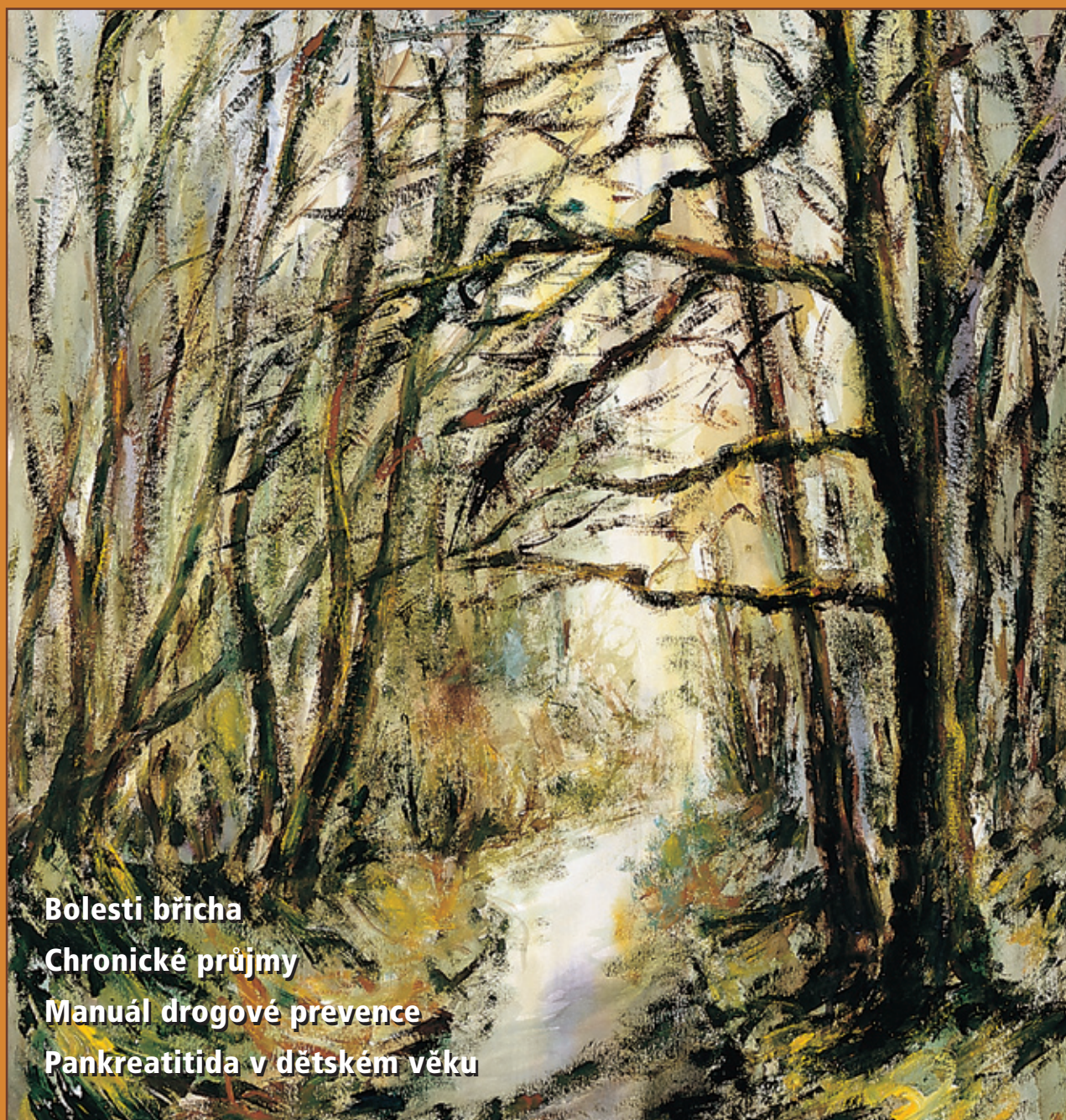


VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

listopad 2007 ■ číslo 9 ■ ročník 7



Bolesti břicha
Chronické průjmy
Manuál drogové prevence
Pankreatitida v dětském věku



Orion Diagnostica



MSD

Heró

Sunar



OSPDL ČLS JEP

**nejčtenější časopis
dětských lékařů**
(Promediamotion
Medical Research
2005)

Nutricia - Nutrilon

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz**Adresa redakce:**

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz**Vydavatel:**

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

Odborná garance:

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

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s.r.o.

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

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem

MK ČR E 10971, ISSN 1213 - 2241

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsahovou stránku vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 - jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Přehled činnosti SPLDD za měsíc říjen 2007	5
Závěry z jednání mezi SPLDD a VZP	6
Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování českého zdravotnictví	6
Usnesení celostátní konference SPLDD ČR	8
Konec svobodných praktických lékařů v Čechách	8



Informace OSPDL ČLS JEP	11
18. výroční kongres Evropské společnosti pro ambulantní pediatrii SEPA	12
MUDr. P. Karger	
Bolesti břicha – taktika, možnosti a překážky vyšetření z pohledu praktického lékaře pro děti a dorost	14
MUDr. P. Mikyška	
Bolesti břicha – z pohledu PLDD	18
MUDr. L. Zeman	
Bolesti břicha z pohledu chirurga	20
doc. MUDr. P. Koliba, CSc.	
Bolesti břicha u dětí z pohledu gynekologa	22
doc. MUDr. O. Pozler, CSc.	
Funkční recidivující bolesti břicha	24
MUDr. R. Kotalová, CSc.	
Pankreatitida v dětském věku	24
doc. MUDr. J. Sýkora, Ph.D., MUDr. M. Huml	
Chronické průjmy v ordinaci praktického dětského lékaře	28
MUDr. O. Roškotová	
5. Festival kazuistik - Luhačovice 2007	33
MUDr. Y. Tomanová a kol.	
Kazuistika: Diferenciální diagnostika asymetrického zduření prsní bradavky u dospívajícího chlapce	34
MUDr. B. Skalická	
Kazuistika: Záludná autoimunitní thyreoiditida	35
Mgr. et Mgr. O. Starostová a kol.	
Manuál drogové prevence v praxi PLDD	36
MUDr. B. Procházka, prof. MUDr. F. Stožický, DrSc.	
Primární prevence ICHS u dětí	40
Zajímavosti ze světa odborné literatury	45



Aktuality	46
Řádková inzerce	50
<i>Příloha: Metodický pokyn - regulační poplatky a doplatky na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely střed</i>	
<i>Supplementum Zubní zdraví</i>	

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 ústý Thomas Kahlau



Kroky Ministerstva zdravotnictví v oblasti vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost a řešení problematiky generační výměny praktických dětských lékařů

O hrozcím nedostatku praktických lékařů pro děti a dorost se hovoří již dlouho, bohužel zůstalo pouze u slov. Již v roce 2004, kdy začal platit „zákon o vzdělávání lékařů“, upozorňovala bezvýsledně zdravotnická veřejnost na problému s neřešeným financováním specializačního vzdělávání. Následující období ukázalo i celou řadu dalších problémů, jako např. administrativně náročný proces k získání akreditace

umožňující vzdělávat mladé lékaře, kdy je po ambulanci praktického lékaře vyžadováno doložit zajištění celého vzdělávacího programu.

Hned na podzim roku 2006 jsme připravili novelu tohoto zákona, původně plánovanou jen jako technickou normu implementující novou evropskou směrnici. Ta je již nyní schválena vládou a je v Parlamentu. Zjednoduší akreditační proces – zdravotnické zařízení se bude moci akreditovat jen na část vzdělávacího programu nebo podat žádost společně s dalšími zdravotnickými zařízeními a získat akreditaci společně. Od uvedené změny si slibujeme zvýšení počtu akreditovaných pracovišť. I přes stávající právní úpravu bylo letos na podzim akreditováno ministerstvem cca 80 ambulancí praktických lékařů pro děti a dorost, počet, který by měl pro příští rok saturovat potřebu.

Ruku v ruce s předchozím ale musí jít financování nákladů, které má akreditované pracoviště se školencem. Dnešní praxe, kdy lékař pracuje často zadarmo nebo je po něm ještě vyžadována úhrada od zdravotnického zařízení za stáž, je naprosto demotivující a řadu mladých lékařů od této specializace odradí. V současnosti pracujeme na další novele zákona č.95/2004 Sb., která bude řešit systémově financování specializačního vzdělávání. Podílet se na něm bude nově stát společně se školencem a akreditovaným pracovištěm. Chceme, aby vzájemný poměr výše úhrady bylo možné měnit podle toho, zda se jedná o profesi nedostatkovou (převaha úhrady od státu) či nikoliv (nižší úhrada od státu). Systém musí fungovat na principu „peníze za školencem“, pravděpodobně dotacemi na rezidenční místo. Proběhne-li legislativní proces bez komplikací, mohla by novela platit od ledna 2009.

Do té doby ale nelze jen nečinně přihlížet, proto ministerstvo vypsal speciální dotační program na rok 2008 určený na specializační vzdělávání lékařů a nelékařů. Prioritou budou jednoznačně projekty, které se budou týkat vzdělávání lékařů a nelékařů, kterých je na trhu nedostatek, tedy samozřejmě i praktických lékařů pro děti a dorost. Naší snahou je, aby projektů bylo podáno dost a aby pokrývaly v maximální možné míře potřebu jednotlivých regionů. Proto spolupracujeme jak se zdravotními radami, tak se zástupci praktických lékařů pro děti a dorost. Z dotačního programu bude možné hradit náklady, které se školencem má akreditované pracoviště.

Současně připravujeme projekty na získání finančních prostředků z fondů EU, rádi bychom začali prostředky čerpat v druhé polovině roku 2008. Jedná se o další nezanedbatelný zdroj peněz, který umožní zafinancovat specializační vzdělávání dalším lékařům a nelékařům.

Samozřejmě počítáme s celou řadou dalších dílčích opatření, které napomůžou odstranění bariér vstupu zájemců o tento obor do specializačního vzdělávání.

V neposlední řadě je to i zadání pro podrobnou analýzu skutečného počtu a potřebnosti jednotlivých zdravotnických profesí s kvalifikovaným odhadem vývoje v horizontu 5,10 a 15 let a s identifikací příčin nedostatku některých profesí. Ve sledování bude poté ministerstvo pokračovat trvale. Snahou je, by se již neopakoval dnešní stav – „hašení požáru“ po jeho vzniku, ale abychom mu dokázali předejít.

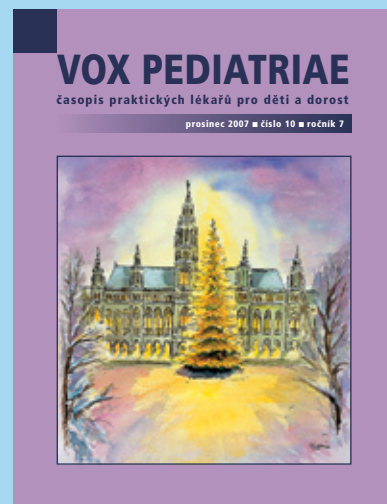
MUDr. Markéta Hellerová
náměstkyně pro zdravotní péči

HPV – klinické projevy infekce, léčba, prevence

HIV – infekce v ČR
– změny v šíření

Kouření a dětský věk

Adnexitidy



seznam inzerujících firem

BABY-VAC
BEIERSDORF
ČESKÁ SPOŘITELNA
GRÜNENTHAL
HIPPI
INPHARM
JOHNSON&JOHNSON
MARKDISTRI
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
SCA HYGIENE PRODUCTS
SEKK
SERVIER
STIEFEL
WYETH WHITEHALL

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

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

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

Úterý
13,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
9,00 - 11,30 - MUDr. Eva Vitoušová
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

Středa
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová
15,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Čtvrtek
8,00 - 10,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD za měsíc říjen 2007

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc říjen byl především ve znamení jednání s jednotlivými zdravotními pojišťovnami o možné podobě tzv. typové smlouvy. Po několikaměsíčním vyjednávání se v některých případech ledy přeci jenom trochu pohnuly. Uvidíme tedy, jestli dojde ke skutečnému naplnění podpory primární péče tak, jak je často i ze strany zdravotních pojišťoven deklarována. Na konci tohoto měsíce jsme pak bilancovali svou činnost na výroční Konferenci našeho Sdružení.

3.10. - na půdě VZP ČR proběhlo jednání nad možnými změnami Metodiky předávání dokladů; zatímco v problematice nastavení datových rozhraní, tedy spíše technickými věcmi nebyl větší rozpor, v problematice vykazování výkonů v souvislosti s výběrem regulačních poplatků bylo mnoho nejasností i mnoho emocí; ke konečné dohodě tak nedošlo, a to i vzhledem ke skutečnosti, že z MZ zatím nedorazila vysvětlující metodika k předkládaným legislativním normám

9.10. - na půdě Revírní bratrské pokladny proběhlo jednání o podobě typové smlouvy, nesouhlas s některými ustanoveními byl zapsán do protokolu z tohoto jednání

15.10. - obdobné jednání s obdobným výstupem jako v případě RBP zdravotní pojišťovny proběhlo i se zástupci České národní zdravotní pojišťovny

17.10. - série jednání o typových smlouvách pokračovala tentokrát na půdě Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR; výstupy byly obdobné jako v předchozích případech

17.10. - společnost Cerge pořádala seminář na téma „Co čeká zdravotní pojišťovny“ v rámci chystané reformy zdravotnictví; v přednesech i následné diskusi byly nastoleny spíše otázky, než že by se přítomní dověděli konkrétnější odpovědi

18.10. - také se zástupcem největší zdravotní pojišťovny byla vedena diskuse nad možnostmi typové smlouvy, v tomto případě spíše nad možnostmi obsahu přílohy č.2 této smlouvy

19.10. - ředitelem největší zdravotní pojišťovny jsme byli informováni o způsobu rozdělení mimořádné bonifikace pro praktické lékaře v letošním roce; podrobněji se k tomuto vrátíme na jiném místě časopisu

24.10. - s náměstkem pro zdravotní pojištění MUDr. Pavlem Hroboněm jsme jednali o obsahu Metodického pokynu ministerstva zdravotnictví ohledně vykazování vč. dalších souvislostí při zavádění regulačních poplatků od 1.1.2008

27.10. - v Brně proběhla výroční Konference našeho Sdružení, tentokrát byla koncipována jako celostátní setkání PLDD; krom hodnotících zpráv měli naši členové možnost vyslechnout reformní představy ministra Julínka, obrázek o možných výhledech do budoucnosti si mohli udělat i při vystoupeních přítomných ředitelů zdravotních pojišťoven, výstupům z této konference se věnujeme blížeji na jiném místě časopisu

29.10. - na půdě Pražského Lékařského domu proběhl seminář o možnostech elektronizace zdravotnictví, já jsem se ve svém vystoupení věnoval některým otázkám elektronického vedení zdravotní dokumentace a elektronické preskripce

30.10. - zajímavý seminář na téma „Vliv evropské legislativy na české zdravotnictví uspořádal v Praze náš kolega europoslanec MUDr. Milan Cabrnok; hostem tohoto semináře byl Ing. Ondřej Mátl, MPA, MSc., člověk pověřený vedením tzv. Kulatého stolu o financování zdravotnictví v České republice.

■ Plošné očkování. Hra na city?

Jak se lobbuje za to, aby stát proplácel vakcínu? Chce to medializovat výrazný příběh, zasít trochu strachu a představit vstřícnou studii. Tváří kampaně americké firmy Wyeth za plošné očkování proti pneumokokům se stala rodina Kalovských z hanáckého Kojetína.

Jeich tříletý Ondřej prodělal před rokem zánět mozkových blan a ohluchl. Podle rodičů za to mohou přerovští lékaři, kteří mu nedali včas antibiotika na zánět středního ucha. Infekce se proto šířila dál.

S podezřením, že lékaři zanedbali péči, se svěřili novinám. Vzápětí se jim ozvala firma Wyeth Whitehall Czech, která u nás amerického výrobce vakcíny zastupuje. „Myslím, že hledali někoho, kdo by na to nebezpečí upozornil,“ říká Kateřina Kalovská. „Je něco jiného, když to říká lékař, a když to říká matka.“ Dohoda byla záhy na světě. Kalovští vystupují v médiích a místo o zanedbání péče mluví o možnosti očkování. Firma Wyeth hradí výdaje a sponzoruje jejich občanské sdružení Nahlas.

Kateřina Kalovská účinkuje také v televizní reklamě na Prevenar. Firma chtěla původně použít reklamu vysílanou v Polsku, Rada pro reklamu jí to ale zakázala. Spot byl podle ní neetický, protože využíval motivu strachu. Také v polském spotu vystupovala matka dítěte, které onemocnělo. Radě nevdala ani tak podstata, jako forma. Zatímco polská matka mluvila úzkostně a její hlas byl podbarven dramatickou hudbou, paní Kalovská si hraje se synem v barevném pokoji. Obě říkají: kdybych věděla, co se může stát, dala bych dítě očkovat.

Minulý týden přišel Wyeth se studií, která dokládá, jak se plošné očkování vyplatí. „Propočítali jsme, že by se plošnou vakcinací dalo u dětí ročně zabránit 28 úmrtím,“ řekl Josef Suchopár z Infopharmu, který za peníze výrobce studii dělal. Jak došel k takovému číslu, když statistiky mluví o žádném až třech úmrtích za rok? „To jsou případy, kdy se jednoznačně ví, že dítě zemřelo na následky pneumokokové infekce,“ říká Suchopár. „Naše číslo je odhad případů, kdy pneumokok byl prvotní impulz a vyvolal kaskádu dějů, na jejímž konci byla smrt z jiné příčiny.“



Závěry z jednání mezi SPLDD a VZP

dne 19. října 2007

■ Přítomni:

SPLDD: MUDr. Neugebauer, MUDr. Dvořáková, MUDr. Hülleová, MUDr. Vitoušová

VZP: MUDr. Horák, JUDr. Trojan, MUDr. Pokorný

■ I. Realizace závěrů SR VZP o výplatě 220 mil. Kč v segmentu praktických lékařů

Zástupci VZP informovali o způsobu výplaty a způsobu výpočtu mimořádné úhrady praktickým lékařům pro děti a dorost a to podle následujících zásad:

1. Bonifikace zařízením, která školí praktické lékaře

VZP má k dispozici seznam 84 školících zařízení praktických lékařů pro děti a dorost. Těmto zařízením bude vyplacena jednorázová bonifikace na základě počtu u nich registrovaných jednicových pojištěnců ke konci 2. čtvrtletí 2007. Tento počet bude násoben 12ti pro přepočtení na celý rok. Výše bonifikace bude 2,0 Kč na takto vypočtený počet jednicových pojištěnců VZP.

2. Bonifikace za prevenci a očkování – „dobrá praxe“

Výpočet této bonifikace bude vycházet ze standardně zjištěné bonifikace „dobré praxe“ podle platné metodiky sečtené za obě pololetí roku 2006 a násobené koeficientem 5,0. Výše bonifikace „dobré praxe“ vychází u praktických lékařů pro děti z počtu vykázaných preventivních prohlídek a dostupnosti zařízení pro registrované pojištěnce.

3. Bonifikace podle rozsahu péče o pojištěnce VZP

Výše bonifikace bude stanovena na základě počtu registrovaných pojištěnců VZP ke konci 2. čtvrtletí 2007 s porovnáním ke konci 2. čtvrtletí 2006. Výše vypočtené bonifikace bude následně upravena podle meziročního nárůstu případně poklesu registrovaných pojištěnců VZP.

VZP připraví informaci o výši jednotlivých bonifikací formou dopisu ZZ a to ve druhé polovině listopadu 2007, aby výplata mohla proběhnout do konce roku 2007.

■ II. Způsob a výše bonifikací v roce 2008

Zástupci SPLDD byli informováni, že s ohledem na to, že není známo znění úhradové vyhlášky

MZ pro rok 2008 ani to v jaké podobě bude schválen Zdravotně pojistný plán VZP pro rok 2008, není možné dát konkrétní odpověď na bonifikace v roce 2008.

■ III. Změna metodiky vykazování v souvislosti s legislativními změnami od ledna 2008

Zástupci SPLDD seznámili VZP se svými výhradami k placení poplatků za návštěvu ordinace, pohotovostní služby a předpis léků. VZP vnímá problémy poskytovatelů. Podle stanovené metodiky MZ bude připravena k 1. lednu 2008 k evidenci a kontrole výběru těchto poplatků.

■ IV. Připomínky k uzavírání nových typových smluv

Zástupci VZP informovali SPLDD, že ve vnitřním pokynu VZP byla vypuštěna podmínka určitého počtu registrovaných pojištěnců pro uzavření nové typové smlouvy. Bylo také dojednáno, že dolní hranice kapacity ordinace hrazeného v režimu KKVP může být 0,8.

Zapsal: MUDr. Pokorný

Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování českého zdravotnictví

Klíčové otázky pro veřejnou diskusi

V následujícím textu se můžete seznámit se základním zadáním projektu tzv. Kulatého stolu k budoucnosti financování českého zdravotnictví. Jde o širokou diskusi, do které se zapojilo i naše Sdružení. Uvítáme, pokud budete mít zájem odpovědět na některé z níže uvedených otázek. Své představy v takovém případě zašlete na adresu redakce časopisu.

Třicet otázek zaměřených na zmapování názorů o stavu českého zdravotnictví. To je výsledek práce expertů parlamentních stran, které jsou předkládány k veřejné diskusi. Výsledky veřejné diskuse a podrobnější analýza a prognóza jednotlivých témat bude tvořit základ připravované Zprávy o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v České republice, která by měla identifikovat dlouhodobé problémy našeho zdravotnictví. Fakta o českém zdravotnictví jsou k dispozici na webových stránkách:

<http://www.kulatystul.cz/cs/node/103>.

Na základě politického zadání byla mezi těmito okruhy identifikována prioritní témata pro řešení v rámci projektu Kulatého stolu k budoucnosti financování českého zdravotnictví. Prioritními tématy jsou otázky finančních dopadů související s demografickými prognózami a stárnutím populace a samotné téma finančních toků ve zdravotnictví (zejména pak problematika finančních zdrojů, jejich proporcionalita a udržitelnosti a efektivity současné organizace

veřejného zdravotního pojištění). V neposlední řadě je prioritním tématem pro projekt také oblast zdravotně-sociální (dlouhodobé) péče. Veřejná diskuse je určena především odborným organizacím jako jsou zástupci pacientů, zdravotnických profesionálů či představitelů zdravotních pojišťoven, k materiálům se však může vyjádřit také široká veřejnost. I když lze na většinu otázek odpovědět jednoduchým ano nebo ne, je žádoucí podrobnější vysvětlení jednotlivých názorů.



Autoři projektu Kulatý stůl předem děkují za spolupráci, která, jak doufají, pozitivně ovlivní přemýšlení o budoucnosti financování českého zdravotnictví. Současně si dovoluují informovat, že hledáním odpovědí na uvedené otázky a detailnější hloubkovou analýzou příslušných témat se bude zabývat Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v České republice.

■ Otázky pro diskusi:

Populace, její zdraví a proměny

Zdraví populace

1. Existují v ČR závažné problémy ve struktuře nemocí a zdraví populace? Jaký je dopad těchto problémů na financování zdravotnictví?

Demografický vývoj populace

2. Může demografický vývoj ohrozit udržitelnost financování zdravotnictví v ČR?

Finanční toky ve zdravotnictví

Zdroje financování

3. Odpovídají peněžní prostředky ve zdravotnictví potřebě zdravotní péče?

4. Je financování zdravotních služeb v současném rozsahu udržitelné? Za jakých podmínek je udržitelné dlouhodobě?

5. Je struktura zdrojů (včetně spoluúčasti pacientů) odpovídající?

6. Je platba státu adekvátní?

Výdaje

7. Je struktura výdajů odpovídající?

8. Jsou úhradové a motivační mechanismy odpovídající?

9. Jsou kontrolní a regulační mechanismy optimální?

Bilance veřejného zdravotního pojištění

10. Je současný model 100% přerozdělení pojistného dostatečně a správně motivující?

11. Je hospodaření pojišťoven udržitelné?

Zdravotní péče, její struktura a organizace

Struktura zdravotní péče

12. Odpovídá struktura spotřebované péče potřebě zdravotní péče?

13. Je zdravotnický systém připraven na mimořádné stavy?

Lidské zdroje ve zdravotnictví

14. Má ČR odpovídající strukturu zdravotnického personálu?

15. Je správně nastaven systém vzdělávání pregraduálního, postgraduálního a celoživotního?

16. Dokáže se systém vyrovnat se stávajícím a dále hrozícím nedostatkem lékařů v některých oborech?

Léky a zdravotnické prostředky

17. Je preskripce léků a využívání zdravotnických prostředků v ČR racionální? Je zabezpečeno správné užívání a kombinování léků?

Zdravotnické technologie

18. Existuje v ČR přístup k novým technologiím?

19. Jsou dostatečně využívány informační technologie?

Výsledky a podmínky zdravotní péče

Dostupnost

20. Je zdravotní péče v ČR dostupná?

21. Je síť zdravotnických zařízení v ČR optimální?

Kvalita

22. Je zdravotní péče v ČR kvalitní?

23. Jsou systémy vyhodnocení kvality a bezpečnosti poskytované péče optimální?

Etika

24. Je ve zdravotnictví přítomna korupce?

Efektivita

25. Je zdravotnictví efektivní?

Prostředí a vazby k jiným systémům

Dlouhodobá (ošetřovatelská, zdravotně-sociální) péče

26. Je oddělené postavení sociálních služeb a zdravotní péče problémem? Je dobře nastaven systém financování ošetřovatelské péče?

Životní prostředí

27. Jsou dostatečně regulovány externality znečišťování životního prostředí ve vazbě na zdraví veřejnosti?

Doprava

28. Je dostatečně řešena otázka bezpečnosti dopravy?

29. Je relace mezi úrazovým a zdravotním pojištěním optimální?

Ostatní systémy

30. Je potřeba realizovat změny v dalších systémech ovlivňujících zdraví populace?

Pro VOX PEDIATRIAE

zpracoval MUDr. Pavel Neugebauer

TERMÍNOVÝ KALENDÁŘ SPLDD a OSPDL NA ROK 2008

poř.č.	Region	akce	datum	místo
	Celorepubliková	Kongres Primární péče	29.2.-1.3.2008	Praha, Hotel TOP
1	Jihomoravský	Vzdělávací seminář	23.2.2008	Brno
2	Západočeský	Vzdělávací seminář	8.3.2008	Plzeň
3	Středočeský + Praha	Vzdělávací seminář	15.3.2008	Praha, Hotel Krystal
4	Jihočeský	konference SPLDD	15.3.2008	Tábor, hotel Kapitán
5	Severočeský	konference SPLDD	29.3.2008	Liberec
6	Středočeský + Praha	konference SPLDD	3.4.2008	Praha
7	Jihomoravský	konference SPLDD	5.4.2008	Brno
8	Severomoravský	konference SPLDD + Vzdělávací seminář	12.-13.4.2008	Opava, Aula Slezské univerzity
9	Východočeský	konference SPLDD + Vzdělávací seminář	18.-19.4.2008	Hotel Jezerka, Seč
10	Jihočeský	Vzdělávací seminář	19.4.2008	Hluboká nad Vltavou
11	Západočeský	konference SPLDD	26.-27.4.2008	Hotel Hubert, Karlovy Vary
12	Severočeský	Vzdělávací seminář	24.5.2008	Děčín, Hotel Česká Koruna
13	Celorepubliková	Sněm	16.-18.5.2008	Harrachov
14	Celorepubliková	Školitelé	13.-15.6.2008	Seč, hotel Jezerka
15	Jihomoravský	Vzdělávací seminář	11.10.2008	Brno, Kongresové centrum
16	Severomoravský	Vzdělávací seminář	18.10.2008	Ostrava, Hotel Imperial
17	Středočeský + Praha	Vzdělávací seminář	18.10.2008	Praha, Hotel Krystal
18	Jihočeský	Vzdělávací seminář	25.10.2008	Hluboká nad Vltavou
19	Celorepubliková	Konference	1.11.2008	Praha
20	Severočeský	Vzdělávací seminář	8.11.2008	Děčín, Hotel Česká Koruna
21	Východočeský	Vzdělávací seminář	15.11.2008	Hradec Králové
22	Západočeský	Vzdělávací seminář	22.11.2008	Plzeň, Šafránkův pavilon



Usnesení celostátní konference SPLDD ČR

konané dne 27. 10. 2007 v Brně

■ Konference zvolila:

- Návrhovou komisi ve složení: MUDr. Hüleová, MUDr. Kotowská, MUDr. Kuběnová, MUDr. Nulíčková, MUDr. Verdánová, MUDr. Hrunka, MUDr. Kozderka, MUDr. Němeček, MUDr. Jiří Soukup.
- Mandátovou komisi ve složení: MUDr. Křivská, MUDr. Petrtylová, MUDr. Růžková, MUDr. Hejl.

■ Konference vzala na vědomí:

- Zprávu předsedy o činnosti za uplynulé období.
- Zprávu pokladní SPLDD o hospodaření za rok 2006 a o průběžném čerpání rozpočtu v roce 2007.
- Zprávu předsedy revizní komise.
- Zprávu předsedkyně OSPDL o zásobování vakcínami.
- Vystoupení zástupců ZP, MZ ČR, SAS, SPL Zlínského kraje.

■ Konference schvaluje:

- Návrh rozpočtu na rok 2008.

■ Konference doporučuje:

- Členům SPLDD připojit se k podání žalob proti VZP za uplatnění vratek za 1. pololetí roku 2006.
- Členům nepodepisovat typové smlouvy pro rok 2008 se ZP, se kterými nebyla dosud typová smlouva projednána.

■ Konference ukládá:

- Výkonnému výboru usilovat o zakotvení primární péče v oboru PLDD do připravovaného zákona o zdravotních službách.
- Výkonnému výboru pokračovat v intenzivních jednáních o nárůstu úhrad od ZP v roce



2007 a 2008, přibližujících se částce 55,- Kč/kapitace a 1,10 Kč/bod.

- Výkonnému výboru pokračovat v jednání se ZP o typových smlouvách.
- Výkonnému výboru jednat se ZP a MZ ČR o rozšíření možností rychlé diagnostiky v ambulančních PLDD.
- Výkonnému výboru hájit profesní zájmy PLDD při jednání s MZ ČR na dalších krocích probíhající reformy a snažit se vytvářet prostor pro tato jednání.
- Výkonnému výboru jednat o prolomení věkové hranice 19-ti let pro obor PLDD.
- Výkonnému výboru pokračovat v podání ústavní stížnosti na vyhlášku 619/2006.
- Výkonnému výboru prosazovat změny v souborech výkonů odbornosti 002 (kapitační, mimokapitační).
- Výkonnému výboru vypracovat doporučení k ochraně našich ambulancí před rozvojem ambulantních řetězců.
- Výkonnému výboru zahájit jednání s komerčními pojišťovnami nad vznikem pojišťovacího produktu, který by chránil naše ambulance před hrozícím finančním postihem v případě soudního sporu.
- Výkonnému výboru pokračovat v řešení

právní problematiky sporu s VZP a event. dalšími ZP - vratky za 1. pololetí roku 2006.

- Výkonnému výboru řešit problematiku dopadu výběru regulačních poplatků PLDD v oblasti s vysokým výskytem zákonných výjimek.
- Předsednictvu vyčlenit prostředky z fondu právní ochrany na úhradu soudních nákladů spojených s žalobami, v případě přečerpání částky vyčleněné v rozpočtu na tento účel ukládá konference předsednictvu hledat zdroje na pokrytí těchto nákladů ve spolupráci centra s regiony.
- Regionálním zástupcům zmapovat praxe, kde bonifikace za rok 2007 nedosáhla výše vratek za 1. pololetí roku za rok 2006.
- Regionálním předsedům řešit problematiku neplaticů členských příspěvků ve svém regionu.
- Členům, kteří se přihlásili do průzkumu ekonomické nákladovosti praxí PLDD a zatím nepředali podklady ze svých ambulancí analytické komisi, aby tak neprodleně učinili.

■ Konference vyzývá:

- MZ ČR k uvolnění dostatečných finančních prostředků na získání specializované způsobilosti v oboru PLDD.

■ Konference se zúčastnilo:

- 162 mandátů.
- 10 členů předsednictva.
- 30 členů SPLDD bez hlasovacího práva.
- 10 hostů.
- Konference byla po celou dobu jednání usnášeníschopná.

Usnesení zapsal MUDr. Jan Němeček

Konec svobodných praktických lékařů v Čechách

MUDr. Ing. Petr Bouzek

praktický lékař, člen SPL, SVL a občanského sdružení Praktik.cz

Praktičtí lékaři spolu se zubaři, dětskými psychiatry a ještě několika dalšími odbornostmi patří k pomalu vymírajícím lékařským druhům

Svůj podíl viny na tom má jednání ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven a bohužel i nejednání představitelů Sdružení praktických lékařů. Od vedoucích činitelů

jakékoli profesní skupiny se celkem pochopitelně očekává, že se za její zájmy budou angažovat. Podívejme se například na stomatology nebo farmaceuty. Představitelé

praktických lékařů ze SPL to asi vidí jinak.

