

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

říjen 2009 ■ číslo 8 ■ ročník 9

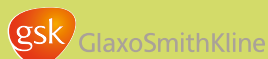


K obtížím ve vývoji komunikačních schopností

Rodina a děti s Downovým syndromem v současnosti

Jak může pediatr pomoci svým autistickým pacientům

Downův syndrom a majoritní společnost



**Téma čísla:
KRIZOVÁ
KOMUNIKACE
V ORDINACI
PLDD**

GSK - Cervarix

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Sekretariát:

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

Redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

**Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s. r. o.

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

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Michaela Šmejkalová

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

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.
Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsah inzerce a vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc září 2009	5
Koalice soukromých lékařů	5
Výpis z jednání „Komise MZ pro péči o děti a dorost“	6
Kongres Europaediatrics – Moskva 2009	8
Omlouvání žáků a studentů v ordinaci PLDD	9
Nový model distribuce očkovacích látek	10



MUDr. Olga Roškotová Komunikace nejen v ordinaci PLDD	22
Mgr. Petra Mertinová Jak může pediatr pomoci svým autistickým pacientům	24
Scott M. Myers, MD, Chris Plauché Johnson, MD Jak pečují američtí pediatři o autistické děti	26
PaedDr. Lenka Pospíšilová K obtížím ve vývoji komunikačních schopností od teorie k praxi	28
Marta Frimmelová Kazuistiky z centra komplexní péče v Ústí nad Labem - Demosthenes	34
Jana Jarošová, Kateřina Šimerová Rodina a děti s Downovým syndromem v současnosti	38
Kateřina Šimerová Downův syndrom a majoritní společnost	42
Ze světa odborné literatury	44



Aktuality	45
Řádková inzerce	45

Středová příloha:
Věstník MZ ČR - Metodický návod k zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče



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 namalovala ústy Adriana Příbylová.



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v době, kdy dostáváte do rukou toto číslo našeho časopisu, se završuje cyklus našich volebních konferencí. Od našeho základního článku, kterým jsou okresy, přes jednotlivé regiony, až po centrální orgán Sdružení, jste si ve volbách zvolili své zástupce, kteří budou nadále hájit Vaše zájmy, kteří Vás budou zastupovat na jednáních všech úrovní, kteří budou vyjednávat pozice pro výkon našeho povolání, lékaře primární péče, praktického lékaře pro děti a dorost. Ne každý z Vás měl tu možnost se zúčastnit naší celorepublikové konference, proto si dovoluji krátkou úvahu nad uplynulým obdobím.

Asi nejjpodstatnější změnou, kterou snad pocítujete všichni, je alespoň částečné narovnání úhrad za naši činnost. Od zavedení kombinované kapitáčně výkonové platby se po dlouhých letech podařilo výrazněji navýšit platby od zdravotních pojišťoven, v posledních dvou letech se pohybovalo toto navýšení v pásmu 15-20%. To ovšem neznamená, že bychom měli být s touto situací spokojeni a jistě nás čeká ještě dlouhá cesta, než se dostaneme na úroveň našich kolegů ve vyspělých státech. Toto navýšení se ale nerodilo snadno, mnozí si vzpomenete na naše protestní akce, ať již na Staroměstském náměstí, nebo přímo před budovou Ministerstva zdravotnictví. Všem, kdo vyjádřili podporu těmto akcím, děkuji jménem celého vedení Sdružení.

Těžko si lze asi představit, že se nastoupený trend navyšování úhrad podaří udržet i pro další roky, zejména přihlédneme-li k současné tolik skloňované ekonomické krizi. Poslední dva roky jednání ukázaly, že jednou z možných cest je i určitá individualizace plateb. Jde, jak mnozí tušíte, o různé bonifikační systémy. Na mnohých našich jednáních jsme zažili vzrušené diskuse nad různými modely tzv. řízené péče, přestože se o řízení jako takové zatím příliš nejedná. Úlohou nově zvolených zástupců jistě bude udržet obsah i výstupy z jednání nad touto problematikou v takových mezích, aby nedocházelo k rizikovým situacím, resp. přímému ohrožení výkonu povolání praktického dětského lékaře, a to ať již po stránce právní, tak i odborně profesní.

Ne vše se ale podařilo podle našich představ. V rámci balíčku „reformních opatření“ jsme prosazovali jasné a jednoznačné zakotvení našeho oboru v legislativě, reformní kroky jsou však odloženy na neurčito. Jedinou praktickou zkušeností s reformou tak pro nás bylo zavedení regulačních poplatků. Dříve, než jsme si na ně zvykli, byly pro nás prakticky zase zrušeny. Jistě není v tomto sdělení prostor se podrobně zabývat touto problematikou, nicméně šlo o první pokus „zatahnout pacienta do hry“. Že to není a nebude jednoduché, ukázaly právě tzv. regulační poplatky. Když odhlédnu od zpolitizování celé záležitosti, díky čemuž z větší části poplatky ztratily přívlastek regulační, je třeba se zamyslet i nad výstupy z našich jednání. I v této problematice jsme totiž na mnohých našich jednáních zažili dost a dost emocí.

Mnoho emocí provází až dosud i nový model distribuce očkovacích látek. Překvapivé rozhodnutí na začátku prázdnin vše svěřit do rukou soukromé společnosti, někde zcela prázdné, jinde plné lednice očkovacích látek, desítky minut až hodin na telefonu při snaze se dovolat, zoufalé obvolávání rodičů, ať nechodí, že nejsou očkovací látky, atd. atd. Řada problémů, která se na nás v této souvislosti naválila, a to neočekávaně, mnohé zaskočila. Vše bylo umocněno určitou neochotou za strany resortního ministerstva řešit vzniklé potíže, na rozdíl od mediálních výstupů, ze kterých jsme se s překvapením dovídali, že si za to můžeme sami.

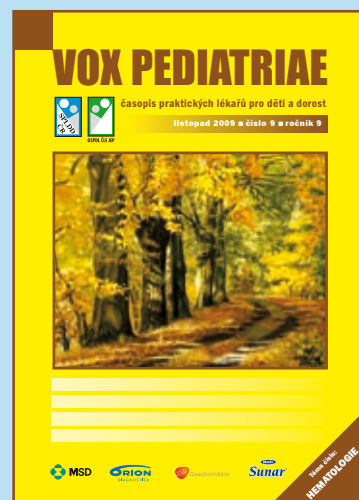
Zůstalo toho ještě dost, o čem by se dalo psát, co by mohlo a mělo být součástí hodnocení. Po celou dobu našeho uplynulého období jsme Vám přinášeli ty nejaktuálnější události a výstupy na stránkách našeho časopisu. Jsem moc rád, a mnohé Vaše reakce to potvrzují, že se nám pod vedením kolegy Kudyna podařilo vytvořit časopis, který důstojně reprezentuje nás, praktické dětské lékaře a dle průzkumů četnosti si dovoluji tvrdit, že se tento časopis stal pro nás všechny důležitou součástí zdroje informací, ať už profesních, nebo odborných.

Závěrem si dovoluji poděkovat všem, kteří celému týmu užšího vedení Sdružení po celé předchozí volební období vyslovovali důvěru a pomohli nám tak k dosažení nepřehlédnutelného postavení na poli profesních organizací lékařů. Děkuji Hance Cabrnchová, Jiřince Dvořákové, Evě Vitoušové i Milanovi Kudynovi za jejich spolupráci při držení kormidla našeho Sdružení.

S přátelským pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer

Hematologie



v tomto čísle inzerují...

BEIERSDORF
BIOVIT
BOEHRINGER INGELHEIM
GSK
HERO
MEDICAL TRIBUNE
MEDICOM INTERNATIONAL
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
STIEFEL
WYETH
ZP MV ČR

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	10.00-15.00 hodin
Úterý	10.00-15.00 hodin
Středa	10.00-15.00 hodin
Čtvrtek	10.00-15.00 hodin
Pátek	10.00-13.00 hodin

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o. s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
sekretariát:
tel.: 267 184 065
fax: 267 184 050
redakce VOX:
tel.: 267 184 065
267 184 047
e-mail: centrum@detskykar.cz



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc září 2009

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Září se již tradičně stává měsícem, kdy jsou ukončována oficiální jednání o cenách na další rok formou tzv. Dohodovacího řízení. V letošním roce jsme shodu se zdravotními pojišťovnami nenalezli, proto pro nás skončilo toto jednání nedohodou. Jednání se zdravotními pojišťovnami však budou samozřejmě pokračovat. V září také pokračovala jednání ke stabilizaci nového modelu distribuce očkovacích látek. Podařilo se nám iniciovat jednání na MZ ČR, kterého se zúčastnily všechny zainteresované strany. Podaří se tento systém nakonec stabilizovat? V odpovědi zatím zůstává řada otazníků.

2.9. - finalizovala se jednání segmentu praktických lékařů přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2010. Ani v tento den nedošlo k takovému sblížení představ, aby bylo možné uzavřít dohodu. Výsledkem bylo proto podepsání Protokolu o nedohodě o cenách na rok 2010.

7.9. - na půdě MZ ČR se sešla komise péče o dítě. Kolektivní zařízení pro děti do 3 let, selektivní BCG vakcinace, vzdělávání a způsobilost dětských sester, problematika screeningů, to byla témata, která na tomto jednání zazněla. Podrobněji informujeme na jiném místě.

8.9. - na svém pravidelném jednání se sešla

Koalice soukromých lékařů, aby zhodnotila výstupy dohodovacího jednání o cenách v roce 2010 a diskutovala s 1. náměstkem MZ ČR Bc. Markem Šnajdrem nad aktuální situací ve zdravotnictví. Výstupy zveřejňujeme na jiném místě.

16.9. - na základě naší žádosti jsme se na společném jednání sešli na půdě MZ ČR s týmem hlavního hygienika a vedením konsorcia Phoenix-Avenir, společností pověřenou distribucí očkovacích látek pro tzv. povinná očkování. Základní snahou bylo hledání řešení, jak napravit řadu problémů, které vedly a vedou k nemožnosti zajistit státní zakázku očkování dětí praktickými dětskými lékaři. Výstupy z jednání zveřejňujeme na jiném

místě časopisu.

17.9. - na MZ bylo uzavřeno dohodovací řízení o cenách na rok 2010. Ani toto závěrečné jednání nepřineslo změny, které by mohly vést k naší dohodě. I když jsme si byli vědomi složité ekonomické situace, jsme přesvědčeni, že návrhy předložené ze strany zdravotních pojišťoven neodpovídaly jejich možnostem. Základním arbitrem se tak pro rok 2010 stane MZ příslušnou „cenovou vyhláškou“. Budeme samozřejmě i nadále hledat cesty a možnosti uzavření dílčích dohod s konkrétními zdravotními pojišťovnami.

Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se v září sešla především nad hodnocením výstupů dohodovacího řízení o cenách na rok 2010. I když by se mohlo zdát, že počet nedohod odpovídá současné ekonomické krizi, členové Koalice se shodli, že důvodem může být i již přežitý model dohodovacího řízení. To bylo společně s dalšími tématy i předmětem jednání s 1. náměstkem ministryně zdravotnictví Bc. Markem Šnajdrem. V souvislosti s výstupy dohodovacího řízení a ekonomickou situací Koalice nadále důkladně monitoruje vývoj jednání kolem uznání edukačních kódů sester především z pohledu možného dopadu na lékařské výkony.

I. Výpis z jednání

Koalice soukromých lékařů ze dne 8. září 2009

1. Výsledky dohodovacího řízení

• Členové Koalice se vzájemně informovali o průběhu dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče na rok 2010. K dohodě došlo pouze u zubních lékařů a gynekologů.

• V souvislosti s DŘ konstatovali zástupce KSL, že současný způsob dohodování cen je již přežitý a nevyhovující současným podmínkám. Dohodli se, že budou požadovat následující systémové změny:

a) oddělení peněz pro ambulance z celkového balíku financí pro ZZ s garancí postupného nárůstu jejich procenta podílu,

b) ceník v korunách s reálnými cenami našich výkonů,

c) uzákonění zastoupení zástupců ZZ ve správních nebo alespoň dozorčích radách zdravotních pojišťoven,

d) organizacím zastupujícím ZZ zákonem upravit postavení tak, aby nebylo riziko jejich provinění se proti zákonu o hospodářské soutěži,

e) změnit pravidla vyjednávání se zdravotními pojišťovnami tak, aby bylo zrušeno právo veta jedné zdravotní pojišťovny. Navrhujeme, aby bylo možné se dohodnout při souhlasu např. 2/3 nebo 3/4 ZP.

• MUDr. Pekárek informoval o snaze znovu zavést komerční pojištění (Česká asociace pojišťoven, Mgr. Petr Bohumský).

2. Diskuse s Bc. Markem Šnajdrem,

1. náměstkem ministryně zdravotnictví

Bc. Šnajdr informoval o současné situaci v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR. Zhodnotil finanční situaci ve zdravotnictví a nastínil možné dopady krize na úhrady od zdravotních pojišťoven. Vzhledem k nedohodě ve většině segmentů bude MZ ČR vydávat úhradovou vyhlášku. Bc. Šnajdr přislíbil, že ministerstvo bude preferovat dohody, ale

současně se zmínil o tom, že mezi segmenty bude MZ ČR strukturovat.

Diskuse týkala i chystaného hlasování o zrušení regulačních poplatků v PSP ČR. K tomuto bodu diskuse přijala Koalice společné prohlášení, které bylo zasláno médiím a PSP ČR a je součástí tohoto zápisu.

3. Sesterské kódy

• Koalice soukromých lékařů nadále jednomyslně podporuje již přijatá stanoviska.

Prohlášení Koalice soukromých lékařů

k rušení zbývajících regulačních poplatků ve zdravotnictví ze dne 8. 9. 2009

Koalice soukromých lékařů vyzývá Poslaneckou sněmovnu Parlamentu ČR, aby nerušila zbývajících regulačních poplatků ve zdravotnictví.

Koalice soukromých lékařů registruje nežádoucí změny v českém zdravotnictví, které vznikly částečným zrušením regulačních poplatků od 1. 4. 2009.

Snahu o zrušení regulačních poplatků v době



ekonomické krize proto zástupci Koalice vnímají jako ohrožení stability zdravotního systému s bezprostředním negativním dopadem na kvalitu péče o pacienty.

Za Koalici soukromých lékařů:
MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, mluvčí Koalice,
MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR,
MUDr. Jiří Pekárek, prezident České stomatologické komory,
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR,
MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

■ **II. Oslovení ministryně zdravotnictví Mgr. Dany Juráskové, Ph.D. ohledně finančních prostředků ke stabilizaci počtu středního zdravotnického personálu ze dne 13.10.2009**

Vážená paní ministryně,

obracím se na Vás z pověření vedení Koalice soukromých lékařů jako její mluvčí v následující věci:

Koalice soukromých lékařů se na svém jednání 13.10.2009 zabývala také rozbořem toho, které zdravotní pojišťovny jakým způsobem již zahájily rozesílání finančních prostředků za účelem zajištění stabilizace počtu středního zdravotnického personálu.

Bylo konstatováno, že Všeobecná zdravotní pojišťovna v posledních týdnech rozeslala dodatek ke smlouvě, kterým zjišťuje přímo od zdravotnických zařízení počty zdravotních sester, Vojenská zdravotní pojišťovna navýšila hodnotu bodu či kapitace, plán v nejbližší době distribuovat peníze podle různých klíčů daly najevo Revírní bratrská pojišťovna a Zdravotní pojišťovny Škoda a Metal-Alliance.

Nikdo z vedení Koalice nemá t.č. žádnou informaci o tom, jakým způsobem k věci přistoupí ostatní zdravotní pojišťovny a zda vůbec plánu-

jí příslušné peníze vyplatit, přičemž již více než 3 měsíce je medií v ČR vyvoláván dojem, že zdravotní pojišťovny příslušné finanční částky již rozeslaly či rozesílají. Členové našich sdružení – soukromá zdravotnická zařízení – nám dávají zprávy o tom, že jejich zdravotní sestry začínají podezřívát z toho, že jsou před nimi tyto peníze právě provozovateli zdravotnických zařízení zatajovány.

Žádáme Vás tedy o informaci, jak vypadá situace z Vašeho pohledu, resp., o pomoc v zajištění toho, aby zdravotnická zařízení mohla na základě na jaře podepsané dohody mezi Vámi a zdravotními pojišťovnami slíbené finance opravdu reálně získat a následně sestřím vyplatit.

Za celé vedení Koalice soukromých lékařů předem děkuji za informaci a pomoc.

S úctou

MUDr. Zorjan Jojko
Mluvčí Koalice soukromých lékařů

Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer

Výpis z jednání „Komise MZ pro péči o děti a dorost“ ze dne 7.9.2009

V úvodu jednání byl přivítán prof. MUDr. Jan Janda, DrSc. předseda ČPS ČLS JEP, bude zajištěno oficiální jmenování do komise. Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc. požádal o zrušení členství v komisi – bude vyhověno.

Byli představeni a přivítáni hosté: doc. MUDr. Kožich, CSc. (VFN), doc. MUDr. Votava (FNKV), doc. MUDr. Kabelka, CSc. (FN Motol), MUDr. Wallenfels (FN Bulovka), Ing. Zajíčková (SZP ČR), MUDr. Švecová (VZP ČR), Ing. Jenšovská (DZP MZ), zástupci FN Olomouc.

