnice Sušice o.p.s. přijme:

- pediatra, příp. praktického lékaře pro děti a dorost (podle domluvy možný i zkrácený úvazek)

Požadujeme:

- vzdělání odpovídající danému zařazení
- morální a občanskou bezúhonnost
- ochotu k intenzivnímu pracovnímu vytížení

Nabízíme:

- zázemí nemocnice s 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech včetně multidisciplinární JIP a RLP
- kolegiální atmosféru s nadstandardními pracovními podmínkami
- zajímavé ohodnocení odpovídající zastávané pozici
- profesní růst s intenzivním dalším vzdáváním
- ubytování v areálu nemocnice s možností přidělení služ. bytu
- atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou plného sportovního i kulturního využití

Nástup podle dohody.

Bližší informace na tel. č.: 376 530 216 – MUDr. Jiří Šedivý, ředitel
e-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz • Ev. č.: 182-04-10

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.**

Přijmu pediatra

Přijmu pediatra na plný úvazek k samostatné práci v ordinaci PLDD v okrese Karviná, prodej a převzetí praxe možný nyní i později. e-mail: sropldd@email.cz, tel.: 602 729 169 • Ev. č.: 174-01-10

Prodám a přenechám praxi

Prodám a předám praxi PLDD, dobře zavedenou, v okrese Karviná, ihned nebo později dle dohody nebo možnost zaměstnání lékaře pediatra. e-mail: sropldd@email.cz, tel.: 602 729 169 • Ev. č.: 175-01-10

Převzmu/odkoupím praxi PLDD

Pediatr s licenci převzme - odkoupí zavedenou praxi PLDD nejlépe v Praze 4, event. Praze 2. Případně, dle domluvy, přijmu místo asistenta v praxi v těže lokalitě s výhledem na předání v horizontu 2-3 let.

Kontakt: e-mail: Zemaradka@seznam.cz, event. tel.: 604 302 830
• Ev. č.: 176-02-10

Hledám PLDD k občasným zástupům

Hledám kolegyni či kolegu k občasným zástupům v ordinaci PLDD s perspektivou převzetí praxe - lokalita Brno - město. Tel.: 724 363 914
• Ev. č.: 177-03-10

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v centru Brna. Tel.: 737 507 466
• Ev. č.: 178-03-10

Přenechám zavedenou praxi

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v blízkosti Českých Budějovic. V případě Vašeho zájmu o bližší informace, prosím, volejte 604 318 717 • Ev. č.: 179-03-10

Odkoupím praxi PLDD

Odkoupím praxi PLDD v okrese Kladno, Slaný, nebo přijmu místo asistentky s výhledem převzetí praxe. Jsem lékařka s atestací PLDD a specializovanou způsobilostí. Tel.: 721 136 398 • Ev. č.: 180-04-10

Přijmu pediatra

Přijmu pediatra do privátní ordinace v Ostravě - Porubě na plný úvazek. Tel.: 776 645 644 • Ev. č.: 181-04-10

Hledám místo PLDD

Hledám místo praktického lékaře pro děti a dorost v Praze a blízkém okolí nebo částečný úvazek. Atestaci, způsobilost a licenci mám. Tel.: 724 501 285
• Ev. č.: 183-05-10

Autodidaktický test 5/2010

NEUROLOGIE, NUTRICE

1. Pyknolepsie je:

- a) forma epilepsie vyskytující se v dětském věku vyznačující se častými absencemi
- b) forma epilepsie vyskytující se v dětském věku vyznačující se širokými epileptickými grafoelementy na EEG záznamu
- c) forma epilepsie vyskytující se v dětském věku vyznačující se nakupením záchvatů grand mal
- d) nekontrolovatelná patologická chuť k jídlu vedoucí k těžké obezitě

2. K poruchám autistického spektra dle kritérií WHO zařazujeme dětský autismus, Aspergerův sy., Rettův sy. a další. Autismus je charakterizován triádou:

- a) poruchou sociální interakce, poruchou komunikace, poruchou představitosti
- b) poruchou sluchu, poruchou sociální interakce, poruchou vizuální komunikace
- c) poruchou zraku, poruchou sluchové analýzy, poruchou pohybové koordinace

3. Vývojová dysfázie je


- a) neschopnost či snížená schopnost audiovizuální analýzy, i když podmínky pro rozvoj analýzy nejsou podmíněny poruchou periferních senzorů
- b) neschopnost či snížená schopnost logicky uvažovat, i když podmínky pro rozvoj této schopnosti jsou přiměřené
- c) neschopnost či snížená schopnost verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj komunikace jsou přiměřené

4. Podíl hlavních živin na krytí celkové energetické potřeby by měl být:

- a) proteiny 10%, tuky 45%, sacharidy 45%
- b) proteiny 15%, tuky 10%, sacharidy 75%
- c) proteiny 15%, tuky 30%, sacharidy 55%

5. Denní množství vlákniny v jídelníčku dítěte by mělo být:

- a) věk + 3 = počet gramů vlákniny/den
- b) věk + 5 = počet gramů vlákniny/den
- c) věk + 8 = počet gramů vlákniny/den

Generální partner testů je  MSD

Hero - Sunar kompleks

Nutricia - Hami