Na posledním jednání mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami se tito funkcionáři dohodli na kapitační

Nutricia - Hami IMF



platbě 44 korun a výkonové platbě 1 koruna, ačkoli sami spočítali již před dvěma lety, že kapitace musí být minimálně 55 korun a výkonová platba 1 koruna 10 haléřů. Jen díky tomu, že dohodu napadli ambulantní specialisté, neplatí.

Bylo by zajímavé znát pravdu o tom, co nutilo šéfy SPL uzavřít dohodu za každou cenu, a to i v případě, že je zjevně nevýhodná a že k ní nemají mandát. Tento způsob jednání je bohužel v rámci sdružení spíše pravidlem než výjimkou. Buď představitelé praktických lékařů neumí počítat, nebo jim samotným taková dohoda vyhovuje. Asi mají jiné příjmy a potřebují si udržet svá funkcionářská místa. Možná plní stranické zadání. Můžeme jen spekulovat, pravdu neznáme.

■ Příklad za všechny

Jedná se samozřejmě o modelovou situaci. Představme si lékaře, který odchází do penze. Do svých 40 let pracoval v nemocnici na interním oddělení. Aby uživil rodinu, sloužil o víkendech a také na RZP, poté si odkoupil praxi PL. Tam musel 20 let sedět na dvou židlích, tedy na jedné straně jako lékař s veškerou medicínskou odpovědností a na druhé jako podnikatel s veškerou odpovědností manažera.

Prožil v životě hodně, je unavený a rozhodl se ukončit svoji praxi v šedesáti. Myslí, že vykonával těžkou a odpovědnou práci, nechce v důchodu přežívat jako sociální případ, ale chce mít důstojný příjem. Stanovil ho na 30 tisíc korun měsíčně. Jeho důchod od státu včetně penzijního připojištění činí 8 tisíc Kč. Musí tedy prodejem praxe dorovnat měsíční příjem na 22 tisíc korun.

Předpokládáme-li, že tu bude do osmdesáti let, musí si uložit na účet peníze, ze kterých bude každý měsíc odebírat částku 22 tisíc korun. Tato suma tak musí být ve výši 5 280 000 korun. Lékař si hodlá do důchodu koupit nové auto, své poslední v životě, za 400 tisíc korun. Služební auto odprodá spolu s praxí. Náklady s ukončením praxe, vyplacení odchodného sestře, doplacení daní, zdravotního a sociálního pojištění a úprava ordinace před prodejem jej vyjde zhruba na 100 tisíc korun. Zamýšlí tedy svoji zavedenou praxi nabízet k odprodeji za 5 780 000 korun.

Praxi od něj kupuje mladý kolega, kterému je 35 let, má dvě děti a jeho manželka, učitelka základní školy, je nyní na mateřské dovolené. Musel si zaplatit získání atestace z praktického lékařství a jako sekundární lékař na neurologii si nic nenašetřil. Celou částku na odkoupení ambulance si tedy půjčuje od banky. Při úroku 4 %, což je ta lepší

varianta, bude muset za praxi zaplatit přibližně 6 011 000 korun.

Pokud se rozhodne, že úvěr splatí za sedm let, musí každý měsíc na splacení úvěru s úroky vydělat 71 560 korun. Běžný osobní příjem lékaře ve vyspělých zemích se běžně pohybuje ve výši trojnásobku průměrné mzdy, lékařův osobní příjem by tedy měl být 60 tisíc korun. Tento lékař však bude sedm let splácet ambulanci a jeho osobní příjem bude muset být nižší, řekněme 30 tisíc korun.

Podle výpočtů, které byly provedeny na půdě sdružení Praktik.cz, jsou provozní náklady průměrné ordinace 90 tisíc korun měsíčně. I když lékař koupil ordinaci v dobrém stavu, není myslitelné, aby do ní po dobu sedmi let neinvestoval; předpokládejme průměrně 3 tisíce korun měsíčně. Aby jeho praxe vyhověla výše popsaným zadáním, musí být měsíční příjem praxe celkem 194 650 korun.

■ Moje ambulance na překlenutí

Pokud by platila dohoda uzavřená mezi představiteli SPL a zástupci zdravotních pojišťoven, je vypočítáno, že by průměrná praxe praktického lékaře měla příjem cca 130 tisíc korun. Takže zde máme zhruba 65 tisíc korun minus každý měsíc; za rok propad do červených čísel ve výši 780 tisíc korun. Paradoxem podnikání praktického lékaře je, že jeho náklady určuje trh, ale výnosy úředník zdravotní pojišťovny nebo ministerstva zdravotnictví. Takže je to takový podivný polotrh hybrid. Příjmy praktického lékaře jsou dané direktivně, prodej lékařské ordinace je dnes černým trhem bez jasných pravidel.

Nikdo dnes přesně neví, jakou má průměrná lékařská ordinace tržní cenu, víme však, že zdravotnický velkopodnikatel MUDr. Potysz ji odkupuje za 300 tisíc korun. Pokud jsou lékaři ochotni za tuto cenu své praxe prodat, můžeme částku považovat za současnou tržní cenu. Pokud dosadíme 300 tisíc do naší modelové situace, přilepší si odcházející lékař ke svému státnímu důchodu měsíčně částkou 1250 korun.

To ovšem v případě, že nebude vyplácet odchodné sestře a nebude mít výdaje s prodejem praxe. Jinak na tom bude hůř. Nový lékař na tom sice bude lépe, i s úroky zaplatí za praxi 312 tisíc korun, a ponechá-li si měsíční osobní plat 30 tisíc korun (a bude zároveň sedm let splácet a také něco investovat), musí jeho praxe vyprodukovat výnos kolem 100 tisíc korun měsíčně.

A to je současná tragická realita. Lékař podnikatel má menší osobní příjem než lékař-zaměstnanec. Nejvíce bití na tom budou staří

praktičtí lékaři, kteří ze všech svých sil setravávají ve svých ordinacích. Ale jednou budou muset skončit a vzhledem k tomu, že dr. Potysz zřejmě nevykoupí všechny praxe, třeba nebudou moci nikomu svoji praxi odprodat a nebudou mít ani ten „tác“ měsíčně k důchodu.

Část lékařů se na čas zachrání tím, že se stane zaměstnanci projektu „Moje ambulance“. Na nějakou dobu to překlenou a budou užívat zaměstnaneckých výhod. Co ale budou dělat, až dostanou výpověď v situaci, kdy už bude zdravotnictví vysáté a projekt ztratí své podnikatelské opodstatnění? Ministr zdravotnictví je členem strany, která se vydává za ekonomicky liberální.

Jeden by tedy očekával pochopení pro to, že soukromník musí mít příjmy vyšší než výdaje, jinak končí. Nejsme ve válečném stavu a stát nemůže nikomu rozkazovat, aby plnil všeobecně prospěšné úkoly na svůj náklad. Jenže jednání současného ministra straní finančním monopolům ve zdravotnictví a vůči samostatně podnikajícím lékařům, a to nejenom praktickým, je nepřátelské.

■ Ovce nedokáží vyhnat řezníka

Úhrady nyní určí sám veliký ministr. Tiskový mluvčí už avizoval, že nedá více, než bylo dohodnuto, a v lepším případě bude respektovat onu špatnou dohodu mezi SPL a zdravotními pojišťovnami. Zřejmě bude muset, praktičtí lékaři by v případě ještě menších úhrad jistě vstoupili do celostátních protestních akcí a tentokrát pravděpodobně již ne jen demonstrativních.

Ale protože se počet praktických lékařů, kteří se učí ekonomicky myslet, stále zvětšuje, dá se předpokládat, že ani výsledek 44/1,00 nepřijmou všichni praktičtí lékaři odevzdaně a stejně budou protestovat. Jediné, co by přineslo jistý klid, je dodržení původního návrhu, a to 55/1,10. V tanci miliard, které protékají zdravotnictvím, je to směšná částka a zdravotní pojišťovny lžou, když tvrdí, že by je to nějak významně poškodilo.

Praktičtí lékaři se chovají jako ty ovce ze známé Ezopovy bajky. Řezník přichází každý den a jednu z ovcí podřízne. Ovce, které ten den vyvázy, jsou rády a vůbec si neuvědomují, že jednou dojde i na ně. Nedokáží pochopit, že kdyby se sjednotily, řezníka vyženou. Každý den řezník podřízne jednu ovci, až zlikviduje celé stádo. A tak jednou skončí, s trochou nadsázky, i svobodní praktičtí lékaři v Čechách.

■
Převzato ze ZdN



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Dotační projekt pro vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost:


Od 1.1.2008 bude umožněno konkrétním pracovištím, které si požádají do 30.11.2007, zaměstnat PLDD v přípravě. Tato pracoviště získají tedy finanční prostředky od MZČR proto, aby zcela legálně mohla zaměstnat lékaře, kteří chtějí v budoucnu pracovat v primární péči. Někteří tito kolegové byli v mnoha případech dosud zařazeni do oboru Dětské lékařství, protože často toto zařazení bylo podmínkou přijetí na konkrétní pracoviště lůžkového typu. Nyní ve spolupráci s regionálními zástupci SPLDD mapujeme situaci v počtu požadovaných míst na jednotlivá pracoviště v regionech. V první fázi se bude jednat o pracovní místa, která vzniknou při lůžkových zařízeních. V případě jejich nedostatku lze očekávat, že bude vypsáno i další kolo, kde bude možné, aby o dotační projekt požádala i konkrétní akreditovaná ordinace PLDD.

Ve spolupráci s příslušnými zdravotními rady se snažíme nabídnout tuto možnost dostatečnému množství kolegů tak, aby v budoucnu bylo komu přenechat naše praxe. U našich budoucích kolegů, kteří jsou zařazeni do přípravy v oboru Dětské lékařství a projeví zájem o dotační program PLDD, bude požadována změna zařazení, v úvodu alespoň kopie odeslané žádosti. Z hlediska počtu ordinací PLDD - 2200 v ČR a řádově stovky míst na lůžkových odděleních je nutné, aby i budoucí směrování kolegů do primární péče se zvýšilo. Tomuto má napomoci dotační program. V příštím roce, kdy od 1.1.2008 budou schváleny nové náplně oboru PLDD a Dětského lékařství očekáváme domluvu, jakým způsobem budou vzájemně uznávány případné změny kvalifikace tak, abychom respektovali odlišnosti náplní, ale umožnili za předem definovaných podmínek změnu zařazení i po složení atestace.

■ Předoperační vyšetření:

Od doby zveřejnění doporučení pro provádění předoperačních vyšetření se nám všem podařilo eliminovat zbytečné a neodůvodněné odběry. V mnoha případech jsme překvapeni tím, jak automaticky se odběry zaškrtovaly, často jsme tedy v boji nečekaně úspěšní. V některých případech pouze soustavnou prací nás všech a větším důrazem na popis anamnestických údajů se podaří situaci zlepšit. Nelze zastírat dosud trvající neúspěchy zaviněné někdy i motivací k provádění zbytečných odběrů z ekonomických důvodů (nechci zmiňovat konkrétní laboratoř, kde byla odebrána 16-ti letá dívka před extrakcí chrupu následujícím způsobem přes nesouhlas své registrující lékařky: Ko + diff, FW, kompletní biochemie, JT, hemokoagulace, HIV, HbsAg, BWR, M+S). Nelze očekávat, že ve všech případech se situace změní ze dne na den, ale důležité je, že se daří stále zlepšovat vzájemnou spolupráci a chápání nezbytnosti rozsahu požadovaných odběrů.

Zatím jediný skutečný problém, který se opakoval, nastával v komunikaci s ORL pracovišti před prováděnou adenotomií. Na konkrétní dotazy jsme odpovídali v souladu s doporučením, že v odůvodněných případech je případně vhodné provedení laboratorních vyšetření (hemokoagulace, krevní obraz) z důvodů možné krevní ztráty ke které u tohoto výkonu v některých případech může docházet, případných komplikací spojených s krvácením. Stejně tak v některých případech u opakovaných infekcí případně u chronických pacientů se lékař v rámci předoperačního vyšetření rozhodne doplnit vyšetření zánětlivých markerů. To vše je v souladu s doporučeními a rozhodně to nikterak nesnižuje náš úspěch, kterého jsme v této oblasti dosáhli. Z tohoto důvodu si dovolueme zveřejnit stanovisko, které bylo odesláno v reakci na žádost konkrétního ORL pracoviště a které je plně v souladu s výše uvedeným textem. V uvedených případech doporučujeme vzájemnou domluvu.



Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
IČO: 00064173
Klinika anesteziologie a resuscitace
prim. MUDr. Jan Šturma, CSc.
zástupce přednosta pro LPP
tel.: 26716 3327, fax: 26716 3125, e-mail: sturma@fnkv.cz

Vážený pan
Doc. MUDr. Aleš Hahn, Dr.med., CSc.
přednosta ORL kliniky FNKV
zde

Datum: 17.10.2007

Věc: předoperační vyšetření dětského pacienta

Vážený pane docente,

k Vašemu dopisu ze dne 11.10.2007 ve věci předoperačního vyšetření dětského pacienta před operačním výkonem v celkové anestézii sděluji:

Citovaný „Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operací i neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče (tzv. předanestetické vyšetření prováděné anesteziologem)“ jehož doplňkem je „Vyšetření dětského pacienta před výkonem v celkové anestézii“ byl vydán po pečlivé přípravě a v souladu s doporučeními akceptovanými v medicínsky vyspělých zemích (GB, USA). Navíc toto doporučení se týká předanestetického vyšetření prováděného anesteziologem, který uvedený požadavek vztahuje k perioperační anesteziologické péči. Nikterak tedy toto doporučení nekráčí odborníky jakéhokoliv operačního oboru k požadování indikovaných doplňkových vyšetření ať laboratorních či zobrazovacích. Za indikovaná vyšetření jsou považována ta, jejichž výsledek má jednoznačný dopad na operační či anesteziologický postup. Neindikovaná a skriningová vyšetření nejsou obecně doporučována a vyžadována (snad s výjimkou gravitestu u žen ve fertilním věku a chemickém vyšetření moči). EKG je v ČR plošně doporučováno u všech operantů nad 40 let věku, ani tento požadavek však není v evropských zemích a USA kladen.

K definici pojmu ASA 1, 2.

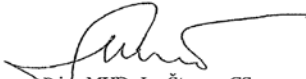
Do kategorie ASA 1 jsou zařazeni pacienti bez jakéhokoliv komplikujícího onemocnění, tedy u nichž nebylo na základě klinického vyšetření shledáno jakékoliv komplikující onemocnění. Pacienti kategorie ASA 2 jsou pacienti s nezávažným komplikujícím onemocněním, které je nelimituje v běžných aktivitách.

Tonsillektomie a adenotomie jsou řazeny mezi výkony spojené se střední operační zátěží jako je inkuinální kýla, operace pro varixy dolních končetin, arioskopie.

Např. NICE (National Institute for Clinical Excellence) ve svých Clinical Guideline 3 z června 2003 se vyjadřuje k „Provádění rutinních předoperačních testů pro plánované operační výkony“ a pro věkovou kategorii dětí ve věku 0 – 16 let při malé nebo střední operační zátěži a kategorizaci ASA 1 nedoporučuje naprosto žádná pomocná laboratorní ani zobrazovací vyšetření. U kategorie ASA 2 ponechává na praktickém lékaři, operátorovi i anesteziologovi, jaká vyšetření, avšak indikovaná, nikoliv skriningová, bude vyžadovat.

Je jistě nepochybné, že adenotomie i tonsillektomie jsou výkony velmi delikátní a prováděné ve velmi exponované oblasti. Pokud odborná společnost ORL ze svého pohledu vysloví a racionálně zdůvodní požadavek na provádění skriningového plošného hemokoagulačního vyšetření v jakémkoliv rozsahu (od APTT až po komplexní hemokoagulaci) před těmito výkony, jistě tento požadavek akceptují i pediatři. Ve vztahu k anesteziologické péči však není ani u dětských pacientů hemokoagulační vyšetření u pacientů kategorie ASA1 a pacientů ASA 2 bez anamnestických a klinických známek zvýšené krvácivosti indikováno.

Se srdečným pozdravem



Prim. MUDr. Jan Šturma, CSc.
KAR FNKV
místopředseda ČSARIM

Příloha:
NICE Guideline – Preoperative tests
AAGBI doporučení pro předoperační vyšetření



18. výroční kongres Evropské společnosti pro ambulantní pediatrii SEPA

Budapest 26.-27.10.2007

V říjnu proběhl 18. výroční kongres SEPA za účasti našich zástupců. Současně proběhl 13. kongres maďarské primární pediatrické péče. Hlavní myšlenkou zasedání SEPA bylo konstatování: „Děti jsou budoucností společnosti a tato budoucnost začíná již dnes“. Byla diskutována dnešní podoba primární péče v Evropě a její budoucnost se stávajícími problémy – generační výměna, feminizace oboru a snahy ze strany praktických lékařů pro dospělé převzít péči o dětskou populaci do svých rukou v některých krajích, problém postgraduálního vzdělávání.

Program Maďarského kongresu primární péče byl rozdělený do několika sekcí: Mění se a vyvíjí se primární péče v Evropě ve 21. století, Očkování - nová očkování ve vakcinačních programech, Bezpečné dětství - zdravá dospělost - problematika dětské úrazovosti, Pediatrická péče o děti národnostních menšin - hlavně romská problematika, Rodinný lékař versus dětský lékař - otázka ukazatelů kvality péče poskytované rodinným a dětským lékařem.


Do posterové prezentace jsme přihlásili poster na téma „Primární pediatrická péče v České republice“.

Autorů: H. Cabrnová, P. Neugebauer, G. Kubátová, N. Szitányi. Prezentace se setkala s velkým zájmem ze strany účastníků kongresu.

MUDr. Gabriela Kubátová
vedoucí Zahraniční komise SPLDD ČR

PRIMARY PAEDIATRIC CARE IN THE CZECH REPUBLIC


Cabrnová H.^{1,2}, Neugebauer P.², Kubátová G.², Szitányi N.²
1. Society for Primary Paediatric Care (Czech Medical Association)
2. Association for Primary Paediatric Care, Czech Republic



THE AIM OF THE STUDY
The aim is to present and advocate the advantages of pure paediatric systems in primary paediatric care and to show some of the health indicators influenced by primary care given by paediatricians.

ORGANISATION OF PRIMARY CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENT
The primary health care for children and adolescents is provided by primary paediatricians (0-19 years) and by general practitioners (14-19 years). Primary care paediatricians provide first home visit within 48 hours after discharge from the neonatology. After the registration the patient paediatricians provide regular preventive checkups according to the Unified System of Preventive Checkups (9 checkups in the first year of life, 2 checkups in second year of life and 1 every two years till the age of 19 with solving an age-specific problems). Prevention includes also vaccination and chronic disease..... Primary paediatric care is 100% covered by health insurance system.

DEMOGRAPHY OF CZECH REPUBLIC
Population 10 287 169
Population density 129 per sq km
Neonatal mortality rate 2.3
Infant mortality rate 3.3
Life expectancy at birth - male 73.7
Life expectancy at birth - female 79.7
Children and adolescents 2 130 700



Statistic data about GPP in 2006
• 2 281 primary care paediatricians (GPP)
• 9-11 GPP per 10 000 inhabitants up to 19 years
• 850 registered patients per 1 GPP

Paediatric postgraduate education
2004 – the new system of postgraduate education on primary paediatrics was established
Basic paediatric training (common trunk) 3 years
Special paediatric training in primary paediatrics and border specialisations 2 years

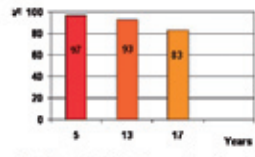


Fig. 4: Proportion of children, who underwent Unified system of preventive check ups
Procházka, 2007

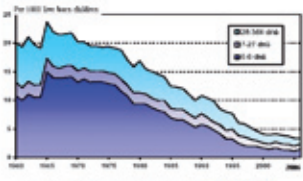


Fig. 1: Infant and Neonatal Mortality rate 2006 (CZIL, 2006)

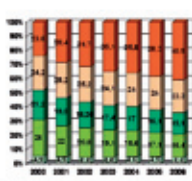


Fig. 2: Breastfeeding in Czech Republic 2006 (CZIL, 2006)

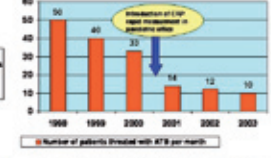


Fig. 3: ATB prescription in bronchitis etc. in GPP office (Havens, 2007)

DISCUSSION
The Effectiveness of primary care by GPPs
• First home visit within 48 hours after discharge from maternity clinic
• 98% children registered
• 90-95% children underwent preventive check up (Fig. 4)
• Health indicators:
Low infant mortality rate – 3.3% (Fig. 1)
High rate of breastfeeding – 40% in 6 months (Fig. 2)
Low use of antibiotics (Fig. 3)
Low number of hospitalized children
High vaccination coverage (98% DTP, 98.5% BCG, 96.7% MMR, 96.7% Polio)

Problems of Primary Paediatric Care
General on exchange problems
Feminisation (79% women)
Lack of interest of young doctors because of low financial payment

PROBLEM SOLVING
• Special Residency projects for new GPP offices
• Upgrade of the competencies of GPP in the rapid diagnostic and prescription
• The financial support for GPPs in the next future guaranteed by the insurance companies and the government
• Transfer of the financial sources to the out-patient primary care budget
• The reforms of the primary health care system with financial participation of patient

CONCLUSIONS
Authors advocate on
• the pure paediatric primary care system
• the Unified System of Preventive Check ups
• the postgraduate education not only hospital based, but in primary paediatrics

The preventive care according the codified system provided by paediatrician educated in primary paediatrics and traditionally high rate of realised preventive check ups guarantee the benefit on health indicators (breastfeeding, vitamin D, vaccination rate, early detection of chronic diseases, low hospital rate) in the country.
We hope to solve the problems of existing system with the proceedings mentioned above.

1. Society for Primary Paediatric Care (Czech Medical Association)
2. Association for Primary Paediatric Care, Czech Republic
CONTACT: U Janovic 16-18, 100 00 Prague 10, Czech Republic, E: cabrnova@seznam.cz, G: 00420 267 584 063

Program seminářů PLDD - Lékařský dům Praha

3.1. 2007	MUDr. Sausen Sládková	Příčiny respiračních onemocnění, na které málo myslíme
7.2. 2007	MUDr. Magdalena Paulová	Péče o novorozence
6.3. 2007	doc. MUDr. Petr Kučera, Ph.D.	Bodnutí hmyzem
3.4. 2007	Konference SPLDD ČR- region Praha a Středočeský kraj	
5.6. 2007	MUDr. Břetislav Brožek, CSc.	Aktuality z dětské oftalmologie
4.9. 2007	MUDr. Bohumil Seifert	Urgentní medicína dospělých
2.10.2007	MUDr. Markéta Dyrhoňová	Vybrané kapitoly z infekce
6.11.2007	PhDr. Prouzová	Drogová problematika
4.12.2007	MUDr. Vladimír Mixa	Urgentní medicína pro PLDD

Nestlé BEBA BI



Bolesti břicha

– taktika, možnosti a překážky vyšetření z pohledu praktického lékaře pro děti a dorost

MUDr. Petr Karger

praktický lékař pro děti a dorost, Praha

Mezi nejčastější obtíže, které musí denně řešit praktický lékař pro děti a dorost (dále PLDD) patří:

- horečnatý stav
- kašel (spojený s rýmou)
- bolesti břicha
- bolesti hlavy

Teprve na další místa je možné zařadit zažívací obtíže – průjem, zácpa, zvracení, dysurické obtíže, kožní afekce, infekční onemocnění, úrazy atd.

Každý nemusí souhlasit s takto vysokým zařazením bolestí břicha ve škále četnosti výskytu. Patrně většina kolegů však bude zcela jistě souhlasit s tím, že stanovit správnou diagnózu při bolestech břicha patří mnohdy k diagnosticky, časově i finančně nejnáročnějším úkolům PLDD.

■ Taktika

K určení příčiny a charakteru obtíží použijeme postupně **4 diagnostické kroky**.

V **prvním diagnostickém kroku** musí lékař rozhodnout zda dítě **opravdu** bolí břicho nebo zda se jedná pouze o reflexi vzdálených obtíží, ať již fyzických či psychických, do oblasti břicha nebo o vymyšlenou cílenou akci dítěte. To je někdy krok velmi obtížný, ovlivněný úrovní hereckých schopností pacienta, ale především schopnostmi a zkušenostmi lékaře.

Jestliže břicho dítěte prokazatelně bolí, musí lékař v **druhém diagnostickém kroku** zjistit zda se jedná o **náhlou příhodu břišní** (dále NPB) nebo-li zda může ponechat pacienta dále ve své péči, či zda pacient vyžaduje okamžitou chirurgickou či jinou intervenci. Pro své rozhodnutí má PLDD v současné době k dispozici:

1) Pečlivou, racionální, přesnou anamnesu - bolest břicha spojená s úrazem či bez úrazu

2) Klinické vyšetření - při diskuzích s dětskými chirurgy jsme se shodli na tom, že vyšetření per rektum ponecháme chirurgům předpokládáme-li, že budeme žádat chirurgické konsilium.

3) Základní laboratorní vyšetření: CRP či F/W, KO a dif, moč a sed. jaterní testy, sono břicha.

Jestliže klinický náález při vyšetření dítěte

jasně hovoří pro NPB bod 3. nemusíme uplatnit, neboť by se jednalo o zbytečné zdržení před nutným vyšetřením chirurga.

Stejně tak když se nejedná o prudké, akutní bolesti, dítě nemá nauseu, nezvrací, nemá průjem ani subfebrilie, můžeme je kdykoliv zkontrolovat a pečlivou anamnesou s klinickým vyšetřením dospějeme k závěru, že se t.č. nejedná o NPB, nemusíme rovněž bod 3. okamžitě použít ani dále dítě vyšetřovat. Pacienta a jeho rodiče však musíme **poučit** o případném **dalším možném průběhu** obtíží a o příznacích, které by měly být **alarmující** a vyžadovaly by tedy **okamžitou** kontrolu.

Máme-li však jen **stopu** podezření na NPB vyšetření provedeme a zařídíme se dle zhodnocení klinického stavu a výsledku vyšetření. Nemáme-li z jakýchkoliv důvodů možnost doplnujícího vyšetření a máme podezření na NPB, domluvíme **okamžitě** chirurgické konzilium.

Jestliže bolesti břicha jsou opakované, dlouhodobé a klinický stav pacienta s výsledky výše uvedeného spektra vyšetření napoví, že se nejedná o NPB, ponecháme si pacienta ve své péči a přistoupíme k **třetímu diagnostickému kroku** - začneme vyšetřovat, zda příčinou bolestí břicha je **organické** onemocnění nebo zda se jedná o **funkční** bolesti břicha.

V tomto okamžiku se dostáváme na první velice důležitou křižovatku, kdy musíme rozhodnout zdravotní stav dítěte širším pohledem, při kterém budou hrát roli především naše zkušenosti a dále faktory spíše z oblasti sociálního lékařství a psychologie ale i faktory zcela **nemedicinské**.

Těmi prvními je naše dokonalá znalost pacienta, jeho charakteru, rodinného zázemí a především pak důvěra pacienta a jeho rodičů v mé schopnosti a znalosti provázená ochotou přesně spolupracovat při plnění vyšetřovacího a léčebného plánu. Na druhé straně má míra empatie ale i ochota vzít na svá bedra únosnou míru rizika.

Víme, že většina dětí, vyšetřovaných pro bolesti břicha, končí s diagnózou **funkční** bolesti břicha. Není-li tedy klinický stav dítěte alarmující, můžeme podruhé **vyčkat** s dalším

vyšetřováním za předpokladu, že máme dítě dále pod kontrolou. Získaného času využijeme k doplnění anamnézy, upřesnění klinických obtíží pacienta, zhodnocení jejich frekvence, intenzity, charakteru, závislosti na jídle nebo fyzické zátěži a pod. Bolesti břicha mohou v této fázi **ustat** spontánně či pouze úpravou diety, pitného režimu, životosprávy, odpočinkem, odezněním psychického stresu a pod. Neměly tedy zjevně organický podklad a v dané fázi by bylo zbytečné a nevhodné dále vyšetřovat. V diagnostické rozvaze také musíme počítat s tím, především u batolat a předškolních dětí, že veškeré obtíže, i ze vzdálených lokalit jejich těla, velice často centrují do břiška, které je v tomto věku pro děti opravdu pupkem světa. Je tedy samozřejmé, že příčinu bolesti břicha musíme hledat i mimo dutinu břišní.

Máme-li tedy důvod a **právo** vyčkat, využijme ho. V tomto okamžiku totiž vstupuje do hry faktor zcela nemedicinský leč zcela současný a bolestně reálný - faktor **ekonomický**.

Každé vyšetření něco stojí a 10 vyšetření stojí desetkrát více. Je-li v České republice cca 2200 PLDD a u každého se v průběhu dne vyskytne jediný pacient s bolestmi břicha a všichni u svého jediného pacienta vyšetříme zbytečně např. krevní obraz, tak to činí cca 157 000 Kč denně, za pracovní týden je to již 785 000 Kč a za měsíc cca 2 354 000 Kč, za jediný rok pak zbytečně vynaložíme pouze za jediné zbytečně provedené vyšetření 28 248 000 Kč!!! Ekonomický faktor je bezesporu omezující faktor, našťastí však **zatím** není rozhodující. Měl by nás pouze vést k racionálnímu rozhodování co je nezbytně nutné, co snese odklad a co je patrně zbytečné.

Trvají-li však obtíže a klinický stav pacienta není zcela uspokojivý je nutné okamžitě pokračovat v dalším vyšetřování, které by mělo odhalit či vyloučit organický původ obtíží.

Rozšíříme dosavadní laboratorní a pomocná vyšetření o následující:

Krev: glykémie, amyláza, urea, kreatinin, ionty, bilirubin, GMT, alk. fosfatáza, protilátky proti endomyzium, screeningové vyšetření na potravino-

vou alergii - serologické vyšetření na Helicobacter pylori?

Moč: kvantitativní bakteriurie

Stolice: okultní krvácení, parazitologické

Test na malabsorpci laktózy

Vyšetření GER

U dívek rozhodneme o případném gynekologickém vyšetření. U dospívajících pak musíme vést v patrnosti, že i v době rozšířené antikoncepce se můžeme setkat se stavem, který v rámci této úvahy můžeme označit jako NNPB (nepříliš náhlá příhoda břicha = těhotenství).

Paleta uvedených vyšetření je otázkou do diskuze jednak co do obsahu, ale především co do zařazení jednotlivých vyšetření k příslušnému diagnostickému kroku. Je patrně dobré a rozhodně nealibistické rozhodovat se dle sloganu: „co nebudeš léčit, to nevyšetřuj!“ Pak by tomuto diagnostickému kroku nepříslušelo např. serologické vyšetření na Helicobacter pylori nehledě na to, že dáme přednost přímému prokázání bakterie.

Jestliže všechna vyšetření vyjdou negativně a u dítěte převládají klasické klinické příznaky funkčních (recidivujících) bolestí břicha:

- bolest periumbilikálně či ve středním epigastriu
 - bolest nikam nevyzaňuje a má paroxysmální charakter
 - bolest je nezávislá na jídle, stolici, aktivitě dítěte
 - neobjevuje se v noci, nebudí dítě
 - není spojena s teplotou, zvracením, změnou chování, hubnutím
- a rodiče souhlasí** s touto diagnózou, můžeme vyšetření uzavřít již na svém pracovišti.

Jak je vidět znovu zde ale hraje roli důvěra pacienta a jeho rodičů v mé schopnosti a z nich vyplývající rozhodnutí a závěry. Ta se táhne jako zlatá nit celou naší činností. Trvá dlouho než si ji vybudujeme, ale stačí jeden nešetrný okamžik náš či výrok kolegy a můžeme ji ztratit. Snažme se ji proto naopak trvale pěstovat, neboť pro naši práci je životně nutná. S naším pacientem budeme pracovat rok, pět, deset nebo devatenáct let a dobře můžeme pracovat jen v atmosféře oboustranné důvěry.

Souhlas rodičů je velice důležitý ze dvou důvodů:

1) ať chceme či nechceme, v současných podmínkách práce PLDD, kteří jsou v absolutní většině soukromými lékaři, se z pacienta stává **klient**. To s sebou přináší určité změny především v komunikaci s rodiči.

2) Pokud by rodič s naším závěrem nesouhlasil vyhledal by jistě další vyšetření jinde. To mu zcela bez problémů umožňuje současná situace ve zdravotnictví. Tato situace:

- poškozuje pacienta opakovaným, mnohdy zbytečným vyšetřováním
- poškozuje ekonomicky zdravotnictví a především nás
- vytváří napjatou situaci mezi klientem a lékařem.

Ukazuje se, že zavést u nás nějaký model gate keepingu by patrně bylo vhodné. Vraťme se však od ekonomiky k medicíně.

Jestliže se naopak setkáváme s klinickým obrazem, který prakticky **vyklučuje** diagnózu funkční recidivující bolesti břicha:

- dosti přesně lokalizovaná bolest mimo oblast pupku
- vyzařování bolesti
- noční bolest probouzející pacienta
- hubnutí
- zpomalení či zástava růstu

HiPP

Baby
SANFT

Dětská kosmetika HiPP a nejen pro děti ale i dospělé



Všechny produkty obsahují vysoce kvalitní mandlový olej, který je pokožkou výborně snášen.