■ 1. Kolektivní zařízení v denním režimu pro děti do 3 let věku

Byla podána informace o průběhu projednávání a stanovisku vlády k návrhu zákona o podpoře rodin s dětmi a o změně některých zákonů (sněmovní tisk č. 863). V souvislosti s touto problematikou byla diskutována problematika optimální péče o děti do 3 let věku a podmínky poskytování nerodičovské péče o děti předškolního věku v denním režimu. Členové komise byli požádáni o vyjádření odborného stanoviska.

■ 2. Selektivní vakcinace BCG, stanovení rizikové skupiny pro očkování, dotazník

Byla diskutována problematika BCG vakcinace u dětí. V přípravě je návrh vyhlášky, kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění vyhlášky č. 65/2009 Sb. Dle tohoto návrhu se očkování proti tuberkulóze provede u dětí v indikovaných případech (viz. pří-

loha). Komise konstatuje, že odborné stanovisko pediatrické společnosti (ČPS ČLS JEP, OSPDL ČLS JEP a SPLDD) shodně doporučily zrušení BCG vakcinace u dětí a zavedení selektivní vakcinace v prvním roce života. Skupiny rizikových dětí, u kterých by měla být BCG vakcinace provedena, budou součástí novely příslušné vyhlášky. Komise nesouhlasí s tím, aby se do odborné problematiky týkající se očkování proti TBC promítaly zájmy lobistických skupin. Podrobné vysvětlení tohoto stanoviska je k dispozici na webové stránce České pediatrické společnosti ČLS JEP (<http://www.cpsjep.cz/cz/dokumenty/TBC.doc>) a na stránce www.ockovanideti.cz (http://www.ockovanideti.cz/aktuality/BCG_09.htm).

■ 3. Návštěvy PLDD dítěte v domácnosti

Byla diskutována problematika podmínek provádění a úhrady výkonů týkajících se návštěvy dítěte v domácnosti. Výkon návštěva novorozence dětskou sestrou a další výkony návštěvy sestry jsou ve vazbě na způsobilost práce bez odborného dohledu. Sestry, které si nepožádaly MZ v termínu, obtížně tuto kvalifikaci získávají a v praxi to znamená nemožnost vykazovat tyto výkony, a to za situace, kdy odpovědnost za jejich vykazování je na straně lékaře. Výkon návštěvy sestry u novorozence je pod autorskou odborností 002. Řešením by byla úprava příslušné vyhlášky MZČR upravující pro jednotlivé výkony kvalifikace sester a nebo příprava nového výkonu autorské odbornosti 002.

■ 4. Vzdělávání dětských zdravotních sester

Byla diskutována problematika vzdělávání zdravotních sester, které se podílejí na péči o děti a dorost, především na úrovni nemocničních lůžkových oddělení. Zároveň byla podána informace o dopise, který byl odeslán přímo k rukám ministryně Mgr. Dany Juráskové. Komise konstatuje, že změny v systému vzdělávání sester, které proběhly v minulých letech, významně zhoršily dostupnost kvalifikovaného personálu, který zajišťuje péči o nemocné děti. Zavedení prezenčního bakalářského a magisterského studia nesplnilo očekávání a podíl absolventek/absolventů nastupujících do rezortu zdravotnictví se pohybuje pouze okolo 5%! Komise žádá, aby se MZ tímto problémem zabývalo na nejvyšší úrovni. Komise navrhuje svolání společné schůzky představitelů MZ a MŠMT se zástupci pediatrických společností. Při řešení dané problematiky lze využít zkušenosti a spolupráce se sousedními zeměmi (Rakousko, Německo), které se nepotýkají s takovými problémy jako v ČR.

■ 5. Novorozenecký screening (NS) - metodika, úhrada

Členové komise byli informováni o novém metodickém návodu (dále MN) k zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče, který byl vydán ve Věstníku MZ č. 6/2009 dne 12.8.2009. Účinnost této metodiky je ode dne 1.10.2009. K dané problematice proběhne ve dnech 10.-11.9.2009 v Praze a Brně vzdělávací seminář. V přípravě je portál pro novo-



rozeňský screening (dále NS), který bude určen pro laickou i odbornou veřejnost. V rámci jednání byla diskutována problematika týkající se úhrady za výkony NS. Problémem je, že s posunem doby odběru novorozeneckého screeningu dle výše uvedeného MN na 48.-72. hodinu po narození prakticky žádný novorozenec nebude mít v době odeslání vzorku do centrálních laboratoří dostupné rodné číslo pro vykazání provedených výkonů pro zdravotní pojišťovny. Dohledávání rodného čísla je administrativně pro 120.000 novorozenců/rok nemožné. Byl diskutován návrh řešit tuto situaci tím, aby ZP akceptovaly vykazování výkonů NS na rodné číslo matky, a to i opakovaně při vícečetných a opakovaných porodech. K zajištění tohoto způsobu vykazování zástupce úseku zdravotního pojištění MZ navrhl uvést tento fakt do registračních listů jednotlivých výkonů odbornými společnostmi. Jedná se o tyto výkony:

- 81747, 81749 - „Vyšetření tandemovou hmotnostní spektrometrií pro novorozenecký screening dědičných metabolických poruch výkonu“.
 - 93121 - „Screening kongenitální hypothyreózy“
 - 93124 - „Screening kongenitální adrenální hyperplazie“
 - 93281 - „Stanovení imunoreaktivního trypsinogenu (IRT) v suché krevní kapce - novorozenecký screening cystické fibrózy.“
- Dále je nezbytné, aby uvedené výkony NS nebyly

hrazeny v rámci paušálu, ale výkonovým způsobem. Dle výše uvedeného MN se odběr novorozeneckého screeningu stal finančně a časově náročnější. Zvýšené reálné náklady odběru pokrývá v Sazebníku výkon 02210 - „Novorozenecký screening“ který byl přijat pouze pro odbornost 002 - praktický lékař pro děti a dorost. Je zapotřebí rozšířit registrační list tohoto výkonu na sdílení odbornostmi 304 - neonatologie a 301 - pediatrie. Neonatologická společnost ČLS JEP zajistí předložení příslušné žádosti týkající se tohoto rozšíření s možností vykazování tohoto výkonu mimo paušál ošetřovacího dne.

Screeningové vyšetření sluchu u novorozenců na porodnici

Byla podána stručná informace týkající se návrhu celoplošného provádění screeningu sluchu u novorozenců. Tento záměr byl již v minulosti komisí podpořen. MZ zajistí informaci o stavu řešení tohoto návrhu a doporučení dalšího postupu.

6. Kochleární implantáty – návrh metodiky (prof. MUDr. Kabelka, DrSc.)

Členové komise byli seznámeni s návrhem metodického postupu pro vyšetřování dětí před kochleární implantací. Komise vzala tento návrh na vědomí a vyjádřila podporu tomuto návrhu s tím, že návrh metodiky bude aktualizován a doložen podpůrnými stanovisky příslušných odborných společností.

7. Různé

• Děti a solária

Komise k dané problematice podporuje stanovisko odborníků z oboru dětské dermatologie a doporučuje odkaz na příslušné prohlášení.

• Financování Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého (ZOP):

Komise byla informována o opakovaných problémech spojených s finančním zajištěním vydání ZOP. Dopisem ČPS ČLS JEP byla o této problematice informována paní ministryně (viz. příloha), dosud bez odpovědi. Komise považuje dosavadní řešení za nestandardní a finanční zajištění vydávání ZOP za nezbytné.

• Kongres „lásky a pevné objetí“

Kongres je pořádán psychologickou společností ve dnech 14.-17.10.2009 v Praze, www.prekop-kongress9.cz

• Mezinárodní seminář „Prevence dětských úrazů – Prevence násilí na dětech – Podpora mentálního zdraví dětí“

V rámci předsednictví ČR v EU se v Praze ve dnech 4.-5.6.2009 konal Mezinárodní seminář, na kterém byla odsouhlasena společná deklarace.

Zapsala: MUDr. Truellová

Praktičtí lékaři pro děti a dorost, mohou získat zajímavý finanční bonus

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (dále jen „ZP MV ČR“) přichází se zajímavou nabídkou pro její pojištěnce a pro smluvní praktické lékaře pro děti a dorost (dále jen „PLDD“).

Od září tohoto roku nabízí svým pojištěncům program elektronické KARTY ŽIVOTA. Jde o další etapu projektu Systém integrované zdravotní péče (dále jen „SIP“), který už mnozí PLDD znají od loňského roku.

V současné fázi aktivně vstupuje do programu i pojištěnec ZP MV ČR příj. jeho zákonný zástupce, který o program projeví zájem. Při vyplňování Karty života spolupracuje zákonný zástupce s registrujícím PLDD. Na Kartě života jsou vyplněny údaje o zdravotním stavu pojištěnce např. užívané léky, chronická onemocnění, alergie, závažné prodělané operace.

Tento produkt nemá ambici, ani schopnost, nahradit zdravotnickou dokumentaci vedenou lékařem. Jde skutečně jen o souhrn základních, jakkoli v některých situacích velmi důležitých, informací o zdravotním stavu pacienta.

Pouze pro lékaře bude nadále fungovat to, co dnes v SIP již funguje, totiž upozornění lékaře na možnou lékovou interakci.

Karta života ušetří náklady, přinese vyšší příjmy

Jde o prvek, který směřuje ke zkvalitnění zdravotní péče, současně šetří náklady a klade důraz na prevenci. Navíc zákonní zástupci dostávají do rukou nástroj aktivní péče o zdraví svých dětí.

PLDD, který bude v projektu s pacientem spolupracovat, skutečně získá od ZP MV ČR finanční bonus.

Za kontrolu pojištěncem vyplněných údajů na Kartě života, jejich korekci a odsouhlasení, odbornou pomoc při jejím vyplnění, případně vyplnění všech údajů na Kartě života v období 1. 9. 2009–31. 12. 2009, obdrží lékař měsíční bonus 15 Kč.

Za kartu, vyplněnou v září získá celkem 60 Kč (4 měsíce po 15 Kč), za kartu vyplněnou v říjnu 45 Kč (3 měsíce po 15 Kč) atd. až do konce roku 2009. Toto bonifikační schéma má za cíl motivovat včasné vyplnění karet. Je zároveň předmětem zvláštního smluvního dodatku mezi ZP MV ČR, praktickými lékaři a PLDD, který je rozepisován od začátku září 2009.

Vím, že je to pravda!



Mgr. Petr Šiška



Karta, která vám zachrání život

www.zpmvcr.cz, infolinka 844 121 121

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA VNITRA ČR 211
Zdraví jako vášně!



Kongres Europaediatrics – Moskva 2009



East and West, North and South,
balanced paediatric care in Europe

MUDr. Zdenka Adamová

Brno

Kongres Europaediatrics po loňském Istanbulu přesídlil tento rok do Moskvy. Konal se ve dnech 3. až 6. července v prostorách Světového obchodního centra v hlavním městě Ruska. Organizátorem a předsedou kongresu byl prof. A. Baranov z Ruska. Předsedou vědeckého výboru byl prof. Ehrich z Německa.

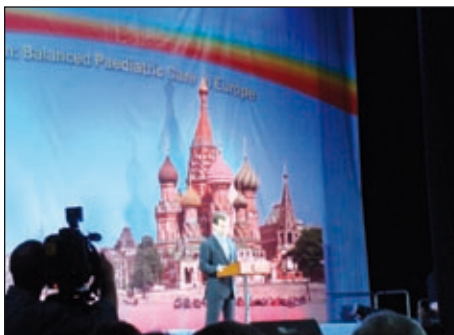
Slavnostní zahájení Kongresu se konalo v rozsáhlých prostorách bývalé carské konírny, známé Manéže, nedaleko Kremle. Byla to velmi rozsáhlá hezká i poučná kulturní akce. Na jejím úvodu přivítal účastníky Kongresu (bylo jich na tři tisíce) sám prezident Ruské federace Medveděv. I další projevy ruské ministryně zdravotnictví a hejtmána Moskvy svědčily o tom, jak si představitelé Ruska váží toho, že akce tohoto odborného významu a rozsahu se poprvé koná v jejich zemi.

Motto Kongresu „East and West, North and South: Ballanced paediatric care in Europe“ nás provázelo ve všech kongresových prostorách. Kongresovým jazykem byla samozřejmě angličtina, ale přednášky byly simultánně tlumočeny do ruštiny. Jak si stěžovali účastníci, pocházející z těch částí světa, kde je ve škole nenaučili rusky, nikdo jim v Moskvě nerozuměl, ať se snažili mluvit jakýmkoliv světovým jazykem. Ani mladí lidé v Moskvě kupodivu neumí moc anglicky. My – účastníci z bývalých zemí Varšavské smlouvy – jsme konečně byli ve výhodě. Zvládli jsme komunikaci v ruštině.

Co se týče odborného programu, byl přínosný i pro nás, praktické dětské lékaře. Dovolte mi pár postřehů, které mi připadají zajímavé.

Docent Arslanoglu z Milána koordinoval studii, která prokázala prebiotický efekt směsi galakto- a fruktooligosacharidů, přidaných do formule nekojených dětí od 14 dnů věku. Oproti kontrolní skupině s placebem mají tyto děti po dvou letech signifikantně nižší výskyt alergií včetně ekzému a rekurentního hvízdání, ale také signifikantně nižší výskyt infekcí horních dýchacích cest. Bakteriální osídlení střeva nekojených dětí s oligosacharidy ve formuli je podobné jako u kojených dětí.

V. Baltag, představitel WHO, hovořil o sexuálně přenášitelných nemocech u mladistvých.



Největší epidemie se týká AIDS. V zemích východní Evropy je 27% nově diagnostikovaných HIV infekcí ve věku 17 až 24 let.

Profesor Branski z Izraele přednášel o infekci *Helicobacter pylori* v dětství. Více než 50% světové populace je kolonizováno *H. pylori*, s prevalencí 10-15% ve vyspělých zemích a 80% v rozvojových zemích. Incidence ve věkové skupině 2-8 let je ve vyspělých zemích 0,5% ročně, v rozvojových zemích 3-10%/rok. Rizikovými faktory pro infekci u dětí jsou: matka s infekcí *H.p.*, jiný člen rodiny infikovaný *H.p.*, pozdní odstavení dítěte, nižší socioekonomická třída. Klinicky se infekce *H. pylori* může manifestovat jako peptický vřed, dyspepsie a opakovaná bolest břicha. Příznak opakované břišní bolesti však eradikace *H.p.* nezlepší. Opakovaná bolest břicha u dětí není indikací k jejich vyšetření na *H.p.* infekci. Je-li přítomna anémie z nedostatku železa, která odpovídá na suplementaci železem a je-li zároveň vyloučena diagnóza celiakie a zánětlivého onemocnění střeva, pak po infekci *H.p.* pátráme. Neinvazivní je průkaz antigenu *H.p.* ve stolici, dechový test na 13-c ureu. Invazivní

metodou je biopsie. Je-li nález pozitivní, je potřeba eradikační léčba. Eradikace *H.p.* je ale obtížná pro bakteriální rezistenci, reinfekci a vzhledem ke špatné compliance a dalším, ne moc známým faktorům.

Profesor Janda z Prahy – Motola prezentoval práci Krevní tlak a hypertenze u dětí a dospívajících. Rizikovými faktory pro hypertenzi jsou: nekojení, obezita, vyšší příjem soli v dětství, pravidelné pití kofeinových nápojů, kalorická fast-food s vysokým obsahem sodíku, expozice olovu (barvy, benzín...). Protektivní efekt mají podle některých studií omega 3 mastné kyseliny, s výhodou je přidávat je do kojeneckých formulí. Měření krevního tlaku by se mělo stát zásadní součástí preventivních vyšetření v první linii. Dosud není měření krevního tlaku v ordinacích dětských lékařů rutinou, a to ani když je známa rodinná dispozice k hypertenzi. V ordinacích dětských praktiků často chybí percentilové normogramy krevního tlaku. Přitom hodnota mezi 90. a 95. percentilem může ohlašovat hypertenzi v dospělosti. Při vysokém krevním tlaku se už od dětství snižuje arteriální elasticita, dochází ke ztlustění stěny karotických arterií a asi ve 40% případů hypertrofuje levá srdeční komora. Hypertenzi je třeba diagnostikovat a léčit co nejdříve, aby nedošlo k uvedeným změnám kardiovaskulárního aparátu. Americká kardiologická asociace doporučuje měřit preventivně krevní tlak jedenkrát ročně u dětí nad 3 roky věku.

Přednáška profesora Beetze z Německa se týkala močových infekcí u dětí. Více než 1% chlapců a 3% děvčat prodělá infekci močového traktu. Nespecifické symptomy, problematický odběr vzorku moči, relativně vysoká incidence nepoznaných anomálií močového traktu a zranitelnost rostoucí ledviny, jsou typické rizikové faktory v časném dětství.

Profesor Dagan z Izraele přednášel o potřebě rozšířit spektrum konjugovaných vakcín tak, aby se mohlo předcházet nejen invazivním, ale i neinvazivním onemocněním. Komunitní pneumonie je hlavní příčinou smrti dětí do 5 let. Za většinu případů jsou zodpovědní: *S. pneumoniae*, *H. influenzae* a *S. aureus*. K tomu *S. pneumoniae*, netypovatelný *H. influenzae*



a *Moraxella catarrhalis* jsou zodpovědný za většinu akutních mediotitid. AOM každoročně postihuje 75% dětí do 3 let na celém světě. Ačkoliv AOM není tak závažné onemocnění co do tíže průběhu, vysoká frekvence jeho výskytu značně zatěžuje zdravotnictví. Záněty středouší jsou léčeny antibiotiky, což vede ke vzrůstající rezistenci. Neefektivnější míru kontroly těchto bakteriálních onemocnění poskytuje očkování. Po zavedení PCV7 v USA došlo k redukci pneumokokové OM, ale hlavním původcem AOM se tam postupně stal netypovatelný *H. influenzae*. Ten často

způsobuje opakovanou OM. V klinických pokusech vedla Imunizace PCV7 k signifikantnímu poklesu (34%) pneumokokové AOM, ale jen k mírnému poklesu epizod AOM z jakékoliv příčiny (7%). OM tedy zůstává významnou diagnózou i u očkované populace. I když současné vakcíny proti invazivním a neinvazivním bakteriálním infekcím respiračního traktu jsou úspěšné, nechrání proti všem hlavním bakteriálním druhům a sérotypům, podílejícím se na infekcích respiračního traktu. Například vakcína proti HiB nechrání proti netypovatelnému *H. influenzae*. Je zapotřebí vakcín proti

meningokoku A a meningokoku B, zejména v subsaharské Africe. Současná, v řadě zemí světa plošně používaná heptavalentní pneumokoková vakcína, postrádá aktivitu proti klinicky důležitým sérotypům 1,5,7F a 19A, které jsou spojeny s onemocněními respiračního traktu u malých dětí, například s komunitní pneumonií. Vzhledem k polymikrobiální povaze bakteriálních infekcí dýchacího traktu je zapotřebí efektivních rozšířených vakcín, abychom dále zredukovali všeobecnou zátěž respiračními nemocemi dětí. ■

Omlouvání žáků a studentů v ordinaci PLDD

Mgr. Jakub Uher

advokát

Stále se objevují situace, kdy škola vyžaduje potvrzení – omluvenku vystavenou lékařem, případně u studentů vystavení potvrzení o pracovní neschopnosti apod.

V první řadě je nutno si uvědomit, že platný zákon č.541/2004 Sb., školský zákon, ukládá povinnost omlouvat nepřítomnost žáků zákonným zástupcům, případně žákům či studentům samotným (jsou-li zletilí). Pravdou je, že zákon umožňuje škole upravit blíže podmínky doložení nepřítomnosti žáka ve školním řádu.

Tedy omluvení nepřítomnosti žáka provádí zpravidla zákonný zástupce žáka – zákon mu v ustanovení § 50, odst.1, ukládá doložit tyto důvody nejpozději do tří kalendářních dnů od nepřítomnosti žáka (obdobně u zletilých studentů). Zákon dále řeší možnost uvolnění žáka z některých předmětů (opět na žádost zákonného zástupce), přičemž pro uvolnění z předmětu tělesná výchova podmiňuje tuto možnost lékařským vyjádřením.

V praxi docházelo, a nyní zřejmě opět dochází, k situaci, že škola vyžaduje potvrzení vystavené lékařem. Přitom ovšem zákon neukládá lékaři (zdravotnickému zařízení) takovéto potvrzení vyhotovit. Je třeba si uvědomit, že školní řád nemůže ukládat žádné povinnosti třetím osobám – tedy například lékaři.

Doporučuji postupovat v intencích dosud zavedené praxe – ta vycházela z dohody SPL DD ČR a Ministerstvem školství a promítla se i metodickém pokynu č. Čj.:10 194/2002-14, který dával vodítko školám, jak mají při omlouvání postupovat. Dovolím si uvést citaci části tohoto metodického pokynu :

■ **Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví**
Čl. II. Způsob omlouvání nepřítomnosti,

řešení neomluvené nepřítomnosti a postup zúčastněných subjektů

(1) Nepřítomnost nezletilého žáka základní a střední školy ve škole omlouvá v souladu s platnými právními předpisy zákonný zástupce žáka (popřípadě vychovatel domova mládeže, pokud jde o nezletilého žáka střední školy ubytovaného v domově mládeže), zletilý žák omlouvá svou nepřítomnost sám.

(2) Základní a střední školy může požadovat, pokud to považuje za nezbytné, doložení nepřítomnosti žáka z důvodu nemoci ošetřujícím lékařem žáka, resp. praktickým lékařem pro děti a dorost a to pouze jako součást omluvenky vystavené zákonným zástupcem nezletilého žáka (popřípadě vychovatelem domova mládeže, pokud jde o nezletilého žáka střední školy ubytovaného v domově mládeže) nebo omluvenky vystavené zletilým žákem, a to pouze v případě, že nepřítomnost žáka ve škole přesáhne tři dny školního vyučování.

(3) Na dobu nepřítomnosti žáka ve škole, která předchází návštěvě lékaře žáka u ošetřujícího lékaře, resp. praktického lékaře pro děti a dorost, není tento lékař oprávněn vydat potvrzení o nemoci, neboť nelze jednoznačně a zodpovědně posoudit zdravotní stav žáka.

(4) Ve zcela výjimečných, individuálně stanovených případech (především v případě časté nepřítomnosti žáka nasvědčující zanedbávání školní docházky) může škola požadovat jako součást omluvenky potvrzení ošetřujícího lékaře, resp. praktického lékaře pro děti a dorost, o nemoci žáka i v případě nepřítomnosti, která nedosahuje délky uvedené v odstavci 2.

Jednalo se v podstatě o určitý kompromis mezi zástupci praktických lékařů pro děti a dorost a Ministerstvem školství, který spočíval v tom, že bylo akceptováno, že existují výjimečné odůvodněné případy, kdy lze chápat, že škola vyžaduje od zákonného zástupce i doložení

vyjádřením lékaře. Tedy mé doporučení je stále totožné – ačkoli **nebylo a není povinností ošetřujících lékařů vystavovat potvrzení o vyšetření, ošetření, či o onemocnění žáka (studenta), toto v odůvodněných případech vystavit na žádost zákonného zástupce a předat k jeho rukám.**

Objevují se otázky, zda je možné věc pojmout tak, že zdravotnické zařízení (ač není povinno) případné potvrzení či posudek vystaví, ovšem za přímou úhradu pacientem. V tomto případě se podle mne jedná o péči nehrazenou z veřejného zdravotního pojištění ve smyslu ustanovení §15, odst.10, zák.č.48/1997 Sb., který uvádí, že ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce.

Lze tedy konstatovat, že lékař je samozřejmě povinen provést potřebná vyšetření a další úkony, včetně posouzení způsobilosti k určité činnosti (tedy v daném případě, zda je bez problémů absolvovat školní docházku, nebo zda je na místě klidový režim v domácím prostředí), ovšem za administrativní činnost – tedy vyhotovení potvrzení či posudku na žádost fyzické osoby – požadovat přímou úhradu lze.

I nadále platí, že škola nemá právo a lékař není oprávněn poskytovat informace o zdravotním stavu přímo od lékaře – zde by šlo o porušení povinnosti povinné mlčenlivosti ze strany lékaře. Informace doporučuji poskytnout přímo zákonnému zástupci, škole případně pouze s jeho výslovným souhlasem. ■

V příloze je možný vzor Formuláře potvrzení (omluvenky) za úhradu.



Nový model distribuce očkovacích látek

Nový model distribuce očkovacích látek stále nedoznal takových změn, které by vedly ke zklidnění situace a naplnění jedné z našich základních činností, kterou je zajištění pravidelného očkování, které nám ukládá platná legislativa. Někdo již má sice očkovacích látek dostatek, jiný nikoliv. Právě nerovnoměrnost distribuce je v současnosti asi největším problémem. Jak se ale vyvíjela jednání k této problematice, to je obsahem dalších řádek.

■ Záznam z jednání SPLDD ČR na MZ ČR



ZÁZNAM

ze společného jednání zástupců Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, konsorcia distribučních firem Phoenix-Avenier a zástupců Ministerstva zdravotnictví ČR, které se uskutečnilo za účelem hledání řešení nedostatku v současnosti zaváděného nového systému distribuce vakcín.

Místo jednání: budova Ministerstva zdravotnictví 3. patro místnost 419 b

Termín a čas jednání: 16. září 2009 v 15:30 hod.

Přítomni: MUDr. Pavel Neugebauer, MUDr. Milan Kudyn, MUDr. Ilona Hülleová, (všichni Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR); JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M. (advokát, právník-analytik pro oblast zdravotnické legislativy); Ing. Petr Foukal, Ing. Miroslav Lekeš (oba Avenier, a. s.); Ing. Petr Hudec (PHOENIX LV, a. s.), MUDr. Michael Vít, Ph.D., MUDr. Viera Šedivá, Mgr. David Kotris, Mgr. Vilém Štekl, Mgr. Eva Gottvaldová (všichni Ministerstvo zdravotnictví ČR)

Jednání, které bylo svoláno ze strany Ministerstva zdravotnictví (dále jen „MZ“) na podnět Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (dále jen „SPLDD“), zahájil Dr. Vít. Hlavním cílem jednání bylo nalézt řešení k tomu, aby nově nastavovaný a zaváděný systém distribuce vakcín pro očkovací látky (dále jen „OL“) pro pravidelné, zvláštní a mimořádné očkování do budoucna plně fungoval.

Ze strany SPLDD byl na jednání předložen diskusní materiál popisující jimi vnímané nejpalčivější problémy, ke kterým během zavádění nového způsobu distribuce vakcín dochází.

Ing. Lekeš vyjádřil uspokojení se svoláním schůzky a poukázal na dosavadní nízkou míru vzájemné komunikace.

Ing. Foukal dále doplnil poznámkou, že neměli dostatek času k prostudování ze strany SPLDD předloženého materiálu avšak předpokládá, že řada z uvedených otázek bude odpovězena prostřednictvím prezentace, kterou si pro toto jednání připravili.





MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

V rámci zmiňované prezentace Ing. Foukal v bodě popisujícím časové milníky distribuce poukázal na skutečnost, že prodlení dodávek bylo pouze 10 dní, nikoli prezentovaný jeden a půl měsíc, dále zdůraznil, že vše bylo de facto způsobeno nedostatkem komunikace s lékaři. V rámci redistribuce vakcín poukázal na možnost distribučního konsorcia, která byla limitována nedostatkem vakcín pro distribuci, které byly t.č. k dispozici na krajských hygienických stanicích (dále jen „KHS“). Zdůraznil, že by bylo nanejvýš vhodné hodnotit stav funkčnosti zaváděného systému až po 2. září 2009, neboť až od tohoto data probíhá distribuce plného spektra OL na II. pololetí r. 2009.

V otázce registrace lékařů se jako problémová jeví dostupnost zelené linky, Ing. Foukal zdůraznil, že ke dni 15. 9. 2009 bylo registrováno 89 % pediatriů a 78 % praktických lékařů (pozn.: pozdější nástup do systému registrací). Zdůraznil, že objednávky jsou ze strany Avenier řešeny jak telefonicky tak prostřednictvím internetových stránek. Informoval, že již 90 % z registrovaných pediatriů svou objednávku zaslalo a 78 % ji již obdrželo.

Ing. Foukal se ve své prezentaci dále zabýval kritickými faktory, které doposud zavádění systému distribuce ovlivňovaly, zdůraznil, že v časové distribuci registrací ze strany pediatriů lze pozorovat prodlení a nástup zájmu až od 35. týdne s nástupem saturace v týdnu 38. Dále zdůraznil, že registrace lékařů je poměrně časově náročná procedura (pozn.: cca 15 minut), což je ze strany lékařů mnohdy podceňováno. Dále zdůraznil, že systém je nastaven na dodávky vakcín 2 x do měsíce v případě pediatriů (tj. dimenzace systému na 350 objednávek a expedicí denně) a 1 x za šest týdnů v případě praktiků. Poukázal také na nevyhovující nastavení distribučních cest, které se projevilo zejména v současnosti, kdy se snaží pokrýt zvýšené požadavky ze strany lékařů (dočasné výpadky - vyprodání - Tetavax, vyčerpání expirace - Alteana), rozbíjí více (více vývozu než objednávek). Zdůraznil, že je třeba počkat na běžný provoz distribučního systému, poznamenal, že např. v případě Tetavaxu došlo k trojnásobnému posílení distribuce.

Upozornil, že také provádí monitoring spokojenosti lékařů se zaváděným systémem, a to sběrem dat při závozu. Z dosavadních rešerší získaných údajů vyplývá, že v 80 % jsou lékaři spokojeni, 14 % zastává indiferentní postoj a 6 % lékařů vyjádřilo své negativní postoje.

Jako nejčastější důvod nespokojenosti se systémem je uváděna vytíženost Zelené linky a její přetížení. Avenier reagoval zavedením fce Call-back a bude ještě zaveden i systém Call-back přes sms. Ing. Foukal zdůraznil, že se jedná o problém dočasný, který bude eliminován ukončením registrací ze strany lékařů.



Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 1
tel./fax: +420 224 971 111, e-mail: khh@mzcr.cz, www.mzcr.cz

2/9



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Ing. Foukal poukázal, že jako konfliktní se dále jeví poskytování osobních údajů – sběr čísel občanských průkazů a jejich kontrola při přebírání OL ze strany lékařů/ordinací. Distribuční firma je povinna předat OL osobě pověřené a jako nejméně intervenční forma průkazu této osoby se jevila právě možnost identifikace pomocí čísla občanského průkazu. Důvodem k tomuto je zejména snaha o vyhovění požadavkům zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, v platném znění a následným kontrolám ze strany SÚKL.

Dále Ing. Foukal zdůraznil, že v případě nekompletních dodávek, objednávka zůstává v systému a probíhá následný automatický závoz v nejbližším možném termínu. Ing. Foukal poukázal, že dlouhé dodací lhůty pro lékaře jsou způsobeny také výše zmiňovaným nevhodným nastavením závozných tras (časová nemožnost stihnout ordinanční hodiny lékaře). Ing. Foukal nakonec své prezentace zdůraznil, že do budoucna vidí jediný problém pro fungování systému v dostatku OL.

Dr. Neugebauer poděkoval za přednesenou prezentaci a poukázal, že řadě zmiňovaných problémů by šlo předejít dostatečným poskytnutím informací. Poukázal dále na skutečnost, která v prezentaci Avenier nebyla vůbec zdůrazněna, a to na povinnost lékařů dodržet očkovací schémata a následně požádal o společné probrání materiálu připraveného SPLDD pro toto jednání.

Dr. Vít poukázal na skutečnost, že MZ se ocitlo v nezáviděníhodné situaci, kdy ze státního rozpočtu neobdrželo finanční prostředky na úhradu OL, a na problémy s projednávanou legislativou, která vakcinaci dětí upravuje. Dále upozornil na objektivně vzniklé problémy při následném vypsání výběrového řízení a zpoždění dodávek.

Zástupci SPLDD vznesli požadavek na ujasnění jak bude zajištěno, že pediatr skutečně dostane OL, které potřebuje pro své pacienty. Poukazují na možné výhrady ze strany rodičů.

Zástupci Avenier zdůraznili, že OL fakticky rozváží v cyklech do 13 distribučních skladů, kde je skladováno celé spektrum OL, přičemž toto spektrum je konzultováno s MZ. Pokud je látka na skladě, vše záleží na daném lékaři a jeho objednavce jejíž přijetí je, v případě internetové objednávky, ihned potvrzeno formou automatické odpovědi. Lékař dostane OL v přiděleném dovozovém termínu.

Zástupce Phoenix dále poukázal na velkou nepravděpodobnost neprovedení objednávky, zdůraznil, že již v září t.r. objednávali OL na I. čtvrtletí r. 2010, je zahrnuta 10-20 % rezerva.



Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 1
tel./fax: +420 224 971 111, e-mail: khjh@mzcr.cz, www.mzcr.cz

3/9



SPLDD poukázali na mechanismus objednávání a na výpadky v OL, které de facto trvají již dva roky a nyní s přechodem na nový systém distribuce se ještě zdůrazňují jednak tím, že došly zásoby na KHS a jednak i strachem pediatriů OL objednávat – ještě ani nezačali objednávat na IV. čtvrtletí t.r.

Avenier doplnil, že např. na Priorix se čeká 6 měsíců na jeho dodání výrobcem a že dělají, co mohou. Pro objednávání používají interpolaci dat a např. hexavakcina je již na skladech, i když lékaři ještě nedali své požadavky.

Dr. Dostál poukázal na skutečnost, že při jakémkoli způsobu distribuce mohou nastat komplikace, lékaři za ně nechtějí nést odpovědnost. Důvodem tomu je skutečnost, že není znám (právní) mechanismus na jehož základě je nový systém distribuce OL nastaven; poukázal na možnou neplatnost systému. Poukázal na uzavírání soukromoprávních smluv ze strany lékařů se subjektem, který není vymezen zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Lékařům tak byly vymezeny nové povinnosti, které nemají oporu v legislativě (neprovedena změna legislativy). Poukazuje, že MZ může odpovědnost přenést pouze na KHS, nikoli na lékaře.