Všechny produkty jsou vyvinuty s cílem redukovat veškerá rizika vzniku alergií:

- bez minerálních olejů,
- bez aromatických látek, které by mohly vyvolávat alergie,
- bez barviv a vůde, kde to je možné, také bez konzervačních látek,
- bez škodlivých PEG-emulgátorů,
- bez mýdla, jen s obsahem obzvláště jemných mycích substancí,
- snášenlivost pokožkou dermatologicky potvrzena.

Vyvinuto ve spolupráci s dermatology a dětskými lékaři - klinicky testováno.





- bolest břicha spojená se zvracením
- průjem nebo zácpa, stolice s hlenem a krví
- projevy systémového onemocnění- recidivující teploty, artralgie, exantémy
- anemizace
- pozitivní r.a. o vředové chorobě či nespecifickém střevním zánětu a pozitivita některých laboratorních a pomocných vyšetření

Nemáme právo zbytečně vyčkávat a je zcela na místě přistoupit ke **čtvrtému diagnostickému kroku** - požádat o spolupráci odborníka, dětského gastroenterologa, který pak stanoví další diagnostický a případný léčebný postup.

Zde jsme opět u závažné křížovky, kdy se projeví další, velmi důležitý faktor a tím je úzká **kolegiální** spolupráce mezi PLDD a klinickým odborníkem. Z vlastní praxe vím, jak je důležité, aby rodiče viděli, že neposíláme dítě do neznáma. Musí zcela jasně cítit, že PLDD si váží práce svého konkrétního kolegy - odborného lékaře - a naopak. Rodiče musí vidět, že hospitalizací, či předáním k jiné formě dalšího vyšetření, se pacienta **nezbavujeme**. Je proto velice vhodné aktivně sledovat další průběh vyšetřování, při hospitalizaci případně své pacienty navštěvovat a není-li to možné získávat alespoň jiným způsobem informace o průběhu vyšetřování. Neboť stále se jedná o **mého** pacienta, který je jen přechodně v péči kolegy.

Někdy je ještě nutné zařídit psychologické vyšetření. Může být realizováno buď v rámci vlastního pracoviště, nebo později při hospitalizaci dítěte. Vždy však až **po vyloučení** případného organického původu obtíží.

V diagnostické rozvaze dále nesmíme opomenout ani případnou možnost **sebepoškozování** pacienta. Nutno počítat i s příznaky **drogové** závislosti, kde se věková hranice, bohužel, stále snižuje.

Přichází-li pacient do ordinace s bolestmi břicha víme předem, že se patrně bude jednat o vyšetření náročné jak po stránce diferenciální diagnózy, tak po stránce psychologické, časové i finanční. Proto musí probíhat s naprostým soustředěním, rozvahou, za aktivní spolupráce pacienta, resp. jeho rodičů, co nejraciálněji, s maximálním ohledem na vyloučení nepřijemných či bolestivých zákroků, možnosti iatrogeního poškození a s omezením hospitalizace na minimum, především u mladších dětí.

■ Možnosti

Jsem přesvědčen, že za posledních 15 let odborná úroveň PLDD výrazně stoupla a nezáleží, pracuje-li lékař ve velkoměstě či menších

lokalitách. Odborně bychom tedy měli být dobře připraveni na řešení problému bolesti břicha.

Rozdíl už může být ve vybavenosti ordinace. Všichni jsme schopni vyšetřit sedimentaci a orientačně moč chemicky a bakteriologicky. Většina z nás je patrně schopna vyšetřit ve své ordinaci CRP. Pokud tomu tak není, tak se o to musí naše odborná společnost co nejrychleji zasadit. Teoreticky bychom mohli ještě vyšetřit glykemii a nyní i screening potravinové alergie a stolici na okultní krvácení. Budu-li mluvit obecně tak to je vše. Ale pravdou zůstává, že v České republice stále ještě přetrvává - a dle mého názoru je to dobře- poliklinický systém. Zde je většinou komplement, který nám další nezbytné vyšetření zajistí - biochemie, hematologie, mikrobiologie, parasitologie, rtg, ultrazvuk. Laboratoře dnes pracují tak, že pokud nemají sami vyšetření ve svém rejstříku, vědí, které pracoviště je má a relativně rychle jsou schopny je zajistit. Výhodou je i koncentrace odborníků pro některá konzilia.

Pokud však taková možnost neexistuje, pak je třeba se zamyslet co je pro pacienta výhodné. Určitě není výhodné složitě shánět vyšetření po vyšetření mnohdy v odlehlých oblastech jen proto, abych vyšetřil dítě v rámci mého pracoviště. Pak je jistě vhodnější pečlivě zpracovat anamnesu, zajistit základní laboratorní vyšetření a domluvit ambulantní odborné konzilium či hospitalizaci. Ta by ale měla být, pokud možno, **připravená**. To znamená, že oddělení ví s jakým problémem bude dítě přijato, co již má vyšetřeno a může si tak alespoň částečně dopředu naplánovat co a kdy bude dále u dítěte vyšetřovat. Dobrý kontakt s PLDD je nutný pro případné zpětné konzultace či doplnění některých dat. Dítě by tedy nemělo být v nemocnici ani o hodinu déle než je to nezbytně nutné ale hlavně by tam nemělo být **zbytečně** - tím mám na mysli, že by se u dítěte mělo vyšetřit co ještě vyšetřeno **nebylo** a ne opakovat již proběhlá vyšetření.

Protože nejsme velká země a síť poliklinik a dětských oddělení je dosti hustá, nemyslím si, že v dohledné době budeme mít všichni v ordinaci EKG, ultrazvuk a malou laboratoř (i když o tu bych stál, maximálně 6 prvků) Ještě nejsme tak bohatí a považoval bych to za zbytečné. Bude však jistě dobré postupně slučovat naše někdy příliš rozdrobená pracoviště a tam zajistit společně širší vybavení. V současné době by mělo tedy platit: co mohu a jsem schopen **kvalitně a racionálně** zajistit a vyšetřit v rámci svého pracoviště, s přihlédnutím ke klinickému stavu a zatížení pacienta a jeho rodičů, to zajistím. Kde mé realisticky zhodnocené možnosti končí, tam **musím** zajistit další vyšetření na vyšších stupních pediatrické

péče. Snad již opravdu skončila éra praktických lékařů - distributorů, ale současně nevznikla a již nikdy nevznikne éra praktických lékařů-encyklopedistů.

■ Překážky

Není jich mnoho, ale vždy jsou schopny znepříjemnit naši práci.

1) Nedostatek času

Aby PLDD byl schopen kvalitně zajistit chod své soukromé ordinace a současně byl schopen solidně zajistit svoji rodinu, musí pracovat s větším množstvím pacientů, než by bylo optimální a je obvyklé ve vyspělých zemích Evropy. Často se tak dostává do časového i psychologického stresu, který může vést k chybám v rozhodování.

2) Disimulace a únik do choroby

S **disimulací** se často setkáme převážně u dorostenců. Specifickou skupinou jsou zde sportovci, kteří zlehčují nebo zcela zatajují své obtíže, nedodržují léčebný plán neboť se obávají přerušení své sportovní kariéry. Ani se jim nelze divit. Jsou denně všemi médii „masírováni“ v tom smyslu, že existují pouze 2 profese, které zasluhují obdiv - profesionální sportovec a popový zpěvák.

Úniku do choroby využívají spíše děti předškolního a ranně školního věku. Záhy zjistí, že u přísného rodiče neuspějí s kašlem, chtějí-li se ulít za školy, ale i otec kruhas vyměkne, když dítě řekne, že je bolí břicho, případně své tvrzení podpoří trochou ranních zvratků. (na druhé straně je to dobře, že otcové i matky tak reagují!).

Některí „zkušenější“ pacienti dosahují virtuosity v předvádění obtíží a jsou schopni nás určitou dobu, když nic jiného, tak alespoň zdržovat. Proto se vždy snažím se svými pacienty domluvit na fair hře a cítím-li, že si některý žák či student potřebuje odpočinout od některého pedagoga jsem ochoten krátkodobě a jednorázově vypomoci. Obtíže prakticky okamžitě ustávají.

3) Internetoví odborníci

Platilo-li ještě v minulém století, že co Čech, to muzikant, platí dnes co Čech, to podnikatel. Každý podnikatel pracuje s internetem a každý podnikatel nemá čas. Proto, zdá-li se mu náš postup při vyšetřování a léčbě jeho dítěte poněkud zdoluhavý, nastuduje problém na internetu a bez znalostí souvislostí, nás začne tlačít k zcela nesmyslným a zbytečným vyšetřením, neboť potřebuje, aby dítě bylo **hned** zdravé, protože o nemocné on nemá čas pečovat a manželku by vyhodili z práce (někdy má, bohužel, pravdu, byť zákon mluví jinak). Tlak je často velmi intenzivní a vydrží jen zkušený a silný. V horším

HiPP

To nejlepší z přírody.
To nejlepší pro přírodu.

případě odvádí rodič dítě k vyšetření „jinam“ a posléze se buď vrátí, pokud kolegiální lékař zaujme stejné stanovisko jako PLDD, nebo nevrátí, vyžádá si dokumentaci a dítě zaregistruje u jiného kolegy. Tím nám způsobí lehkou ekonomickou ztrátu, která se však může posléze rozrůstat, neboť jak říká jiné české přísloví, které náš národ má ve velké oblibě: „na každém šprochu ...“. Pak může za určité situace dojít k tzv. sněhulákovému efektu, který může menší ordinaci zcela zničit. Proto i z tohoto pohledu je k podlehnutí někdy krůček. V tom jsme, ve srovnání s klinickými pracovníky, poněkud v nevýhodě. My jsme opravdu na svých klientech závislí.

Při jednání s internetovými odborníky je třeba jednat klidně a hlavně **vysvětlovat** náš postup a **seznamovat** je s naším předpokládaným vyšetřovacím a léčebným plánem. Nemáme nárok na tajuplnost! Mnohdy nepříjemnost vznikne jen proto, že jiný lékař udělá mnou plánovanou vyšetření o jeden den dříve a pokud jsme toto vyšetření neavizovali, jsme v tu chvíli za hlupáky. Počítejte s tím, že timing nervózního rodiče je vždy poněkud rychlejší než náš!

4) Nezájem pojištěoven o zkvalitňování primární péče

Třebaže bylo mnohokrát publikováno, jak důležitou sférou zdravotnictví je primární péče, ve skutečnosti zůstává stále stejnou popelkou. Jen malý příklad: Způsob, jakým bylo dosaženo uznání nároku na zaplacení vyšetření CRP v ordinaci PLDD, které zdravotním pojišťovnám ušetří miliony, považují za odstrašující a zcela pohrdající práci PLDD. Já sám, jako němý protest, doposud vyšetření CRP nevykazují, byť jsem byl patrně první z PLDD, který přístroj ve své ordinaci používal.

5) Regulační vyhlášky

Regulační vyhláška exministra Dr. Davida Ratha, pomine-li samotnou zhůvěřilost obsahu, dovedla některé ordinace na pokraj krachu a bude-li nadále platit, může se stát, že lékaři přestanou vyšetřovat a léčit ne proto, že nebudou chtít, ale nebudou moci, neboť ideálním lékařem dle této vyhlášky je lékař, který nepřijímá nové pacienty a stávající nevyšetřuje a neléčí.

Nejsem zastáncem názoru, že nejlepším lékařem je ten, který vykaže nejvíce vyšetření a předepíše nejvíce léků. Nemám při vyšetřování rád metodu „Jáchyme, hoď ho do stroje“. Naopak. Domnívám se, že nejlepším je ten, který s minimálními náklady a minimálním zatížením pacienta dosáhne nejlepších výsledků. Míra náročnosti diagnostické a terapeutické jde však vždy ruku v ruce s náročností finanční. PLDD nemůže ovlivnit s jakými chorobami se budou léčit jeho pacienti a je trapné, jestliže několik nových, „těžších“ pacientů je schopno zlikvidovat jeho praxi neboť se rázem stává drahým a musí za to doslova tvrdě zaplatit.

Každý lékař má povinnost a měl by tedy mít možnost vyšetřovat a léčit tak jak se má nikoliv jak se může.

■ Shrnutí

Vyšetřovat bolesti břicha u dětí je velmi obtížné a náročné, třebaže našťastí ve větší části případů dospějeme k benigní diagnóze funkční bolesti břicha. Ale ne vždy a pak je situace složitější pro nás i pacienta. Domnívám se, že velkou pomocí pro PLDD by bylo vypracování **doporučeného postupu** - přesného algoritmu vyšetření včetně určení jeho nepodkročitelné (nikoliv maximalistické!) šíře v jednotlivých etapách vyšetření s přihlédnutím k reálným možnostem PLDD v současném systému českého zdravotnictví.

Literatura u autora



Probiotické mléčné kaše



- obsahují probiotika
- pokrmy skvělé chuti, které výborně zasýtí
- lehce stravitelné
- nyní ve větším balení 275 g
- obsahují mléko pro pokračovací kojeneckou výživu
- obohaceny vitaminy, minerály
- bez přídavku cukru

Kompletní sortiment HiPP koupíte v lékárnách (lékárník Vám požadované výrobky objedná) a vybraný sortiment v řetězcích Billa, Delvita, dm drogerie, Droxi, Globus, Hypernova, Interspar, Rossmann a Tesco.

Infolinka (po-pá 8-14): +420 724 139 949, HiPP Czech, s.r.o.,
Radlická 608/2, 150 00 Praha 5,
e-mail: hipp@hipp.cz; www.hipp.cz, www.hipp-babysanft.cz



Bolest břicha z pohledu PLDD

MUDr. Petr Mikyška

praktický lékař pro děti a dorost, Znojmo

Souhrn

Bolest břicha je jedním z nejčastějších příznaků onemocnění v ordinaci dětského lékaře. Bolesti břicha mohou být podle svého průběhu akutní, častěji však recidivující (dále RBB).

Může se jednat o spontánně se upravující stavy jako virová gastroenteritida nebo zácpa. U malého procenta dětí se však objevují život ohrožující onemocnění, která vyžadují rychlou diagnostiku a léčebný přístup.

■ Akutní bolest břicha

Akutní bolest břicha je způsobena v různých věkových obdobích různými příčinami.

Kojenecké období: břišní kolika, obstrukce, gastroenteritis, infekce močových cest, invaginace, volvulus, uskřínutá kýla, pylorostenóza

Dítě ve věku 2-5 roků: gastroenteritis, obstrukce, infekce močových cest, apendicitis, mezenteriální lymfadenitis, invaginace, volvulus, úraz.

Dítě ve věku 6-11 roků: gastroenteritis, apendicitis, mezenteriální lymfadenitis, obstrukce, infekce močových cest, úraz, pneumonie.

Dítě ve věku 12-18 roků: apendicitis, gastroenteritis, obstrukce, dysmenorea, zánět v oblasti malé pánve, mimoděložní těhotenství, torze ovaria/varlete

■ Diagnostický postup:

1. úvodní vyšetření pacienta – posouzení celkového stavu (ev. stabilizace)
2. cílená anamnéza
3. detailní fyzikální vyšetření (ev. per rectum)
4. základní vyšetření – laboratorní a zobrazovací metody
5. specializovaná vyšetření

Po čem pátráme?

- významný úraz?
- známky střevní neprůchodnosti?
- bolest kolem pupku a vpravo?
- bolest v levém hypogastriu?
- krev ve stolici?
- moč: nález erytrocytů, leukocytů, mikrobů?
- horečka?, kašel?

Chirurgické konzilium je třeba vyžádat v těchto případech:

- zvyšující se intenzita bolestí břicha
- obranné svalové napětí břišní

- výrazná distenze břicha
- zvracení s obsahem žluči
- významný úraz břicha
- kolikovitá bolest břicha s jízvou na břiše
- výrazná bolest břicha neznámé příčiny

■ Recidivující bolesti břicha

- obtíže nejméně 3x v průběhu 3 měsíců
- obtíže nejméně 3 měsíce v posledních 12 měsících
- ovlivňují normální aktivitu dítěte
- většinou nemají organickou příčinu
- dítě ve věku nad 4 roky při začátku RBB

Příčiny RBB:

Organické: 5-10%

Neorganické (Funkční): 90-95%

Organické příčiny:

Gastrointestinální systém - GER, gastritis (H.pylori), invaginace, intolerance cukrů, nespecifické střevní záněty, celiakie

Hepatobiliární - hepatitida, cholecystitida, cysta choledochu

Pankreas - pankreatitida, pankreatická pseudocysta

Urogenitální systém - infekce močových cest, hydronefroza, obstrukce ureteropelvic-ké junkce, nefrolitiáza, ovariální cysta, ovariální torze, zánět v oblasti malé pánve, dysmenorea, endometrióza, ektopická gravidita

Systém metabolický/toxický - diabetes mellitus, porfyrie, otrava olovem, hyperparatyroidismus, hyperlipémie,

Alergie/autoimunita - angioneurotický edém, juvenilní idiopatická artritida, purpura Henoch-Schönlein, alergická gastroenteritida

Anatomické anomálie - malrotace, membrány, stenózy, intestinální duplikatury, recidivující intestinální obstrukce, Meckelův divertikl

Jiné - abdominální epilepsie, abdominální migréna, paraziti

Klasifikace funkčních RBB:

- Funkční dyspepsie
- Dráždivý tračník
- Abdominální migréna
- Funkční břišní bolest

Anamnéza FBB:

- bolest kolem pupku
- bolest břicha bez propagace
- stresové vlivy - rodina, škola
- výskyt podobných potíží v rodině
- doprovodné příznaky funkčních bolestí břicha - přítomny
- varovné signály - nepřítomny

Doprovodné příznaky FBB: bolest hlavy (50%), zmatenost, nausea, dilatace pupil, bolesti končetin, letargie, subfebrilie

Varovné signály RBB:

- somatické neprospívání, hmotnostní úbytek, noční bolesti, opakované zvracení, krev ve stolici
- artritida nebo artralgie, nejasné exantémy, věk pod 4 roky při začátku RBB, stomatitis aphtosa, přítomnost vředové choroby, nespecifického střevního zánětu, nebo celiakie v rodinné anamnéze

Základní vyšetření:

FW, KO+diff., albumin, CRP
AMS-P, AST,ALT, kreatinin
Moč+sed., BU, AMU
Stolice na OK, parazity
USG břicha

Doplňkové vyšetření:

ALP, GMT, Lipidy
Porfyriny v moči
Stolice na kultivaci
Helicobacter pylori - stolice, dechový test
Tolerance laktozy

Anti-tTGA, EmA, IgA, ASCA, P-ANCA

Specializovaná vyšetření:

chirurg, gastroenterolog, urolog, gynekolog, neurolog, psycholog, psychiatr
Bolesti břicha v dětském věku mohou být



i úvodním příznakem vážných onemocnění. Příkladem takových stavů jsou následující kazuistiky.

■ Kazuistika 1:

Chlapec, N.J., 1994.

RA: babička-Ca tlustého střeva, jinak bezvýznamná, OA: bezvýznamná.

NO: Od 1.6.2000 mírná bolest břicha, jen v nočních hodinách. 3.6. vyšetřen PLDD a chirurgem s negativním nálezem. Následně byl 4 dny bez potíží. 8.6. kolem 22 hodiny se objevují výrazné bolesti břicha, přijat na dětské odd.

V objektivním nálezu na břicho mírný meteorismus, vpravo od pupku hmatný tuhý, mírně bolestivý útvar, jinak byl somatický nález v mezích normy. Z provedených vyšetření FW 11/30, KO: leu 9,9 ery 4,89 Hb 133, Hk 0,4 trombo 387, AST, ALT, urea, kreatinin, CRP, moč+sed. v mezích normy. Při USG a CT vyšetření břicha zjištěna invaginace a rozsáhlý tumor břišní dutiny. Pacient byl přeložen na KDCHOT FN v Brně, po operačním zákroku a dalších vyšetřeních byla stanovena diagnóza Non Hodgkin lymfom Burkitt,

kl. st. IV. V průběhu léčby na Oddělení dětské onkologie FN Brno dochází k syndromu akutní lýzy tumoru s nutností hemodialýzy po dobu 3 dnů, opakované febrilné neutropenie vysokého rizika. Nyní je pacient 7 let v remisi.

■ Kazuistika 2:

Dívka, Š.L., 1980

RA i OA: bezvýznamná. NO: 15.9. večer se necítila dobře, 16.9. od rána se objevily bolesti břicha kolem pupku. V 10 hodin byla vyšetřena pediatrem, stav hodnocen jako nespecifická virová infekce s bolestmi břicha. Ve 22,20 hod. byla přijata na JIP chir. odd. a následně operována pro podezření na apendicitidu. Res.: pelveoperitonitis purulenta.

17.9. ráno afebrilní, objevují se bolesti hlavy. Kolem poledne zjištěna přítomnost meningeálních příznaků, ojedinělé petechie. Provedena LP, zjištěna purulentní meningitida, prokázána N. meningitidis sk.C. Zahájena léčba Rocephinem, Solumedrolem, volumoterapie, letecky transferována na ARO FN Brno. Zde byla hospitalizována 17.9.-

25.9.1997, následně hospitalizována na JIP KDIN FN Brno 25.9.- 5.11.1997 a na DO Znojmo 5.-11.11.1997.

Dg.: Meningitis meningococemica (N. meningitidis sk. C), Sepse, MODS, DIC, Pelveoperitonitis, Haemothorax l.sin. (po kanyl.CVK), IMC

Od propuštění je pacientka zdravá, vážněji nemocná nebyla.

Závěrem je nutné zdůraznit význam včasné diagnostiky chirurgických náhlých příhod břišních, které ohrožují život nemocného dítěte zvláště tehdy, když probíhají plíživě, s neúplně vyjádřenými klinickými projevy. Je třeba na takový průběh myslet a při nejasném nálezu na břicho odeslat pacienta k chirurgickému vyšetření.

Děti u nichž anamnéza a fyzikální vyšetření vede k podezření na funkční bolesti břicha, v případě negativních nálezů v základních laboratorních vyšetřeních a negativním nálezu sonografického screeningu již dále nevyšetřovat.

Literatura u autora

Kojenecká odsávačka hlenů

Arianna

BABY-Vac

připojitelná k domácímu vysavači

Jednou z nejčastějších onemocnění u kojenců a malých dětí je rýma. V nosu nahromaděné hleny ztěžují dýchání, způsobují nepříjemné pocity a mohou vést k závažnějším onemocněním ucha a dýchacích cest.

Odsávačka Arianna BABY-Vac je ...

- ✓ bezpečná i pro novorozence
- ✓ 100% účinná
- ✓ klinicky testována

Certifikovaná zdravotnická pomůcka dostupná v síti lékáren a zdravotnických potřeb.

Výhradní prodejce v ČR: Zuzana Koreňová, Bedřichovská 1958/8, Praha 8. tel: 776 216 086. mail: babyvac@centrum.cz
Seznam prodejních míst najdete na www.babyvac.cz



Bolesti břicha z pohledu chirurga

MUDr. Luboš Zeman

Klinika dětské chirurgie, UK, 2.LF a FN v Motole, subkatedra dětské chirurgie IPVZ

Souhrn

Chirurg musí na každou bolest břicha pohlížet jako na možnou náhlou příhodu břišní (NPB). Pro úplnost je třeba uvést skupinu NPB vrozených, ale ty se poněkud vymykají dnešnímu tématu. V pozdějším věku se projeví výjimečně.

Kromě akutních bolestí posuzuje chirurg i bolesti chronické či spíše recidivující. Náhlé příhody břišní dělíme kromě vrozených na zánětlivé, ileózní a krvácení do gastrointestinálního traktu. Zvláště pak stojí úrazové NPB.

Důležitým příznakem u akutních bolestí je teplota a leukocytoza. Při jejich zvýšení pomýšlíme na NPB zánětlivé, v dětském věku nejčastěji na appendicitidu.

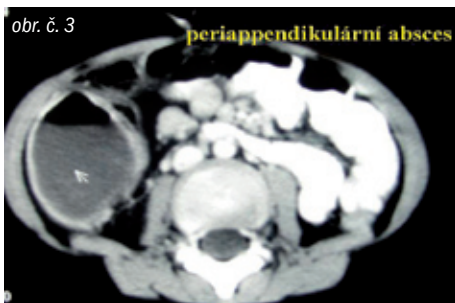
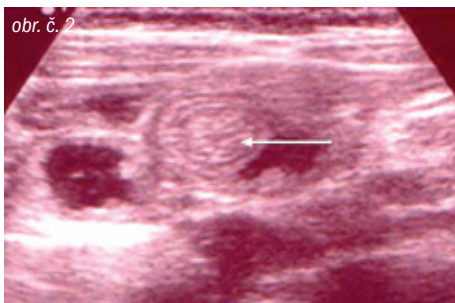
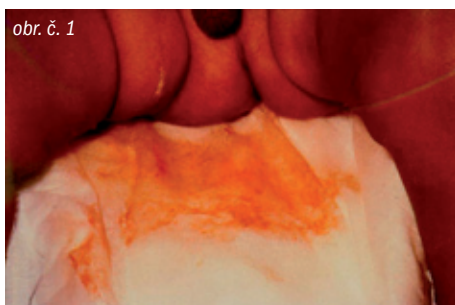
■ Apendicitida

Nejvíce pacientů přichází s podezřením na akutní apendicitidu. Mají teplotu, zvrací a bolí je břicho. Podobný obraz vidáme i při nachlazeních s reakcí mízních uzlin v mesenteriu – tzv. mesenterální lymfadenitidou. Někdy je podobnost příznaků taková, že jsou tyto děti indikovány k apendektomií.

Klasický průběh apendicitidy je charakterizován bolestmi břicha kolem pupku, které se postupně stěhují do pravého podbříšku. Dále je přítomna nevolnost či zvracení, někdy jen nechutenství. Při nekomplikované apendicitidě (bez abscesu nebo perforace) jsou teploty jen subfebrilní, Leukocytosa nad 10 tisíc, CRP nebývá zvýšeno. Známými jsou i zcela atypické průběhy. Jednak obraz gastroenteritidy s častými řídkými stolicemi nebo pouze tenesmy, způsobené zánětlivou iritací konečníku. Druhou možností je průběh s nevýraznými bolestmi břicha, pacient pak přichází po několika dnech či týdnech s nejasnými příznaky a prokázanou expanzí v dutině břišní, kdy je pomýšleno na nádor. Následně se prokáže absces nebo periappendikulární infiltrát. Do 6 let by děti měly být operovány na dětské chirurgii. Větší děti mohou být operovány v místě bydliště na chirurgii pro dospělé, ale v případě nutnosti reoperace je třeba je přeložit na dětskou chirurgii. Při otevřené operaci je preferován střídatý řez, řez pararektální se nepoužívá. U dětí při apendicitidě břicho neдрénujeme.

■ Mechanický ileus

Je charakterizován přítomností jizev po předchozí laparotomii, bolestmi břicha, zvracením, zástavou odchodu plynů a stolice. Většinou je břicho vzduchové, ale při vysokém ileu a zvracení může být vpadlé. Na nativním snímku břicha ve svislé poloze (ve stoje či ve



visu) nalézáme typické příznaky mechanické překážky, distenzi kliček s hladinami.

U dětí bez výraznějších zánětlivých známek a s jizvou na břiše po předchozí laparotomii musíme pomýšlet na ileosní stav, buď prostou obstrukci adhezemi nebo se strangulací, tj. s poruchou prokrvení střeva. Důležitá je klinika a rtg snímek břicha. Mohou být i strangulace s normálním rtg obrazem. Při

prostém ileu z adhezí bez strangulace je možné zahájit konzervativní terapii spočívající v zavedení nasogastrické sondy a parenterální výživě. Při podezření na strangulaci střeva je nutné bezodkladně operovat jinak hrozí ztráta střeva.

■ Invaginace

Ileokolická invaginace je prolaps terminálního ilea do tračnicku. Nejčastěji zasahuje do kolon ascendens nebo příčného tračnicku. Spolu se stěvem je invaginováno i jeho okruží.

Invaginace je charakterizována intermitentními, spíše kolikovitými, bolestmi břicha. Nejčastěji je zastížena ve věku 1-4 let. Může být přítomno zvracení. Zpočátku je stolice normální, po jejím odchodu se vyprazdňuje jen hlen s krví, tzv. „malinové želé“. (obr. 1)

Jedná se příhodu ileosní s poruchou perfuze invaginované tenké kličky. Zvýšená teplota nevylučuje invaginaci, protože se může jednat o komplikaci gastroenteritidy. Nález sonografický je typický, zobrazí se cirkulární vrstvená struktura v místě vzestupného tračnicku – obraz terče (obr. 2). Léčba spočívá v rozvinutí střeva nálevem v celkové anestézii nebo hluboké premedikaci za stabilního přetlaku kapaliny (hydrostatická desinvaginace). Méně často je nutné operovat.

■ Recidivující bolesti břicha

Chirurg pomýšlí na intermitentní iritaci appendixu, někdy zvanou chronická apendicitis. Bolesti bývají v dolní polovině břicha spíše vpravo. K plánované laparoskopické apendektomii přistupujeme u dětí s několikaměsíční anamnézou, negativním sonografickým vyšetřením, negativním parazitologickým vyšetřením ze stolice a u děvčat s negativním gynekologickým vyšetřením.



Laparoskopická apendektomie se provádí ze 3 vpichů, u dětí není méně bolestivá než klasická operace, má lepší kosmetický výsledek, ale má vyšší riziko nitrobrříšních zánětlivých komplikací.

Jako kasuistiku uvádíme onemocnění 17 letého chlapce, který během prázdnin měl bolesti břicha teplotu, řídní stolice a dysurie. Léčen byl symptomaticky. Zhubl 8 kg za 5 týdnů. Při sonografii břicha byla nalezena

expanze v pánvi. Pacient byl odeslán na onkologii. Zde byl prokázán zánětlivý infiltrát s abscesy (obr. 3). Vzhledem k relativně dobrému stavu byla zahájena antibiotická terapie. Efekt léčby byl jen částečný – částečná resorbce infiltrátu, pokles zánětlivých známek a zlepšení stavu výživy. Po vysazení ATB se zánět počal znovu rozvíjet a proto byla indikována APE, technicky náročná, ale s nekomplikovaným průběhem.

■ Několik rad na závěr:

- dítě s břišní kolikou a jizvou na břicho patří na chirurgii
- běžné bolesti břicha je možné několik hodin sledovat, podávat čaj, přikládat studené obklady, nikoliv led
- apendektomie od 6 let je možná v místě bydliště, mladší děti a reoperace patří na dětskou chirurgii.

Literatura u autora

IX. Teyschlův pediatrický den

METABOLICKÉ VADY U DĚTÍ

sobota 9. února 2008, v 9:00 hodin v Aule SKM MU, Brno, Vinařská 5

Odborný program: ■ Novorozenecký screenig ■ Dědičné poruchy metabolismu (DPM) aminokyselin – PKU u dětí – příklady diet, nákup nízkobílkovinných výrobků ■ Dědičnost ■ DNA diagnostika ■ Kasuistika dědičné poruchy metabolismu ■ Akutní dědičné poruchy metabolismu ■ Vzácné dědičné poruchy metabolismu ■ Náhradní enzymová terapie ■ Wilsonova choroba ■ Kasuistika- Akutní selhání jater u hemolytické anémie u pacientky T. ■ Familiární hypercholesterolémie ■ DPM v dospělosti ■ Diskuze

Dotazy a písemné přihlášky, prosím, zasílejte na adresu: Sekretariát I. dětské int. kliniky, FN Brno, Černopolní 9, 625 00 Brno, tel.: 532 234 237, fax: 532 234 238, e-mail: vvalouskova@fnbrno.cz, ichromko@fnbrno.cz,

Bližší informace a elektronická přihláška na: www.fnbrno.cz/konference

Akce je registrována ČLK a hodnocena v rámci vzdělávání lékařů i sester.

Chrání životy



Prevenar
Pneumokoková sacharidová konjugovaná vakcína, adsorbovaná

Streptococcus pneumoniae způsobuje závažné infekce, které jsou celosvětovým problémem. Ročně způsobují více než 1 milion úmrtí u dětí do 5 let¹. Invazivní pneumokoková onemocnění zahrnují meningitidy, pneumonie, bakteremie a sepse.

Pneumokok zapříčiňuje také neinvazivní onemocnění jako například otitis media a sinusitis.