Avenier poukázal na skutečnost, že se pouze jedná o jakési posunutí systému a odpovědnost zůstává těm subjektům, které ji měly i v rámci předchozího systému distribuce.

SPLDD opakovaně poukázali, že dříve komunikovali s KHS, která vyřizovala veškeré sounáležitosti (redistribuce apod.) a nyní musí navíc podepisovat obchodní podmínky (pozn.: internetový systém je jinak „nepustí dál“).

Avenier prověří, lékaři by neměli nic podepisovat.

SPLDD poukázali na skutečnost, že se jen snaží předejít problémům do budoucna. požadují ať MZ a distribuční konsorcium výše uvedené vyřeší, zatím nehodlají podávat žalobu.

SPLDD dále pokračovali představením svého diskusního dokumentu. Jako první poukázali na problémovou vzájemnou komunikaci – nedostatečnost zelené linky.

Avenier v této souvislosti poukázal na neexistenci univerzálního komunikačního kanálu ve směru k lékařům, což tuto otázku velmi komplikuje.

SPLDD zdůrazňuje, že konfliktním se dále zůstává poskytování osobních údajů toto vyřešit například možností namluvit vzkaz na záznamník, vytvoření možnosti přijmout objednávku přes záznamník, existuje zde podle nich celá řada možností řešení, která postrádají. Poukazují na nefunkčnost emailů a internetových stránek





www.distribucevakcin.cz, kdy stránky ani nebylo možno, a to opakovaně, spustit. Poukazují také na to, že neobdrželi odpovědi na své emailové dotazy, které zasílali do příslušné emailové schránky.

Avenier reagoval požadavkem na seznamování jejich společnosti se skutečnými nefunkčností těchto funkcí, s uvedeným byli seznámeni až nyní na jednání. Poukázali, že ze strany lékařů je možnost uvést termíny, a to jak pro zavolání ze strany Avenier, tak pro závoz. Jako výhodu zdůrazňují uvedení ordinačních hodin lékaře (např. již při registraci, tyto se snaží získat i sami např. pomocí internetu). Slibují, že dokud se danému lékaři nedovolají, budou volat.

SPLDD vstoupili technickým dotazem na MZ, zda má představu kolik dotazů ze strany lékařů došlo na MZ určený kontaktní bod (pí. Hana Štěpánková, OVZ/Epi). Mz nemělo u sebe aktuální údaje, avšak Avenier doplnil, že doposud obdrželi 20 dotazů, vždy s uvedeným termínem vyřízení, poukázali i na skutečnost, že s lékaři komunikují pomocí elektronické pošty i osobně.

SPLDD ve druhém bodě jejich materiálu zmiňují nutnost uvádění čísla občanského průkazu při přebírání OL. Tuto skutečnost vnímají jako velmi citlivou.

Avenier reaguje požadavky zákona č. 378/2007 o léčivech a povinnostmi distributora, které jsou mu tímto zákonem vymezeny (§ 77 odst. 3) a povinnostmi vymezenými zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně dalších zákonů. Poukázali na skutečnost, že musí identifikovat přebírajícího a že zaměstnanci nemají IČO.

SPLDD poukázali na konkrétní negativní zkušenosti při přebírání OL, některé součástí podkladového materiálu, který mají účastníci jednání v listinné podobě k dispozici.

Dr. Dostál zdůraznil, že i číslo občanského průkazu je údajem podle zákona č. 100/2000 Sb., který je možno poskytovat pouze na základě zákona či souhlasu poskytovatele, přičemž v tomto případě nedochází ke splnění ani jedné z těchto podmínek – chybí zákonné zmocnění.

SPLDD se dále dotazovali, zda konsorcium může vůbec vést databázi lékařů, mají možnost vést databázi zákazníků, ale lékaři nejsou zákazníci, plní závazek státu. Poukazují na možnost odmítnutí ze strany lékařů. Jako možnost navrhuje spolupráci přes KHS a komunikaci MZ přímo s KHS. Dále poukazují a problém vůči zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, kdy lékaři mohou očkovat pouze registrované osoby, tedy jen své





MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

pacienty. Tyto informace však mají k dispozici pouze pojišťovny, jako nejspokladnější se jim tedy jeví vedení databáze na MZ, které má jako jediné přístup ke všem údajům.

SPLDD dále poukázali na problém s neúplnými dodávkami, vakcíny jsou až do aplikace majetkem státu, jak MZ zjistí skutečný počet dodaných a použitých vakcín.

Avenier má k dispozici online systém, kde registrují počty jak objednaných, tak dodaných vakcín, neví pouze kolik lékař již proočkoval. Probíhá aktivní spolupráce jak s MZ, tak s farmaceutickými firmami a SÚKL, ví tedy kolik vakcín není zavezeno, kolik jich je „na cestě“ od firem. Poznávají, že jejich vlastní databáze lékařů, kterou získali z veřejně dostupných zdrojů byla kompletnější než databáze poskytnutá ze strany MZ.

SPLDD poukázali na to, že nedostávají potvrzení objednávek, poukazují na problémy s dodacími listy, ve kterých není vymezen počet objednaných a skutečně zavezených OL, což dokladují přinesenými příklady dodacích listů. Opětovně poukazují na problémy v komunikaci, často způsobenou i naprostou neorientovaností pracovníků Avenier v problematice OL (pozn.: vzájemně zaměňují i názvy jednotlivých vakcín apod.).

Avenier přislíbil nápravu.

SPLDD dále poukazují na to, že dosavadní systém byl nastaven na počet dávek (komunikace s KHS), nikoli balení. Poukazují na chybějící definice základních pojmů pro vzájemnou komunikaci a funkčnost vlastního systému (pozn.: shoda účastníků).

Avenier přislíbil nastavení systému komunikace opět na počet dávek.

SPLDD se dále dotazuje, kdo bude mít kontrolní činnost, dříve KHS.

MZ poukázalo, že kontrolní činnost v oblasti proočkovovanosti i nadále zůstává v kompetenci KHS.

Phoenix poukázal na skutečnost, že podle zákona o cenách musí vykazovat balení; poukázal na nutnost nalezení společného jmenovatele.

Dr. Vít vyjádřil nutnost vytvořit jakési standardní operační postupy, první verzi vytvoří Avenier a dá k dispozici MZ respektive následně i SPLDD k připomínkám.

SPLDD předpokládá, že tento návrh bude přílohou zápisu.

SPLDD dále upozorňuje, že je třeba dořešit systém redistribucí, je třeba dořešit problém s „předzásobováním“ vakcínami, co se bude dělat s nadbytkem, který může vzniknout, do aplikace je vakcína majetkem MZ, co s tím MZ bude dělat?

Avenier poukazuje na skutečnost, že je povinen nadbytečné látky odebrat, na straně druhé poukazuje i na odpovědnost lékařů při tvorbě objednávek OL.



Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 1
tel./fax: +420 224 971 111, e-mail: khh@mzcr.cz, www.mzcr.cz

6/9



SPLDD navrhuje do formuláře k objednávkám uvést i kolonku pro nabídku ze zásob léků, či vést systém objednávek prostřednictvím KHS. Jako jednoduchý nástroj pro odhad objednávek vidí statistické a demografické údaje (ČSÚ), za nejefektivnější vidí tento odhad udělat na úrovni státu, tedy nejlépe přes MZ, výhoda i pro pozdější redistribuce. Jako pevný bod vidí počet nových rodných čísel – údaj, který lze získat na krajských úřadech.

MZ potvrzuje, že statistické a demografické údaje jsou a vždy byly standardně používány.

Avenier odpovídá, že nebude po lékářích požadovat žádné predikce předpokládaných počtů OL, systém je nárazníkový, s určitými pohyby v počtech potřebných OL je tedy pracováno.

MZ a Avenier souhlasně doplňují, že bude náležitě upravena smlouva (formou dodatku) tak, aby jednou za čtvrt roku byla objednávka dávana ze strany MZ.

Avenier se dále vrací k potřebné identifikaci a její formě, toto vidí jako společný úkol pro MZ a Avenier nalezení identifikátoru oprávněné osoby.

SPLDD navrhuje přidělení jakéhosi identifikačního čísla („PIN“).

Avenier požádal o kontakt na Dr. Dostála a aktivní spolupráci.

SPLDD upozorňuje, že mnoho z lékařů poukazuje na skutečnost, že Avenier provozuje zároveň i očkovací centra, poukazují na skutečnost možných nepřehledných dodávek a distribuce OL a na konkrétní případy, kdy tato centra provádí i povinné očkování (možný střet zájmů). Poukazují v tomto bodě i na vyjádření ministryně zdravotnictví v PSP ČR.

Avenier poukazuje na nutnost rozlišování povinného a komerčního očkování. Poukazuje, že technicky není možné tyto dvě aktivity spojovat, dále poukazují, že jsou dostatečně velká a seriózní společnost, dokonce zmiňují možnost změny smlouvy s MZ (dodatek), ve které by byly blíže specifikovány sankce.

Avenier uvádí, že každý nově zaváděný systém je třeba usadit, obecné zkušenosti se zaváděním nových systémů poukazují, že se zpočátku vyskytuje cca 10 % ryze negativních reakcí („značně nespokojen“), přičemž tento počet by později měl klesnout na 3 %, nyní je toto číslo v tomto konkrétním případě na 8 %.

SPLDD položilo konkrétní dotaz, zda je dostatek OL.

Avenier potvrzuje, že není; MZ prověří.





SPLDD dále vznáší dotaz na OL proti sezónní chřipce; upozorňuje, že potřeba dodávek vzniká pro 1300 zařízení a při současné existenci potřeby jistého časového intervalu, poukazují na hrozbu velké časové prodlevy.

MZ odpovídá, že nyní končí příprava smlouvy, podpis bude možný v nadcházejících dnech. *(Pozn. v době distribuce zápisu z jednání je již smlouva podepsána.)*

SPLDD dále pokazuje na skutečnost, že je třeba dostatečně informovat, kterých OL je nedostatek, a to důvodů plánování očkovacích schémat.

Avenier v tomto nevidí problém, například navrhuje možnost informace pomocí „prokliku“ u názvů jednotlivých OL v systému.

SPLDD poukazuje na skutečnost, že ne všichni lékaři mají přístup na internetové stránky, vidí možnost v distribuci letáků. Je třeba i rozlišovat lokální a centrální nedostatek OL.

Phoenix vidí spíše možnost v uvedení této informace na dodacím listu.

Avenier uvádí, že lokální nedostatek OL de facto není problémem. Je třeba vymyslet systém informovanosti lékařů, opět poukazují na výše uvedenou neexistenci jednotného komunikačního bodu s lékaři.

SPLDD vidí v tomto jednání zahájení jednání za dosažením lepší vzájemné komunikace; předpokládají, že v termínu cca 4 až 6 týdnů (tj. cca konec října) by se mohlo uskutečnit za tímto účelem další vzájemné pracovní setkání.

Obecná podpora tohoto návrhu.

Phoenix poukazuje na termíny svolávání schůzek ze strany MZ, požaduje nejméně tři dny předem zaslat materiály a téma pro jednání, přičemž samotné jednání by bylo vhodné svolávat, alespoň týden před předpokládaným termínem jednání.

SPLDD poděkovali za reflexi jejich požadavku na uskutečnění tohoto jednání s tím, že počítají, že se dále budou hledat možná řešení tak, aby systém, co nejlépe fungoval.

Vyplývající stěžejní úkoly:

- Konflikt v poskytování osobních údajů – nalezení indetifikátoru odpovědné osoby – vzájemná spolupráce.
- Tvorba standardních operačních postupů pro objednávání a distribuci OL - první verzi vytvoří Avenier a dá k dispozici MZ; SPLDD obdrží jako přílohu zápisu.





MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

- Tvorba systému informovanosti lékařů a komunikace s nimi - Avenier ve spolupráci s SPLDD.
- Úprava smlouvy mezi MZ a distribučním konsorciem v oblasti objednávek tak, aby tyto byly činěny čtvrtletně ze strany MZ.
- Svolať další vzájemné pracovní setkání jednání za cca 4 až 6 týdnů (tj. cca konec října) - MZ.
- MZ prověří stav zásobení, včetně výhledu dodávek
- MZ vypracuje stanovisko k stanovit redistribuci OL:

Zapsali: Mgr. Eva Gottvaldová, MUDr. Michael Vít, Ph.D.

V Praze dne 24. 9. 2009

Schválil: MUDr. Michael Vít, Ph.D.

■ Reakce konsorcia Phoenix-Avenier

V souvislosti se změnami v procesech v systému distribuce OL na straně konsorcia Phoenix-Avenier bychom Vás rádi informovali o účinných neurgentnějších změnách, které vyplynou z aktuální situace a našeho společného jednání na MZČR dne 16.09.

1. Dostupnost „Zelené linky“

Dle dohody, již s platností od 21.09. byla zavedena funkce SMS Call-back. Této možnosti využívalo v minulém týdnu ca. 50 lékařů denně a naše oddělení péče o zákazníky vyřizovala tyto požadavky na zpětné zavolání ještě tentýž den.

V kombinaci s poklesem přístupů na naši „Zelenou linku“ v souvislosti s odeznívajícím náporům způsobeným zmiňovanými faktory (viz. Naše schůzka) by již stávající stav dostupnosti oddělení péče pro zákazníky měl být v normálu.

2. Text „Souhlasu s obchodními podmínkami“ při registraci lékaře prostřednictvím webového rozhraní

Text „Souhlasu s obchodními podmínkami“ při registraci lékaře prostřednictvím webového

rozhraní bude v průběhu dnešní noci změněn, a to ve smyslu platnosti pouze pro účely nákupu OL pro očkování na žádost. V případě odběru OL pro účely pravidelného očkování tento souhlas bude sloužit pouze jako vyjádření souhlasu s reklamačním řádem. Věřím, že touto formulací již s konečnou platností vyloučíme veškeré pochybnosti o vzniku „smluvního vztahu“ mezi očkovacím lékařem a společností Avenier, a.s.

3. Ponechání nedodaných objednávek v systému a jejich automatický závoz v následném závozem termínu

Ve věci evidence nedodaných očkovacích látek bychom Vás rádi informovali, že došlo k úpravě v systému, a to v tom smyslu, že veškeré, byť částečně dodané objednávky, zůstávají s konečnou platností evidovány v systému a budou automaticky expedovány v nejbližším závozem termínu po naskladnění nedostupných OL.

Co se týče zobrazení stavu objednávek na dodacích listech, je tato funkcionální z důvodu její vyšší komplexnosti stále ve fázi implementace.

4. Předkládání OP při přebírání vakcín

Nejednalo se o nařízení společnosti Avenier, nýbrž o požadavek vyplývající striktně ze zákona. S ohledem na přetrvávající problémy jsme učinili opatření s platností od úterka tohoto týdne, kdy nebude již docházet k těmto nepříjemným situacím a OL budou předávány očkovacím lékařům, a to až do doby, než získáme z MZCR slíbenou právní analýzu.

5. Distribuce hexa - vakcín

Nedodání OL Infanrix HEXA bylo zcela výjimečně způsobeno dvoudenním výpadkem na daném konkrétním skladě z důvodu vyčerpání OL pro 3. čtvrtletí. OL látka Infanrix hexa je již nyní plně k dispozici ve všech regionech ČR.

Na ostatních dohodnutých změnách stále pracujeme a budeme Vás o jejich průběhu informovat. V této souvislosti oceníme jakoukoli zpětnou vazbu z Vaší strany.

Ing. Petr Foukal
General Manager Avenier, a.s.

Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer

Wyeth - Prevenar

Wyeth - Prevenar SPC

Solen



Komunikace nejen v ordinaci PLDD

MUDr. Olga Roškotová

PLDD Litoměřice

Komunikace ve zdravotnictví je důležitým nástrojem, který může jako ostrá břitva poranit nebo jako hojivý balzám utišit nebo dát naději.

Obě komunikující strany jsou v určité nevýhodě oproti běžným životním situacím. Skutečnost, že je pacient při vyšetření částečně vyslečen, má nějaké obtíže, bolesti, horečku nebo jen pochybnosti o svém zdraví, ho staví do role slabšího partnera, logicky citlivějšího a často méně schopného objektivně přijímat sdělení lékaře. Má na situaci určitý laický pohled a v dané chvíli vnímá vše jinak, než ve zdraví. Jeho nejistota ho může oslabit v přijímání jakýchkoliv sdělení.

V našem oboru komunikace mezi pacientem a lékařem probíhá většinou za účasti jeho prostředníka, zákonného zástupce. Tím může být v porovnání s ostatními obory složitější.

V samotné komunikaci mezi lékařem a dětským nebo dorostovým pacientem obvykle problém nenastává. Velmi záleží na komunikativnosti účastníků, tj. jejich vstřícnosti, ochotě a schopnosti přijímat nebo podávat sdělení.

Po přijetí pacienta do péče, zvláště po jeho narození, bývá vzájemná komunikace většinou omezena na příjemná, uchu lahodící sdělení, pokud je miminko zdravé a zdárně se vyvíjí.

Ne všechna miminka však mají to štěstí, narodit se zdravá. První sdělení o nepříznivém osudu dítěte podává matce několik hodin nebo v prvních dnech po porodu dětský lékař novorozeneckého oddělení. Díky prenatalní diagnostice se v dnešní době děti s předpokládanými odchylkami rodí v perinatologických centrech, kde bývá profesionální tým neonatologů a sester a lze předpokládat i profesionalitu komunikační.

Na menších porodnicích se však někdy na novorozeneckém oddělení dětští lékaři střídají a ne vždy je choullostivá informace o stavu nebo postižení dítěte podána mamince po porodu vhodným způsobem. Nepříznivé sdělení zasáhne na celý život a neprofesionální dvojnásob.

Kolega, kterého považuji za velmi schopného lékaře, je důsledný, dokáže medicínský věci dotáhnout do konce jako málokdo, před léty na novorozeneckém oddělení informo-

val maminku dítěte s Downovým syndromem. Pro ni velmi nepřijatelným způsobem. Dlouho nemohla tento způsob sdělení kolegovi odpustit. Ale právě to ji motivovalo k rozhodnutí: „...že mu ještě ukáže“. K dosažení svého cíle radikálně změnila způsob života celé rodiny.

Přestěhovali se ze sídliště okresního města na vesnici, kde v blízkém městečku umožnili Kubíkovi docházku do zvláštní školy. Typicky městská žena s upravenými nehty se z lodiček přezula do holínek, vybudovala malé hospodářství se zahradou a chovem domácích zvířat. Otevřela tak Kubíkovi podnětný ráj. Dlouhé hodiny vydržel pozorovat slepičky. Poznal zblízka další domácí zvířata, mohl si hrát se psem. Naplno si užívá mocné síly přírody. Matka poskytla svému dítěti maximum pro jeho vývoj, aniž by ošidila ostatní rodinu. Kubík zdárně dokončil Praktickou školu, do které ho matka denně doprovázela do 20 km vzdáleného města. Mám možnost vidět život této šťastné rodiny zblízka, jsou to naši sousedé na chalupě.

Ne vždy se vyplní prognózy vyřčené při propuštění miminka z porodnice.

Nedávno na dveře mé ordinace zaklepala maminka, jejíhož syna jsem před léty měla v péči a v jeho šesti letech se odstěhovali. S odstupem času, kdy ji pracovní jednání přivedlo zpět do Litoměřic, mi přišla s malou kytičkou v ruce povyprávět. V době svého prvního porodu byla třináctiletou studentkou vysoké školy. U jejího prvorozeného syna bylo na porodnici vysloveno podezření na některou z forem chondrodystrofie. Tehdejší paní primářka jí při vyslovení suspektní diagnózy nastínila možnou perspektivu dítěte a navrhla, že při jejím mládí by bylo vhodné umístit dítě do ústavu. O tom jsem tehdy nevěděla. Matka zvolila jinou cestu. Přestala studovat vysokou školu a plně se věnovala svému synovi. Docházela s ním do rehabilitačního stacionáře pro děti s postižením, kde jsem měla možnost jeho vývoj pravidelně sledovat v rámci svého tehdejšího pracovního nadúvazku. Nyní je Lukáš dospělý, vyrostl do výšky 184 cm, vystudoval, je zdravý a vede si v životě velmi úspěšně. Maminka vystudovala speciální pedagogiku a věnuje se dětem s odchylkami ve vývoji a Lukášova o čtyři roky mladší sestra po absolvování zdravotní

školy pokračuje v návazném vysokoškolském studiu. Maminka je ráda, že poslechla hlas svého srdce a měla navíc to štěstí, že vyslovená prognóza se nenaplnila.

Jiným případem je pětiletý Péťa. Hned po propuštění z porodnice byla zřejmá disproporce hlavy a končetin. Myslím, že v některých případech není chybou okamžitě vyslovovat nahlas podezření, i když jsem zastáncem přiměřenosti. Péťova maminka je krásná a malá „jako cukřenka“, jak kdysi označil tento typ ženy pan Horníček. Tatínek je běžné výšky a jeho tři děti z předchozího manželství rovněž. Počkala jsem s indikací genetického vyšetření až do okamžiku, kdy jsem cítila, že dále čekat není vhodné a přestože maminku vyděším, je již schopna moji informaci přijmout. Upozornila jsem na nepoměr velikosti hlavičky a končetin a potřebě vyšetření specialistou-genetikem. Přestože se jednalo o velmi zkušeného odborníka, kterého si pro jeho odbornost velmi vážím, myslím, že komunikace pochybil, když mamince razantně řekl: „Bude chytrý jako Cikrt, ale také tak malý“ (omlouvám se za uvedení konkrétního jména, ale pronesená věta je autentická).

Tato lékařova věta zasáhla maminku natolik, že i když Péťův růst zatím pokračuje v toleranci a je sledován v odborné ambulanci, pohlíží na dítě s takovými obavami v duši, které jí brání naplno prožívat štěstí, které kolem sebe její mimořádně hodné a šikovné dítě vyzařuje. Není jisté správné zatajovat, ale není ani správné předčasně vynášet definitivní soudy.

Další choulostivou komunikační parketou jsou případy sexuálního zneužívání.

Měla jsem v péči pacientku, která v dětském věku příliš nestonala. Od dvanáctého roku věku, začala chodit do ordinace s nejasnými příznaky, v popředí bolesti hlavy, nechuť, nauzea, únava. Byla to jemná, gracilní, introvertní dívka. Stav ji přivedly k hospitalizaci. Absolvovala řadu vyšetření, včetně CT mozku, ale nebylo prokázáno žádné organické onemocnění. Oklikou jsem se dozvěděla od sekundární lékařky dětského oddělení, že se dívka svěřila své spolupacientce z pokoje, že ji otčím sexuálně zneužívá. Po propuštění z lůžkového oddělení byla dívka psychiatricky vyšetřena, v téže ambulanci dispenzarizována



a pro psychosomatickou cefaleu, inhibované emoce, subdepresivní prožívání medikována. Vedena psychotherapeuticky, zahájen autogenní trénink, pro absence však vyřazena. V odborných nálezech beze zmínky o vyřčeném podezření, přestože jsem získanou informaci předala. Obtíže se jednoho večera vystupňovaly, přivezena k hospitalizaci jako migrenosní záchvat s poruchou vidění. Ošetřující personál informován o podezření na zneužívání s žádostí o přezkoumání situace během pobytu dívky mimo rodinu. Žádné kroky k ověření informace podniknuty nebyly. Využila jsem návštěvy dívky bez doprovodu v ordinaci k rozhovoru, kdy zneužívání potvrdila. Pozvala jsem matku, informovala ji o zjištěných skutečnostech. Poté, co tuto bolestivou informaci vstřebala, souhlasila ještě týž den s konzultací odborníků z policie. Situaci probrala následně s partnerem i dcerou a sama od trestního oznámení ustoupila s tím, že se manžel podrobí vyšetření, případně léčbě. Pomohla jsem otci zajistit sexuologické vyšetření. Následovala četná jednání s policií a sociální pracovníci, jejímž prostřednictvím bylo podáno trestní

oznámení na otčíma. Časem se situace v rodině uklidnila, u dívky odezněly veškeré potíže. Dnes je maminkou několikaletého dítěte, žije v jiném městě. Matčin vztah nakonec skončil rozvodem, odstěhovala se do jiného města, ale zachovala mi přízeň a se svým nejmladším dítětem zůstala v mé péči.

Komunikace bývá často pro lékaře psychicky velmi náročná, až vyčerpávající. Je třeba si uvědomit, že kromě komunikace s pacienty a jejich rodiči probíhá souběžně interpersonální komunikace. Ta má dva rozměry, horizontální mezi jednotlivými zdravotnickými subjekty – poskytovateli a vertikální, mezi nadřízenými a podřízenými zdravotnickým pracovníky.

U obou může přispět ke složitosti tzv. ponorková nemoc, zvláště v malém týmu, případně syndrom vyhoření některého z pracovníků.

Komunikace ve vypjaté stresové situaci pracovní atmosféry ordinace, nedostatek času a snaha co nejvíce dítěti pomoci se nemusí vždy setkat s pochopením rodiče. Zvláště když rodič na lékaře naléhá a tlačí ho tzv. ke zdi.

Např. když matka, jejíž dvacetiměsíční dítě je léčené pro recidivující otitidy s vysokou frekvencí, dispenzarizované v alergologii, očkované ze zdravotní indikace proti pneumokokové infekci, požaduje potvrzení, že stav dítěte umožňuje pobyt v jeslích na dobu pěti dnů v měsíci. Argumentuje, že pobyt mezi dětmi dítěti prospěje. Dítě má čtyřletého sourozence, matka je na mateřské dovolené, pravda, jedenkrát v týdnu učí, ale má možnost hlídání dítěte. Přes nedoporučení alergologa i PLDD si stojí na svém.

Komunikace neodmyslitelně k práci lékaře patří a někdy trvá dlouho, než rodič lékaři uvěří.

Jistě by bylo příjemnější, kdyby každá komunikace proběhla úspěšně. Ale i přes riziko nepochopení druhé strany, je každá komunikace vždy prospěšnější než nekomunikace. Nevyřčené může napáchat mnohem větší škody. Uvedené případy jsou dokladem toho, že i ne zcela správná komunikace mohla přinést časem mnoho pozitivního.



Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná)

První a stále jediná kvadrivalentní vakcína

určená k prevenci:

rakoviny děložního hrdla cervikálních, vulválních a vaginálních premaligních lézí

a genitálních bradavic

vyvolaných lidskými papilomaviry (HPV) typů 6, 11, 16 a 18.



Zkrácené informace o léčivém přípravku:

Silgard® injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce.

Vakcína proti lidskému papilomaviru (typy 6, 11, 16, 18)

(rekombinantní, adsorbovaná) (Papilomavir humaní typus 6, 11, 16, 18 proteinum L1)

Indikace: prevence premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních), cervikálního karcinomu a bradavic zevního genitálu (condyloma accuminata) v příčinné souvislosti s lidským papilomavirem (HPV) typů 6, 11, 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti u dospělých žen ve věku 16 až 26 let a na prokázané imunogenitě u 9- až 15-letých dětí a dospívajících. *)

Kontraindikace: přecitlivělost ke všem komponentám vakcíny, závažné akutní horečnaté onemocnění.

Dávkování: základní očkování – 3 samostatné 0,5 ml dávky podané dle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Všechny dávky musí být podány intramuskulárně během jednoletého období.

Upozornění: pro případ vzácných anafylaktických reakcí musí být k dispozici odpovídající léčebná opatření. Vakcína není určena k léčbě, nenahrazuje rutinní cervikální screening. Jedinci se sníženou imunitní reakcí nemusí na vakcínu zareagovat. Podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoliv poruchou koagulace. **Interakce:** při současném podání s vakcínou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo ke klinicky významným změnám v imunitních odpovědích na obě vakcíny.

Použití hormonální antikoncepce neovlivnilo imunitní odpověď. **Těhotenství a kojení:** očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Může být podávána kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** velmi často erytém, bolest a otok v místě injekce, pyrexie, často zhmožděnina, podlitina a pruritus v místě injekce, vzácně kopřivka, velmi vzácně bronchospasmus. Po uvedení na trh: Protože tyto účinky byly hlášeny spontánně, není možné spolehlivě odhadnout jejich četnost. Lymfadenopatie, nauzea, zvracení, reakce přecitlivělosti včetně anafylaktických/anafylaktoidních reakcí, syndrom Guillain-Barrého, závrat, bolest hlavy, synkopa. **Léková forma:** injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** v chladničce (2°C–8°C), ve vnější krabici, chránit před mrazem.

Velikost balení: 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehlami – balení po 1 kusu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Držitel rozhodnutí o registraci: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Držitel rozhodnutí o registraci: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Držitel rozhodnutí o registraci: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Držitel rozhodnutí o registraci: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Držitel rozhodnutí o registraci: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Držitel rozhodnutí o registraci: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Držitel rozhodnutí o registraci: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Držitel rozhodnutí o registraci: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Držitel rozhodnutí o registraci: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Držitel rozhodnutí o registraci: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všímejte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

06-09-GRD-2008-CZ-1419-J



© Registrovaná ochranná známka Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

© Copyright Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A., 2009. Všechna práva vyhrazena.

Merck Sharp & Dohme Idea, Inc., org.sl. *, Křenova 5, 162 00 Praha 6, tel.: 233 010 111, www.msdi.cz

* Affiliate of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.



Jak může pediatr pomoci svým autistickým pacientům

Mgr. Petra Mertinová

překladatelka, matka autistického dítěte

Počet osob postižených některou z poruch autistického spektra (dále PAS, podrobnosti v rámečku) v poslední době rychle vzrůstá. Studie provedené před rokem 1980 běžně uváděly, že na 10 000 osob připadají 1-2 pacienti s autismem. V 90. letech minulého století se však počet autistů téměř zdvojnásobil: dnes uvádějí studie ve většině zemí, že na 10 000 narozených dětí připadá 15-20 případů autismu. Nechme stranou dohady o tom, co tento náhlý nárůst způsobilo - možností je více a zabývají se jimi výzkumy z různých oborů - jedno je však jisté: zatímco dříve byla pravděpodobnost, že se pediatr setká v ordinaci s autistickým dítětem, velmi nízká, dnes je nutné počítat s tím, že takové dítě během své praxe nejen uvidí, ale nejen že bude muset přispět k jeho rané diagnóze a umět mu pomoci i s dalšími obtížemi, které s touto diagnózou nepřímo souvisejí.

V USA a v západních zemích, kde probíhá na tomto poli mnohem intenzivnější vědecký výzkum než u nás, již lékaři ve spolupráci s rodiči dokázali stanovit okruh problémů, se kterými se lékaři autistických pacientů setkávají nejčastěji, a pokusili se i navrhnout studiem ověřená řešení. Všechny tyto léčebné i behaviorální postupy pak shrnují Scott M. Myers a Chris Plauché Johnson v článku **Péče o děti s poruchami autistického spektra** (Management of Children With Autism Spectrum Disorders). Článek představuje jakýsi přehledný a zároveň podrobný manuál postupů pro lékaře pacientů s PAS, jeho odborným garantem je Americká pediatriká společnost a celé znění článku je dostupné na webových stránkách této společnosti. V českém prostředí zatím podobný návod pro pediatri neexistuje - dia-

gnostikou, psychologickými a výchovně-terapeutickými postupy se zabývají specializovaná pedagogicko-psychologická pracoviště, ale cesta k nim by měla začínat v co nejranějším věku právě u pediatra, stejně jako pomoc s problémy čistě zdravotního rázu. Bohužel v češtině ještě není dostupná literatura zabývající se nejnovějšími výzkumy, které se týkají autismu a jeho souvislosti s potravinovými alergiemi a metabolickými poruchami, ale

doplňkové a alternativní léčebné metody. Sympatický je přístup autorů článku k informacím o těchto doplňkových terapiích: nezavrhují žádnou terapeutickou metodu, žádnou hypotézu či nové, dosud jen částečně ověřené výzkumy, které provádějí jiní odborníci například ve spolupráci s rodiči. Snaží se je především co nejpečlivěji zmapovat a uvést k nim všechna podstatná fakta, která jsou pro pediatra i rodiče potřebná.

Poruchy autistického spektra

Autismus je závažná mentální porucha. Jedná se o syndrom, kdy může být postižena jedna nebo více vývojových oblastí: většinou jedna z tzv. triády poruch: sociální interakce, komunikace a představivost. Nejčastější projevy je možné zaznamenat už ve velmi raném věku: jedná se o opožděný vývoj řeči, problémy s neverbální komunikací a očním kontaktem, dítě nesdílí prožitky s okolím, ani s blízkými lidmi, málo gestikuluje, zajímá se víc o předměty než o kontakt s lidmi, ani neverbálně nepožádá o pomoc, nespolupracuje, ignoruje lidi, má v oblibě stereotypní činnosti (točení kolečky, stavění hraček do řady) a prosazuje různé rituály a na jejich nedodržení reaguje přehnaně. Existují různé stupně postižení - různé typy poruchy autistického spektra, většinou bývají diagnostikovány podle diagnostických kritérií vydaných Světovou zdravotnickou organizací (MKN-10). Mezi nejčastější diagnózy patří: dětský autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, atypický autismus, jiná dezintegrační porucha v dětství, jiné pervazivní vývojové poruchy, hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby a pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná.

především možností terapie.

Myersův a Johnsonův článek obsahuje dva hlavní oddíly: za prvé stručné shrnutí výchovně-vzdělávacích metod, které se používají u dětí s poruchami autistického spektra a o kterých by měli mít američtí pediatři alespoň základní přehled, a za druhé lékařsky orientovanou část - v té jsou shrnuty nejčastější zdravotní potíže, které se objevují u autistických pacientů. Na poměrně velkém prostoru jsou zde také rozebrány tzv.

nebo sociální dovednosti (u každé z nich autoři článku stručně vysvětlují, jak probíhá a jakými výzkumy je podložena): aplikovanou behaviorální analýzu, strukturované učení, řečovou a jazykovou terapii, včetně náhradních komunikačních systémů, znakování nebo známý obrázkový systém PECS, u nás VOKS, nácvik sociálních dovedností, ergoterapii a senzorickou integrační terapii a programy pro starší děti a dospělé.