Reference:

1. World Health Organization. State of the world's vaccines and immunization. Geneva: World Health Organization; 1996.

Zkrácená informace o přípravku: Prevenar, Pneumokoková sacharidová konjugovaná vakcína, adsorbovaná.
Složení: Jedna 0,5 ml dávka obsahuje: Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 4* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 6B* 4 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 9V* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 14* 2 mikrogramy, Pneumococcale oligosaccharidum sérotypus 18C* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 19F* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 23F* 2 mikrogramy. *Konjugován s nosným proteinem CRM₁₉₇ a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,5 mg).
Terapeutické indikace: Aktivní imunizace proti onemocněním vyvolaným Streptococcus pneumoniae sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F (zahrnujícím sepse, meningitidy, pneumonie, bakteremie a akutní otitis media) u kojenců a dětí ve věku od 2 měsíců do 5 let. **Dávkování a způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. Děti ve věku 2–6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml, s přestávkami nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Dříve neočkovaní starší kojenci a děti: Kojenci ve věku 7–11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml, s přestávkou nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12–23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s přestávkou nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 24 měsíců – 5 let: jedna samostatná dávka. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na difterický toxoid. **Zvláštní varování a zvláštní opatření pro použití:** Tato vakcína nemá být podávána kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami hemokoagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, pokud ovšem potenciální přínos jasně nepřevažuje nad rizikem podání. Prevenar nechrání proti těm sérotypům Streptococcus pneumoniae, které vakcína neobsahuje, ani proti jiným mikroorganizmům, které způsobují stejná invazivní onemocnění nebo zánět středního ucha. **Interakce s jinými léčivými:** Prevenar může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa vpichu. **Inkompatibilita:** Prevenar nesmí být mísen s žádnými jinými léčivými přípravky do jedné injekce. **Nežádoucí účinky:** Nechutenství, zvracení, průjem, exantém. Reakce v místě vpichu (jako erytém, zatvrdnutí/otok, bolest/citlivost), horečka $\geq 38^{\circ}\text{C}$, podrážděnost, ospalost, neklidný spánek. **Doplňující klinické údaje:** Účinnost proti pneumonii: V Kaiserově Permanentní studii pneumonií s bakteremií, vyvolaných kmeny sérotypů S. pneumoniae, obsaženými ve vakcíně, byla účinnost 87,5 % (95% CI: 7, 99). Účinnost proti akutní otitis media (AOM): Pneumokok je odpovědný za 30–40% všech bakteriálních AOM a za větší podíl závažných AOM. Teoreticky by Prevenar mohl zabránit pneumokokovým AOM, které jsou vyvolány přibližně 60–80% sérotypů. Odhaduje se, že by Prevenar mohl předcházet 6–13% všech klinických případů AOM. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typ I) s pístitním tělem z polypropylénu. Velikost balení: 1 a 10 se samostatnou injekční jehlou nebo bez samostatné injekční jehly. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při 2°C–8°C (v chladničce). Chraňte před mrazem. **Držitel registrace:** Wyeth Lederle Vaccines S.A., Belgie. **Registrační čísla:** EU/1/00/167/001 až 007. **Datum revize textu:** 30. 7. 2007. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Před použitím si prosím pečlivě přečtete Souhrn údajů o přípravku.**

www.prevenar.cz

Wyeth Whitehall Czech s. r. o.
Novodvorská 994, 142 21 Praha 4
Tel.: 267 294 111, fax: 267 294 199

Wyeth



Bolesti břicha u dětí z pohledu gynekologa

doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.

Gynartis, s.r.o., Vřesina

Porodnicko – gynekologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Bolest je potřebné vnímat jako příznak, kterým se uplatňuje obranný mechanismus na stabilizaci biologického systému, aby adekvátně odpovídal na nějakou noxu, ať je zevního nebo vnitřního původu. Bolest břicha je poměrně častý a ne jenom gynekologický problém. Břišní bolest může být projev stavu, nebo nemoci, která ohrozí zdraví, nebo i život pacienta. Bolesti, které jsou důsledkem funkčních změn v oblasti rodidel, nejčastěji odezní i bez intervence v průběhu normálního menstruačního cyklu. Z negynekologických příčin akutní pánevní bolesti je nutno na prvním místě vyloučit appendicitidu.

Při vyšetřování dívky gynekologem je vždy nutné se zaměřit na vyloučení náhlé břišní příhody (NBP). Bolest jako subjektivní příznak se nedá zcela přesně objektivizovat (změřit, zvážit) a proto závisí na správném přístupu lékaře a na jeho zkušenostech, jak daný příznak vyhodnotit.

Bolest břicha u dívek je poměrně častý problém. Gynekolog má za úkol na prvním místě zjistit gynekologické příčiny bolesti břicha. Některé klinické stavy, zejména při podhodnocení nálezu, mohou mít závažné důsledky, pokud nejsou včas a správně diagnostikovány. Při samotném vyšetřování je důležité zhodnotit:

- věkovou charakteristiku
- anamnézu
- klinické a gynekologické vyšetření
- laboratorní vyšetření
- UZ diagnostiku, případně další zobrazovací metody (CT, MRI)

Pro přesnější diagnostiku někdy používáme dělení bolesti podle nástupu na akutní a chronickou bolest, podle charakteru bolesti na viscerální a somatickou. Důležité je přesně určit lokalizaci bolesti, její propagaci, případně další příznaky.

Z pohledu gynekologa je vždy jednoznačně nutné odpovědět na otázky:

1. Je pacientka těhotná? (u dospívajících dívek)
2. Jde o zánětlivý proces?
3. Máme podezření na vnitřní krvácení?

Vyšetření v gynekologické ambulanci pro děti a dospívající má některé odlišnosti od vyšetřování dospělých žen. Toto vyšetření musí zohlednit psychologické aspekty

dětí různého věku. Důležitým momentem je navázání kontaktu s dítětem, protože hlavně u menších dětí chybí motivace k vyšetření. Děti nechápou gynekologické vyšetření jako metodu vedoucí k zjištění příčiny potíží, ale většinou u nich převládá strach z cizího prostředí a obavy z možné bolestivosti tohoto vyšetření. Proto je nezbytné, aby vyšetřující lékař měl ohleduplný přístup, trpělivost a také dostatek zkušeností a znalostí nejen z oboru gynekologie, ale také psychologie dětí. Při absolutní nespolupráci dítěte při vyšetřování je v indikovaných případech nutné provedení gynekologického vyšetření po předchozí aplikaci sedativ nebo v celkové anestezii. U starších dívek, které již měly pohlavní styk, je důležité vytvořit atmosféru důvěry a diskretnosti. Vyšetřování v dětské gynekologii musí být přizpůsobeno anatomickým odlišnostem pohlavní soustavy a psychologii osobnosti u dívek různého věku.

■ Anamnéza

Potřebné údaje získáváme od matky dítěte nebo přímo od dívky (hlavně u dospívajících dívek). Z osobní anamnézy nás zajímá psychomotorický vývoj dítěte, prodělané infekce (zejména opakované močové infekce mohou být příčinou zánětu rodidel u dětí), operace (provedení apendektomie v anamnéze je důležité při vyšetřování bolestí břicha). Z gynekologické anamnézy u dospívajících dívek údaje o menstruačním cyklu – v kolika letech bylo menarche, pravidelnost cyklu, délka a intenzita menstruačního krvácení, datum začátku posledních měsíčků, průvodní bolesti. Ptáme se také na případný výtok z rodidel, na jeho charakter a kdy se objevil. Důležité je zjištění charakteru a lokalizace bolesti, případně kdy se bolest vyskytuje – vazba na menstruační cyklus, na pohyb. Zde nám maximum informací musí sdělit dívka sama. Malé děti ještě nerozeznají charakter bolesti, mnohdy ani lokalizaci, někdy umí ukázat na břichu prstem, kde bolesti pociťují. Užitečné mohou být informace o močení a stolici – bolesti, močové infekce, zácpa, pomočování, parazitární onemocnění – roup dětský. Citlivě se u pubertálních a vyspělejších dívek ptáme na pohlavní styk.

■ Gynekologické vyšetření u dívek

Je nutné, aby se před vyšetřením dívka vymočila. Před samotným vyšetřením musíme, s přihlédnutím k věku a psychice, dívku seznámit s průběhem plánovaného vyšetření, u malých děvčátek je vhodná přítomnost matky.

Vyšetření začínáme celkovou prohlídkou těla vestoje pro zhodnocení celého těla – tvar postavy, typ a vývoj ochlupení, čistotu a pigmentaci kůže, podlitiny či škrábance, jizvy, rozložení tuku. Dále si všímáme rozvoje sekundárních pohlavních znaků, pátráme po případné virilizaci či vrozených vadách. Aspekty pozorujeme, zda je břicho vyklenuté, případně zda není hmatná rezistence v dutině břišní. Pokračujeme šetrnou palpací, poklepem a poslechem břicha vleže, vždy začínáme mimo udávané místo bolesti a postupně se k němu palpací přibližujeme. Další vyšetření probíhá na gynekologickém vyšetřovacím stole.

Vyšetření pochvy: u nedeflorovaných dívek použijeme vaginoskopii. Toto vyšetření využijeme k vizualizaci pochvy a děložního hrdla. Prohlédneme čípek, postupně tubus povytahujeme a prohlížíme poševní stěny. Vaginoskopu lze využít také k odběru biologického materiálu i k extrakci cizích těles. U deflorovaných pacientek používáme k vizualizaci čípku a pochvy dětská gynekologická zrcadla.

Bimanuální vyšetření: u dětí se provádí rektoabdominální palpací, kdy malíček nebo ukazovák pravé ruky zavedeme do konečníku a levou rukou palpujeme přes přední stěnu břišní. Vyhmatáme uložení dělohy, určíme její velikost, pohyblivost, bolestivost, laterálně od dělohy prohmatáme krajinu adnex.

Ultrazvukové vyšetření: nejvýhodnější je použití transabdominální sondy přiložené na podbříšek dívky. V tomto případě je důležité dostatečně naplnění močového měchýře, který oddaluje střevní kličky od přední stěny břišní a tvoří tak takzvané „akustické okno“, za kterým lze diferencovat dělohu. Lze využít i transperineálního přiložení sondy (na hráz), kdy naplněný močový měchýř není nutností. V krajním případě provedeme vyšetření transrektální sondou. Hodnotíme uložení a tvar dělohy, poměr velikosti těla děložního a čípku, přítomnost endometria v děloze, velikost a strukturu ovarií, popíšeme případnou pří-



tomnost volné tekutiny v dutině břišní.

Magnetickou rezonanci a CT vyšetření využíváme nejčastěji při vyšetření závažných patologií, zejména při podezření na nádorové onemocnění. Pomocí těchto zobrazovacích technik lze vizualizovat i oblast spádových lymfatických uzlin a přesnější zhodnocení vztahů orgánů malé pánve.

■ Laboratorní vyšetření

Z laboratorních vyšetření má zásadní význam stanovení krevního obrazu. U zánětlivých onemocnění vnitřních rodidel vyšetřujeme krevní obraz spolu s CRP a sedimentací erytrocytů. Většinou nalézáme leukocytózu, často s posunem k méně zralým formám leukocytů. Chronické infekce může také provázet sideropenická anémie a reaktivní trombocytémie. Sledování dynamiky elevace CRP a sedimentace erytrocytů slouží i k posouzení účinnosti zavedené léčby. Často nepostradatelným je mikrobiologické vyšetření - kultivace z pochvy, mikrobiální obraz poševní, doplňujícím vyšetřením je kultivace moči, případně parazitologické vyšetření stolice. U chlamydiových infekcí využíváme metody PCR k potvrzení přítomnosti původce.

Další vyšetření jako je hormonální profil (FSH, LH, Testosteron, DHEAS, E2, PRL, SHBG) nebo stanovení hladiny tumor markerů (nejčastěji CA 125 - elevace bývá u endometriózy, vzácně u dermoidálních tumorů, dále u dívek do 20 let vyšetřujeme též CEA, HCG, AFP) děláme jenom v indikovaných případech. CEA využíváme při sledování klinického průběhu při ovarálních malignitách (jednorázově změření CEA má jenom omezenou výpovědnou hodnotu pro jeho nízkou specificitu) a HCG bývá zvýšené v graviditě, u choriokarcinomu a u dysgerminomu s přítomností syncytiotrofoblastových buněk.

■ Nejčastější gynekologické příčiny bolestí břicha u dospívajících dívek

U dospívajících dívek je častou příčinou bolestí břicha dysmenorrhoea. Projevuje se různou symptomatologií od izolované břišní bolesti až po celkovou schvácenost a kolapsové stavy.

Pro stanovení správné

diagnózy je nutné zhodnotit dobu nástupu bolesti, lokalizaci, časový průběh a závislost bolesti od polohy pacientky. Vždy se musíme dotázat i na fyziologické funkce (močení, stolice) a u dívek po menarché i vztah bolesti k menstruačnímu cyklu (nesmí chybět údaj o poslední menstruaci - PM).

Při chybění krvácení z rodidel u dospívajících dívek s rozvojem sekundárních pohlavních znaků je nutno pamatovat i na možné vrozené vývojové vady genitálu: tzv. Rokitsansky - Küster - Hauser syndrom, zvláště je-li spojen s rudimentárním děložním rohem nebo rudimentární dělohou, nebo když jde o atresii hymenu.

U dívek v pubertě a adolescenci gynekologickou příčinou bolestí břicha bývá torze adnex, zde však hrozí v případě pozdní diagnostiky hemoragická infarzáce adnex a nutnost jejich operačního odstranění.

Ruptura cysty, nebo krvácení do cysty může být také příčinou nevysvětlitelných bolestí břicha - mnohdy jsou bolesti nevýrazné, jsou vázané na změnu polohy a pohyb. Vždy musíme myslet i na torzy adnexálního tumoru (cysty). V těchto případech bývají cysticky změněná ovaria. Pacientka udává náhlou bolest, která bývá ostrá, velmi intenzivní a vnikla po prudkém pohybu (tanec). Často se objevuje také nauzea, zvracení, neodcházejí plyny ani stolice. Bolest bývá lateralizovaná častěji vlevo (poměr pravé a levé strany asi 3:25). Při vyšetření zjišťujeme břicho bolestivé, s maximem v podbříšku,

extrémní bolest při vyšetření per rektum resp. per vaginam. Febrilie ani leukocytóza nejsou typické. Z diferenciatně diagnostického hlediska je nutné vyloučit akutní apendicitis.

■ Chronická pánevní bolest

Příčinou chronické pánevní bolesti mohou být chronická zánětlivá onemocnění vnitřních rodidel, pánevní adheze, pánevní vaskulární kongesce, nebo i endometrióza.

Bolest bývá stálá, oboustranná, ostrá, různá intenzity a je přítomná výrazná bolestivost při pohybu děložním hrdlem. Někdy udávají pacientky i dysurie a obstipace. Z laboratorních vyšetření bývají přítomny známky zánětu: Leu, FW, CRP. Příčinou chronických pánevních bolestí může být i chlamydiová infekce genitálu.

■ Závěr

Bolest břicha u dívky a ženy představují častý a někdy zapeklitý problém. Vždy je nutné při vyšetřování těchto případů gynekologické vyšetření, a to v každém věku!!!

Vždy musíme zvážit vztah bolesti k menstruačnímu cyklu, případně nepravidelnému krvácení z rodidel. U dospívajících dívek myslet i na možnou souvislost s těhotenstvím (event. mimoděložním těhotenstvím). Velice důležitá je vzájemná úzká spolupráce s lékaři příbuzných a hraničních oborů, zejména s pediatrií a dětskými chirurgy.

Literatura u autora

Externí hodnocení kvality pro systémy POCT

C-reaktivní protein, trombotoplastinový test (INR), stanovení glukózy aj.

Máte-li zájem o zajištění externího hodnocení kvality pro vaše pracoviště, laskavě nás kontaktujte:

- e-mail: sekk@sekk.cz
- telefon: 466 530 230
- fax: 466 530 824
- adresa: SEKK s.r.o.
P.O. Box B35
530 02 Pardubice

Podrobné informace včetně nabídky našich služeb na rok 2008 vám zašleme obratem.



<http://www.sekk.cz>

Akreditovaný organizátor programů zkoušení způsobilosti č. 7004

Těšíme se na spolupráci



Funkční recidivující bolesti břicha

doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc.

Dětská klinika FN a LF, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

Diagnóza recidivující bolesti břicha je v dětském věku uznávanou definovanou klinickou jednotkou, jejíž popis a charakteristiku můžeme nalézt v každé slušné učebnici pediatrie. Velmi často užíváme i synonymum funkční recidivující bolesti břicha (FRBB), přestože je v praxi velmi obtížné až nemožné prokázat konkrétní poruchu nebo odchylku některé z funkcí gastrointestinálního traktu (GIT). Ke stanovení diagnózy FRBB je nezbytné znát podrobnou rodinnou a osobní anamnézu. Dítě lokalizuje bolest do oblasti pupku bez propagace do okolí, klinické vyšetření je v normě. Neexistují ale studie, které by dokazovaly, že na základě frekvence, tíže a lokalizace bolesti a jejího vlivu na aktivitu dítěte dokážeme odlišit funkční a organické bolesti břicha. Bylo učiněno několik pokusů o detailnější klasifikaci FRBB např. ROME III (funkční dyspepsie, syndrom dráždivého tračníku, břišní migrény), ale ta je pro každodenní užití v ordinaci pediatra příliš komplikovaná a nepraktická. Optimální doporučený vyšetřovací postup, který byl publikován v Česko-Slovenské Pediatrii zahrnuje: kompletní krevní obraz, základní biochemické vyšetření krve, serologii celiakální spruce (IgA protilátky proti tkáňové transglutamináze

a/nebo proti endomysiu), vyšetření moče, močového sedimentu a KBÚ, parazitologické vyšetření stolice, UZ břicha a v indikovaných případech gynekologické vyšetření a vyšetření psychologem.

Neexistují studie, které by prokazovaly, že endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a duodena má signifikantní význam pro diagnózu FRBB a proto toto vyšetření není uvedeno ve vyšetřovacím algoritmu.

Určité naděje vkládané do možného příčinného vztahu mezi FRBB a infekcí *Helicobacter pylori* (Hp) se nenaplnily. V současné době platí, že u dětí s FRBB po infekci Hp nepatříme. Pouze při pozitivní rodinné anamnéze a dále pokud plánujeme z nějakého důvodu eradikaci v případě průkazu Hp, vyšetřujeme Hp antigen ve stolici nebo Hp dechový test. Serologické testy jsou v dětském věku málo spolehlivé a nejsou doporučovány.

Optimální terapeutický postup u dětí s FRBB je do značné míry ovlivněn individuální zkušeností pediatra a zahrnuje podrobné vysvětlení podstaty obtíží a ujištění, že se nejedná o organické onemocnění. V komunikaci s pacientem a jeho rodiči musíme užívat termín FRBB, abychom rozptýlili

jejich obavy. U více než 50% dětí s FRBB lze pozorovat „úlevu“ během hospitalizace, i když tento „terapeutický“ postup jistě není optimální a v budoucnosti bude i těžko obhajitelný. U vybraných pacientů je možné požádat rodiče o podrobný týdenní jídelníček dítěte. Jednoznačný farmakologický efekt u FRBB nebyl prokázán.

Jaké možnosti má dětský gastroenterolog, když jsou naplněna diagnostická kritéria FRBB a dítě je odesláno PLDD k „dalšímu“ vyšetření? K úspěchu terapie a ke zvýšení prestiže pediatrie je v těchto případech zcela nezbytná podrobná písemná nebo telefonická komunikace mezi zainteresovanými lékaři s konkrétní domluvou o dalším postupu. Pokud se domluví na hospitalizaci dítěte, musí být jejím výsledkem jednoznačný závěr, který nezavdává rodičům důvody k dalším pochybnostem.

I když bude diagnostický a terapeutický postup optimální a bude shoda mezi ošetřujícími pediatry, budou existovat dětská pacienta s FRBB (a jejich rodiny), u kterých budeme v terapii přes veškerou snahu neúspěšní. ■

Literatura u autora

Pankreatitida v dětském věku

MUDr. Radana Kotalová, CSc.

Pediatrická klinika 2.LF UK a FN Motol, Praha

Pankreatitida je autodigestivní zánětlivý proces pankreatu, který se může šířit do okolních tkání a do vzdálených orgánů. Pankreatitidy jsou klasifikovány jako akutní nebo chronické.

Hodnocení **akutní pankreatitidy (AP)** přijímá kritéria stanovená na Mezinárodním sympoziu o akutní pankreatitidě v Atlantě v roce 1992, kdy lehká AP probíhá nekomplikovaně bez lokálních komplikací s minimálními nebo žádnými celkovými příznaky a odezní do 10 dnů při adekvátní terapii. Těžká AP má závažný průběh provázený systémovými příznaky onemocnění a - nebo lokálními komplikacemi v pankreatu (nekróza, pseudocysta, absces).

Výskyt AP v dětském věku je méně častý než

v dospělosti.

Také je AP někdy mylně zaměňována se situacemi, které jsou imitovány laboratorními ukazateli pankreatitidy. Jedná se o záněty nebo iritace slinných žláz nebo makroamylazémii. U obou situací je zvýšená hodnota sérové amylázy. U zánětu slinných žláz je v séru zvýšen jen slinný izoenzym a je zvýšena i hodnota amylázy v moči. Jedná se ale o zvýšení převážně slinného izoenzymu amylázy. Makroamylazémie je daná makrokomplexy amylázy především s imunoglobuliny. Ty nejsou eliminovány glomerulární filtrací a přetrvávají v séru, v moči jsou normální hladiny amylázy. Většinou se jedná o benigní záležitost vzniklou v souvislosti s předchozím infekčním

onemocněním, jen výjimečně může makroamylazémie být průvodním jevem systémového lupus erythematoses nebo onemocnění na podkladě tvorby imunokomplexů. Obě tyto situace nejsou provázeny zvýšením sérové lipázy a klinickými známkami pankreatitidy – event. klinické obtíže s onemocněním pankreatu nesouvisí.

Patofyziologie AP není doposud zcela objasněna, uvažuje se o nekontrolované aktivaci inaktivních zymogenů v pankreatu, která umožní spustit enzymatické kaskády vedoucí k různému stupni lokální parenchymové léze, event. poškození extrapancreatických tkání a rozvoji systémových změn (hypovolémie - hypotenze, ascites, pleurální výpotek, syndrom akutní dechové tísně).

Biersdorf - Nivea Baby



tab. č. 1

Příčiny akutní pankreatitidy u dětí**1. obstrukční/anatomické**

- choledocholithiáza
- tumory
- parazité
- pankreas divisum s přidatnou obstrukcí vývodu
- anomálie pankreatobiliárního stromu (cysty choledochu)
- periampulární divertikly duodena

2. toxiny

- etylalkohol, organofosfátové insekticidy

3. léky

- azathioprim, valproát, L-aspargináza a další

4. trauma

- tupý úraz břicha
- týrané dítě
- iatrogenní poškození při chirurgickém výkonu v dutině břišní nebo při
- ERCP

5. metabolické abnormality

- hypertriglyceridémie
- hypercalcémie
- organická acidémie
- rychlá hyperalimentace
- malnutrice
- cystická fibróza
- urémie
- diabetes mellitus
- deficit α -1-antitrypsinu

6. infekce

- parazitární – ascarióza, malárie
- virová – příušnice, zarděnky, hepatitida A, B, C
- coxackie B, echovirus, adenovirus, EBV, HIV
- bakteriální – Mykoplasma pneumoniae
- Camphylobacter jejuni, Mycobacterium tuberculosis

7. cévní změny

- ischemie
- vasculitidy
 - hemolyticko-uremický syndrom
 - Henoch – Schönleina purpura
 - Kawasaki syndrom
 - systémový lupus erythematoses
 - polyarteritis nodosa
 - maligní hypertenze

8. různé

- penetrující peptický vřed
- Crohnova choroba
- Reyův syndrom
- hypotermie
- geneticky podmíněné pankreatitidy
- hereditární pankreatitida

9. idiopatické

ně, ledvinné selhání, hemokoagulační změny). Míra poškození je limitována schopností organismu ovlivnit nebo zastavit enzymatické kaskády a zánětlivou reakci (antiproteázy, imunitní systém). Doposud není jednoznačně znám ten kritický krok, který způsobuje aktivaci a inaktivaci stěžejních enzymů, jsou ale známy příčiny, které mohou vést k autodigestivnímu zánětlivému procesu v pankreatu.

Zatímco v dospělosti jsou nejčastější pankreatitidy alkoholické a biliární etiologie, u dětí je první z uvedených nepravděpodobná, biliární je ve spektru vyvolávajících příčin zastoupena v nižším procentu než v dospělosti. Dětské pankreatitidy jsou vyvolány řadou dalších příčin uvedených přehledně v tabulce.

Traumatické příčiny představují 20 - 25%, anomálie žlučových a pankreatických cest 10 - 15% všech případů AP. Poléková a toxická etiologie je uváděna ve 3 až 12%, infekční (virové) příčiny u 10 - 30% případů. Metabolická etiologie je příčinou 1 - 3% a hereditární pankreatitida je diagnostikována ve 2% případů AP. V 25% - 35% případů zůstává etiologie neobjasněna.

Průběh dětských AP většinou splňuje kriteria lehké formy - převážně se jedná o virovou etiologii. I pankreatitidy v rámci hemolyticko-uremického syndromu, Kawasakiho syndromu, Henoch - Schönleinovy purpury, cystické fibrózy, deficitu α -1-antitrypsinu a diabetes mellitus, stejně tak pankreatitidy při poruchách perfúze za situací řešených umělou plicní ventilací mívají spíše lehký průběh.

Klinické příznaky bývají nenápadné, může se jednat jen o změny v chování dítěte, nechutenství, zvracení, meteorismus, mírné pobolívání v epigastriu (mnohdy mylně považované za funkční). Ovšem i lehká AP se může projevit výraznou bolestí v této oblasti.

V případě těžkých AP je jejich nejčastější příčinou trauma. Jedná se hlavně o tupé úrazy břicha (pád na řídká jízdniho kola, kopnutí nebo jiný úder do břicha), kdy dochází pohmoždění parenchymu pankreatu někdy i s rupturou Wirsungova vývodu. Traumatická etiologie nemusí být vždy dávana do souvislosti s rozvojem pankreatitidy (zvl. u batolat, kdy tupé poranění břicha může uniknout pozornosti), také může uplynout i několik hodin od traumatu ke klinické manifestaci onemocnění. Traumatický mechanismus může být příčinou pankreatitidy týraného dítěte, kde podezření na tuto etiologii nemusí vzniknout a následně je její potvrzení obtížné.

Těžká AP patří mezi první příznaky anomálií žlučodů (zvl. stenózy choledochu, cysty choledochu atd.), hyperlipidémie, hypercalcémie. Akutní pankreatitida pak přivádí ke stanovení

základní diagnózy dítěte a řešení primární příčiny zabrání rekurenci onemocnění.

Vedoucím příznakem je bolest břicha s náhlým začátkem a gradací. Bolest je nejčastěji lokalizována do epigastria nebo periumbilikální krajiny, někdy je označována jako difúzní.

Charakter bolesti dětí většinou neumí popsat. Třetina dětí udává vyzařování bolesti - obvykle do zad. Nausea a protrahované zvracení jsou průvodním jevem. Pravidlem je meteorismus, bývají poruchy pasáže, strnulá poloha dítěte není častá. K závažným systémovým a metabolickým komplikacím při včasné a adekvátní terapii u dětí dochází spíše výjimečně. Lokální komplikace v pankreatu zejména tvorba pseudocyst je pozorována u dětí s těžkou AP - převážně traumatické etiologie v 10 - 30%.

Prognóza dětí s AP je relativně velmi dobrá, zvláště pokud je zvládnuto event. základní onemocnění, které vyvolalo ataku.

Laboratorní diagnostika pankreatitidy - amyláza v séru a moči, lipáza v séru, je provázena stanovením celkového a konjugovaného bilirubinu, ALP, GMT, ALT, AST, Na, K, Cl, Ca, urey, kreatininu, glykémie, acidobazické rovnováhy, krevního obrazu a CRP. Ta je následně doplněna o řadu metabolických a imunologických ukazatelů, které mohou přivést k etiologii procesu. Je to stanovení cholesterolu, triglyceridů, α -1-antitrypsinu, imunoglobulinů, imunokomplexů, autoprotilátek, virologické a bakteriologické vyšetření, event. i vyšetření parazitologické. V případě, že etiologie AP zůstává neobjasněna, je vhodné vyloučit atypické formy cystické fibrózy (CF) - potní test a event. molekulární genetické vyšetření.

Ze zobrazovacích metod u dětských pankreatitid má vysokou výpovědní hodnotu sonografické vyšetření. Je většinou limitováno jen plynatostí nikoliv obezitou, jak je tomu u dospělých. CT pankreatu je indikováno zvl. u těžkých traumatických pankreatitid k průkazu nekróz, pseudocyst nebo abscesů u pacientů, kde sonografický nálezní není přesvědčivý. Stejně tak je možné vyšetření provést pomocí magnetické rezonance.

Převážně u pankreatitid se zvažovanými anomáliemi v pankreatobiliární oblasti se využívá cholangiopankreatikografie magnetickou rezonancí (MRCP).

Endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie (ERCP) je pak indikována (včetně kojenců) k řešení situací, které vedly k rozvoji pankreatitidy (choledocholithiáza, stenózy choledochu atd.).

Terapie lehkých AP vyžaduje většinou hos-

pitalizaci s monitorací fyziologických funkcí, příjmu a výdeje tekutin. Nezbytná je intravenózní náhrada tekutin a iontů k zajištění normovolemie s podáváním analgetik. Obvykle se podávají inhibitory protonové pumpy, je diskutováno preventivní podávání intravenózních antibiotik. Příjem potravy ústí nebo sondou je zahajován po ústupu bolestí a přítomné pasáží zaživacím traktem. Dle aktuálního stavu je volena buď enterální výživa nebo se začíná postupně zatěžovat čajem, suchary atd.

Těžké AP vyžadují systém multidisciplinární intenzivní péče.

Chronická pankreatitida (CP) je chronický progresivní zánět pankreatu, způsobující destrukci parenchymu, který je nahražován fibrózní tkání. Možná je tvorba kalcifikací. Důsledkem je rozvoj zevně sekreторické insuficience a později i sekundárního diabetes mellitus.

U dětí je CP vzácná, ale i v tomto věkovém období se již mohou plně rozvinout všechny její formy, snad jen kromě chronické alkoholické pankreatitidy.

K CP vedou neřešené obstrukční, toxické a metabolické příčiny původně indukující AP. Dále je to škála geneticky podmíněných onemocnění. CP se může rozvinout při CF nebo jen u heterozygotních nosičů některých mutací CFTR genu zvl. v kombinaci s další vyvolávající příčinou. Dále je to CP autozomálně recesivně dědičná v důsledku mutací v SPINK1 genu pro serinproteázový inhibitor vedoucí k bloku inaktivace trypsinu v pankreatu. Nejzávažnější prognózu má hereditární pankreatitida autozomálně dominantně děděná s neúplnou penetrací při průkazu patologických mutací v PRSS1 genu pro kationický trypsinogen. Ty způsobují blok nebo zpomalení autohydrolyzy trypsinu v pankreatu a tím destrukci pankreatické tkáně. Tato hereditární pankreatitida vede ve vysokém procentu k rozvoji adenokarcinomu pankreatu.

Na geneticky podmíněné pankreatitidy myslíme zvl. v situaci pozitivní rodinné anamnézy, často se ale stává, že až diagnóza u dítěte vysvětlí obtíže jeho rodiče. Ataky bolestivých pankreatitid této geneze můžeme zaznamenat již v batolecím věku !

Vzácností je CP autoimunitní etiologie. Pokud nastává, provází obvykle procesy primárně postihující jiný orgán. Tzv. juvenilní tropická CP s kalcifikacemi a těžkým malabsorpčním syndromem nebyla v našem geografickém pásmu zaznamenána.

Vysoké procento (25 - 30%) CP i přes důsledné vyloučení možných příčin stále zůstává neobjasněných a mluvíme o idiopatických CP.

Vyšetření CP se zásadně neliší od vyšetření při akutní formě. V případě, že již dříve byla zjištěna etiologická příčina, jedná se jen o zcela základní laboratorní vyšetření a sonografii. Vhodné je stanovení hladiny elastázy 1 ve stolici jako orientačního markeru stupně zevně sekreторické insuficience a sledování metabolismu glukózy.

Klinické příznaky jednak odpovídají příznakům při akutní pankreatitidě - v popředí jsou recidivující nebo permanentní bolesti břicha, následně příznaky plynou z tíže pankreatitidy z rozvoje sekundárního malabsorpčního syndromu (neprospívání, steatorhoe).

Léčba spočívá v eliminaci vyvolávající příčiny, v podávání analgetik a velký důraz je kladen na řádnou individuální dietoterapii a suplementaci pankreatických enzymů.

Prognóza CP, které se plně rozvinou již v dětském věku, vzhledem k časnému začátku destruktivního procesu s jeho následky (sekundární malabsorpční syndrom a diabetes mellitus), je u vyvíjejícího se organismu nepříznivá.

Literatura u autorky

POKRAČOVACÍ KOJENECKÁ VÝŽIVA V SUŠENÉ A NOVĚ I V TEKUTÉ FORMĚ



TEKUTÁ POKRAČOVACÍ KOJENECKÁ VÝŽIVA



HUMANA 2

- Výživa vhodná pro kojence od ukončeného 4. měsíce
- Je lehce stravitelná a velmi dobře sytí
- Upravené složení a obsah bílkovin usnadňuje trávení, snižuje zátěž ledvin a ulehčuje přechod od kojení na mléčnou výživu
- Obsahuje všechny potřebné vitamíny a živiny důležité pro zdravý vývoj kojence
- Pro zdraví dítěte je zde přidána PREBIOTICKÁ vláknina, která podporuje imunitní systém dítěte
- S adaptovanou bílkovinou

HUMANA 3

- Výživa vhodná pro kojence od ukončeného 8. měsíce
- Je dobře a lehce stravitelná a přizpůsobená zvýšené potřebě živin starších kojců
- Obsahuje cenné složky z mléka a obilí a mnoho důležitých vitamínů pro zdravý růst a cenné minerální látky pro stavbu kostí a vývoj zoubků
- Pro zdraví dítěte je zde přidána PREBIOTICKÁ vláknina
- S příchutí jablek
- Bez řepného cukru





Chronické průjmy v ordinaci praktického dětského lékaře

doc. MUDr. Josef Sýkora, Ph.D., MUDr. Michal Huml

Dětská klinika FN a LF UK, Plzeň

■ Definice

Průjem je definován jako zvýšené denní vyprazdňování stolice spojené s nadměrnou ztrátou vody a elektrolytů. Při průjmu je u kojenců a starších dětí objem stolice větší než 10g/kg a den nebo více než norma pro dospělé 200g/24hodin. Chronický průjem je definován trváním více než 2 týdny, jestliže je spojený s dalšími symptomy a neprospíváním vyžaduje zvýšenou pozornost praktickým dětským lékařem.