■ 1. Shrnutí výchovně-vzdělávacích postupů

Kromě toho, že autoři článku zdůrazňují důležitost co nejčasnější diagnózy, ve které hraje pediatr klíčovou roli, obsahuje článek doporučení, že pediatr by se měl stát hlavní osobou rané péče. Měl by pomoci rodičům se systematickým plánováním programu výchovy a výuky založeném na individuálních možnostech a schopnostech dítěte, přimět je k pečlivě vedeným záznamům o vývoji, o terapii a pokrocích, vysvětlit jim význam srozumitelnosti a struktury pro osoby s PAS a seznámit je se strategiemi, jichž je možno využívat při zvykání na nová prostředí a činnosti).

Dále může lékař doporučit následující specifické terapie zaměřené na různé výchovné aspekty, např. na komunikaci



2. Shrnutí lékařských postupů

V tomto oddíle se pediatři dozvědí o nejčastějších zdravotních problémech, které mívají děti s PAS. Například hned v prvním odstavci odstavci autoři upozorňují na výzkum, který byl proveden u dětí, které si neustále strkají do úst ruce, prsty nebo předměty, a doporučují pediatrům provést vyšetření na hladinu olova v krvi. Další problémy, které může pediatr očekávat u svých autistických pacientů, jsou: syndrom fragilního x chromozomu, tuberózní skleróza nebo epilepsie.

O epilepsii uvádějí autoři

tato fakta: trpí jí 11-39 % osob s poruchami autistického spektra, u 42 % osob s vážnými vývojovými poruchami se objevují záchvaty, u dětí s PAS existují dvě období, kdy se epilepsie objeví častěji než jindy, a sice před 5 rokem a pak v pubertě, u dětí s PAS se často vyskytují epileptoformní výboje na EEG (u 10-72 %) a EEG vyšetření se doporučuje při podezření na záchvaty, nikoli však plošně.

O gastrointestinálních potížích uvádějí:

u 46-85 % osob s PAS se vyskytují problémy jako chronická zácpa nebo průjem, avšak výsledky těchto výzkumů je ještě nutné důkladněji ověřit. V nejnovější (a zřejmě i dosud nejpřesnější) studii má zažívací obtíže 70 % dětí s PAS. Pokud dítě trpí takovýmto chronickým obtížemi, je vhodné provést vyšetření zažívacího traktu, včetně případné endoskopie. A to i v případech, kdy se u dítěte projeví náhlá změna chování, výbuchy agrese či autoagrese, které mohou se zažívacími potížemi souviset.

O poruchách spánku autoři uvádějí, že jsou u osob s PAS poměrně typické. Existují výzkumy, které potvrdily u osob s PAS problémy s regulací hormonu melatoninu a že je možné tyto potíže řešit jeho podáváním. Dále také shrnují možnosti farmakoterapie: seznam léků, které je možné u dětí s PAS používat na nespavost.

S pomoci přesných citací konkrétních výzkumů manuál informuje lékaře o možných příčinách problematického chování a mož-

nostech nápravy (např. že příčinou neklidu a problematického chování může být řada různých fyzických potíží, např. otitida, zánět močových cest, zácpa, zubní absces, fraktura, zánět jícnu, bolesti hlavy, gastritida, kolitida a podobně) i o psychofarmakách - při jakém druhu potíží je vhodné podávat jaký preparát a pro koho je vhodný.

O doplňkové a alternativní medicíně se pediatři dozvědí, že dosud neexistuje dosta-

linu), detoxikační terapie (např. chelace), léčba zažívacího traktu (např. trávicí enzymy, antimykotická léčba, probiotika, bezlepková a bezmléčná dieta a vancomycin) a podávání potravinových doplňků, které mohou ovlivnit neurotransmisi, imunitní faktory nebo epigenetické faktory (např. vitamin A, C, B6, hořčík, kyselina listová, kyselina folinová (leucovorin), vitamin B12, dimetylglycin, trimetylglycin, karnosin, omega-3 mastné

kyseliny, inositol, různé minerální látky a další). (O těchto biologických terapiích se však rodič autistického dítěte v Česku nemá většinou ani s kým poradit.)

Tyto terapie jsou pak podrobně popsány: jsou zde uvedeny výzkumy, které byly u jednotlivých postupů provedeny (i když ne v rozsahu dostatečném pro klinické testy) i jejich účinnost nebo neúčinnost. Na závěr informací o alternativních terapiích autoři doslova píšou: „Lékaři, kteří mají v péči pacienty s PAS, by měli připustit, že mnoho jejich pacientů bude používat nestandardní terapeutické metody. Měli by se zaměřit především na to, aby byli sami o alternativních terapiích dobře informováni, zjistili si informace o využívání konkrétní alternativní terapie v minulosti i v současnosti, aby byli schopni pacientům poskytnout vyvážené informace a rady o možných léčebných postupech a zároveň dokázali popsat rizika a možné škodlivé účinky, aby alternativní terapii neprosazovali nebo naopak neodmítali způsobem, který by si pacient mohl vyložit jako necitlivost nebo lhostejnost, aby

se snažili s rodinami spolupracovat, a to i v případech, že se s nimi ohledně zvolené terapie neshodnou.“

Z vlastní zkušenosti i z mnoha rozhovorů s rodiči dětí s PAS vím, že otevřenost pediatra (tedy člověka, který zná nás i naše děti), jeho ochota s námi o problémech našich dětí mluvit, stejně jako jeho znalosti a snaha získávat nové informace o přidružených zdravotních obtížích, které mohou s autismem souviset, je možná ta nejdůležitější pomoc, které se nám v současnosti může dostat.

Literatura u autorky

LAKTOBACILKY baby

PROBIOTIKA OCHRÁNCI ZDRAVÍ vašeho dítěte

NOVINKA

při průjmu, bolestivém nadýmání nebo zácpě

obnovují rovnováhu střevní flóry po užívání antibiotik

zlepšují trávení a vstřebávání potravy

při problémech s imunitou, alergiemi a ekzémy

Více info u našich obchodních zástupců nebo na tel. 241 430 910

Žádejte v lékárně • www.swissherbal.cz

Doplňek stravy

tek seriózních podkladů, které by používání podobných metod potvrdily nebo vyvrátily. Nicméně je možné tyto postupy vyzkoušet a zhodnotit jejich účinek. Článek rozděluje používané alternativní a doplňkové postupy na nebiologické a biologické. Mezi nebiologické patří: trénink sluchové integrace (auditory integration training), behaviorální optometrie, kraniosakrální manipulace, terapie s delfíny, muzikoterapie a facilitovaná komunikace.

Mezi biologické patří: imunoregulační terapie (např. omezení potravinových alergenů v jídelníčku nebo injekce imunoglobu-



Jak pečují američtí pediatři o autistické děti

Scott M. Myers, MD, Chris Plauché Johnson, MD

MEd the Council on Children With Disabilities

Na stránkách Americké pediatrické společnosti jsem našla zajímavý článek, který obsahuje doporučení pro americké pediatry, kteří pečují o dítě s poruchou autistického spektra (dále PAS). Tento přehledný manuál z roku 2007 radí lékařům, jak přistupovat k pacientům s PAS, jaké jsou nejčastější přidružené zdravotní problémy a jaké možnosti terapie jim mohou nabídnout. V českém prostředí zatím podobný přehledný návod pro pediatry neexistuje - a od odborníků, kteří s autisty pracují a diagnostikují je, se bohužel o některých skutečnostech, uvedených v tomto materiálu, taky nedozvíte.

Článek „**Péče o děti s poruchami autistického spektra**“ (celé znění i autoři viz níže v odkazu) má dva hlavní oddíly: stručné shrnutí výchovně-vzdělávacích metod, které se používají u dětí s poruchami autistického spektra, a medicínskou část - v té jsou shrnuty nejčastější zdravotní potíže, které se objevují u autistických pacientů, a na poměrně velkém prostoru jsou zde také rozebrány tzv. doplňkové a alternativní léčebné metody.

Celý text článku by mohl být velkým příkladem pro české lékaře i psychology, ale i média a zdravotnické časopisy, co se přístupu k informacím týče: článek totiž nezavrhne žádnou terapeutickou metodu a ani žádnou hypotézu či výzkumy, které provedli jiní odborníci třeba s pomocí rodičů, snaží se je co nejpečlivěji zmapovat a uvést k nim všechna podstatná fakta, která jsou pro pediatra i rodiče nezbytná.

■ 1. Shrnutí výchovně-vzdělávacích postupů

Kromě toho, že autoři článku zdůrazňují důležitost co nejdřívejší diagnózy, ve které hraje klíčovou roli pediatr, obsahuje článek tato doporučení: pediatr by se měl podrobně věnovat rané péči (jejíž hlavní cíle jsou: systematicky naplánovaný program výchovy a výuky, založený na individuálních možnostech a schopnostech dítěte, výuka jen v malém počtu dětí, pečlivé záznamy o terapii a pokrocích, srozumitelnost a struktura, co nejméně rozptylujících elementů, strategie, které je možné využívat při zvykání na nová prostředí a činnosti).

Dále může lékař doporučit tyto **terapie** (specifické, zaměřené na různé výchovné aspekty, např. na komunikaci nebo sociální dovednosti) a u každé autoři článku stručně vysvětlují, jak probíhá a jakými výzkumy je podložena: aplikovanou behaviorální ana-

lyzu, strukturované učení, logopedii (řečovou a jazykovou terapii, včetně náhradních komunikačních systémů, znakování nebo známý PECS, u nás VOKS), nácvik sociálních dovedností, ergoterapii a sensorickou integrační terapii a programy pro starší děti a dospělé.

■ 2. Shrnutí lékařských postupů

V tomto oddíle se pediatři dozvědí o nejčastějších problémech, které mívají děti s PAS. Najdeme tam některé překvapivé informace, třeba hned v prvním odstavci upozornění, že u dětí, které si neustále strkají do úst ruce, prsty nebo předměty, je vhodné provést vyšetření na hladinu olova v krvi. Další problémy, které může pediatr očekávat u svých autistických pacientů, jsou: syndrom fragilního x chromozomu, tuberózní skleróza nebo epilepsie.

O epilepsii se lékaři dozvědí, že jí trpí 11-39% osob s poruchami autistického spektra, u 42% osob s vážnými vývojovými poruchami se objevují záchvaty, že u dětí s PAS existují dvě období, kdy se epilepsie objeví častěji než jindy, a sice před 5 rokem a pak v pubertě, že u dětí s PAS se často vyskytují epileptiformní výboje na EEG (u 10-72%) a že EEG vyšetření se doporučuje při podezření na záchvaty, nikoli však plošně.

O gastrointestinálních potížích (problémech zažívacího traktu) se dozvědí, že u 46-85% osob s PAS se vyskytují problémy jako chronická zácpa nebo průjem, že však výsledky těchto studií je ještě nutné důkladněji ověřit. Dozvědí se však, že v nejnovější (a zřejmě i dosud nepřesnější) studii má zažívací obtíže 70% dětí s PAS. Dále zjistí, že pokud dítě trpí takovýmito chronickými obtížemi, je nutné provést vyšetření zažívacího traktu, včetně případné endoskopie. A to i v případech, kdy dítě trpí náhlou změnou

chování, výbuchy agrese či sebeagrese, která může se zažívacími potížemi souviset.

O poruchách spánku se dozvědí, že jsou u osob s PAS poměrně typické, že je nutné dodržovat pravidelný večerní režim, že existují výzkumy, které potvrdily u osob s PAS problémy s regulací hormonu melatoninu a že je možné tyto potíže řešit jeho podáváním, a také seznam léků, které je možné u dětí s PAS používat na nespavost.

Dále se dozvědí o možných příčinách problematického chování a možnostech nápravy (např. že příčinou neklidu a problematického chování může být řada různých fyzických potíží, např. zánět středního ucha, zánět močových cest, zácpa, zubní absces, zánět jícnu, respirační obtíže, bolesti hlavy, zánět žaludku či střev a podobně) i o psychofarmakách - na který problém se jaká nejjví osvědčila a pro koho jsou vhodná.

O doplňkové a alternativní medicíně se pediatři dozvědí, že dosud neexistuje dostatek vědeckého materiálu, který by používání podobných metod potvrdil nebo vyvrátil. Nicméně je možné tyto postupy vyzkoušet a zhodnotit jejich účinek. Článek rozděluje používané alternativní a doplňkové postupy na nebiologické a biologické.

Mezi nebiologické patří: *trénink sluchové integrace (auditory integration training), behaviorální optometrie, kraniosakrální manipulace, terapie s delfíny, muzikoterapie a facilitovaná komunikace.*

Mezi biologické patří: *imunoregulační terapie (např. omezení potravinových alergenů v jídelníčku nebo injekce imunoglobulinu), detoxikační terapie (např. chelace), léčba zažívacího traktu (např. trávicí enzymy, antimykotická léčba, probiotika, nekvassnicová dieta, bezlepková a bezmléčná dieta a vancomycin) a podávání potravinových doplňků, které mohou ovlivnit neurotrans-*



misí, imunitní faktory nebo epigenetické faktory (např. vitamin A, C, B6, hořčík, kyselina listová, kyselina folinová (leucovorin), vitamin B12, dimetylglycin, trimetylglycin, karnosin, omega-3 mastné kyseliny, inositol, různé minerální látky a další).

Tyto terapie jsou pak podrobně popsány: uvedeny výzkumy, které byly u jednotlivých provedeny (i když ne v měřítku běžném pro klinické testy) i jejich účinnost nebo neúčinnost. Na konci informací o alternativních terapiích se doslova píše: „Lékaři, kteří mají v péči pacienty s PAS, by měli připustit, že mnoho jejich pacientů bude používat nestan-

dardní terapeutické metody. Měli by se zaměřit především na to, aby byli o alternativních terapiích dobře informováni, zjistili si podstatné informace o užívání konkrétní alternativní terapie v minulosti i v současnosti, aby pacientům dokázali poskytnout vyvážené informace a rady o možnostech terapie, aby jim dokázali popsat rizika a možné škodlivé účinky, aby alternativní terapii neprosazovali nebo neodmítali způsobem, který by si pacient mohl vyložit jako necitlivost nebo lhostejnost, aby se snažili s rodinami spolupracovat, a to i v případě, že se s nimi ohledně zvolené terapie neshodnou.“

Přála bych si, aby si tohle doporučení mohli a chtěli přečíst i pediatři v ČR. A doufám, že jednou místo „Autismus neléčíme“, budou rodičům dětí s PAS říkat: „Můžete zkusit to a to, ale přečtěte si tenhle výzkum, abyste věděli, že to není klinicky testovaná metoda a že zabrala jen u takového a takového procenta pacientů. Samozřejmě vám s tím rád/a pomohu.“

Převzato: PEDIATRICS Vol. 120 No. 5 November 2007, pp. 1162-1182 (doi:10.1542/peds.2007-2362)

Přeložila: Mgr. Petra Martinová

Doškolovací kurzy pro lékaře v zimním semestru 2009 pořádané UK 1. lékařskou fakultou ve spolupráci s ČLK

Aktuální informace najdete na www.lf1.cuni.cz.

Podrobné informace obdržíte na základě Vašeho přihlášení na tomto kontaktu:

Odd. doškolování lékařů 1. LF UK, Kateřinská 32, 128 01 Praha 2
tel.+ fax: 224964572, mobil: 732146799
e-mail: vzdelavani.lekaru@LF1.cuni.cz.

Cena kurzu (není-li uvedeno jinak): 600 Kč vč. 19% DPH.
Platba na místě v hotovosti: 700 Kč vč. 19% DPH.

Stornopoplatky: Pokud se kurz neuskuteční ze závažných důvodů ze strany 1. LF UK, bude kurzovné vráceno v plné výši. O této skutečnosti budou přihlášení neprodleně informováni. Odhlásit účast z Vaší strany lze písemným oznámením doručeným nejpozději poslední pracovní den před konáním kurzu na výše uvedenou adresu pořadatele. Telefonické či e-mailové zrušení účasti je rovněž nutno potvrdit písemně, jinak nelze přihlášenému kurzovné vrátit. Stornopoplatek činí 200 Kč. Při neúčasti neohlášené pořadatel předem nemá přihlášený nárok na vrácení kurzovného. Účastníci kurzů obdrží kredity dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK o systému celoživotního vzdělávání lékařů.

Psychiatrická problematika v ordinaci praktického lékaře

(8 kreditů ČLK)

Koordinátorka: prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

24. října 2009

posluchárna Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11, Praha 2

- Afektivní poruchy v ordinaci PL – doc. MUDr. Pavel Pavlovský, CSc.
- Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci – kdy odeslat adolescenta do psychiatrické ambulance – as. MUDr. Petra Uhlíková
- Motivační rozhovory (u problémů se závislostí, u kuřáků, obezity a v dalších oblastech) – PhDr. Jan Soukup
- Poruchy příjmu potravy u žen i mužů v ordinaci PL – prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.
- Pacient s medicínsky nevysvětlitelnými somatickými symptomy – as. MUDr. Miroslav Sekot

- Závislost na návykových látkách v ordinaci PL – MUDr. Vladimír Kmoch
- Stres a duševní hygiena u lékaře a zdravotního personálu. Prevence syndromu vyhoření – as. MUDr. Pavel Doubek
- Organická porucha a demence v ordinaci praktického lékaře – as. MUDr. Petr Kozelek

Gastroenterologický kurz

(6 kreditů ČLK)

Koordinátor: prim. MUDr. Karel Lukáš, CSc.

28. 11. 2009

posluchárna IV. interní kliniky 1. LF a VFN
U Nemocnice 2, Praha 2

- Probiotika – as. MUDr. Tomislav Švestka, CSc.
- Virové hepatitidy – as. MUDr. Tomáš Krechler, CSc.
- Dif. dg. jaterních testů – as. MUDr. Karel Dvořák
- Celiakie – doc. MUDr. Miloš Dvořák, CSc.
- Refrakterní refluxní choroba – prim. MUDr. Karel Lukáš, CSc.
- Idiopatické střevní záněty – as. MUDr. Aleš Novotný

Novinky v cestovní medicíně a očkování cestovatelů

(8 kreditů)

Koordinátor: as. MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph. D.

28. 11. 2009

posluchárna Stomatologické kliniky 1. LF UK
Kateřinská 32, Praha 2

- Aktuality v očkování dospělých před cestou – as. MUDr. Zdena Mandáková
- Očkování dětí před cestou – as. MUDr. Pavel Kosina
- Termostabilita vakcín – MUDr. Pavel Popely
- Aktuálně k chřipce – as. MUDr. Jan Kynčl, Ph.D.
- Diskuze k problematice očkování
- Prevence a léčba cestovních průjmů – MUDr. Libuše Bandřouchová
- Novinky v antimalarické profylaxii – as. MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D.
- Parazitické členovci na cestách – as. RNDr. Jan Votýpka, Ph.D.
- Diskuze k problematice cestovní medicíny



K obtížím ve vývoji komunikačních schopností od teorie k praxi

PaedDr. Lenka Pospíšilová

ředitelka DEMOSTHENES, klinický logoped, Ústí nad Labem

Důsledkem civilizačního vývoje, pokroku v prenatální a neonatální péči i díky našim schopnostem stále lepší identifikace přibývá počet dětí s vývojovými odchylkami. Ve velké míře se abnormity projevují v osvojování mluvení, čtení a psaní. Zároveň se čas od času objevují v médiích povzdechy některých laiků i odborníků o menších komunikačních schopnostech dnešních „počítačových a televizních dětí“, o nedostatečných interakcích mezi nimi a rodiči, vyzdvihuje se historie nad současnou úspěchanou dobou. Zákonitě tak čtenář či posluchač musí nejednou zapochybovat o schopnostech svého rodičovství. Je tomu ale opravdu tak? Může být rodinné prostředí primárním etiologickým faktorem ve vývoji řeči? A jakou úlohu v rámci tohoto tématu sehrává pediatr?

Analyzujeme nyní odborná fakta, včetně upřesnění terminologie. Ve vývoji komunikační oblasti rozlišujeme tyto kategorie obtíží:

• **opožděný vývoj řeči**

• **narušený vývoj řeči:**

a) specificky narušený vývoj řeči

b) symptomatické poruchy řeči.

Vzhledem k tomu, že termín „řeč“ může pro „nelogopeda“ asociovat pouze akustickou podobu jazyka, používají někteří autoři termíny dva: „řeč“ a „jazykové schopnosti“ (odpovídají anglickému „speech“ a „language“, Smolík, 2009). V logopedickém pojetí chápeme „řeč“ jako specifickou lidskou schopnost používat jazyk ke vzájemnému porozumění a používáme termín „**komunikační schopnost**“. Zahrnuje celou oblast komunikace: vnímání – slyšení a rozumění, zpracovávání, komunikační záměr, zvukovou i grafickou podobu včetně neverbálních forem. Komunikační schopnost je průsečíkem biologických, psychologických a sociálních komponentů (Lechta, 2009). Stanovení norem je vzhledem k četnosti a různorodosti jazykových kultur velmi obtížné, neboť vývojová oblast komunikace je ze všech oblastí nejširší (např. mnohem snadněji asi stanovíme průměrnou výšku dětí stejného věku než jejich schopnost komunikačního záměru). Přesto mladá logopedic-

ká věda již stanovila východisková kritéria, disponuje řadou testových metod (přejatých i vlastních), pracuje na detailní standardizaci vývoje (např. vývoje gest) a usilovně se snaží o standardizaci diagnostických metod.

■ **Opožděný vývoj řeči = komunikačních schopností**

Předpokládá se, že komunikační schopnost dítěte není strukturně narušená, ale že jde jen o časové zpoždění vývojových milníků dané oblasti. Přirozená variabilita vývoje je poměrně velká, avšak jakékoliv zpoždění již není vývojem zcela fyziologickým, ale rizikovým, a do určité míry minimálně predikuje rozvoj **nefyziologické dyslalie** s nejrůznějšími symptomatologií a mírou. Ještě významnější je skutečnost, že opožděný vývoj řeči bývá velmi často **jedním z prvních symptomů narušeného vývoje.**

■ **Narušený vývoj řeči = komunikačních schopností**

Je z hlediska etiologie a symptomatologie široce vnímanou kategorií s měnícím se klinickým obrazem. Zjednodušeně lze konstatovat, že buď se vyskytuje jako dominující, anebo je jedním ze symptomů jiných vývojových poruch.

■ **A. Specificky narušený vývoj řeči = komunikačních schopností**

Za specificky narušený vývoj řeči (specific language impairment) je označována **vývojová dysfázie**. Definice vymezuje vývojovou dysfázii jako ztíženou schopnost nebo neschopnost verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj komunikace jsou přiměřené (podle Škodové, Jedličky, 2003). Jedná se o difúzní poruchu či postižení CNS (zasahuje tedy celou centrální korovou oblast) a manifestuje se různou hloubkou řady symptomů, čímž vytváří syndrom, příp. syndromy různého stupně. Foniatriká věda díky elektrofyziologickým metodám přispěla poznatkem o centrální poruše řečového signálu, např. zjistila, že se objevuje absence primárního korového komplexu na slovní podnět, přičemž tónový je

zachován. Z této podstaty vyplývá, že nemůže existovat pouze expresivní typ (viz MKN 10, 2006), ale vždy se jedná o typ smíšený s převahou jedné či druhé složky vývojové oblasti. Typickým klinickým obrazem dysfatického dítěte v období věku 3 – 6 let jsou **deficity v řečové percepci – zejména v krátkodobé verbální paměti** (nezapamatují si potřebný počet slov ve správném pořadí k úrovni věku), **ve fonologickém uvědomování** (např. nevnímají rozdíl mezi podobně znějícími hláskami, čímž nerozlišují podobně znějící slova – bije x pije, koza x kosa, buben x pupen) a v rozumění gramatickým strukturám jazyka (např. nerozumí či nedostatečně rozumí předložkovým vazbám, příslovcím a vzhledem k deficitní krátkodobé verbální paměti rovněž delšímu sdělení). Často si nejsou schopny zapamatovat rytmus a melodii (pokud nemají zděděné hudební nadání). Obtížné je chápání symbolů – barev, tvarů, čísel, písmen, jmen, v těžších případech i počtu. Deficitní sluchovou percepci kompenzují percepcí zrakovou i taktilní. Nápadné problémy mají v úlohách vyžadujících rychlé kódování, kdy dochází k propojování sluchových, zrakových a motorických podnětů, a právě tyto problémy je mohou znevýhodňovat při neverbálních testech IQ, pokud testy provádí psycholog bez znalosti problematiky (vhodný je SON-R test). Dalším typickým znakem těchto dětí je neobratnost, dyskoordinace v jemné motorice – tedy nejen ve kvalitě vývoje úchopu a manipulace, ale také v grafomotorice a oromotorice – významné obtíže prokazují u cílených pohybů (ruky, jazyka, rtů, dolní čelisti i kontrakce měkkého patra) vycházejících z obtíží motorického plánování. Ve většině případů je přítomen motorický neklid s oscilací koncentrace pozornosti od zcela nenápadných projevů viditelných zejména při zatížení fatických funkcí až po zřetelnou symptomatiku ADHD. A celá tato šíře více či méně nápadných obtíží se logicky promítá do řečové exprese: omezená aktivní slovní zásoba, latence při vybavování si pojmů, jednoduché vyjadřování, dysgramatismy včetně specifických chyb, které se v intaktní populaci nevyskytují, artikulační neobratnost (nápad-

Nutricia - Nutrilon



ně nekonstantní komolení slov) s významnou diskrepancí mezi izolovanou výslovností jednotlivých fonémů a spontánní řečí. Na tyto problémy „nasedají“ přirozené mechanismy vycházející z hlavní úlohy mezilidské komunikace - domluvit se s druhými: „když delší dobu nerozumím, tak přestávám dávat pozor“, „chci navázat kontakt s komunikačním partnerem, nerozumíš mi, musím udělat něco, aby si mne všiml“ a „čím vyšší jsou rozumové schopnosti, tím dokonalejší je strategie dosažení cíle“ tzv. poruchy chování, „opakovaně se pokouším, nemám zpětnou vazbu, uzavírám se“ - zvýšena senzitivita či naopak apatie, logofobie až mutismus. Nástupem do školy zákonitě startují těžkosti v učení, v komunikaci s učiteli, se spolužáky a často také neurotizace plynoucí z významné dysbalance mezi možnostmi dysfunkčních či přímo postižených blokad a očekáváním rodičů, učitele i samotného dysfatika. Není výjimečné, že ambiciózní, přiměřeně či nadprůměrně inteligentní dysfatic bez odborného vedení (mnohdy i s ním) se již před nástupem do školy projevuje příznaky neurozy plynoucími právě z postižení fatických funkcí - řečovou dysfluencí, která se pomalu a jistě stává začínající koktavostí (a pokud je v rodině hereditární zátěž, riziko balbuties je velmi vysoké). Těžkosti ve škole však čekají i dysfatika bez ambic či s ambicemi přiměřenými - klinický obraz poruchy se mění, ubývá těžkostí v řečové expresi, ta může mít pro nezasvěceného i podobu normálního obrazu (mohou mít dokonce i zcela správnou výslovnost, anebo „jen R,Ř“) a dochází k transformaci do deficitů hlubších struktur komunikačních schopností. Dysfatic není schopen pojmut delší sdělení - zejména v rychlém sledu, není schopen přiměřené selekce, má deficit v osvojování čtení, psaní a zejména pravopisu. Tyto obtíže se samozřejmě neprojevují jen v předmětech, kde je vyučován mateřský a cizí jazyk. Dysfatic se tak transformuje do dysortograficko-dyslektických obtíží, při velkých problémech v jemné motorice i do dysgrafických, méně častý je i výskyt obtíží dyskalkulických. Stále se však jedná o jednu jedinou diagnózu, na jejímž podkladě dochází k formování osobnosti, a je vysoce pravděpodobné, že dítě s takto specificky narušeným vývojem si ponese „svůj úděl“ do dalších let, včetně věku dospělého. Dyslektické děti bez narušeného vývoje řeči - tzv. „nedysfatické“ mají v učení také všeobecně známé těžkosti, avšak nelze je srovnávat s hloubkou postižení dětí dysfatických. Poslední teoretické práce dokonce prezentují etiologickou odlišnost

(Smolík, 2009) a oddělují děti s těžkostmi v učení na děti s **SPU** = specifickými poruchami učení a na děti s **NVR** = narušeným vývojem řeči (Mikulajová, 2009). Samozřejmě, že mimo obě skupiny jsou děti nenadané, se slabými intelektovými schopnostmi, s izolovanou emoční poruchou a výchovně zanedbané. Rapinová (1998) klasifikuje narušený vývoj řeči do šesti syndromů (verbální sluchová agnózie, verbální dyspraxie, syndrom deficitního fonologického programování, fonologicko-syntaktický syndrom, lexikálně-syntaktický, sémanticko-pragmatický), z nichž typickým pro vývojovou dysfázii je fonologicko-syntaktický ve spojení s verbální dyspraxií. S verbální sluchovou agnózií (percepční poruchou těžkého stupně) jsme se za deset let koncentrace dětí s vývojovými poruchami (z celého kraje) setkali jedenkrát: čtyřletý chlapec nerozuměl mluvené řeči, rozuměl gestům a byl schopen rozpoznávat grafémy - např. byl schopen za sebou řadit číslice. Naše zkušenost a možnost poznat vývoj diagnózy od raného věku po starší školní věk potvrzují teoretická východiska.

Do kategorie specificky narušeného vývoje řeči, ale s mírnějším dopadem, zařazujeme rovněž výskyt patologicky zrychleného tempa řeči s manifestací v raném věku (nástup řečové exprese může být naopak časný), které se později rozvine do syndromu **tumultus sermonis** (breptavost). Do různé šíře a stupně se vyvine nejen v jazykové oblasti - již zmíněná problematika fonologického uvědomování, ale také v oblasti organizace myšlenkových procesů, v oblasti koncentrace pozornosti (v podstatě se jedná o symptomatiku ADHD, ADD), v percepci, v motorice, v narušeném koverbálním chování (např. extrémní gestikulace, nedodržování střídání rolí v komunikaci s partnerem) až do projevů specifických poruch učení po zaškolení. Typickým představitelem této poruchy je dítě mladšího školního věku, které „umí všechny hlásky, a přesto mu není rozumět“ (při vyšetření se např. zjistí, že ač schopen elevace jazyka ((artikulačního orgánu s pěti vnitřními a stejným počtem vnějších svalů)), nevyužije této schopnosti k artikulaci L) či „dřmolící“ dospělý s vysokoškolským titulem technického směru, kterého komunikační partneři neustále žádají o zopakování sděleného (i jeho symptomatika se s největší pravděpodobností začala manifestovat v raném dětství).

Všechny uvedené skupiny specificky narušeného vývoje se vyznačují větší či menší

rezistentností vůči terapii a významným procentuálním zastoupením. Existují také studie, které potvrzují, že pokud se dětem s lehčím stupněm poruchy dostává včasná logopedická péče (= diagnostika + terapie dítě/rodič), projevy vývojových obtíží se zmírňují, diskutabilní je, zda lze dosáhnout jejich úplné eliminace. To je také důvodem mnohdy dlouhodobé péče. Nemáme k dispozici ještě přesná čísla **výskytu** vývojové dysfázie ve světě, avšak v odhadech se shodují Zoll, 1999 (Dlouhá, 2003) a Smolík (2009), který čerpá ze studie Tomblina z roku 1997, že se jedná o **více než 5% dětské populace**. Výskyt breptavosti se uvádí v rozmezí 0,05 - 1,5 %, avšak v kombinaci s koktavostí 30 - 66% (Lechta, 2009). Skupina dětí s vývojovou dysfází představuje významný společenský problém. Nezajímavý není také údaj Mikulajové (2009), která odhaduje, že 60 - 90% dětí s poruchami v oblasti duševního zdraví má narušenou komunikační schopnost.

Negativní dopady SPU zveřejněné na Evropském fóru speciální pedagogiky v r. 1996, J. G. Borkowski:

- 15-20% populace má SPU, z toho 75-80% deficit v jazykových schopnostech a čtení
 - většina dětí s fonologickými deficitem v předškolním věku má potíže se čtením ve 2. tř. ZŠ
 - 74% neúspěšných čtenářů ve 3. tř. je neúspěšných i v 9. tř. ZŠ,
 - u 50% mladistvých delikventů se odhalí dosud nezjištěné SPU
 - 31 % adolescentů s SPU se dostane do vězení na 3-5 let po skončení střední školy
 - až 60% adolescentů, kteří se léčí ze závislosti, má poruchu SPU
 - 62% mladých lidí s SPU je déle než rok nezaměstnáno po ukončení střední školy
- Z výše uvedeného je zřejmé, že uvnitř těchto statistických údajů jsou „schováni“ děti s vývojovou dysfází.

■ B. Symptomtické poruchy řeči

Děti s poruchami autistického spektra, většina dětí s DMO, sluchovými vadami, mentální retardací, s těžkými vadami zraku, s Landauovým-Kleffnerovým syndromem, děti s poškozením mozku následkem traumatu aj. mají narušený vývoj řeči jako **průvodní jev hlavní diagnózy**. Např. DMO je v 60-70% doprovázena dysartrií.

Příčemž **u některých onemocnění má**



narušená komunikační schopnost určité specifické znaky: např. u Downova syndromu se potvrdilo, že tyto děti mají kvalitativně horší sluchovou percepci než zrakovou, tzn. že jejich obtíže porozumět mluvené řeči dosahují nižší úrovně než je úroveň inteligenčních schopností (podobně jako u dětí s vývojovou dysfázií, které však mohou mít intelekt i nadprůměrný). Williamsův syndrom je zase typický svojí až bizarní výřečností, sociálními komunikačními schopnostmi, dobrou verbální pamětí při mentální retardaci, již odpovídá rozumění a také zpoždění narušeného vývoje. Hlavním prediktorem vývoje poruch autistického spektra je patologie neverbálního socio-komunikačního chování, za které zejména považujeme nekvalitní zrakový kontakt, nedostatečné sdílení pozornosti a odlišný vývoj gest (např. autistické dítě neukáže na předmět zájmu vlastní rukou). U Rettova syndromu je počátek vývoje řeči bez nápadností, záhy mezi 7. - 18. měsícem vývoje dochází k rychlé retardaci (Mikulajová, 2009).