Voda je absorbována v tenkém střevě, v tlustém střevě je střevní obsah koncentrován proti poměrně vysokému osmotickému gradientu. Choroby, které ovlivňují absorpci v tenkém střevě jsou obvykle spojeny s objemnými vodnatými stolicemi, zatímco nemoci tlustého střeva se většinou projevují méně objemnými stolicemi často s patologickou příměsí (krev, hnis, hlen).

Chronický průjem může představovat obtížný diagnostický i léčebný problém obzvláště v kojeneckém a batolecím věku. V současnosti existuje široké etiologické spektrum chorob od klinicky nezávažného chronického průjmu batolat, který je poměrně častou příčinou průjmu v rozvinutých zemích, až po protrahované obtížné zvládnutelné průjmy kojeneckého věku. V poslední době bylo identifikováno několik nových syndromů spojených s chronickými průjmy, ačkoliv u významné části případů (až 30%), není možno identifikovat žádné specifické příčiny a prognóza může být krajně nepříznivá.

■ Patofyziologické mechanismy

Mechanismy vedoucí ke vzniku chronického průjmu jsou různé, mohou se vzájemně kombinovat. Může se jednat o průjem osmotický, sekreční, mutace v transportních proteinech v apikální membráně enterocytů, anatomická redukce povrchu střeva a změny střevní motility gastrointestinálního traktu (GIT).

■ Příčiny

V běžné praxi praktického dětského lékaře je třeba odlišit běžně se vyskytující choroby od vzácných odchylek vedoucích k chronickému průjmu. Chronické průjmy etiologicky dělíme na malabsorpční, infekční a zánětlivé.

V rozhodování praktického pediatra je třeba brát do úvahy věk dítěte a další průvodní symptomy. Jednoduchá prakticky použitelná klasifikace nejčastějších příčin chronických průjmů je uvedena v tabulce 1 a tabulce 2.

Varovné příznaky u dítěte s chronickým průjmem, které mohou ukazovat na závažnou patologii a nesmí být přehlédnuty v ordinaci praktického pediatra jsou uvedeny v tabulce 3.

■ Normální fyzikální nález bez hmotnostního úbytku s normálním prospíváním

Chronický průjem batolat se typicky objevuje v druhém roce života a je často spojený s přítomností nestrávených zbytků zeleniny a hlenu ve stolici. Celkový stav dítěte je bez alterace a dítě roste normálně. Předpokládá se, že příčinou je v urychlená střevní motilita a rychlý gastrokolický reflex. Ve věku kolem 4 roku života průjem spontánně vymizí. Časté, vodnaté stolice kojeneckých dětí jsou variantou normy a nepotřebuje další vyšetřování, jestliže je dítě jinak bez problémů, dobře prospívá a matka má dostatek mateřského mléka.

■ Změny ve fyzikálním nálezu s hmotnostním úbytkem a neprospíváním

Potravinové alergie, které se mohou vyskytovat v kterémkoliv věku jsou obecně provázeny chronickými průjmy. Mezi nejčastější potravinové alergeny patří kravské mléko, vaječný bílek, burské oříšky a sója. Další skupinu tvoří choroby, které omezují schopnost trávit jednotlivé živiny, atrofická gastritida, exokrinní pankreatická nedostatečnost, vrozené defekty enzymů pankreatu,

Schwachmanův syndrom, Pearsonův syndrom, cystická fibróza, chronická pankreatitida a hepatobiliární choroby. Z praktického hlediska jsou důležitá onemocnění tenkého střeva, céliakie-glutensenzitivní enteropatie, vrozené odchylky trávení nebo membránového transportu, abetalipoproteinémie, Whippleova choroba, syndrom krátkého střeva, skupina vrozených nebo získaných selektivních malabsorpcí sacharidů (deficit laktázy, sacharázy-izomaltázy). Vrozený deficit laktázy nebo sacharázy je velmi vzácný. Získaný deficit sacharázy bývá méně častý a provází závažnější průjmová onemocnění. Velmi častý je sekundární postenteritický malabsorpční syndrom způsobený přechodným poklesem aktivity střevní laktázy v důsledku poškození střevní sliznice tenkého střeva po proběhlé závažnější enteritidě a sníženém příjmu stravy.

Chronický průjem s příměsí krve je typickým projevem nespecifických střevní zánětů (Crohnova choroba, idiopatická proktokolitida, indeterminovaná nebo mikroskopická kolitida). Chronický průjem a bolesti břicha provází infekci střevními parazity (*Giardia lamblia*, *cryptosporidie*). V běžné praxi je třeba myslet na některé iatrogenní příčiny, léčebné diety nebo dlouhodobé užívání léků (nadbytek laxativ, cholestyramin). Velmi časté jsou chronické průjmy spojené s léčbou antibiotiky při střevní dysmikrobii. Poruchy imunity (agamaglobulinémie, izolovaný defekt IgA, autoimunitní enteropatie, eozinofilní gastroenteritida) jsou také velmi často spojeny s chronickými průjmy. Anatomické odchylky GIT (Hirschsprungova choroba, malrotace, parciální střevní obstrukce, syndrom krátkého střeva po rozsáhlých resekcích) mohou vést k syndromu bakteriálního přerůstání a chronickému průjmu. Chronický průjem může způsobit acrodermatitis enteropatica, hyperthyreóza, infekce bakteriemi produkujícími enterotoxin a také tumory

Grünenthal - Clarosip



tab. č. 1

Nejčastější příčiny chronického průjmu v dětském věku

	Kojenci, batolata	Starší děti	Dospívající
Časté:	postgastroenteritický malabsorpční syndrom postinfekční sekundární laktázová deficiencie alergie (bílkovina KM/soja) céliakie cystická fibróza antibiotika	postinfekční sekundární laktázová deficiencie syndrom dráždivého tračníku céliakie laktázová intolerance giardiáza nespecifické střevní záněty antibiotika	syndrom dráždivého tračníku nespecifické střevní záněty laktázová intolerance giardiáza céliakie laxativa
Vzácné:	primární imunodefekty vilózní atrofie sekreční tumory vrozená chloridorhea acrodermatitis enteropatica lymfangiectazie abetalipoproteinemia eozinofilní gastroenteritida syndrom krátkého střeva syndrom nezvládnutelného průjmu autoimunitní enteropatie laxativa mikrovilózní inkluzní choroba	získané imunodefekty sekreční tumory pseudoostrukce laxativa Whippleova choroba	sekreční průjmy tumory GIT

vylučující vazoaktivní intestinální polypeptid (VIP). Funkční psychosomatické poruchy GIT také mohou být spojeny s chronickým průjmem hlavně u starších dětí a dospívajících (syndrom dráždivého tračníku). Nejčastější příčiny jsou shrnuty v tabulce 1.

■ Vyšetření

tab. č. 2

Časté příčiny chronických průjmů dle charakteru stolic**Vodnaté**

nespecifický průjem
průjmy batolat
laktázová intolerance
paraziti – Giardia lamblia
alergie na bílkovinu kravského mléka
paradoxní průjem při obštipaci

Tuk ve stolici

cystická fibróza
céliakie

Krev ve stolici

idiopatická proktokolitida
Crohnova choroba
alergická gastroenteritida

Chronický průjem je velmi často příčinou obav a frustrace rodičů. V první řadě je nezbytné potvrdit, že dítě má skutečně průjem. Například u dětí s enkopresou se může stav mylně hodnotit jako průjem, jde však o druhotný projev při zadržování stolice. Pro správné hodnocení je důležité znát normální charakter a frekvenci stolic a určit zda je abnormální vzhledem k věku tabulka 4.

V první fázi má důležitou úlohu právě praktický dětský lékař, je nutná podrobná anamnéza a fyzikální vyšetření se současným stanovením nutričního stavu dítěte včetně antropometrických údajů (délka, hmotnost, obvod hlavy). Je také třeba zjistit charakter a množství přijímaných tekutin. U dětí s příjmem ovocných džusů a perlivých tekutin více než 150ml/kg/24 hodin, ale s normálním hmotnostním a růstovým přírůstkem je třeba uvažovat o chronickém nespecifickém průjmu. Snížení příjmu tekutin na 90ml/kg/den vede během několika dnů k vymizení průjmu. V případě nadměrného příjmu neabsorbovatelných látek (sorbitol), je také třeba jejich přísun omezit. Velmi důležité je zhodnotit charakter stolice - vodnaté, obsahující tuk nebo patologickou příměs (krev, hnis, hlen).

Barva stolice není příliš nápomocná s výjimkou přítomnosti krve ve stolici. Vyšetření stolice je nezbytnou součástí ošetření dětí s chronickým průjmem (mikrobiologické, virologické, parazitologické), nezbytné je skladovat vzorek stolice v ledničce až do doby vyšetření a rychle dopravit do laboratoře. Stolice na okultní krvácení (odběr za určitých podmínek) může prokázat mikroskopickou krevní ztrátu. Porucha vstřebání sacharidů se dá stanovit analýzou vodnaté stolice z čerstvého vzorku průkazem kyselých substancí ve stolici, pH menším než 5 nebo zvýšenou koncentrací vodíku ve vydechaném vzduchu. V případě podezření na sekreční průjem je třeba vyšetřit obsah elektrolytů a osmolaritu stolice.

Poměrně jednoduché mikroskopické vyšetření stolice stanoví přítomnost leukocytů což může svědčit pro zánětlivé změny v tračníku. Mikroskopický nálezný tukových kapének je významný u středně těžké a těžké steatorey. Možno je také provést i stanovení ztrát bílkovin a protilátek střevní sliznicí.

Laboratorní parametry jsou nedílnou součástí vyšetření u dětí s chronickým průjmem. Krevní obraz s eozinofilii v periferním krevním obraze může být u dětí s potravinovými alergiemi, přínosný může být i průkaz hypochromní mikrocytární anémie. Urychlená sedimentace a zvýšená hladina C-reaktivního proteinu ukazuje na zánětlivá onemocnění. Imunoalergologické vyšetření může také odhalit některé specifické abnormality. Stanovení renálních funkcí a elektrolytů je důležité při tekutinové dysbalanci.

V případě, že první fáze nevysvětlila příčiny, je třeba přistoupit k druhé fázi, provést potní test (chloridy v potu), molekulárně genetické vyšetření a stanovení elastasy ve stolici k vyloučení cystické fibrozy a zevně sekretorické nedostatečnosti pankreatu. Vyšetření stolice na magnesium sulfát,

InPharm - Imunoglukan



fenolftalein a fosfát může vyloučit skutečnost, zda není průjem sekundární při chronickém nadužívání laxativ. Stanovení protilátek proti endomyzium, tkáňové transglutamináze a jejunální biopsie jsou nezbytné při podezření na celiakii.

Třetí fáze zahrnuje poměrně vzácně používané kontrastní rentgenologické metody u dětí s chronickým průjmem (pasáž GIT) k vyloučení anatomických změn (syndrom slepé kličky, malrotace, postresekční stav). Nezbytná je enterobiopsie a endoskopické vyšetření horní (esofagoduodenoskopie, enteroskopie) i dolní části trávicího traktu (rektosigmoidoskopie, kolonoskopie) s biopsií. U dětí s podezřením na Crohnovu chorobu je důležitá MRI (magnetická rezonance) enterografie.

Jestliže všechna předchozí vyšetření jsou negativní přichází v úvahu ještě čtvrtá fáze. Vyšetření hormonálně aktivních tumorů (VIP, gastrin, sekretin, 5-hydroxyindoloctová kyselina).

■ Terapie

Terapie musí být založena, pokud je to možné, na specifické příčině chronického průjmu, tabulka 1. Řada chorob spojených s chronickým průjmem může být sledována a léčena v ordinaci praktického dětského lékaře.

Hlavním principem léčby je zajistit odpoví-

dající nutriční příjem po stránce kvantitativní i kvalitativní, abychom zachovali normální růst, prospívání a psychomotorický vývoj dítěte. V případě normální výšky a hmotnosti, bez dalších symptomů a bez přítomnosti tuku ve stolici, je nutno uvažovat o chronickém

kteřé rovněž neobsahují laktózu.

V případě, že dítě neprospívá na váze a stolice obsahuje tuk (steatorea) je třeba uvažovat o širokém spektru příčin malabsorpčního syndromu. Léčebný přístup je zcela odlišný podle primární příči-

tab. č. 4

Normální charakter stolic	
0 – 4 měsíce	kojené děti 2– 4 stolice za den (1 – 7), žluté, kašovité konzistence, pH 5, nefrekventní stolice jsou také normální (až 1x za týden)
0 – 4 měsíce	náhradní umělá výživa 2 - 3 stolice za den, žlutohnědé, formované, pH 5,
4 měsíce – 1 rok	1-3 stolice denně, tmavě žluté, formované
po 1 roce	tuhé, jako u dospělých

nespecifickém průjmu. Chronický nespecifický průjem se obecně objevuje u dobře prospívajících batolat mezi 1.a 3. rokem života (průjem batolat). Stolice jsou často vodnaté, hnědošedavé, obsahují nestrávené zbytky potravy. Léčba není nutná, je třeba rodiče uklidnit a vysvětlit, že dítě není nemocné a vyvíjí se normálně. V případě, že příjem tekutin je více než 150ml/kg/den je třeba redukovat příjem tekutiny na 90 ml/kg /den. Děti mohou být v prvních dnech neklidné, dráždivé po omezení příjmu tekutin, ale v dalších několika dnech dojde k omezení frekvence a objemu stolic. Je také třeba omezit nadměrný příjem ovocných džusů. Sorbitol (neabsorbovatelný cukr) je v jablkových i hruškových džusech a může také způsobit průjem u batolat. Navíc v jablkách a hruškách je také vysoký obsah fruktózy, který se může podílet na vzniku chronického průjmu. Nadbytek tuku ve stravě také může hrát důležitou roli ve vzniku průjmu a jeho omezení asi na 40% vede k vymizení průjmu.

V případě, že průjem je vyvolán sekundárně při malabsorpci cukrů, nejčastěji dětí, které netolerují laktózu, jsou k dispozici léčebné dietní mléčné přípravky kojenecké výživy s nízkým nebo žádným obsahem laktózy, nebo sójové přípravky kojenecké výživy,

ny. Nejčastější příčinou chronického průjmu spojeného s malabsorpčním syndromem je postgastroenteritický malabsorpční syndrom (hlavně v kojeneckém a batolecím věku) po závažné enteritidě. U těchto dětí jsou velmi vhodné a účinné široce dostupné speciální léčebné dietní přípravky s vysoce hydrolyzovanou bílkovinou nebo aminokyselinami neobsahující disacharidy.

U pacientů s podezřením na syndrom bakteriálního přerůstání je třeba vyloučit anatomické změny a zajistit adekvátní nutriční příjem. Chirurgická léčba je indikována v případě syndromu slepé kličky nebo částečné střevní obstrukce. Antibiotická terapie je také nezbytná (metronidazol, ampicilin, trimetoprim-sulfametoxazol). U pacientů se sekrečním průjmem vyvolaným vrozenými chorobami většinou v prvním měsíci života je léčba obtížná a dlouhodobá. Děti je třeba nutričně zajistit totální parenterální výživou cestou centrálního žilního katetru při dlouhodobé hospitalizaci.

U dětí s chronickým průjmem po léčbě antibiotiky je prokázán dobrý účinek probiotik.

Literatura u autorů

tab. č. 3

Varovné příznaky u chronických průjmů
noční bolest
opoždění růstu
opožděná puberta
perianální změny
familiární zátěž nespecifických střevních zánětů
opakované zvracení
dysfagie
hemateméza
krev ve stolici
horečka
artritidy
hubnutí



5. Festival kazuistik - Luhačovice 2007

MUDr. Olga Roškotová

Vážené kolegyně a kolegové,
dnešní okénko kasuistik uvedu sdělením o 5. Festivalu kasuistik, který proběhl pod záštitou České pediatrické společnosti a garancí OS ČLK Zlín ve dnech 27. – 29. 9. 2007 v Luhačovicích.

Ti kolegové, kteří jsou pravidelnými účastníky této pediatrické konference, vědí, že je to odborný maratón případů z lůžkových pediatrických oddělení, z praxí praktických lékařů pro děti a dorost, ale i ze styčných oborů, zabývajících se dětmi.

Letošní ročník byl o to významnější, že se konal v roce 80. výročí založení Baťovy nemocnice ve Zlíně, odkud jsou hlavní organizátoři této konference.

Kromě odborného vyžití je vždy pro účastníky připraven společenský program, výstava farmaceutických produktů a zdravotnické techniky a zajímavý doprovodný program.

Organizátoři pamatují na to, že lékaři kromě své profese mají velmi rádi divadlo, přírodu, pohyb a krásu všeho druhu. Divadelní představení, slavný komiks „Rychlé šípy“, pobavil, zájezd do ZOO ve Zlíně a zámku Lešná poskytl zajímavou podívanou a organizovaný výlet nebo individuální procházka krásnou podzimní přírodou přispěly k vyčištění hlavy. Počasí bylo tentokrát milosrdnější než minule.

Nabídka kasuistik byla obrovská a pro každého posluchače jistě přínosná. Mnozí z nás si dosazovali do některých případů některého ze svých pacientů a pátrali v paměti, co ještě mohli a neudělali. Takováto přehlídka případů z pediatrických praxí vždy vybudí a připomene, že každodenní ostražitosti při diagnostice a léčbě není nikdy dost.

Organizace a moderování této konference je na vysoké profesionální úrovni, o čemž svědčí dodržování časů jednotlivých příspěvků, s prostorem na diskuzi, dotazy a připo-

mínky.

Široká škála případů je odrazem toho, jak jsou pediatrie a s ní související obory a odbornosti bohaté, rozmanité a důležité a kolik dětí při včasném záchytu nemoci, správné diagnostice a odborné léčbě má šanci na přežití a kvalitnější život.

Dle ohlasů z kuloárů byl 5. Festival kazuistik ceněn lékaři a přítomnými sestřičkami velmi kladně. Děkuji organizátorům v čele s panem primářem MUDr. Petrem Pešákem

a všem aktivním účastníkům za příjemné a podnětné odborné zážitky, a to i jménem redakční rady časopisu VOX PEDIATRIAE.

Díky spolupráci mezi naším časopisem VOX PEDIATRIAE a organizátory Festivalu kazuistik v Luhačovicích bude

i Vám umožněno nahlédnout do odborné nabídky z Festivalu. Zaznělo tam celkem šedesát osm kasuistik, některé z nich se svolením autorů a organizátorů budou prezentovány ve VOX PEDIATRIAE.

V tomto čísle zveřejňujeme kasuistiky našich kolegyně PLDD Yvety Tomanové z Brna a Blanky Skalické, která kromě ordinace PLDD vede v Liberci endokrinologickou ambulanci.

Jsem ráda, že od zářijového čísla díky spolupráci školitelů postupně vycházejí v našem profesním časopise také jejich kasuistiky. V jejich vydávání budeme samozřejmě pokračovat.

Prezentovat kasuistiky na stránkách časopisu může každý z Vás. Doporučujeme postupovat dle dohodnutých pravidel, uveřejněných v červnovém čísle VOX PEDIATRIAE.

Příspěvky zasílejte buď na adresu:
centrum@detskylekar.cz nebo
olga.roskotova@post.cz.

„Léková reforma“ bude mít pomalý rozjezd, slibuje ministerstvo

Ceny léků a doplatky za ně se nezačnou hýbat dřív než v březnu či dubnu příštího roku. Podle ministerstva zdravotnictví bude mít totiž nová léková politika jen pozvolný náběh. Jediná novinka, kterou pacienti pocítí „natvrdo“ hned po Silvestru, bude třicetikorunový poplatek za položku na receptu.

„Od 1. ledna se pro pacienty nic nezmění. Pokud něco drobného, tak snad klesnou mírně doplatky na některé léky,“ řekl náměstek ministra Pavel Hroboň. Změny se projeví postupně, vždy jen pro několik desítek medikamentů. Osm tisícovek léků totiž prakticky jeden po druhém nově posoudí (na základě doporučení a připomínek dalších odborníků) Státní ústav pro kontrolu léčiv.

Lidé budou moci celý proces kontrolovat na internetu. „Chceme maximální transparentnost pro odborníky i veřejnost. To tady dosud nebylo,“ zdůrazňuje Tomáš Cikrt, mluvčí ministra zdravotnictví.

A jak to bude fungovat? V každé skupině léků s podobnými vlastnostmi (skupin je cca 300) bude nejméně jeden (ten nejlevnější) lék plně hradit pojišťovna. U dražších léků si pak pacient doplatí rozdíl. „Logicky bude zájem o ty nejlevnější. To bude nutit výrobce, aby svoji cenu snižovali,“ věří náměstek Hroboň.

Nově posílí role lékárníka. Může pacientovi nabídnout levnější lék, než lékař předepsal. Pokud však alternativu lékař přímo s ohledem na zdravotní specifika pacienta nezakáže. Strop úhrad z peněženky pacienta činí 5 000 korun ročně. Jak zjistí, kolik utratil? Existují dvě cesty. Může si při každé návštěvě lékárny sám vyžádat účtenku a počítat. O překročení limitu však budou automaticky klienty informovat pojišťovny.

„Pro kontrolu si lidé mohou účtenky schovávat. Aby je ale nemuseli shromažďovat doma v krabici od bot, pojišťovny budou svým klientům posílat pravidelný výpis,“ vysvětlil Pavel Hroboň.

Novinkou bude skupina „volně prodejných léků s omezením“. „Chceme zjednodušit občanský život,“ říká šéf komory lékárníků Lubomír Chudoba. „Vznikne kategorie léků, které si může pacient vyzvednout bez receptu, jen s podmínkou identifikace.“ Už dříve se v této souvislosti mluvilo například o „potratové pilulce“ Postinor.



Kazuistika: Diferenciální diagnostika asymetrického zduření prsní bradavky u dospívajícího chlapce

MUDr. Yveta Tomanová¹, MUDr. Viera Bajčiová², MUDr. Lenka Krbková³

PLDD Brno¹, KDO FN Brno², KDIN FN Brno³

Chlapec J.Š. stáří 14,5 roku

V květnu 2005 přišel chlapec do ordinace s tím, že asi 6 měsíců pozoruje zduření v oblasti levé prsní bradavky, které je sice nebolestivé, ale postupně se pomalu zvětšuje, a v posledním týdnu si chlapec sám vyhmatal malé zduření v levé axile. K vyšetření přichází až nyní proto, že se domnívali, že zduření prsní bradavky souvisí s dospíváním. Jiné potíže nemá.

Anamnestické údaje:

RA: Otec se léčí s revmatoidní artritidou, matka a 2 sestry jsou zdravé.

OA: Chlapec se narodil ze 4. gravidity, v termínu, koncem pánevním, byl kříšený, PH 4000 g/50 cm. Poporodní průběh byl bez komplikací, kojený 6 měsíců. Kojenecké a batolecí období bylo bez pozoruhodností. Ve 4 letech byl léčen na ortopedii pro parainfekční coxitidu. Do 10 let byl sledován na nefrologii pro enuresu. Ve 13 letech byl 2x hospitalizován, nejprve pro akutní tonsilitidu, která se po přeléčení komplikovala infekcí močových cest a bylo proto nutné parenterální podávání antibiotik. V roce 2004 byl vyšetřen a léčen na neurologii pro migrenózní bolesti hlavy.

Objektivní nález při prvním vyšetření:

Levá prsní bradavka je nad niveau, laločnatě zvětšená 2 x 1 cm, lividně zbarvená, bez sekrece. Je citlivá na pohmat. V axile jsou hmatné drobné zvětšené lymfatické uzliny, největší velikosti cca do 1 cm. Nález není typický pro benigní gynekomastii. Ostatní interní nález je v normě, v jiné lokalitě nejsou zvětšené lymfatické uzliny, subjektivě i objektivně se chlapci daří dobře. Pacienta jsem odeslala na UZ vyšetření prsní žlázy, které popisuje vpravo prsní žlázu přiměřené echogenity a velikosti, vlevo v místě resistance je detekována hypo až anechogenní léze velikosti 20,5 x 24 x 7 mm s neostrým ohraničením, hypervaskularizovaná a je doporučeno především vyloučit tumorózní afekci.

V levé axile jsou popsány vícečetné lymfatické uzliny největší délky 13,5 mm s hraničním L/T indexem.

Na základě tohoto vyšetření byl pacient odeslán k dalším vyšetřením na specializovanou oddělení fakultní dětské nemocnice:

endokrinologie – vyloučena mastopatie (FSH,



LH, prolaktin, estradiol, testosteron v normě);

chirurgie – indikována biopsie útvaru a extirpace axilární LU, peroperačně vyšetření „na zmrzlo“, suspektní lymfom;

onkologie – TU markery (beta HCG, CEA, Ca 15-3, Ca 125, AFP, feritin, thymidinkinása) negativní.

Při biopsii útvaru již tzv. vyšetření „na zmrzlo“ signalizuje podezření na lymfom, proto onkologové indikují trepanobiopsii a vyšetření KD, výsledek je negativní, a také vyšetření PET (positronová emisní tomografie) potvrzuje pouze solitární patologické ložisko stěny hrudní. Histologie z extirpované lymfatické uzliny diagnostikuje sinusovou histiocytózu bez známek malignity.

Laboratorní vyšetření hematologická i biochemická jsou v normě, zánětlivé parametry jsou

negativní. Byla odebrána krev na serologická vyšetření – EBV, CMV, hepatitidy, zoonózy, borelie. Doplnující klinická vyšetření (kardiologie, neurologie, ORL, kožní, oční vyš.) jsou s normálním nálezem.

V červnu 2005 je znám závěr histologického vyšetření – folikulární lymfom a je plánováno přijetí pacienta k zahájení onkologické léčby.

Na konci června mne navštívil otec v ambulanci, přináší všechny výsledky doposud provedených vyšetření a upozorňuje na výsledek vyšetření serologie borelií z 5/2007 B.garini IgG > 1: 4000 a sám upozorňuje na to, zda by se nemohlo jednat o kožní formu boreliózy - boreliový lymfocytom (BL). Současně doplňuje anamnézu o opakovaně přisátí klíšťat v roce 2004 i 2005 v oblasti Znojemska, kde mají chatu. Protože se tato možnost jeví jako velmi pravděpodobná, ihned kontaktuji boreliovou poradnu infekční kliniky, kde kolegyně klinickým vyšetřením a opakovaním serologického vyšetření zjišťuje testem ELISA vysoké hladiny IgG protilátek proti B. garinii (1:4000), B. afzeli (>1:4000) a B. burgdorferi s potvrzením v imunoblotu, v testu EU prokazuje řadu specifických antigenů a u potvrzuje diagnózu BL.

Na základě této diagnózy je chlapec ambulantně léčen P-PNC 10 dnů, následně perorálním PNC 28 dnů, a postupně dochází k výraznému zmenšení útvaru, ústupu lividního zbarvení a chlapec terapii dobře toleruje.

Lékařka infekční kliniky konzultuje také histologii útvaru s patologi, doplnění markerů typických pro folikulární lymfom jsou negativní a 2. čtení patologie primárního útvaru uzavírá nález jako negativní.

Na závěr si dovoluji uvést Evropskou definici BL – jedná se o vzácný nebolestivý modro-červený uzlík nebo skvrna, obvykle na ušním lalůčku, boltci, bradavce prsní nebo skrotu; častěji u dětí (zejména na uchu) než u dospělých.

Je tedy nutné pamatovat na vzácnější lokalizace BL, což dokládá i uvedená kazuistika s dobrým koncem. V září 2007 je chlapec zcela zdravý, levá prsní bradavka je normálního tvaru a velikosti a jizvy po biopsii téměř nejsou patrné.



Kazuistika: Záludná autoimunitní thyreoiditida

MUDr. Blanka Skalická

PLDD a endokrinolog, Liberec

Markéta oslavila 16 let, k narozeninám ale dostala bohužel nepěkný dárek – naši diagnózu. Rostla i vyvíjela se normálně. V 7 letech byla podrobně vyšetřena pro předčasně axilární ochlupení. Byla zjištěna hmatná drobná difúzní eufunkční struma, pohlavní znaky byly klidné, růstová i hmotnostní křivka bez akcelerace, všechny laboratorní parametry bez odchylek, negativní protilátky proti štítné žláze, normální nález při sonografickém vyšetření štítné žlázy – velikost odpovídala věku, struktura byla homogenní. Předčasná puberta nebyla potvrzena. Pacientce byl doporučen Jodid.

Po roce při sonografické kontrole štítné žlázy byl objem obou laloků těsně nad horní hranici normy k povrchu těla, laloky mapovitě prosáklé s nehomogenně sníženou echogenitou, TSHs 1,59 mIU/l, Jodid byl změněn na levothyroxin. Markéta se cítila dobře, byla dispenzarizována včetně laboratorních a sonografických kontrol. TSHs bylo po celou dobu v mezích normy, sonograficky objem štítné žlázy v normě k povrchu těla, postupně se však začala měnit struktura, obraz odpovídal rozvíjející se autoimunitní thyreoiditidě. Markéta později připustila, že léky brala všelijak.

1. menses dostala ve 12,5 letech. Přišla pak ve svých 13 letech se sekundární amenorheou, měla

TSHs 2,04 mIU/l, strumu o objemu 19,2 ml (norma k povrchu těla 16 ml), oba laloky homogenní s výrazně sníženou echogenitou. Objevily se pozitivní protilátky anti-TPO (441 IU/l) i anti-TG (98 IU/ml). Byl nasazen znovu levothyroxin a do 2 měsíců začala zase spontánně menstruat. Sonograficky se objem štítné žlázy zmenšil na 15,8 ml, byl tedy v normě. Uběhly 2 roky, laboratorní i sonografické nálezy byly bez větších změn.

V roce jejích 16. narozenin se objevil zneklidňující nález při sonografickém vyšetření – nárůst objemu štítné žlázy + 9 ml nad normu k povrchu těla, hypoechogenity v oblasti isthmus do 8 mm. Pacientka potvrdila, že užívá pravidelně předepsaný thyroxin. Vzestup TSHs na 4,88 mIU/l vedl ke zvýšení dávky léku. Po 3 měsících při kontrole je TSHs 1,03 mIU/l, sonograficky v PL hypoechogenní uzlík 7,5 mm v místě přechodu v isthmus. Byla realizována diagnostická punkce. Cytologické vyšetření vedlo k vážnému podezření na papilární karcinom. Byla provedena totální oboustranná thyreoidektomie na ORL klinice FN Motol. Histologické vyšetření prokázalo Hashimotovu thyreoiditidu s mnohočetnými ložisky papilárního karcinomu, v uzlině při levém laloku metastáza karcinomu (pT1bp-

N1apMx). Markéta byla doléčena radiojódem. Je nyní na supresní léčbě thyroxinem a daří se jí dobře.

Kazuistikou jsem chtěla upozornit na zásludnost naší všední praxe. Mezi stovkami benigních strum může být potenciální malignita. Pacienta s Hashimotovou autoimunitní thyreoiditidou musíme velmi pečlivě sledovat, doporučuje se udržovat TSH pod 0,5 mIU/l. Alarmující je nárůst objemu štítné žlázy i přes adekvátní terapii a samozřejmě sonografický nález. V nejasných případech je nutné provést diagnostickou punkci a cytologické vyšetření. Při suspekci na karcinom je indikována oboustranná totální thyreoidektomie a doživotní supresní terapie thyroxinem. Trvalá dispenzarizace je samozřejmě nutná.

V literatuře se udává v souborech odoperovaných dospělých nemocných s Hashimotovou thyreoiditidou 10 % malignit (Vlček, Neumann: Karcinom štítné žlázy, 2002). Pro děti a dospívající statistiku bohužel zatím nemáme. Prognóza při včasné diagnóze a správné léčbě je dobrá, u dětí se záchytem papilárního karcinomu do 15 let je pravděpodobnost 40-letého přežití 90%, nejsou-li vzdálené metastázy.

BŘÍŠKO UŽ MĚ NEBOLÍ



Kaše proti průjmu s mrkví

Kaše sladké sny s lipovým květem

Kaše proti zácpě se švestkami

- chrání střevo proti škodlivým bakteriím způsobujícím zažívací potíže
- posilují obranyschopnost organismu
- snižují výskyt průjmu, zácpy a některých gastroenteritid
- přispívají k normalizaci stolice

www.kojeneckavyziva.cz
Infolinka: 800 135 135



Kojení je nejlepší způsob výživy kojence chránící jeho zdraví, a proto se výhradní kojení doporučuje minimálně do ukončeného 6. měsíce, s příkrmy co nejdříve.



Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost - praktická příručka včasné prevence

Mgr. et Mgr. Olga Starostová¹, MUDr. Pavel Kabíček, CSc.^{2,3}, MUDr. Petra Jacobs⁴, Eva Čápková, DiS¹

¹Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví, o.p.s. (CEPROS), Praha

²Klinika dětského a dorostového lékařství 1.LF UK a VFN, Praha

³Subkatedra dorostového lékařství IPVZ, Praha

⁴National Institute on Drug Abuse (NIDA), Bethesda, USA

Na konci roku 2006 byl vydán **Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost, Praha, Cepros 2006**.

Stává se prvním a zatím jedinečným praktickým nástrojem k provádění individuálního poradenství v oblasti rizikového chování dospívajících v ČR. Vznikl díky grantové podpoře Ministerstva zdravotnictví a byl bezplatně distribuován všem ordinacím praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD).

Již v průběhu roku 2005 bylo v manuálu pro provádění preventivních prohlídek doporučeno praktickým lékařům provádět v 11, 13, 15 a v 17 letech individuální preventivní pohovor o rizikovém chování v dospívání (1). Jak ale provádět tento pohovor? Jak se šetrně dotknout těchto citlivých témat a získat si přítom důvěru dospívajícího, aby se svěřil se svými problémy, nejistotami a obavami? Jak vhodně a efektivně postupovat po zjištění rizika nebo problému s návykovými látkami u svěřeného dospívajícího?

Na tyto otázky, v oblasti užívání návykových látek, se snaží podrobně odpovědět zmíněná publikace. V kolektivu autorů (v abecedním seřazení MUDr. Hana Cabrnová, Eva Čápková, DiS., PhDr. Magdalena Frouzová, doc. MUDr. Jana Hamanová, CSc., MUDr. Petra Jacobs, MUDr. Pavel Kabíček, CSc., Mgr. Anna Kramářová, MM.L, MUDr. Karel Nešpor, CSc., MUDr. František Schmeberg, CSc., Mgr. et Mgr. Olga Starostová, MUDr. Tomáš Soukup) se uskutečnila multidisciplinární spolupráce převážně PLDD, dorostových lékařů, psychologů, sociálního pediatra a specialistů na návykové látky, tedy lékařů, kteří každodenně hodnotí psychosociální situaci svých pacientů v rámci svých praxí s odborníky, kteří léčí choroby spojené s abúzem návykových látek.

Manuál si klade několik chronologicky

navazujících cílů, a tím je i systematicky rozdělen (obr. 1):

1. **Identifikace** dětí a dospívajících s rizikem užívání návykových látek (**drogový screening**). Pomocí základních otázek psychosociálního screeningu se lze postupně dostat až k negativním návykům a zjištění zkušenosti pacienta s návykovou látkou.

2. **Zhodnocení aktuálního stavu pacienta**. K mapování zkušenosti dospívajícího s drogou využívá manuál části Tarterova dotazníku ke kvantifikaci abúzu v posledním měsíci a využívá dvou orientačních dotazníků ke krátkému zhodnocení problému s drogou: dotazníku Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 a nově vyvinutého dotazníku CRAFFT, který bude v blízké době k dispozici i v elektronické formě.

3. **Krátká intervence pacienta a jeho rodičů** je nejjednodušší psychiatrická metoda motivace jedince ke změně chování. Manuál podává vzorový praktický návod k provádění krátké intervence, která musí být specifická pro osoby abstinující, experimentující, problémově užívající a závislé na návykových látkách (toto rozdělení podle míry problému s drogou orientačně provede lékař v bodě 2).

4. **Odeslání pacienta do odborné péče**. Těžší formy abúzu návykových látek samozřejmě nemůže PLDD ošetřovat sám. Je třeba se obrátit na příslušná pracoviště nespécifické nebo specifické protidrogové terapie. Jejich vhodný výběr a potřeba adekvátního kontaktu a návaznosti je v manuálu také podrobně probrána.

Vedle medicínských aspektů drogové prevence byla do Manuálu začleněna i **analýza právního vymezení pro požadavek souhlasu zákonného zástupce k postupům léčby**

závislosti dítěte na návykových látkách, tedy téma, které je pro PLDD vysoce aktuální, přesto však doposud chybí jednoznačný právní výklad platných právních norem.

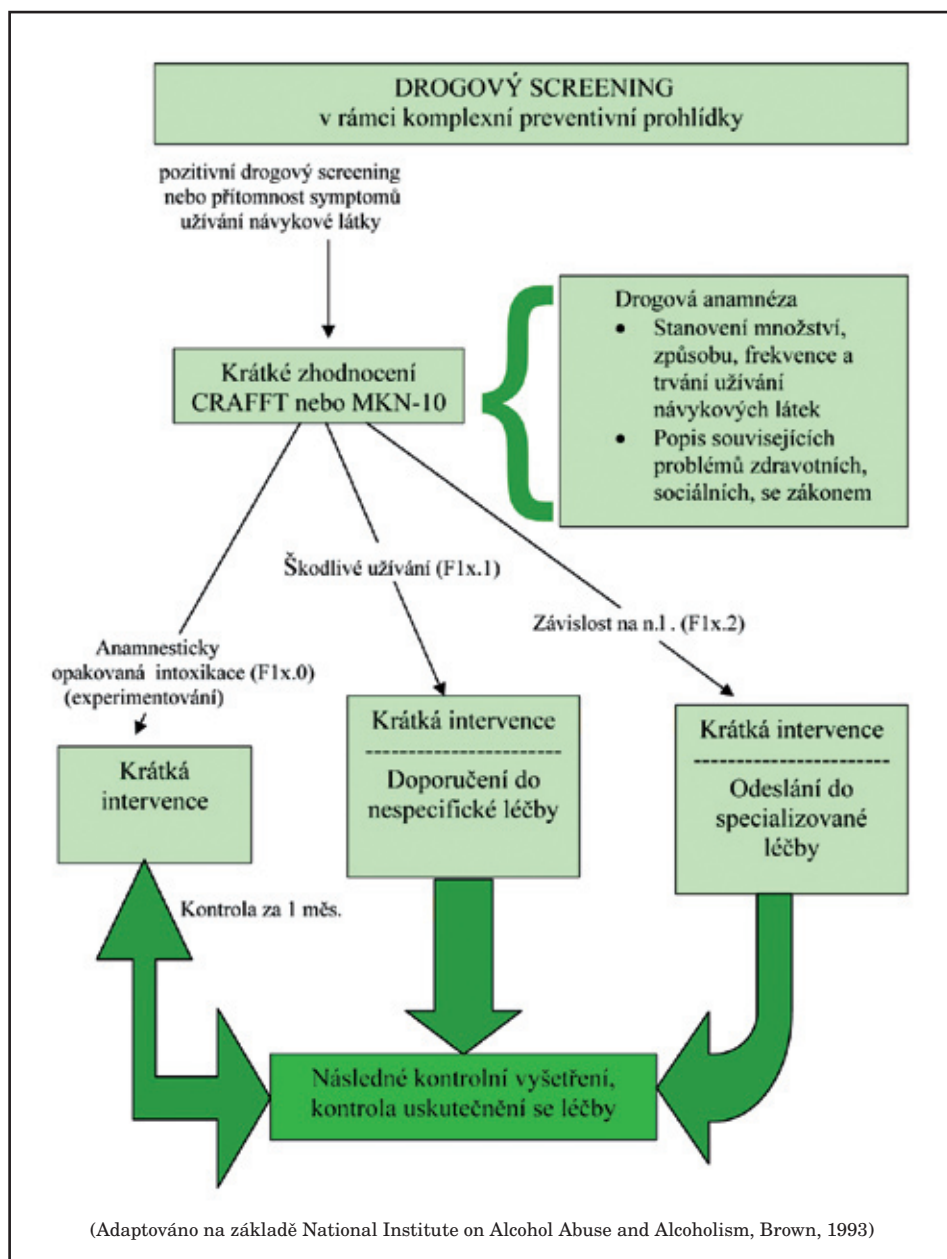
S podrobnějším popisem manuálu byla lékařská veřejnost seznámena již v průběhu roku 2006 (2).

■ Historie a evaluace projektu:

1. V letech 2004 zpracovalo Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví, o.p.s. (CEPROS) z iniciativy MUDr. Petry Jacobs projekt **Vytvoření a ověření efektivního postupu diagnostiky, intervence, referování a péče o pacienty s problémem s návykovými látkami v praxi dětského lékaře**. Hlavním cílem bylo vytvoření manuálu drogové prevence a projekt podpořilo Ministerstvo zdravotnictví ze svého dotačního programu protidrogové politiky.

2. Po sestavení manuálu proběhlo ještě v roce 2004 **pilotní ověření** v praxi pěti PLDD. Lékaři byli vybráni s ohledem na to, aby reprezentovali velké/malé město, město s výskytem dětí a dospívajících z problémových oblastí, s faktory vysoké nezaměstnanosti, vysoké variability a četnosti etnických minorit. Realizovaný formativně evaluační výzkum prokázal jednoznačnou potřebu pediatrů podpořit a vzdělávat se v oblasti protidrogové prevence a screeningu. Bylo poukázáno na chybějící systém a na praxi PLDD, kde každý dělá/nedělá intervenci po svém, a to navíc až v případech řešení akutních stavů, které představují pouze špičku ledovce.

3. Projekt pokračoval v roce 2005 vzdělávacím programem „**Krátká intervence pediatra v oblasti týkající se problémového užívání alkoholu a jiných drog**“, podpořeným ministerstvem zdravotnictví. Hlavním lektorem byla PhDr. Magdalena Frouzová, garan-



Obr. 1 - Cesta pacienta filtrem praktického lékaře pro děti a dorost

tem projektu asistent MUDr. Pavel Kabíček, CSc. Ve spolupráci vedení odborných společností (Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČLS JEP, Česká společnost dorostového lékařství ČLS JEP) a Ceprosu byly jednodenní semináře začleněny do programu regionálních konferencí SPLDD ČR. Jejich důležitou součástí bylo získání zpětných vazeb od co největšího počtu dětských lékařů z praxe formou evaluačního dotazníkového šetření.

4. Tohoto **dotazníkového šetření** se dobrovolně zúčastnilo 180 pediatriů z celé České republiky. Výstupy výzkumu potvrdily výsled-

ky kvalitativního formativního šetření z roku 2004.

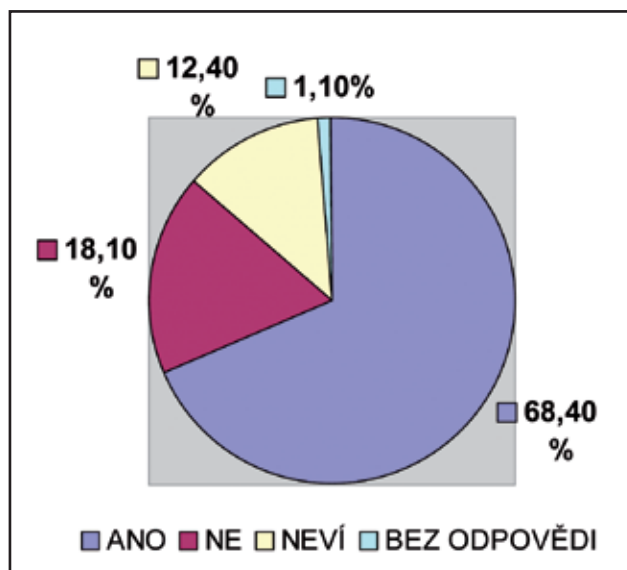
Nejprve k deskripci situace v pediatrické praxi: Analýza evaluačního a deskriptivního dotazníku **potvrdila vzestupnou tendenci v konzumaci návykových látek (57,1 % respondentů se v posledních letech setkává ve své praxi se zvýšeným počtem dospívajících zneužívajících návykové látky)**, zejména tabáku, alkoholu a marihuany, společně se snižující se věkovou hranicí prvního užití. Svůj postoj pediatrii doplňují těmito komentáři: „celkově se zvyšuje dostupnost drog“, „roste počet experimentujících“, „častější výskyt akutních intoxikací“, „u pacientů

sledují nárůst psychosomatických obtíží“. **Pediatrii též poukazují na rozdíl mezi venkovem a městem** v konzumaci drog – jednak na rozdílnou věkovou hranici (na venkově se podle jejich zkušeností začíná později). PLDD na venkově také pozorují menší výskyt dětí a dospívajících se zkušeností s drogou.

V rámci preventivních prohlídek a drogové prevence je nasnadě zmapovat možnou spolupráci pediatra a škol, která by funkčnosti celého systému velmi prospěla. Tato otázka vyplynula z formativního výzkumu, kde lékaři poukázali na možnou prospěšnost vzájemné kooperace, jejíž úroveň byla popsána jako velice rozličná. V rámci dotazníkového šetření **80,2 % respondentů charakterizovalo svoji spolupráci se školou jako nedostačující či neexistující**. Spolupráci charakterizovali slovy „špatná komunikace“, „bagatelizace problému“, „neochota řešit tuto problematiku“. Pouze 13,6 % uvedlo dobrou spolupráci se školou. Tito lékaři popsali případy aktivní spolupráce školy, která participuje na společném vyšetření problému. Jako dobrá praxe byl uveden i případ, kdy si škola na začátku školního roku vyžádá od rodičů souhlas s provedením drogového testu u žáka v případě potřeby.

Předpokladem pozitivního efektu drogové prevence je funkční spolupráce s rodiči. I v tomto případě poukázalo formativní šetření na obavy z nespoupracujících rodičů, z rodičů s chybnými modely sociálního chování či s rodiči, kteří jsou sami závislí na návykových látkách. Dotazníkové šetření tyto obavy potvrdilo. **Obecně lze předkládat funkčnost rodiny u každého druhého pacienta**. V ostatních případech lze usuzovat, že bude obtížněji dosažen pozitivní efekt intervence bez podpory rodiny.

Více jak 2/3 dotázaných pediatriů podporují zavedení drogového screeningu **formou individuálního preventivního poradenství: 68,4 % respondentů se vyjádřilo pro potřebu zavést drogový screening jako povinnou součást preventivní prohlídky** (graf 1). Svůj postoj podporují následujícími argumenty: 1) potřebou systematické prevence, kde Manuál je jejím nástrojem a současně i iniciátorem; 2) systematický přístup dává větší možnost včas podchytit problém a zabránit tak rozvoji závislosti; 3) intervence umožňuje rychlou detekci experimentování s drogami; 4) lékaři očekávají od postupu i možnost vyhledání skrytých případů. **30,5 % v dotazníkové akci představují respondenti, kteří mají**



Graf 1 - Potřeba drogového screeningu

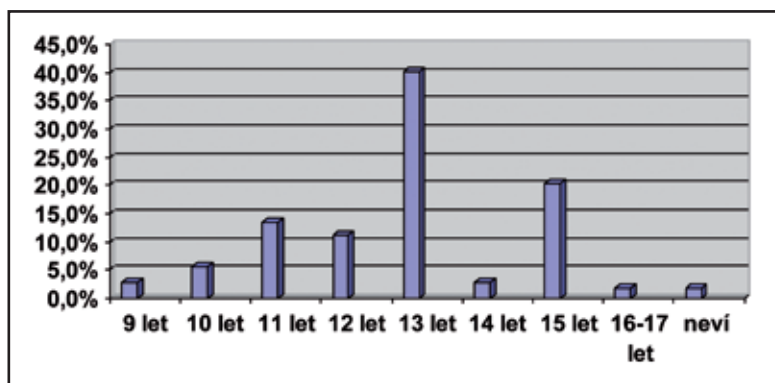
nevyjasněný postoj k zavedení drogového screeningu nebo ho nepodporují. Názory tohoto proudu jsou zakotveny často v obavách z formálnosti a rutinizace postupů či ze zapírání na straně pacientů. Patří sem také pediatrii, kteří, jak deklarují, nemají pacienty **zneužívající návykové látky**. Konečně poslední obava či výhrada reprezentantů této nevyhraněné skupiny je v oblasti efektivity vynaložených prostředků.

Stoupenci zavedení drogového screeningu **věří v možnost partnerského pohovoru mezi lékařem a pacientem, kde je při vhodné metodice šance zjistit zkušenosti dospívajícího** v oblasti návykových látek. Tuto zkušenost také potvrdil formativní výzkum pilotního ověření první verze manuálu v praxi dětského lékaře.

Otázkou, která byla od počátku nevyjasněna a diskutována, je **věk, kdy zařadit drogovou prevenci do preventivních pro-**



Obr. 2 - Titulní strana Manuálu



Graf 2 - Věk zahájen drogového screeningu

hlídek. V rámci formativního výzkumu v roce 2004 byl nejčastěji vybrán 13. rok. Tento výběr je podpořen aktuálními výstupy šetření, které tento věk označují jako počátek

doby experimentování s návykovými látkami. Ke stejnému věku se přiklonilo nejvíce dotázaných v rámci dotazníkového šetření v roce 2005 (40,1 %): **13. rok je jako rok zahájení drogové prevence jednoznačně preferován** (Graf 2). Řada zahraničních modelů (3) však začíná s preventivními pohovory již od 11. roku, tedy pokud možno ještě před začátkem eventuálního rizikového chování.

Všichni respondenti hodnotili navržený postup krátké intervence pozitivně. Oceňovali jeho srozumitelnost, potřebnost, zpracovanost. Vysoce hodnoceno bylo vedení semináře PhDr. Magdalenou Frouzovou. Manuál byl označen za inspirativní, přijat jako dobrý pomocník s dobře zpracovaným schématem, přehledný nástroj k rychlému vyhodnocení problému s drogou. Dotazovaní by uvítali možnost využití metod videovýcviku při edukaci. Pediatrii **zdůraznili potřebu osvojit si navržené dovednosti**, a to formou dalšího vzdělávání zaměřeného na komunikaci a práci s manuálem. Pro zavádění je potřebný dle názoru respondentů delší a podrobnější trénink, neboť v současné době se pediatrii potýkají s nedostatečným vyškolením a cítí potřebu naučit se dobrému postupu, jak je uváděn v metodice manuálu.

■ Závěry pro praxi:

Na základě analýzy lze tedy konstatovat, že pro zavedení drogového screeningu a krátké intervence jako účinné metody protidrogové prevence je třeba zajistit: kvalitní edukaci PLDD, s tím souvisí osvojení komunikačních dovedností s pacienty a jejich rodiči, informativní tištěné materiály (Manuál, dotazníky,

edukační materiály pro rodiče a pacienty), legislativní zajištění, bodové ohodnocení a platbu za výkon (zvýší se čas potřebný pro preventivní prohlídku), přístupnost testovacích sad.

Manuál po obsahové i formální stránce od počátku sledoval co nejjednodušší využití v každodenní praxi, rychlou orientaci a možnost průběžného doplňování podle potřeb praktických lékařů pro děti a dorost (např. aktuální kontakty na další instituce a jednotlivce pracující v oblasti prevence a léčby návykových látek, legislativní úpravy).

Co se za dva roky práce na tomto projektu podařilo? Podařilo se sestavit dosud chybějící preventivní nástroj, ověřit pilotní verzi, rozšířit povědomí o jeho existenci a metodách krátké intervence, zmapovat potřeby pediatrii v oblasti drogové prevence, potvrdit potřebu manuálu. Cepros, o.p.s. s přispěním Ministerstva zdravotnictví manuál vydal a distribuoval do všech ordinací PLDD v České republice. Legislativní otázky, časová náročnost a na ni navazující finanční hodnocení zdravotními pojišťovnami zůstávají nedořešeny. Měly by být předmětem závěrečné fáze projektu. Chybí tedy zakotvení v systému a Manuál namísto zamýšleného standardu zatím představuje praktickou podporu pro pediatrii v praxi.

Literatura:

1. Kabíček P., Hamanová J.: Prevence rizikového chování v dospívání. *Postgraduální medicína* 2005, 7, příloha č.
2. Preventivní pediatrie - manuál pro provádění preventivních prohlídek, s. 57-60.
3. Kabíček P., Jacobs P., Hamanová J., Frouzová M.: Aktuální problematika dorostového lékařství: péče o dospívající ohrožené abúzem návykových látek. *Postgraduální medicína*, 2006, 8 (2), s. 156-161.
3. Elster A.B., Kuznets N.J., American Medical Association: *AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Recommendations and Rationale.* Williams & Wilkins, 1994, Baltimore, Maryland, USA.

Johnson and Johnson - Olynth



Primární prevence ICHS u dětí

Studie OSPDL ČLS JEP

MUDr. Bohuslav Procházka¹, prof. MUDr. František Stožický, DrSc.²

¹PLDD Kutná Hora, ²FN Plzeň

■ Úvod:

Onemocnění srdce a cév stále vede v poměrně tabulce příčin úmrtí v ČR i ostatních rozvinutých zemích. Vysoké procento pacientů umírá na komplikace aterosklerózy ještě před poskytnutím první pomoci a tak i přes výrazné pokroky v diagnostice a léčbě těchto chorob zůstává jednou reálnou šancí do budoucna důsledně prováděná primární prevence. Patologicko-anatomické studie z 50. let 20. století jasně ukázaly, že časné fáze aterosklerózy začínají hluboko v dětském věku a proto je nutné tento proces ovlivnit již v dětském věku.

Důležité bylo zjištění, že rizikové faktory, které jsou platné pro dospělé populaci platí i pro rozvoj časných fází aterosklerózy u dětí.

V ČR byl již v roce 1992 zaveden selektivní screening dětí ohrožených časným rozvojem aterosklerózy a zároveň se stal součástí zdravotního řádu. Zásadní roli hraje praktický lékař pro děti a dorost, který při preventivních prohlídkách vyhledává, na základě podrobné rodinné anamnézy, děti se zvýšeným rizikem rozvoje aterosklerózy (především při vyšetření v 5 a 13 letech). U těchto dětí PLDD posoudí výskyt jednotlivých rizikových faktorů, které se snaží pozitivně ovlivnit.

Cílem studie bylo zjistit aktuální výskyt jednotlivých rizikových faktorů v dětské a dorostové populaci a porovnat současný stav s výsledky minulých studií. Studie zároveň podává výstižný obraz o průběhu preventivních prohlídek v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost.

■ Soubor a metody:

Jedná se o prospektivní dotazníkovou studii probíhající jeden rok (od 1.4.2006 do 31.3.2007) v ordinacích spolupracujících dětských praktických lékařů. Studie se týká pětiletých a třináctiletých dětí sedmnáctiletých dorostenců. V první fázi byli vyzváni ke spolupráci kolegové cestou regionálních zástupců OSPDL, především z řad školitelů. Byl stanoven průběh studie a vstupní kritéria a taktika spolupráce. Dotazníky obsahovaly jednoduchou identifikaci dítěte, regionu, velikost sídla (3 skupiny - 1. - obec do 5 tis. obyvatel,

2. - 5 až 50 tis. obyvatel a 3. - více než 50 tis. obyvatel), dále byl uveden věk, hmotnost, výška a krevní tlak. Do další části dotazníku byly zařazeny dotazy na pohybovou aktivitu vyšetřovaného dítěte (účast při školní tělesné výchově, doba aktivního pohybu za týden - skupiny 0-2 hodiny, 3-5 hodin a více než 5 hodin aktivního pohybu za týden). Tato část pokračovala dotazem na způsob stravování (kolektivní, doma a jinde). Dále následovaly dotazy na kouření (kritériem aktivního kouření bylo stanovení množství 7 a více cigaret za týden), na onemocnění diabetem a na délku kojení (4 skupiny: 0-2 měsíce, 3 až 5 měsíců, 6-11 měsíců a 12 a více měsíců). V poslední části dotazníku jsou otázky ohledně výskytu časných forem aterosklerózy v rodině (projevy ischemické choroby srdeční, ischemické choroby dolních končetin, náhlého úmrtí, stav po operaci aortokoronárních bypassu či perkutánní balónekové valvuloplastiky do 55 let), hypercholesterolemie (6,5 umol/l a více) a hypertenze u blízkých příbuzných. Na konci dotazníku byly zaznamenány výsledky vyšetření krevních tuků u rizikových dětí. Dotazníky byly poté podrobně statisticky zpracovány.

■ Výsledky:

Podarilo se získat ke spolupráci celkem 37 praktických lékařů pro děti a dorost ze všech krajů České republiky. U těchto lékařů bylo registrováno celkem 4473 dětí ve věkových skupinách 5, 13 a 17 let. Z těchto dětí bylo 1262 pětiletých, 1648 třináctiletých a 1563 sedmnáctiletých. Celkem bylo provedeno 4060 preventivních vyšetření a získáno stejné množství dotazníků. Pětileté děti prošly preventivním vyšetřením v 97% (1225 dětí), třináctileté v 93% (1531) a sedmnáctiletých dorostenců bylo vyšetřeno 83% (1304). Chlapců bylo 51,7% (2098) a dívek bylo 48,3% (1962). 1371 tj. 34% dětí bylo z malých obcí, 1912 tj. 47% dětí bylo z menších měst a 770 tj. 19% dětí bylo z velkých měst.

Z celkového počtu vyšetřených dětí mělo 7,9% dětí nadváhu a stejné procento - 7,9% dětí bylo obézních.

Ve skupině 5-ti letých dětí byla zjištěna na-

dváha u 5,4% chlapců a 7,7% děvčat. V této věkové skupině bylo 4,8% obézních chlapců a 4,9% obézních děvčátek (graf 1).

Zcela odlišná je situace ve třinácti letech. V této věkové skupině mělo nadváhu 10% hochů a 9,9% dívek. Obézních bylo 10,8% chlapců a 8,5% dívek (graf 2).

V sedmnácti letech mělo nadváhu 5,8% dorostenců a 7,8% dorostenek, obézních bylo 10,6% hochů a 6,3% dívek (graf 3).

Nízkou hmotnost (pod 10. percentil) mělo mezi pětiletými 81 chlapců (12,9%) a 63 dívek (10,6%). Velmi nízkou hmotnost v této skupině (pod 3. percentilem) mělo 27 hochů (4,3%) a 23 děvčátek (3,9%).

Mezi třináctiletými dětmi mělo nízkou hmotnost 70 chlapců (9,0%) a 68 dívek (9,1%) a velmi nízkou hmotnost 25 hochů (3,2%) a 20 dívek (2,7%).

Ve skupině sedmnáctiletých mělo nízkou hmotnost 96 chlapců (14%) a 77 dívek (12,5%). Velmi nízkou hmotnost mělo 40 chlapců (5,8%) a 35 dívek (5,7%).

Vysoké hodnoty krevního tlaku byly naměřeny u 4% dětí, další 4% vyšetřovaných dětí mělo zvýšené hodnoty TK (mezi 90-95. percentilem).

U 1% pětiletých dětí byly naměřeny hypertenzní hodnoty a u 3% pětiletých byl zjištěn TK zvýšený.

Třináctileté děti měly zvýšené hodnoty tlaku krve v 5% a vysoký tlak v 6% procentech. V sedmnácti letech byla naměřena hypertenze u 5% a zvýšený tlak krve u 3% vyšetřovaných dorostenců (graf 4).

V části věnované kojení jsme zjistili, že krátce kojících (0-1 měsíc) bylo ve skupině 17-ti letých 35% (396), u 13-ti letých ve 32% (448) a u 5-ti letých 18% (211).

Doba kojení 2-5 měsíců byla u 50% (574) sedmnáctiletých, 49% (674) třináctiletých a 36% (409) pětiletých dětí.

6 až 11 měsíců bylo kojeno 12% (131) sedmnáctiletých, 14% (186) třináctiletých a 25% (293) pětiletých.

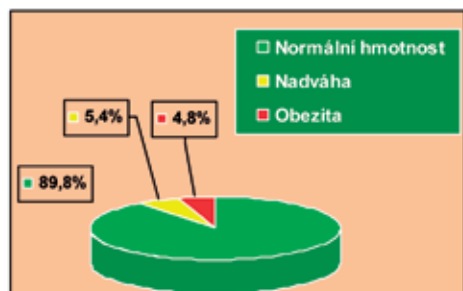
12 měsíců a více byla 3% (29) sedmnáctiletých, 5% (83) třináctiletých a 21% (236) pětiletých dětí (graf 5).

Školní tělesné výchovy se účastní 95,8%

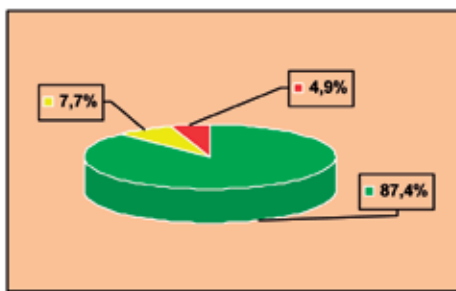


graf 1

Chlapci 5 let

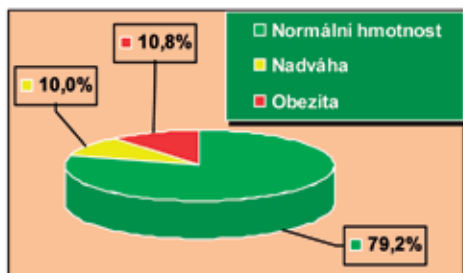


Dívky 5 let

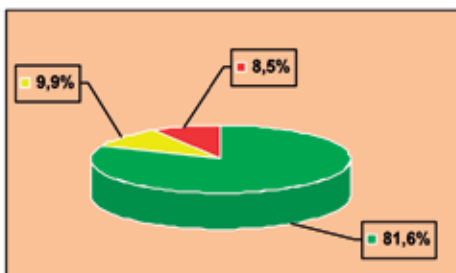


graf 2

Hoši 13 let

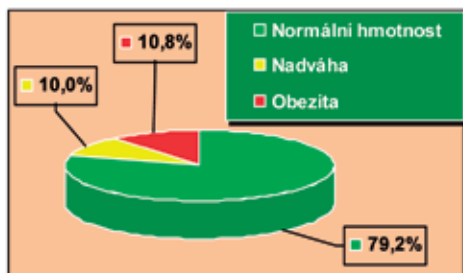


Dívky 13 let

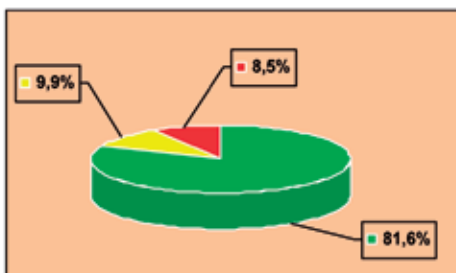


graf 3

Hoši 17 let



Dívky 17 let

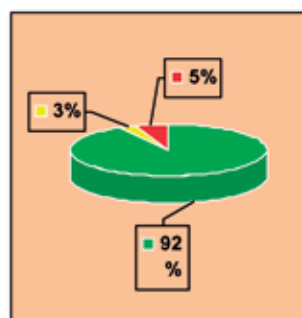
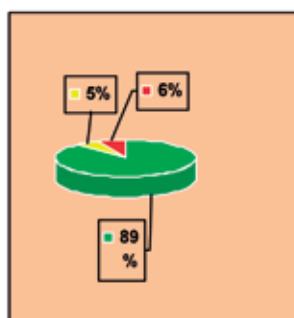
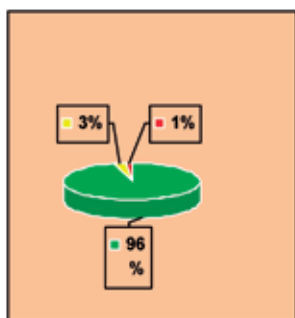


graf 4

5 let

13 let

17 let



Výskyt hypertenze (červená barva) a vyššího normálního tlaku krve

(2480) žáků a 4,2% (110) dětí bylo od tělesné výchovy zcela osvobozeno.

Malé množství aktivního pohybu za týden (0-2 hodiny) mělo 33% dětí, 3-5 hodin aktivního pohybu za týden mělo 30% dětí, více než 5 hodin týdně se aktivně pohybuje 37% dětí.

Pětileté děti se stravují v mateřské škole v 83%, doma se stravuje 17% pětiletých.

71% třináctiletých dětí se stravuje ve školní jídelně, 28% dětí jí doma a 1% dětí obědvá jinde. V sedmnácti letech navštěvuje kolektivní stravování ještě 64%, 34% dorostenců obědvá doma a 2% jinde.

Riziková rodinná anamnéza byla zjištěna u 997 (25%) vyšetřovaných dětí.

Časný výskyt ICHS byl zjištěn o 412 dětí (10%), 363 dětí mělo v rodinné anamnéze hypercholesterolémii (9%) a u 222 dětí se vyskytla kombinace obou rizik (6%).

U 1166 (33%) dětí byla v rodinné anamnéze hypertenze (graf 6).

Pětileté děti měli riziko hypercholesterolémie v rodinné anamnéze v 10% (229),

ICHS v 9% (116) a kombinaci rizik v 6% (79). Mezi třináctiletými bylo riziko hypercholesterolémie 10% (139), ICHS 13% (183)

a kombinace rizik v 6% (94). Mezi sedmnáctiletými byla hypercholesterolémie v RA u 8% (95) vyšetřovaných, ICHS u 9% (114) a kombinace rizik v 4% (49) dorostenců.

Tyto děti byly pozvány k odběru lipidogramu, lipidogram byl vyšetřen u 961 dětí (96% pozvaných rizikových dětí). Průměrná hodnota celkového cholesterolu byla 4,27 mmol/l.

61% dětí mělo normální hodnotu cholesterolu (do 4,4 mmol/l), 28% dětí mělo zvýšenou hodnotu (do 5,2 mmol/l) a u 11% dětí byla zjištěna vysoké hodnoty celkového cholesterolu (přes 5,2 mmol/l).

Průměrná hodnota LDL cholesterolu byla 2,50 mmol/l. Normální hodnotu (do 2,5 mmol/l) mělo 54% dětí, zvýšenou hodnotu (do 3,0 mmol/l) mělo 24% dětí a vysokou hodnotu LDL cholesterolu (přes 3,0 mmol/l) mělo 22% dětí (graf 7).

Průměrná hodnota HDL cholesterolu byla 1,41 mmol/l. Normální hodnotu (nad 1,2 mmol/l) mělo 71% dětí, mírně sníženou hodnotu (1,0 – 1,2 mmol/l) mělo 22% dětí a nízkou hodnotu HDL cholesterolu (pod 1,0 mmol/l) mělo 7% dětí.

Průměrná hodnota triglyceridů ve vyšetřované skupině byla 1,0 mmol/l.

Normální hodnotu triglyceridů (do 1,0 mmol/l) mělo 61% dětí, zvýšenou hodnotu (do 1,5 mmol/l) mělo 26% dětí a vysokou hodnotu triglyceridů (přes 1,5 mmol/l) mělo 13% dětí (graf 8).

■ Diskuse:

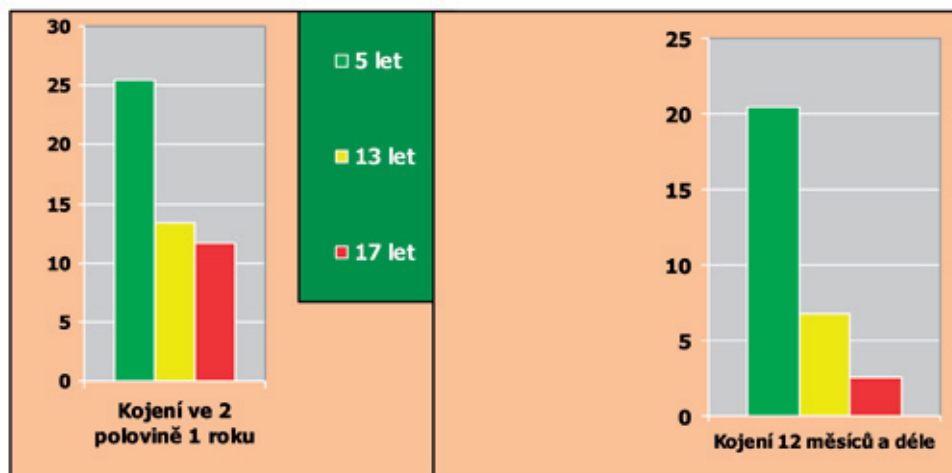
Díky spolupráci s mnoha dětskými praktickými lékaři se podařilo získat velké množství dat o našich pěti-, třinácti- a sedmnáctiletých dětech, které poskytují reprezentativní obraz o výskytu rizikových faktorů ICHS v populaci.

Velmi potěšitelný je údaj stále vysokém procentu pětiletých a třináctiletých dětí (97% resp. 93%), které chodí na preventivní vyšetření. U sedmnáctiletých je procento preventivních prohlídek již nižší (83%), nicméně stále mnohonásobně překračuje procento preventivních prohlídek u dospělých.

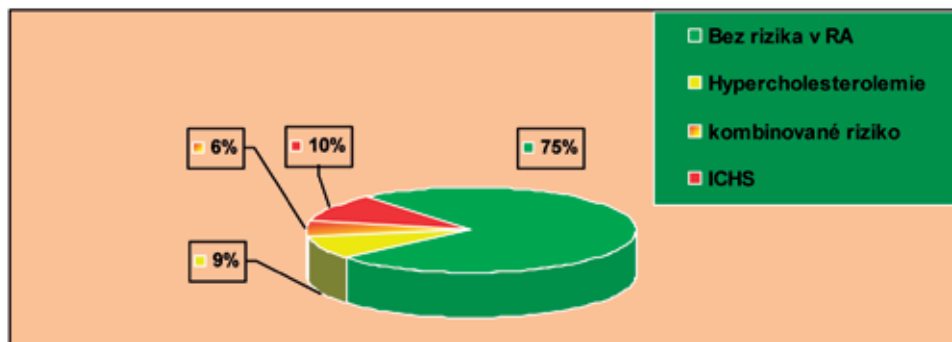
Výsledky v části věnované tělesné hmotnosti ukazují velmi rozdílné hodnoty v jednotlivých věkových skupinách. Při porovnání s minulými údaji (již od r. 1951) zůstává dlouhodobě přibližně stejné procento pětiletých dětí s normální hmotností. Mezi pětiletými dětmi s vyšší hmotností mírně poklesl počet dětí s nadváhou a však ve prospěch dětí obézních, v porovnání s údaji z roku 1991, od roku 2001 nedochází ke změnám. Mírně stouplo procento pětiletých dětí s nízkou a velmi nízkou hmotností.



graf 5



graf 6



Zcela odlišná situace nastává u dětí třináctiletých. Nadváha u v této skupině byla zjištěna v 10%, obezita u chlapců (11%) narůstá až trojnásobně oproti roku 1991 a dvojnásobně oproti roku 2001. Obézních třináctiletých dívek je 2 x více než v roce 2001. Procento dětí s nízkou a velmi nízkou hmotností zůstává stejný jako v minulosti.

V sedmnácti letech je jasně patrný významný nárůst obezity. U chlapců dochází až ke trojnásobnému vzestupu obezity oproti roku 2001 u dívek je tento vzestup dvojnásobný. Procento chlapců s nadváhou je mírně nižší než v roce 1991 i 2001. Procento chlapců, kteří mají zvýšenou hmotnost je o 60% vyšší než v roce 1991. U dívek je navíc jasný vzestup i v kategorii s nadváhou. Dívek s vyšší hmotností je o 40% více než v roce 1991, ale o 60% více než v roce 2001. V této věkové skupině se zvyšuje procento dorostenců s nízkou hmotností (nárůst o 40% u chlapců a o 25% u dívek). Procento osob s velmi nízkou hmotností je u obou pohlaví téměř dvojnásobný.

Vysoké hodnoty krevního tlaku byly naměřeny celkem u 4% dětí. Literárně udávaný výskyt hypertenze v dětské populaci je 1-2%. Vyšší procento dětí s vysokým tlakem v naší práci může být ovlivněno uspořádáním naší studie, kde jsou údaje pro dotazník získány při

jednom preventivním vyšetření a nejsou zde již zaznamenány hodnoty kontrolních měření. Nicméně, vyšší výskyt vysokých hodnot tlaku krve může být v souvislosti s vyšším procentem výskytu obezity. Tuto naši teorii podporuje fakt, že výskyt hypertenze u pětiletých (kde nedošlo k nárůstu obezity) zůstává na úrovni na úrovni literárních údajů, t.j. 1%.

V části věnované kojení je patrný významný posun v délce kojení během posledních let. Nejvíce je tento posun vidět v období druhého pololetí prvního roku života, kdy dnes pětileté děti byly kojeny 3 x častěji než starší. Ještě markantnější posun je u dětí kojených rok a déle, kdy dnes pětileté děti byly kojeny 3x více než třináctiletí a dokonce 8x více než sedmnáctiletí.

V části věnované pohybové je zřetelné, že celá třetina dětí má zcela nedostatečné množství pohybu. (0-2 hodiny za týden), třetina dětí má průměrné množství pohybu (3-5 hodin za týden) a optimální množství pohybu (více než 5 hodin pohybové aktivity týdně - mimo školní TV) má přibližně třetina dětí.

Ve školních jídelnách se stravuje 71% třináctiletých a 64% sedmnáctiletých. Z těchto dat vyplývá, že cestou školních jídelen lze ovlivnit výživu převážné části dětské populace.

V části věnované rodinné anamnéze jsme zjistili, že hypertenzi má v rodinné anamnéze

33% dětí. Rizikovou rodinnou anamnézu vzhledem k hypercholesterolemii a k časnému rozvoji ICHS měla čtvrtina dětí (25% u pětiletých, 29% u třináctiletých, 21% u sedmnáctiletých). Nižší procento u sedmnáctiletých je ovlivněno faktem, že dorostenci přichází na preventivní prohlídku již bez doprovodu rodičů a tím a neznají přesné údaje z rodinné anamnézy. Získané výsledky téměř přesně odpovídají údajům získaným v naší menší studii z roku 2000, která proběhla v okresech Kutná Hora a Kolín.

Výsledky laboratorních vyšetření rizikových dětí ukazují pokles hladiny celkového cholesterolu ze 4,51 umol/l v roce 2000 na 4,27 mmol/l v roce 2007. Stoupl i procento dětí s normální hladinou cholesterolu z 44% v roce 2000 na 61% v roce 2007. Klesl i počet dětí s vysokou hladinou cholesterolu z 19% na 11%. Podobná situace je i u LDL cholesterolu. Průměrná hladina klesla z 2,61mmol/l (r. 2000) na 2,50 mmol/l (2007) a procento dětí s normální hladinou LDL cholesterolu stoupl z 49% na 54%. Děti s vysokou hladinou LDL cholesterolu bylo 22% oproti 25% dětí z roku 2000. Pokles postihl i hladinu HDL cholesterolu. Průměrná hodnota je 2,41 mmol/l (v roce 2000 byla 2,51 mmol/l) a procento dětí s normální hladinou kleslo z 75% na 71%. Procento dětí s nízkou hladinou HDL cholesterolu kleslo z 10% (r. 2000) na 7% (r. 2007).

Průměrná hladina triacylglycerolu u dětí v naší studii byla 1,0 mmol/l, procento dětí s vysokou hladinou triacylglyceridů bylo 13%. Tyto výsledky se neliší od studie v roce 2000.

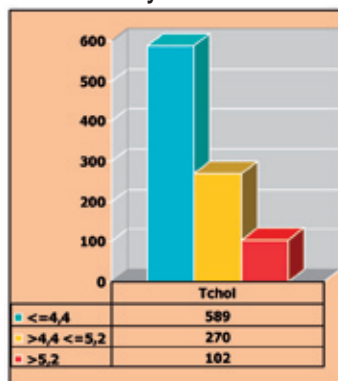
Sedmnáctiletí vstávají poměrně časně. Před pátou hodinou ranní vstává 2% dorostenců, 16% jich vstává dříve než v 6 hodin a téměř 50% jich vstává před půl sedmou hodinou ranní.

Závěr:

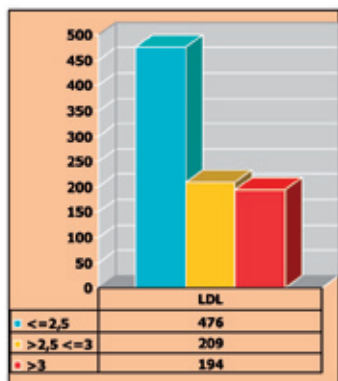
Cílem naší studie bylo především získat informace o provádění prevence časného rozvoje aterosklerozy u dětí a také získat aktuální informace o výskytu jednotlivých rizikových faktorů. Významným dopadem této studie je i podpora praktických lékařů pro děti a dorost při provádění primární prevence aterosklerozy, jako každodenní rutinní činnosti. Z hlediska dlouhodobé životní perspektivy je stejně významná jako je např. očkování, sledování vývoje a růstu a jiné. V konkrétních výsledcích potvrdila naše práce již dříve avizovaný nárůst nadváhy a obezity u dětí a dorostu. Tato



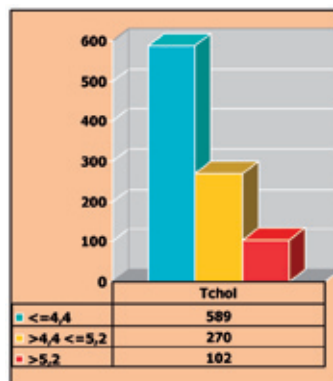
graf 7 Celkový cholesterol



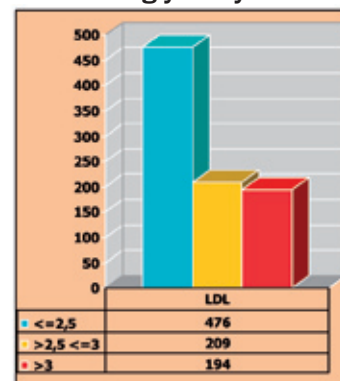
LDL cholesterol



graf 8 HDL cholesterol



Triglyceridy



situace je alarmující zvláště u třináctiletých Na druhé straně u pětiletých je situace dlouhodobě bez větších změn. Tato studie zároveň potvrzuje výsledky našich studií zaměřených na výživu dětí v prvním roce života z let 2000 a 2003, které ukazují významné prodloužení délky kojení.

Závěrem bychom chtěli poděkovat všem kolegům, kteří věnovali svůj čas a energii při získávání dat. Jedná se o kolegy:

Adamová Rut - Čáslav, Adamová Zdena - Brno, Aronová Jarmila - Karlovy Vary,

Bramborová Jitka - Nové Dvory, Gricová Parvina - Uherské Hradiště, Hejl František - Nový Malín, Hrobařová Jana - Jihlava, Hudečková Věra - Strážnice, Hvězdová Vlasta Netvořice, Chaloupková Jaroslava - Praha, Kolářová Marie - Praha, Kozderka Ctirad - Kralovice, Křížová Hana - Kutná Hora, Kubiasová Iva - Plzeň, Kuntová Jitka - Zbraslavice, Lebedová Dobromila - Vrdu, Marek Jiří - Veselí nad Lužnicí, Maxová Lenka - Kutná Hora, Mlčoch Jiří - Kolín, Nacházelová Hana - Zruč nad Sázavou, Nosilová Helena -

Čáslav, Pečenková Radana - Plzeň, Poláková Jaroslava - Aš, Procházka B. + Procházková M., Růžičková Zdena - Karlovy Vary, Růžková Renáta - Praha, Semerádová Helena - Česká Skalice, Solaříková Miroslava - Hroznová Lhota, Suchopárová Magda - Roudnice nad Labem, Šanderová Libuše - Ústětk, Šebková Alena - Plzeň, Šmídová Lenka - Jaroměř, Verdánová Daniela - Jindřichův Hradec, Vitoušová Eva - Brandýs nad Labem - Stará Boleslav, Weiss Zdeněk - Nymburk

Praktické balení

Lokální antibiotická a protizánětlivá léčba

Bioparox®

fusafungin

Lék pro každou rodinu

Speciální aplikátor pro děti

Příjemnější dávkování

2 inhalace nosem a 4 inhalace ústy ~ 4x denně

Složení: Fusafunginum 0,5 g ve 100 ml roztoku. **Charakteristika:** Mikronizovaný aerosol obsahující 10 ml (400 odměřených dávek) roztoku se třemi nástavci (1 ústní nástavec a 2 nosní nástavce). **Indikace:** Lokální léčba zánětů a infekcí sliznice hltanu a dýchacích cest – při rhinitis, sinusitis, rhinopharyngitis, laryngitis, pharyngitis, tonsillitis, stavech po tonsilektomii, tracheitis, bronchitis. **Dávkování a způsob podávání:** Přípravek je určen pro inhalaci ústy a nosem. Dávkování je stejné pro všechny indikace. Dospělí: Obvykle 4krát denně 2 vstřiky do každé nosní dírky a 4 vstřiky do úst. Děti nad 30 měsíců: Obvykle 4krát denně 1 až 2 vstřiky do každé nosní dírky a 2 až 4 vstřiky do úst. K dosažení maximálního a dlouhodobého účinku je třeba dodržovat dávkování a podávání přípravku 8-10 dní. **Kontraindikace:** Děti mladší 30 měsíců, známé nebo předpokládaná přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky. **Speciální upozornění:** Indikace neaplikuje k dlouhodobé terapii, protože může dojít k porušení rovnováhy mikrobiální flóry s nebezpečím šíření bakteriální infekce. V případě příznaků celkové infekce je nutné podání systémového antibiotika. **Interakce:** Dosaď nebyly zaznamenány žádné lékové interakce s topicky podávaným fusidinem, ani při současném podávání se systémovými antibiotiky. **Nežádoucí účinky:** Zřídka se mohou vyskytnout bakteriofagenní intence a zčervenání kůže. Jsou zpravidla přechodné a nevyžadují přerušování léčby. **Uchování:** Uchovávejte při teplotě do 50°C. Nádobka se nesmí propíchnout a ani prázdná vlnazovat do ohně. **Registrační číslo:** 15/833/925/C. **Přesné informace o preskripci viz Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách i bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Další informace lze vyžádat na adrese: Servier, s.r.o., Praha City Center, Klimentská 46, 110 02 Praha 1, tel.: +420 222 118 510, fax: +420 222 118 501, www.servier.cz. Držitel registračního rozhodnutí: Les Laboratoires Servier, 22 rue Garnier, 922 00 Neuilly-sur-Seine, Francie. Datum poslední revize textu: červenec 2005.**



Seznam specializačních kurzů

Subkatedra praktického lékařství pro děti a dorost

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

220101 6.3.2008 - Specializační kurz - Vedení lékařské praxe PLDD

Určeno pro PLDD a lékaře ve specializační přípravě.
Program: Management soukromé praxe. Komunikace se zdravotními pojišťovnami. Legislativa, převody lékařských praxí. Vedení zdravotnické dokumentace. Internet.

Vedoucí: MUDr. O. Roškotová
Místo konání: Praha 4, Budějovická 15
Předpokládaná cena: 300,- Kč

220102 22.5.2008 - Specializační kurz - Očkování v praxi PLDD

Určeno pro praktické lékaře pro děti a dorost, lékaře ve specializační přípravě v oboru.
Program: Základy používání očkovacích látek. Mechanismus účinku očkovacích látek. Legislativa. Očkovací schémata. Očkovací kalendář v ČR a ostatních státech. Očkování dětí při cestách do zahraničí.

Vedoucí: MUDr. H. Cabrnová
Místo konání: Praha 4, Budějovická 15
Předpokládaná cena: 300,- Kč

220001 25.2.2008 - 29.2.2008 - Specializační kurz - Základy dětského lékařství

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

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

Vedoucí: doc. MUDr. H. Houštková, CSc., MUDr. H. Cabrnová
Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, katedra pediatrie
Předpokládaná cena: 1500,- Kč

220003 14.1.2008 - 18.1.2008 - Specializační kurz - Dětské lékařství

Určeno pro lékaře v přípravě k atestaci z dětského lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost.

Program: Aktuální problémy diagnostiky a terapie dětských nemocí.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Slaný, CSc., MUDr. T. Šuláková
Místo konání: Ostrava - Poruba, tř. 17. listopadu 1790, FNŠP, Klinika dětského lékařství
Předpokládaná cena: 2500,- Kč

220201 29.2.2008 - Kurz - Dospívající a moderní trendy péče o vlastní tělo

Určeno pro dětské, dorostové a praktické lékaře, hygieniky.
Program: Problematika depilace a otázky péče o pleť u dívek. Názory na použití laseru v dermatologii. Nové směry v korektivní dermatologii. Péče o akné juvenilního typu, komplikace. Depistáž nádorových onemocnění u mladých lidí. Fitness centra.

Vedoucí: MUDr. P. Kabiček, CSc.
Místo konání: Praha 4, Budějovická 15
Předpokládaná cena: 600,- Kč

220202 20.5.2008 - 21.5.2008 - Kurz - Zdravotní péče o učňovský dorost

Určeno pro hygieniky, pracovní lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost a praktické lékaře pro dospělé.

Program: Význam komunitní péče. Současná legislativa pracovní lékařské péče o dorost. Poruchy sluchu a volba povolání. Vývoj invalidity mladých lidí.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.
Místo konání: Praha 4, Budějovická 15
Předpokládaná cena: 1200,- Kč

220204 6.3.2008 - Odborná stáž - Klinická problematika dorostu

Určeno pro dětské lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost a praktické lékaře.

Program: Komunikace s dospívajícími a psychosociální aspekty onemocnění v adolescenci.

Školitel: MUDr. P. Kabiček, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, subkatedra dorostového lékařství, pavilon B
Předpokládaná cena: 600,- Kč

Katedra infekčních nemocí

Vedoucí: doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., tel.: 266 082 620, 283 840 517, fax 283 840 504,
e-mail: vilma.maresova@lfmotel.cuni.cz, maresov@fnb.cz

203101 21.2.2008 - Specializační kurz - Racionální antibiotická terapie v primární péči o děti a dorost

Určeno pro praktické lékaře pro děti a dorost v přípravě k atestaci a další zájemce o danou problematiku.

Program: Racionální přístupy k rozhodování o preskripci účinné, klinicky a epidemiologicky bezpečné antibiotické terapie respiračních, močových a ostatních infekcí u pacientů dětského a dorostového věku, včetně jejich nákladové efektivní diagnostiky. Na kurz navazuje Kurz - Přístupy a metody ovlivňování kvality preskripce antibiotik v primární péči o děti a dorost v následujícím semestru.

Vedoucí: doc. MUDr. V. Marešová, CSc., MUDr. J. Marek
Místo konání: Praha 4, Budějovická 15
Předpokládaná cena: 300,- Kč

203102 23.2.2008 - Kurz - Gastrointestinální infekce

Určeno pro infekcionisty, praktické lékaře pro dospělé i praktické lékaře pro děti a dorost.

Program: Problematika epidemiologie, diagnostiky a terapie infekcí gastrointestinálního systému, včetně infekčních hepatitid.

Vedoucí: MUDr. H. Ambrožová
Místo konání: Praha 4, Budějovická 15
Předpokládaná cena: 600,- Kč

203104 Termín dle dohody se školitelem.

Odborná stáž na dětských odděleních infekčních klinik

Určeno pro dětské lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost.

Program: Problematika diagnostiky a terapie dětských infekcí, zvláště průjmů, neuroinfekcí a respiračních infekcí u lůžka.

Školitel: MUDr. H. Ambrožová
Místo konání: Praha 8, Budínova 2, FN Na Bulovce, Infekční klinika
Předpokládaná cena: 2500,- Kč

1 týden
Stáž lze po dohodě prodloužit.

204001 15.4.2008 - 16.4.2008 - Základy cestovní a tropické medicíny pro lékaře

Určeno pro lékaře infekcionisty, epidemiology, hygieniky, mikrobiology, odborníky pracovního lékařství, dětské lékaře a praktické lékaře pro dospělé, kteří chtějí získat základy tropické a cestovní medicíny.

Program: Základní kapitoly tropické a cestovní medicíny s důrazem na prevenci zdravotních problémů před cestou do zahraničí (očkování a imunizace, antimalarická profylaxe, prevence a samoléčba průjmů při cestě, základní obsah cestovní lékárničky, ostatní důležitá preventivní doporučení). Základní diferenciálně diagnostické úvahy u horečnatých onemocnění s poukázáním na nejčastější infekční příčiny. Kazuistiky nejčastěji importovaných infekcí. Zdravotní doporučení pro 10 nejčastěji navštěvovaných „exotických“ destinací. Přezkoušení problematiky na závěr kurzu testem.

Vedoucí: prof. MUDr. J. Beran, CSc., doc. MUDr. J. Vaništa, CSc.
Místo konání: Praha 4, Budějovická 15
Předpokládaná cena: 1000,- Kč

204002 20.5.2008 - Základy cestovní a tropické medicíny pro farmaceuty, zdravotní sestry a pracovníky cestovních kanceláří

Určeno pro VŠ i SŠ pracovníky v oboru farmacie, kteří ve své praxi přicházejí v lékárnách do kontaktu s klienty-cestovateli a chtějí jim poradit v základech cestovní medicíny, doporučit vakcinaci, či připravit cestovní lékárničku, dále pro zdravotní sestry center očkování a cestovní medicíny a pro pracovníky cestovních kanceláří, kteří si chtějí vylepšit znalosti o zdravotních rizicích při cestování.

Program: Základní kapitoly cestovní a tropické medicíny s důrazem na prevenci zdravotních problémů před cestou do zahraničí (očkování a imunizace, antimalarická profylaxe, prevence a samoléčba průjmů při cestě, základní obsah cestovní lékárničky, ostatní důležitá preventivní doporučení). Základní diferenciálně diagnostické úvahy u horečnatých onemocnění s poukázáním na nejčastější infekční příčiny. Kazuistiky nejčastěji importovaných onemocnění.

Vedoucí: prof. MUDr. J. Beran, CSc., doc. MUDr. J. Vaništa, CSc.
Místo konání: Praha 4, Budějovická 15
Předpokládaná cena: 500,- Kč



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Efekt renální dopplerovské sonografie na detekci louskáčkovského syndromu u dětí s hematurii

K ohodnocení tzv. louskáčkovského syndromu u dětí s izolovanou hematurii bylo renální dopplerovskou sonografií vyšetřeno 216 dětí – 176 dětí s mikroskopickou hematurii a 40 dětí s velkou hematurii. Renální dopplerovská sonografie byla provedena u 32 zdravých dětí. Vrcholová rychlost byla měřena v hilové porci levé renální žíle mezi aortou a arteria mesenterica superior. Vrchol rychlosti v aortomesenterické oblasti a v oblasti renální žíly byl signifikantně vyšší u dětí s hematurii než u normálních dětí, zatímco vrchol rychlosti v oblasti hilu nebyl rozdílný. U 33% dětí s hematurii a u žádného ze zdravých dětí nebyl patrný tzv. louskáčkovský syndrom. Prevalence je tedy vyšší u dětí s hematurii. Při standardních rutinních vyšetřováních je 40% dětí s hematurii klasifikováno jako idiopatické. U 26% dětí s hematurii se zjistí hypercalciurie. Kompresie levé renální žíly mezi aortou a arteria mesenterica superior je mechanismem tzv. louskáčkovského syndromu, tento fenomén se zřejmě také vyskytuje u části dětí s ortostatickou proteinurií. I náhlá makroskopická hematurie může být zapříčiněna hypertenzí v levé renální věně.

Eur.J.Pediatr./2007/166: 399-404

Insulinom prezentující se jako juvenilní myoklonická epilepsie

Insulinom je řídká příčina hypoglykemických stavů, které mohou být vedeny pod diagnosou epilepsie. Je popisován klinický obraz 13-ti leté dívky, která měla při probuzení generalizované tonicko-klonické křeče. Rodinná anamnéza nebyla pozoruhodná a pouze 1x ve 3 letech jsou popisovány febrilní křeče. Měsíc před přijetím jsou udávány dvě epizody zmatečnosti, které byly ale charakterizovány jako psychomotorické zpomalení. Fyzikální a neurologické nálezy byly v pořádku, menarche popsána měsíc před prvými popisovanými problémy. EEG po probuzení prováděné den po generalizovaných tonicko-klonických křečích prezentovalo normální aktivitu na pozadí, bilaterální delta vlny v parietotemporální oblasti. Krevní biochemismus – glukosa, draslík, kalcium – se nelišil od normálu, rovněž vyšetření nukleární magnetickou resonancí CNS bylo v mezích normy. Klinický

obraz popisován jako komplex parciálních křečí a ostatní jako sekundární generalizace. Nasazen carbamazepin v nízkých dávkách. Za 2 týdny poté byly při probuzení opět popisovány křeče, dále pak ještě 2x před snídaní při sezení před televizí. Další den obdobný stav s očními příznaky. I v dalších dnech se objevovaly tyto klinické obrazy, byla diagnostikována juvenilní myoklonická epilepsie a terapie byla nahrazena léčbou valproátem 20 mg/kg/den, která ale také nebyla efektivní. Glykémie byla normální 4 hodiny po jídle. Teprve za 6 měsíců po prvých křečích naměřena nízká hodnota glykémie na lačno 1,8 mmol/l. Tehdy již vyšetřena hladina insulinu, která byla velmi vysoká 31 uU/ml. Abdominální sonografie a NMR prozrazovala hypoechogenní ložisko v pankreatickém těle. Insulinom se jevil jako suspektní, provedeno ještě pro známé spojitosti vyšetření prolaktinu, hormonů štítné žlázy a dalších s normálními nálezy. Valproát byl vysazen a pacientka dostávala stravu po 2 hodinách přes den a 3x v noci. Její váha se zvýšila o 22 kg. Chirurgické řešení bylo provedeno 5 měsíců poté. Z operačního protokolu vyplývá, že byly nalezeny 2 insulinomy. Histologicky potvrzena diagnóza benigního adenomu. Pacientka mohla začít normálně jíst a její váha se vrátila na původní hodnoty. Pro zajímavost je nutné ještě uvést, že přes 40% pacientů má amnézii na hypoglykemické stavy. Také nálezy na EEG se vyskytují při hypoglykémii a mají poněkud jiný charakter než u EP.

Eur.J.Pediatr./2007/ 166: 485-487

Co je nového v dg. otitis media?

Otitis media je v 70% zapříčiněna u dětí mladších 2 let bakteriální infekcí. Zčervenání a vyklenutí bubínku jsou charakteristickými nálezy. Je asociována s dlouhodobou dysfunkcí zánětlivě změněné Eustachovy trubky, zvláště u těchto malých dětí. Tento malý kalibr trubky spolu s horizontálním napřímením resultuje v narušenou clearenci a ventilaci. Nedávné studie také prokázaly špatnou dlouhodobou prognosu u dětí pod 2 roky věku s 50% rekurencí a dále s persisterencí otitis media s efusemi v 35% ještě 6 měsíců po otitidě. Prolongovaný průběh otitidy je popisován při kombinaci bakteriální a virové infekce. Přimlouvají se za antibiotickou léčbu dětí pod 2 roky věku. Nejlepším se jeví amoxycilin, dobře penetrující do středního ucha v dávce alespoň 90 mg/kg/den a u rekurentních pak augmentin. Prvá

kúra by měla trvat nejméně 10 dní. Jestliže je onemocnění asociované s poruchou sluchu po 2 – 3 měsíce u dětí starších, antibiotika by měla být podávána jen na základě výsledku antibiotické resistance v nasopharyngeálním aspirátu. Pneumokoková vakcína má malý efekt na rekurentní otitidy. Otitis media s efusemi ve středním uchu bez ukazatelů akutního zánětu má teploty a bolesti. Tato je také přímým důsledkem narušené ventilace. Amoxycilin proniká do oblasti ucha nejméně ve 40%, zatímco makrolidy jen v 10%.

Eur.J.Pediatr./2007/166: 511 – 519

Efekt přepisovaných antibiotik na vznik resistance v primární péči

Autoři se zabývali vlivem předepisování antibiotik v primární péči u respiračních onemocnění na vznik resistance. Kohorta byla sledována od 2-12 týdnů, zúčastnilo se jí 119 dětí, z nichž 71 dostávalo beta laktamová antibiotika. Antibiotická resistance byla ohodnocena minimální inhibiční koncentrací pro ampicilin. Ukázalo se, že relace mezi množstvím předepisovaných antibiotik a rezistencí je poněkud relativní. Závisí na interakci v dané lokalitě předepisovaných antibiotik, speciální interakcí mezi bakteriemi a tabletami a stupněm evoluce resistance v dané zemi. Např. Švédsko a Dánsko mají vyšší podíl předepisovaného penicilinu než V. Británie, ale vysokou rezistenci. Dále např. práce z Malawi popisuje úpravu resistance pneumokoka k cotrimoxazolu u 52% dětí týden po léčbě malárie. V Austrálii popisovali vazbu mezi úpravou resistance pneumokoků u dětí, které užívaly beta laktamová antibiotika 2 měsíce před tím. Sledoval se efekt antibiotik na minimální inhibiční koncentraci pro ampicilin u dětí, které nedostávaly antibiotika ve srovnání s dětmi, které antibiotika dostávaly. Zde byla minimální inhibiční koncentrace zvýšena 3x. Po 2 týdnech ale následoval pokles na hladině významnosti. Je možné, že se bakterie adaptují s minimální metabolickou újmou. Potvrzují práce, že doba podávání antibiotika by měla být redukována u každého klinického obrazu. Preskribce amoxycilinu zdvojnásobuje možnost oddálení resistance k antibiotikům typu augmentinu.

BMJ, Jul. 2007

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



Aktuality

Místo, kde se rodí optimismus

Lidé se k budoucnosti staví s neopodstatněným optimismem. Kromě našich každodenních zkušeností to naznačují i statistické výzkumy. Většina respondentů jedné velké americké studie například odpověděla, že podle vlastního názoru budou žít déle a budou zdravější než „průměrný člověk“. „Jen málokdo dokáže při předvídání budoucnosti zaujmout opravdu racionální postoj,“ říká docent František Šťastný z Psychiatrického centra Praha.

Ale věda zatím jenom předpokládala, v které části mozku se naše krásné iluze o budoucnosti skrývají. Neurologové z New York Univerzity pod vedením Elizabeth Phelpsové nyní ale tvrdí, že se jim podařilo „prstem“ funkční magnetické rezonance ukázat na dvě místa v našem mozku. Tam se jejich slovy řečeno skrývají lidské „sklonky k optimismu“. Studie se objevila v on-line časopisu Nature.

Výzkumníci na zřídlo pozitivních představ narazili při studii aktivity mozku dobrovolníků, kteří si představovali emocionálně nabitě zážitky v budoucnosti i minulosti. Neurologové účastníky studie instruovali, aby si představovali tak odlišné možnosti, jako výhru v loterii nebo rozpad partnerského vztahu. Funkční magnetická rezonance přitom (funkční MRI) sledovala změny v aktivitě jejich mozku.

Výzkum ale narazil na problém. „Donutit někoho, aby si představoval budoucnost v černém světle, je velmi obtížné,“ řekla pro časopis Nature Elizabeth Phelpsová. I neutrální události (návštěva holiče) se v mysli dobrovolníků měnily v pozitivní. Vědci se rozhodli zjistit, které oblasti mozku za tímto posunem stojí.

Dobrovolníci tedy dostali úkol představovat si různé budoucí události a hodnotit přitom svou míru optimismu. Čím vyšší bylo jejich hodnocení, tím vyšší byla míra aktivace dvou mozkových oblastí: amygdaly (tělesa tvaru mandle) a přední cingulární kůry (ACC).

Oba jsou to staří známí odborníků, kteří zkoumají neurologické procesy za lidskými emocemi. „Amygdala se širokou škálou emocí: od překotného chování, agresivity až po dokonání zabití,“ říká František Šťastný a vysvětluje dál: „ACC je zase spojena s hedonií - tedy pocitem uspokojení nebo pohody.“ Obě tyto oblasti jsou částí tzv. limbického systému, který má nezastupitelnou roli ve tvorbě emocí.

„Rozšíření role amygdaly na pozitivní předjímání budoucnosti je novinka,“ říká František Šťastný. Varuje ale před přílišným zjednodušováním: „Obě centra jsou nepochybně propojena a navzájem se ovlivňují. Ale nejsou spojena přímo, takže se na procesu nejspíše podílejí i jiné oblasti mozku.“

Výzkum také biologickou podstatu nerozebral do posledního atomu. „Použitá metoda má přesnost na centimetry,“ říká Karel Blahna z Fyziologického ústavu AV ČR. „A amygdala je oblast s nejasnými hranicemi.“

František Šťastný upozorňuje na stranovou odlišnost v reakci amygdaly při optimistických představách. Potvrzuje to výzkumy, které ukazují, že i struktury, které jsou v obou mozkových polokoulích stejné, nemívají stejné funkce.

Sněmovna schválila zákon o léčivech

Na základě poslanci schváleného textu zákona o léčivech by mohla

vzniknout kategorie léčiv volně prodejných s omezením.

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) při klíčovém hlasování v poslanecké sněmovně minulý týden prosadil takový text návrhu zákona o léčivech, jaký chtěl. Pozměňovací návrhy, se kterými nesouhlasil, neprošly. Ani návrh na zjednodušení vydávání léků lékařem při pohotovosti, proti kterému ministr Julínek ostře vystoupil, nezískal ve sněmovně dostatečnou podporu.

Elektronický recept

Zákon o léčivech (viz ZDN 43/2007) má kromě sladění českých pravidel nakládání s léky s evropskou legislativou například upřesnit podmínky zásilkového výdeje léků, počítá také s elektronickými recepty. Zavádí totiž centrální datové úložiště elektronických receptů. „Tam se uloží recept od lékaře a ve kterékoli lékárně jej lékárník z databáze získá a vydá lék pacientovi,“ popsal náměstek ministra Marek Šnajdr. Podle něj má tento systém znamenat i posílení kontroly a bezpečnosti, protože automaticky zjišťuje možné interakce podávaných léčiv.

Zároveň prý systém bude i nástrojem pro zdravotní pojišťovny, které budou moci zjistit, jestli nedochází k dvojité preskripci nebo k příliš časté změně farmakoterapie. „Jednodušší přístup k informacím by měl lékař i lékárník. Pacient by měl mít možnost podívat se na lékový záznam, uvidí, co by měl užívat, včetně podrobných informací. Cílem by mělo být zajištění dostatku informací pro pacienta,“ doplnil ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) Martin Beneš.

OTC s omezením

Návrh zákona počítá také se zavedením nové kategorie léčiv. Vedle léků na předpis a léků volně prodejných to bude skupina přípravků, které budou volně prodejně s omezením. Tímto omezením bude moci být například zjištění věku dívky u antikoncepce, horní hranice počtu vydaných balení u zneužívaných léků nebo identifikace kupujícího a podobně. „Cílem je zjednodušit život občanům a umožnit jim, aby nemuseli chodit k lékaři, ale mohli si lék koupit v lékárně,“ vysvětlil náměstek ministra Pavel Hroboň.

Podle prezidenta České lékárnické komory Lubomíra Chudoby se do této kategorie převedou především některé léky, které jsou dosud vázány na předpis. „Mluví se o tom v souvislosti s léky s pseudoefedrinem, nicméně se předpokládá, že to půjde spíše směrem opačným. Napadají mě lokální antibiotika, například framykoin,“ říká Chudoba. „V některých zemích je tato kategorie léčiv zavedena,“ dodal prezident a jako příklad jmenoval Nizozemí. V tuto chvíli není stanoveno, jaké léky budou v této kategorii.

Budou do ní zařazovány správním řízením na SÚKL. „Bude významným úkolem Státního ústavu pro kontrolu léčiv zajistit nabídku léčivých přípravků, které by do této kategorie mohly k 1. 1. 2009 přejít. Vytvořit tuto kategorii znamená přehodnotit registrační proces, vydat nové registrace a uvolnit tato léčiva do používání. Proces posuzování jednotlivých léčivých přípravků bude znamenat alespoň půlroční přípravu, komunikaci s odbornou veřejností i přesvědčování držitelů rozhodnutí o registraci, že toto je v jejich zájmu,“ řekl ředitel Beneš. Ústav už na přecházení léků začal pracovat.

Soulad s unií

Nový zákon o léčivech měl především sladit české zákony s evropskou legislativou. Řeší jednu z pěti oblastí resortu zdravotnictví, ve kterých již byla Evropskou komisí na Českou republiku podána žaloba



ba. V tomto případě už Česko prohrálo spor u Evropského soudního dvora. Návrh zákona ještě míří do senátu a k prezidentovi republiky. Text návrhu zákona o léčivech schváleného poslaneckou sněmovnou by měl být v nejbližší době dostupný na internetových stránkách www.psp.cz v sekci dokumenty pod sněmovním tiskem číslo 223.

■ **Pane doktore, vaše léčba se mi nezdá**

Nové zákony, které by měly začít platit od ledna, posílí práva pacientů. Ti mají mít například nárok na kontrolní vyšetření u jiného lékaře. Rodiče budou mít také právo zůstat se svým dítětem v nemocnici. Stovkám rodičů se uleví. Už se nebudou muset doprošovat sester v nemocnici, jestli by přece jen v některém pokoji nezbylo místo, aby mohli být v nemocnici spolu s dítětem.

„Všechna zdravotnická zařízení, která mají dětská oddělení, budou muset zajistit, aby v nich bylo místo i pro rodiče. Už nebudou moci říkat, že na to nemají kapacitu,“ říká náměstkyně ministra Markéta Hellerová. „Takto je to dávno běžné na Západě a nevidím důvod, proč by to nešlo i v našich nemocnicích.“

O tom, do jakého věku dítěte bude pobyt matky či otce hradit pojišťovna, se však ještě bude diskutovat. Dnes je to do šesti let, což se však možná změní. U starších dětí si pobyt rodiče musí platit sami. Je na nemocnici, jaké si nastaví ceny.

„Jako pediatr tomu nemám co vytknout a jsem rád, že to takto bude,“ říká i opoziční poslanec ze zdravotního výboru Poslanecké sněmovny Jaroslav Krákora (ČSSD).

Tento návrh je součástí balíku tří zákonů, které nově upravují práva pacientů. Teď prochází připomínkovým řízením a v prosinci by o nich měla rozhodovat vláda.

Novinka: pacient má právo na druhý názor

Pokud návrhy projdou, bude další novinkou, že pacient bude mít právo na druhý názor. To znamená, že pacient bude smět říct lékaři: „Pane doktore, mně se to nějak nezdá, já bych rád ještě slyšel názor jiného lékaře.“ A zdravotní pojišťovna to zaplatí. Pokud by však pacientovi nestačil ani názor druhého lékaře a dožadoval se dalších vyšetření a dalších lékařů, zaplatí si je už sám.

„Dodnes to zákony nikde neupravovaly, takže lékař se často urazil, když mu pacient řekl, že by rád slyšel ještě názor někoho jiného, a řekl: Tak dobře, ale já vás v tom případě léčit nebudu... Teď toto právo pacienta bude zakotveno v zákoně a lékař nemá důvod to brát nějak osobně,“ říká náměstkyně Hellerová. Ministerstvo si od toho slibuje, že pojišťovny ušetří peníze za zbytečná dvojí vyšetření, která si pacienti nechají udělat u jiného lékaře, protože se bojí vyžádat si od toho svého zdravotnickou dokumentaci a jít s ní jinam. Nově bude lékař muset pacientovi hned při první návštěvě vysvětlit takzvaný léčebný plán.

To znamená, že lékař stanoví jakýsi jízdni řád léčby. Například takto: „Pane Vomáčko, vaše potíže vypadají na astma, ale ještě je třeba, abyste zítra šel na toto vyšetření a za týden přišel pro výsledky. Pak budeme vědět víc. Pokud to bude astma, budeme vás léčit takto a takto a tyto pilulky budete muset brát šest měsíců. Pak se uvidí, jak bude vypadat další kontrola, která následuje vždycky po půl roce...“ Ne vždycky to totiž v ordinacích lékařů takto vypadá. Je řada pacientů, kteří se svou diagnózu od lékaře nedozví ani poté, co několik měsíců berou pilulky, k nimž jim lékař také nedal bližší vysvětlení.

„Požadujeme, aby to takto lékař zapsal i do zdravotnické dokumentace pacienta, aby byla kdykoliv jasná kontrola, jak pacienta léčí. Rozhodně už nebude stačit věta: Kontrola, stav nezměněn, jak jsem

BARVOCITOVÉ TABULKY

podle původního německého originálu

- pro praktické lékaře pro dospělé
- pro praktické lékaře pro děti a dorost
- pro oční lékaře a ostatní zájemce

Nakladatelství Aventinum se ujalo velmi záslužného úkolu a vydalo "Tabulky k vyšetření barvocitu". Oftalmologové, praktičtí lékaři i kolegové z jiných oborů se většinou setkávají s věkovitými německými vydáními, jejichž desky jsou těsně před rozpadnutím a o jejichž barvách se dá s úspěchem pochybovat. Vždy se najde někdo, kdo chrání jako oko v hlavě český překlad základní diferenciální diagnostiky a předává ho z generace na generaci.

Nyní tedy máme možnost získat novou českou verzi. Originální podklady pro tisk barevných tabulek dodalo německé vydavatelství, které má zkušenosti s 29 předchozími vydáními. To je podle mne dobrý předpoklad odpovídající barevnosti a tím spolehlivému vyšetření.

V krátkém úvodu k tabulkám nalezneme stručný přehled poruch barvocitu a jejich diferenciální diagnostiku založenou na chybném čtení určitých tabulek, standardní postup vyšetření a nejčastější chyby, které mohou narušit jeho objektivitu.

Dvě krátké kapitoly jsou věnovány diferenciální diagnostice simulace a disimulace a sporným případům včetně doporučení, kdy je vhodné odeslat pacienta ke specializovanému vyšetření. Úvod je doplněn přehledem správné interpretace znaků. Tabulky slouží k rychlému orientačnímu vyšetření, které v praxi v naprosté většině případů dostačuje.

Dodržení pokynů uvedených v přehledném osmistránkovém úvodu umožňuje provést jednoduše a s vysokou spolehlivostí vyšetření barvocitu nejen oftalmologům, praktickým lékařům, zdravotním sestřím, ale i odborníkům z jiných oblastí.

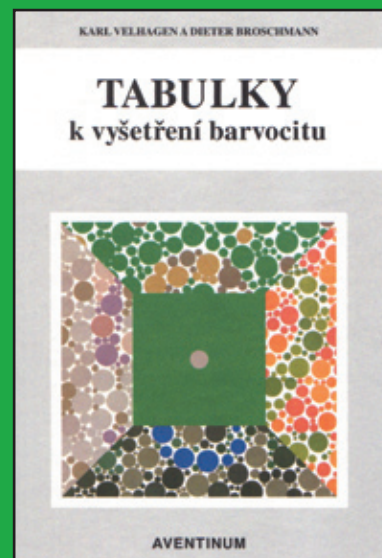
Doufám, že Aventinum neskončí u prvního vydání, protože v civilizovaných zemích bývá dobrým zvykem tabulky pravidelně obnovovat.

MUDr. Jiří Cendelín, CSc.

Zájemci, obraťte se
na adresu časopisu
VOX PEDIATRIAE

Obálku označte heslem „Tabulky“.

cena: 480 Kč
+ DPH, poštovné a balné





se s tím setkávala coby krajská zdravotní radní,“ říká Hellerová. Pokud to lékař nesplní, budou následovat sankce. „Půjde o různé odstupňované pokuty,“ říká náměstkyně.

Smím si z léčebny zavolat?

Vladimíra Bošková z Občanského sdružení na ochranu pacientů však vyčítá novým zákonům velkou stručnost. „Neřeší se třeba práva psychiatrických pacientů, která se u nás léta zanedbávají,“ podotýká.

Výbor pro lidská práva a biomedicínu, jehož je Bošková členem, proto usiluje, aby nové zákony upravily i to, za jakých okolností smějí lékaři omezit svobodu pacienta a přivázat jej k posteli nebo umístit do síťového lůžka. Nebo jestli smí mít pacient v nemocnici mobil či vlastní pyžamo. To totiž doposud žádný zákon neupravuje.

„Například v Holandsku se lékaři ptají pacienta předem, co si přeje a co ne v případě, že bude nezbytné jej zklidnit. A je součástí jeho zdravotnické dokumentace, že si pacient třeba nepřeje přikurtovat k posteli, ale že preferuje zklidňující injekci,“ popisuje Bošková.

Ministr Tomáš Julínek však ústy svého mluvčího vzkazuje, že ministerstvo nechce řešit takové detaily jako to, jestli mají mít pacienti právo na vlastní pyžamo. „Zákony by měly definovat hranice a pak je na vnitřních předpisech nemocnic, jak budou takové věci řešit,“ řekl Cikrt.

Lékařskou pohotovost musí zajistit kraje

Lékařskou pohotovostní službu mají zajišťovat kraje. Takový je úterní verdikt Ústavního soudu, který až teď vyřešil čtyři roky starý spor mezi Jihomoravským krajem a státem, zastupovaným ministerstvem zdravotnictví, vnitřní a financí.

Předseda soudu Pavel Rychetský ve zdůvodnění označil pohotovost za nedílnou součást péče o zdraví lidu, hrazené z prostředků zdravotního pojištění. Po zániku okresních úřadů jsou nyní majiteli zdravotnických zařízení, například nemocnic, kraje. Mají také pravomoc nařít soukromým zařízením povinnost uzavřít smlouvy na služby, jako je pohotovost. Spor kraje s ministerstvem je prý stejný, jako kdyby kraje, na něž přešla zřizování středních škol, vedly spor, zda mají zajišťovat vyučování matematiky. Podle Rychetského se soud nezabýval tím, zda peníze, které kraje od státu dostávají, stačí. Je to věc politiků a poslanců, kteří schvalují rozpočet.

Jihomoravský radní František Adamec, odpovědný za zdravotnictví, vyjádřil překvapení. Kraj, který poskytoval městům na tuto službu 25 milionů korun ročně, bude podle něj verdikt respektovat, ale na tento účel vynaloží tolik co v minulosti.

Je zřejmé, že města, která dávala dalších 35 milionů, nyní dotace zastaví. To bude znamenat omezení služeb. „Rozhodnutí soudu kopíruje současný stav,“ řekl Právu Tomáš Cikrt, mluvčí resortu zdravotnictví.

Dárčovská krev rychle ztrácí kvalitu kvůli rozkladu oxidu dusnatého

Krev dárců ztrácí krátce po odebrání původní schopnost přenášet kyslík. Ačkoliv dárčovské konzervy jsou pro transfuze použitelné šest týdnů, kapacita přenosu kyslíku klesá v krvi již několik hodin po odběru. Vědci z Dukeovy univerzity v Durhamu v Severní Karolíně nyní podle všeho zjistili příčinu, která by vysvětlovala některé komplikace po transfuzích.

V odebrané krvi se už během několika minut začne v červených krvinkách rozkládat oxid dusnatý, který stejně jako hemoglobin hraje důležitou úlohu při přenosu kyslíku do tkání – mimo jiné roztahuje krevní cévy. „Není-li tam oxid dusnatý, nemůže kyslík proniknout do tkání,“ uvedl šéf týmu Jonathan Stamler, podle nějž ale lze umělým dodáním oxidu krvi vrátit i při uchování její schopnost. Stamlerův tým testoval svá zjištění na psech. Po transfuzi vykázal jejich organismus pokles proudění okysličené krve, ale když vědci do krve oxid doplnili, vše se vrátilo k normálu. Podle Stamlera je nyní třeba ověřit, zda je přidání kyslíčnicku dusnatého do skladované krve zcela bezpečné.

Pacienti, sud'te se, nemocnice vám zaplatí

Češi si zvykají žalovat nemocnice i lékaře za zničené zdraví. A soudy vyhrávají.

Možná není daleko doba, kdy bude i v Česku, stejně jako kdysi v Americe, stát před každou nemocnicí právník a říkat vycházejícím pacientům: „Jste spokojeni s tím, jak vás ošetřili? Pokud ne, tady je má vizitka...“

Soudci jsou totiž v poslední době odvážnější a přiklil lidem žalujícími nemocnice kvůli zničenému zdraví mnoha milionové sumy. A šéfové nemocnic si nebezpečí prohraných sporů dobře uvědomují.

Jen Fakultní nemocnice v Brně vyplatila od začátku roku 2003 na odškodném pacientům 4,4 milionu korun. „Tyto částky byly vyplaceny z pojistky nemocnice. Nejvyšší odškodné bylo necelé 1,3 milionu korun,“ říká ředitel Roman Kraus.

Přestože dají ročně více než pět milionů za pojištění, rozhodlo se vedení nemocnice ještě do konce roku vypsát výběrové řízení na vyšší pojistku. „K rozhodnutí přispěly i vysoké částky, které v poslední době soudy přiznaly pacientům jako odškodné,“ přiznává Kraus.

Ostatní jsou na tom podobně: pražská Nemocnice Na Homolce vyplatila za stejnou dobu jako Brno 2,5 milionu korun, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze 3,6 milionu korun, Fakultní nemocnice Motol 1,5 milionu korun a třeba Fakultní nemocnice Hradec Králové vyplatila na odškodném 267 tisíc korun. Ústavy, u nichž se nemocnice pojišťují, si mnou ruce: „V poslední době se nemocnice pojišťují na stále vyšší limity, výjimkou není ani 50 milionů korun. A to, co vyplatíme, je v řádech desítek milionů,“ říká mluvčí České pojišťovny Václav Bálek. Výše pojištění přitom závisí na mnoha faktorech. „Jde o velikost nemocnice, počet personálu, rizikovost prováděných výkonů a jejich množství,“ vysvětluje Renata Svobodová z České podnikatelské pojišťovny. Za nejrizikovější se považují ty ústavy, které mají chirurgii a kardiologii. Podobné je to i u ambulantních lékařů. „V poslední době jsem u nich viděl pojistky na pět i deset milionů korun,“ říká právník Jakub Uher.

Stále jsou to ještě nízké sumy. „V Americe soudy přiznávají odškodné statisíce i miliony dolarů, a tomu odpovídá i vysoké pojistné, které si nemocnice platí,“ říká další právník Ondřej Dostál.

I v Česku se pacienti přestali bát a počet žalob na zdravotnická zařízení roste. „Roztrhl se pytel se stížnostmi lidí,“ říká šéf Asociace českých a moravských nemocnic a ředitel menší nemocnice v Hranicích Eduard Sohlich.

„Musím zaklepat – my ještě nemuseli platit nic, ale dáváme ročně asi 200 tisíc za pojištění. Kdyby nám soud vyměřil osmnáct milionů jako sokolovské nemocnici, byl by problém je zaplatit. To je téměř tolik,



kolik dělá měsíční obrat naší nemocnice, a pojišťovna by nám přitom vyplatila jen pět milionů," říká.

Specializační vzdělávání v oboru Dětská sestra v Ostravě

Ministerstvo zdravotnictví České republiky udělilo dne 1. 10. 2007 akreditaci Zdravotně sociální fakultě Ostravské univerzity k uskutečňování teoretické části specializačního vzdělávání v programu Ošetrovatelská péče v pediatrii. Specializační vzdělávání je určeno všeobecným sestram, které pracují s dětmi. Absolventi specializačního vzdělávacího programu získají specializovanou způsobilost v oboru Dětská sestra.

K uskutečňování praktické části specializačního vzdělávání bylo ke stejnému datu akreditováno v Ostravě šest zdravotnických pracovišť: Fakultní nemocnice Ostrava – oddělení neonatologie, Městská nemocnice Ostrava – dětské oddělení, lůžková stanice novorozenci, Dětský rehabilitační stacionář, Dětský domov pro děti do 3 let, MUDr. Barbora Branná a MUDr. Norbert Semendák, praktičtí lékaři pro děti a dorost.

Anorexie začíná zřejmě ve velmi raném dětství

Pozor na děti, které nemají chuť k jídlu a mají v oblíbenosti jen málokterá jídla. Říká se tomu selektivní výživa a může to být už v prvních letech života znamením, že jde o potenciálně anorektické dítě. Tvrdí to profesor Michele Campanelli, šéf Italského centra pro psychickou poruchu příjmu potravy.

Ze vzorku anorektických dívek od 13 do 17 let jich 69 procent prožilo traumatizující zážitek, který vedl k rozvoji selektivní výživy. Jídlo pro ně není zdrojem radosti a uspokojení, ale prostředkem vydírání matky. Čím víc je pak matka vystrašená a uchyluje se k trestům, tím více se vytvářejí podmínky pro vznik anorexie. Jídlo se tak stává vynuceným úkonem, jemuž se dítě podrobuje proto, aby uspokojilo rodiče a odvrátilo jejich tresty a zákazy.

Do kategorie traumat spadají zážitky související s kojením vztahem matky a dítěte a dítěte k okolnímu světu, mj. prožitky z inkubátoru.

Vir ptačí chřipky zmutoval, může snáze nakazit člověka

Ptačí chřipka se přiblížila člověku. Smrtící vir H5N1 podle vědců z Wisconsinské univerzity zmutoval a dokáže snadněji přežít v lidském hrdle a nosu. Odborníci říkají, že jde o jeden z několika nutných kroků, které musí virus urazit, aby se mohl šířit z člověka na člověka kapénkovou infekcí. Tedy třeba při kašli.

Podle hlavního hygienika ČR Michaela Víta zatím pandemie ptačí chřipky nehrozí a dále platí, že vir se na člověka může přenést prakticky jen od ptáků. Důkazem je podle něj fakt, že mutovaný vir způsobil v Číně už předloni úhyn divokých hus, ale nepřinesl vyšší výskyt nemoci u člověka. „Mutace existuje už několik let, nic se ale nezměnilo a nepotvrdilo se, že by se virus mohl přenášet mezi lidmi," říká Vít.

Princip mutace, která viru H5N1 umožňuje lépe přežít v lidských horních cestách dýchacích, je jednoduchý. Zvykl si na chladno. Ptačí tělo má teplotu 41° Celsia, kdežto lidské hrdlo a nos bývají zhruba

o osm stupňů studenější. Viru H5N1 se proto až dosud v těchto lidských orgánech příliš nedařilo. „Mutace teoreticky dovoluje, aby se virus replikoval (množil) při teplotě 33 stupňů," vysvětluje Vít.

K úspěšnému přenosu z člověka na člověka je však zapotřebí mutací víc. Kolik přesně, netuší ani Jošihiro Kawaoka z Wisconsinské univerzity. Horší zprávou je, že zmutovaný vir H5N1 se už zřejmě vyskytuje i v Česku. „Viry, které cirkulují v Evropě a Africe, už všechny zmutovaly do této podoby. Naštěstí nemají další mutace," napsal ve studii svého týmu Kawaoka.

Obavy z pandemie ptačí chřipky mají lékaři právem. Virus H5N1 je totiž pro člověka daleko nebezpečnější než běžná chřipka, na kterou má většina lidí protilátky. Dobře to dokládají statistiky. Od roku 2003 se jím nakazilo 329 lidí a 201 postižených mu podlehl.

Česká republika kvůli hrozbě pandemie nakoupila antivirový lék Tamiflu pro 20 procent obyvatel a počítá i s pořízením tzv. preepidemické vakcíny. Tyto preparáty mají pomoci překonat první nápor případné pandemie a poskytnout několik měsíců času na vývoj skutečné epidemické vakcíny. Tu nelze vyrábět v současné době. Je totiž nutné počkat na konkrétní podobu viru, který se změní do epidemické podoby.

Případná pandemie ptačí chřipky by pro lidstvo nebyla ničím novým. Minulé století totiž přineslo hned tři celosvětové chřipkové epidemie. Nejhorší z nich – španělská chřipka – řádila v letech 1918 a 1919 a přišlo během ní o život 40 až 50 milionů lidí.

Další dvě pandemie se objevily v letech 1957 a 1968 a každá z nich mohla podle odhadů připravit o život zhruba milion lidí. Odborníci s nástupem nové pandemie počítají. Otázkou je pro ně především to, kdy přijde a zda ji opravdu způsobí dnešní horký kandidát H5N1.

Španělská chřipka řádila v letech 1918 a 1919 a přišlo během ní o život 40 až 50 milionů lidí

ČSSD navrhuje větší dozor nad sdruženími

Novely tří zákonů mají podle soc. dem. vnést transparentnost na hospodaření neziskového sektoru.

Občanským sdružením, jejichž roční obrat převyšuje 3 milióny korun, má uložit povinnosti, které se už nyní týkají nadací a obecně prospěšných společností. Neziskové organizace mají zveřejňovat účetní uzávěrku, přehled dárců, kteří jim poskytnou finanční částky nad 10 tisíc korun, a přehled užívání majetku. Informace by měly být také přístupné na internetu. Součástí návrhu bude sankce. Organizace by měly ztratit daňové zvýhodnění v období, ve kterém toto nařízení poruší.

Návrh přichází v okamžiku, kdy panují nejasnosti kolem sdružení bývalé manželky šéfa ČSSD Zuzany Paroubkové. Podle vedení soc. dem. mají problémy s transparentností i sdružení napojená na politiky ODS.

Komoru lékárníků vyšetřuje antimonopolní úřad

Antimonopolní úřad zahájil s Českou lékárnickou komorou správním řízením kvůli podezření z omezení hospodářské soutěže. O víkendu se také nečekaně vyměnilo její nejvyšší vedení. Dlouholetého šéfa Lubomíra Chudobu nahradil v prezidentské funkci Stanislav Havlíček.



Úřad pro ochranu hospodářské soutěže chce po lékárnické profesní komoře vysvětlení, proč se jí nelíbí praxe některých lékáren, které zákazníkům vrací za každý předložený recept pětikorunu.

Jde hlavně o řetězec lékáren Dr. Max ve vlastnictví investiční skupiny Penta, jenž tak láká lidi k opětovnému nákupu.

Lékařnická komora se dříve vyjádřila, že takové způsoby považuje za neetické a znevažující profesi lékárníka. K tomu svým členům pohrozila, že by vracení pětikoruny mohlo být považováno za disciplinární delikt. Ten může vyústit až ve vyloučení z komory.

To by pro jednotlivce mělo fatální důsledky, protože k výkonu lékárnického povolání je nutné členství v komoře.

Je to marketingový nástroj

Antimonopolní úřad etické vysvětlení viditelně příliš nezajímá a spíše se pídí po tom, zda stanovisko ČLK nebrání konkurenci na trhu.

„Dokumentaci si vyžádáme v nejbližší době. Nelze předjímat, jak dlouho bude řízení probíhat,“ říká mluvčí úřadu Kristián Chalupa.

Stanovisko lékáren sloučených pod značku Dr. Max byl již úřadu vysvětlovat šéf řetězce Pavel Vajskebr. „Je to marketingový nástroj, který se nám osvědčil,“ říká o vrácení pětikorun Vajskebr.

Oslovení lékárníci, kteří nepracují pro Dr. Maxe, uvádějí, že určitou formu lákání zákazníků používají téměř všichni. Často jde o různé slevové karty nebo poukázky.

„Rozhodně nechceme bránit volné soutěži. Jeví se nám ale krajně nevhodné, aby k lákání klientů byl používán lékárník,“ říká nový prezident ČLK Havlíček. Zatím se zdá, že tak drží linii nastoupenou jeho předchůdcem Lubomírem Chudobou.

Konec Chudoby mnohé překvapil

„Delegáti sjezdu vyslovili odstupujícímu prezidentovi poděkování za jeho práci a přínos pro lékárnickou profesi,“ stojí v tiskové zprávě, kterou ČLK vydala po víkendovém „padnutí“ Chudoby.

Taková selanka ale na sjezdu nevládla, což vyplývá také z uzavřených internetových diskusí lékárníků, které má MF DNES k dispozici.

Chudoba musel oficiálně skončit kvůli tomu, že byl ve funkci dvě po sobě jdoucí volební období. Z toho prvního si ale odsloužil jen jeden rok z běžných čtyř (nahradil svého předchůdce, jenž odešel ze zdravotních důvodů), a představenstvo tedy chtělo na sjezdu zrušit podmínku „dvakrát a dost“, aby mohl pokračovat.

Podporu si k tomu předjednálo na nedávné poradě předsedů okresních sdružení lékárníků. Zřejmě ale nedostatečně.

Chudobova „poprava“

Přišlo totiž překvapení, když delegáti na sjezdu nedovolili těsnou většinou stanovy změnit a Chudoba, který už má díky pětiletému působení v čele komory otevřené mnohé dveře, nemohl být zvolen.

„Horší popravu jsem v životě neviděla, jsme stále ve válce a sami jsme se poslali ke dnu, v sobotu lékárníci dost prohráli,“ tak se vyjadřovali na internetu někteří příznivci bývalého prezidenta.

Ten mluví podstatně zdrženlivěji. „Nic v tom nehledejte. Stanovy se nezměnily, tak jsme se podle toho chovali,“ uvedl Chudoba. Podle svého vyjádření bude teď chvíli odpočívat a zaučovat svého nástupce.

Důvod jeho neúspěchu? Možná nedostatečná komunikace s delegáty, které na zamýšlenou změnu pravidel volebního období dopředu nikdo nepřipravil, možná Chudoba jen neměl takovou podporu, jak se domníval.

„Zvolení pro mě bylo překvapením,“ říká nový prezident Havlíček.

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.**

Prodám ordinaci v Praze 9

Prodám ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v Praze 9, cena dohodou.

Telefon 602 938 967 nebo kolarovadetske@seznam.cz, Ev.č.: 95-07-07

Odkoupím praxi PLDD

Odkoupím praxi praktického lékaře pro děti a dorost – Praha 10, 4, 1, 2, 3 ev. Praha Východ – Říčany a okolí.

Specializaci pro PLDD mám. Tel. 776 650 369, Ev.č.: 97-07-07

Výběrové řízení: Klinický pediatr

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou vypisuje výběrové řízení na místo klinického pediatra. Podmínky: II. atestace nebo specializace dle zák. 95/2004 Sb. z pediatrie, zájem o intenzivní a resuscitační péči.

Příhlášky včetně životopisu, odborné a zdravotní způsobilosti a výpisu z rejstříku trestů pošlete do 30.9.2007 do zaměstnavatelského odboru FTNsP, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4, k rukám paní Bergmanové.

Ev.č.: 98-07-07

Hledám nástupce do městské praxe

Hledám nástupce do zavedené pediatrické městské praxe v Teplicích.

K dispozici i zdravotnický objekt. Tel.: 606 445 545 Ev.č.: 100-08-07

Hledám asistenta do ordinace

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Ústí n/L., následující převod praxe možný. Tel.: 605 702 187. Ev.č.: 101-08-07

Oznámení: ukončuji koordinační činnost

Oznamuji všem kolegům, že z důvodu nemoci ukončuji svoji koordinační činnost pro zastupování PLDD v Praze. MUDr. Alena Rejdová

Ev.č.: 104-08-07

Dětská lázeňská léčebna přijme lékaře

Dětské lázeňská léčebna Poděbrady přijme dětského lékaře nejlépe FBLR (i na částečný úvazek), dětskou sestru a pracovníci do balneoprovozu.

E-mail: detska@quick.cz, tel.: 325 613 965, 777 295 355 Ev.č.: 105-08-07

PP Hospitals přijme pediatra

PP Hospitals nemocnice Brandýs nad Labem přijme pro lůžkové oddělení atestovaného pediatra na zástup po dobu minimálně 3 – 4 měsíců.

Popřípadě jen na UPS. Nástup možný ihned. Informace na personálním oddělení p. Riglová nebo prim. MUDr. Pavel Zeman. Tel.: 326 902 781

Ev.č.: 106-11-07

Stiefel - Duofilm

Česká spořitelna