V klinické praxi není vzácností, že **dochází ke kombinaci** specificky narušeného vývoje řeči se symptomatickou poruchou řeči. Tak např. dítě se sluchovou vadou může být stíženo dysfatickým vývojem. Stejně tak nalézáme symptomatiku syndromu vývojová dysfázie u DMO s kvalitním vývojem rozumových schopností (kde bychom spíše očekávali dysartrii, jejímž průvodním jevem je vzhledem k motorickým deficitům rovněž zpoždění vývojových milníků). Na druhou stranu existují i případy dysfatického vývoje s významnou poruchou motorické realizace řeči, která se kromě již popsané symptomatiky projevuje navíc těžkou poruchou artikulace. Obtížná je zde diferenciální diagnostika, která má za cíl rozlišit do jaké míry se jedná „pouze“ o aktuálně výrazný dysfatický symptom nazvaný verbální dyspraxie (viz Specificky narušený vývoj řeči), anebo o kombinovanou formu postižení dysfázie s dysartrií (typicky symptomatickou poruchou řeči u DMO) - u dysartrie se předpokládá organická léze v subkortikálních oblastech s postižením centrálního motoneuronu s narušenou inervací artikulačních orgánů.

U mentální retardace se neočekává dysfatický vývoj - stejně tak specifická porucha učení. Některé aktuální teoretické práce a naše dlouholeté interdisciplinární zkušenosti s možností sledovat dynamiku diagnózy od jejího zachycení ve věku od 3-5 let (v posled-

ních letech stále v ranějším věku) do staršího školního věku jednoznačně ukazují, že tomu tak není. „Takový přístup může zakrývat pravou podstatu narušení jazyka u některých vývojových poruch. Stejný patologický mechanismus může způsobovat „čistou“ vývojovou dysfázií i jazykovou poruchu u některé z mentálních retardací“ (Smolík, 2009). Vývojová porucha jazyka může postihovat děti s nadprůměrným, normálním i sníženým neverbálním intelektem. **Je vždy třeba správně identifikovat hlavní diagnózu** - jedná se buď o dítě s mentální retardací s větším zasažením korových řečových center, kde narušený vývoj řeči existuje jako samostatný problém, anebo o dítě s dysfatickým vývojem a hraničním intelektem či lehkou mentální retardací. V souvislosti s tezemi Vygotského (1971) o dialektickém vztahu myšlení a řeči, které na samém počátku ontogeneze předpokládají odlišné kořeny s postupným protínáním se během batolecího věku (řeč se pomalu vyvíjí do intelektuální úrovně a myšlení se stává verbálním), se lze domnívat, že omezení jazykových schopností limituje i rozvoj neverbálního intelektu (Mikulajová, 2009).

■ K etiologii

Opožděný vývoj řeči bez následků vývoje narušeného může mít kromě časté hereditární příčiny a bilingvismu rovněž původ již v úvodu zmíněných nedostatků ve výchově. Avšak extrémních případů sociální patologie není mnoho. Naopak pro podporu rodičů je třeba zmínit „Intuitivní rodičovství“ popsané manželi Papouškovými, které jednoznačně hovoří o většinové normě podvědomých vzorců jednání, jimiž rodič citlivě a specificky reaguje na všechny potřeby novorozence a kojence. Studie se nezmiňuje o tom, kdy a jestli vůbec se tyto vzorce vytrácejí, avšak jednoznačně z ní vyplývá potřeba rodičů adekvátní zpětné vazby ze strany dítěte. Jak však může být očekávaná zpětná vazba, když se dítě vyvíjí jinak a rodič o tom neví, anebo nemá dostatečné informace? Uvědomme si, že „diagnózy rané nemluvnosti či málomluvnosti s následky“ jako jsou vývojová dysfázie, lehká mentální retardace či autismus nemohou být v raném věku či na přelomu raného a předškolního věku snadno identifikovány. Bývají proto zaměňovány, zřídka i slučovány, např. nelze stanovit, že se jedná o dysfázií i autismus - dysfázií bychom mohli zařadit pod zastřešující dříve užívaný termín LMD, kdežto autismus je poruchou pervazivního vývoje.

■ Srovnávací studie vývojových dysfází

V našem centru komplexní péče jsme zpracovali data o **sledování vývojových poruch interdisciplinárním týmem** (ergoterapeut, fyzioterapeut, klinický logoped, klinický psycholog, dětský neurolog, speciální pedagog) za období 1999-2008 (Pospíšilová, Melzerová, 2009). Zaměřili jsme se pouze na denní klientelu předškolního věku. Z počtu 173 dětí ve věku 3-8 let, které byly **zařazeny do denního diagnosticko-terapeutického procesu**, jsme u 45 % diagnostikovali vývojovou poruchu řeči, u 20% DMO, u 6% poruchu autistického spektra a 20 % dětí z celkového počtu jsme zařadili do kategorie ostatních (ADHD s výraznou emoční labilitou, VVV, MR, progresivní onemocnění nervosvalová atd.). U většiny dětí s vývojovou poruchou řeči byla identifikována vývojová dysfázie smíšeného typu, většinou středně těžká a mírná, u několika dětí byla stanovena vývojová dysfázie těžkého stupně. Poměr chlapců a děvčat 77%:23% nebyl neshodný se soubory dostupných publikovaných výzkumů: slovenského logopedicko-psychologického výzkumu (Mikulajová, Rafajdusová, 1993) a českého foniatrického (Dlouhá, 2003). V 71% byla námi dysfázie identifikována jako „čistá“, ve 14% spojená s LMR, 6% dysfatických ze souboru mělo současně balbutické obtíže (koktavost nejvíce provází ambiciózní, senzitivní a tudíž snadněji neurotizující se dysfaticky, ještě významnější roli sehrává genetický faktor). Dlouhá ve svém výzkumu uvádí o 5% méně dysfatických dětí s LMR a naopak o stejný počet více koktavých dysfatických. Protože považujeme poznatky o etiologii za významnou součást diagnostiky, zaměřili jsme se na podrobné snímání anamnestických dat, nejednou i s postupným doplňováním (rozpomenujím se rodičům). U 45% našeho dysfatického souboru byla **pozitivní rodinná anamnéza** (od udávané logopedické péče v předškolním a školním věku po diagnostikované i nedagnost. SPU jednoho z nejbližších příbuzných; v literatuře se rovněž uvádí, že porucha má tendence se v rodinách hromadit). Rovněž ze současné ambulantní práce s dysfaticky vyplývá, že dědičnost je významným etiologickým faktorem, což potvrzuje Mikulajová ve svých nových pracích, ač původní (ale přelomová) studie, udávala pouhých 15,5%. Při srovnání slovenského výzkumu s naším sledováním nejvíce korelovala **riziková gravidita** přes 31-33% (Dlouhá 20%). Za nejvýznamnější etiologický faktor považujeme pozitivní **perinatální anamnézu** -



49% (Mikulajová 40,6%, Dlouhá 26%). Máme vyzorováno, že častá je kombinace dvou ze tří zmíněných etiologických činitelů.

Vývojová dysfázie a **EEG nález**. „U vývojové dysfázie je obtížné usuzovat na kauzální spřízněnost různých projevů poruchy na základě neurologických nálezů“ (Smolík, 2009), na rozdíl od afázie. „Mohou a nemusejí mít epileptické záchvaty, ale mají epileptické výboje, změněné potenciály mozkové kůry, které vlastně vývoj řeči brzdí.“ (Kršek, 2006). Z toho důvodu je nezbytná včasná antiepileptická léčba. A jaké EEG záznamy byly u našeho vzorku? V 81% normální nález, v 9% abnormální a v 10% epileptický. Oba další zdroje se od našich údajů významně lišily (Mikulajová v 50% normální EEG, v 50% spojený nález abnormity s patologií, Dlouhá 38% epileptický nález), avšak žádný údaj ze všech tří studií vzájemně nekoreloval. Domníváme se, že nejednotnost je mj. způsobená lidským faktorem při popisu EEG záznamu.

■ Současný stav a nástin mezioborové spolupráce

Problematika obtíží ve vývoji komunikace je předmětem výzkumů více oborů: především logopedie, neurologie, foniatry, psychologie – zejména neuropsychologie a speciální pedagogiky. Různé pohledy přinášejí kromě pozitivního dopadu také ty negativní: nejednotnost terminologie, nejednotné postupy léčby i skutečnost, že každý obor přirozeně vyzdvihuje vlastní přístup. Historicky mladší obory čerpají z těch starších, ale starším chybí zpětná vazba, vedle sebe stojí lékařská a nelékařská disciplíny. Orientovat se v různosti pohledů však nemůže být náplní pediatra. Ten většinou volí standardní a léty zažitý postup, který se zdá nejbezpečnější. Postupuje podle obsahu preventivních prohlídek – ve věku 18 měsíců, ve 3, 5, 7 letech. V 18 měsících provádí screening psychomotorického vývoje se zaměřením na hrubou a jemnou motoriku, rozvoj řeči a sociální chování dítěte. Pokud není dítě se specifickou poruchou vývoje jinak nemocné, dostává se k preventivní prohlídce až ve 3 letech. Jestliže není zachyceno, přichází až v 5 letech, doba mezi 3. a 5. rokem je z hlediska vývoje příliš dlouhá.

Standardní postup praktického dětského lékaře:

- 1) nejdříve dítě odesílá na foniatry či ORL, zda vůbec slyší
- 2) získá poznatek, že je sluch v pořádku

a může si myslet, že takhle malý se ještě nemůže nic „učit“

- 3) když se rodičům či pediatrovi stále nezdá, doporučí vyšetření neurologem; anebo při jiném scénáři: k neurologovi dochází od narození, neboť se jedná o perinatální riziko, nález je však kromě rizikové anamnézy a případného mírného zpoždění v hrubé motorice negativní
- 4) probíhají dlouhodobá metabolická a genetická vyšetření doporučená neurologem, s negativním nálezem, dál je zvažováno psychologické vyšetření, které stanoví „nerovnoměrný vývoj CNS s největším deficitem v oblasti expresivní řeči, ADHD“, dítě stále nekomunikuje či málo komunikuje, přibývají výchovné obtíže.

Dítěti tak utíkají cenné měsíce, často i léta možné rané cílené intervence. Rodičům se hromadí nálezy, ale stále nevědí, proč se se svým dítětem, které tak hezky staví z kostek, a v podstatě všemu rozumí, příliš nedomluví, proč ho nebaví malovat, proč nevydrží poslouchat pohádku, proč je tak neklidný. Z okolí slychává různé rady: „je třeba se dítěti více věnovat“ nebo „však on toho ještě namluví“. Je žádoucí, aby byl rodič co nejdříve informován o diagnóze či možném riziku a byly mu odborně vysvětleny komunikační strategie a prognóza vývoje. Neboť standardní rodič dysfatického dítěte bez možnosti přirozené zpětné vazby, se většinou se svým dítětem musí učit komunikovat. Ve vývoji dítěte jde vždy o čas, čím časněji a cíleněji, tím lépe. Proto na prvním místě je třeba, aby se dítě dostalo k odborníkovi, který provede vyšetření a stanoví diagnózu či podezření na ni (čím je dítě menší a inteligentnější s mírnou symptomatikou, tím je diagnosticky obtížnější).

■ Tak tedy ke komu? Proč k logopedovi? A kdy?

Je absurdní představa, že budu mít gynekologické obtíže a nechám se vyšetřit otorinolaryngologem. Je zažitý postup, že když dítě nemluví, anebo mluví málo, začne být vyšetřován jinými odborníky než tím, který se specializuje na oblast komunikace v celé šíři, včetně jejího kognitivního aspektu. Ke klinickému logopedovi se nakonec oklikou dostane, ale většinou jím nezačne. Mezitím přibude další diagnóza – např. ADHD s poruchou chování a rodiče se tak ubezpečí v pocitu vlastního selhávání (vždyť ho nedokázali naučit ani jezdit na kole.) Stále čekají na výsledky

vyšetření, potřebují znát odpověď. Pomalu se tak rozbíhají dlouhodobé rodičovské strasti, ne každý rodič je ustojí, některý raději dítěti pustí televizi, aby se na chvíli zabavilo, jiný je zase pyšný na to, že k málo dovednostem, kterými disponuje jeho dítě, přibývá manipulace s počítačem (malý dysfatic tak přirozeně vnímá své potřeby – s PC „se domluví“, jeho zraková percepce je většinou kvalitní, vždy lepší než sluchová, zároveň si koordinuje jemnou motoriku). Sociální patologií není sezení u televize či počítače, ale skutečnost, že dítě nemá jiné podněty.

■ Proč k logopedovi?

• Mladá disciplína učinila za posledních dvacet let významný odborný posun. Problematika vývojových poruch řeči je součástí kvalitního postgraduálního vzdělávání (atestace při IPVZ, nadstavbové kurzy aj.).

• Stejně jako jiný specialista, provádí nejdříve klinické vyšetření, včetně snímání podrobné anamnézy. Disponuje testy. Čím je však dítě mladší, má větší výpovědní hodnotu detailní analýza vzorku spontánní komunikace. Vždy kombinuje analýzu anamnézy, klinický obraz a závěry testů či zkoušek. Součástí vyšetření je rovněž orientační vyšetření sluchu (pomalu se u klinických logopedů rozšiřuje používání objektivního sluchového testu poznávání řeči s názvem Pilot test), při zachycení pozitivního nálezu odesílá pacienta ihned k odbornému lékaři.

• Vyšetření komunikační oblasti nemůže provádět jiný odborník než ten, který je k tomu vzdělán. Výjimkou jsou foniatry na specializovaných foniatrických pracovištích (klinikách), kde se zabývají vývojovými poruchami řeči (ne každý foniatr se jimi zabývá), také zde je součástí logopedické vyšetření. Orientační vyšetření řeči je také zahrnuto do vyšetření psychologického či speciálně pedagogického. Tato vyšetření mají vypovídající hodnotu odpovídající orientačnímu vyšetření rozumových schopností logopedem (intelekt může být šetřen pouze psychologem). V logopedických nálezech obvykle nedochází k zavádějící záměně termínů – dyslalie, dysfázie, dysartrie, dětský autismus aj. V rámci diagnostiky a diferenciální diagnostiky logoped orientačně zhodnotí též ostatní vývojové oblasti a odliší fyziologický vývoj od nefyziologického. Identifikuje další případné komunikační nálezy – např. problém s přijímáním stravy – nedostatečné žvýkání či polykání, zvýšenou senzitivitu ústní dutiny, poruchy hlasu, poruchy nosní rezonance aj.

• Logoped má nejužší praktické zkušenosti



s danou problematikou. Byla zjištěna shoda mezi standardizovanými testy a klinickými úsudky logopeda (Smolík, 2009).

• Chápe nutnost mezioborové spolupráce: s pediatrem, neurologem, foniatrem, klinickým psychologem, fyzioterapeutem aj. - u symptomatických poruch řeči plyne ze své podstaty, nezbytná je však rovněž - jak je zřejmé z výše uvedeného - u specificky narušeného vývoje řeči (např. doporučení neurologického vyšetření pro obecnou četnost klinických a subklinických záchvatů epilepsie u vývojových dysfázií, anebo psychologické tehdy, pokud si není jist intelektem, při provázejících výchovných obtížích, při úvahách o zaškolení dítěte apod.). Pro vyšetření a stimulaci jemné motoriky se jeví vhodný ergoterapeut.

• Logoped podá pediatrovi zprávu o svých úsudcích. A pokud stanoví diagnózu specificky narušeného vývoje či jeho riziko, anebo zachytí symptomatickou poruchu řeči, zahájí poradenství s rodičem a stimulaci vývoje s dítětem.

• Domníváme se, že v rámci potřeby koncepčního řešení je vhodná koordinace jednot-

livých vyšetření a terapií jedním odborníkem. Roztříštěnost informací je pro rodiče stresovým faktorem. Je předpoklad, že klinický logoped se postupně stane nejvíce provázejícím specialistou rodiny, je zde vysoká záruka toho, že je obeznámen se souvislostmi diagnózy, neboť ne každý neurolog, foniatr a psycholog se tímto tématem zabývá (má vlastní témata).

• Pediatr se tak může spolehnout, že léčba je zajištěna. A pokud po přečtení zaváhá, že je zde popisován logoped „jiné doby“, lze odvětit, že tento problém existuje ve všech profesích. Za posledních dvacet let zaznamenala logopedie velký pokrok. Vždy je pro pediatra výhodný osobní kontakt se specialistou, vybudování si důvěry, o to snadněji se pak bude rozhodovat, komu doporučí svého malého pacienta.

■ Kdy k logopedovi?

- Pokud mají rodiče jakékoliv podezření na poruchu vývoje komunikačních schopností;
- pokud dítě nemá ve věku dvou let komunikační záměr; závažným rizikem je, když nepoužívá gesta;
- pokud aktivní slovník nečiní ve věku dvou

let cca 50 slov či nezačíná spojovat dvě slova;

- pokud má okolo dvou let výrazně lepší porozumění než řečovou expresi („skoro všemu rozumí, ale nemluví“);
- pokud nerozumí řeči;
- pokud je řeč ve dvou letech zcela nesrozumitelná blízkému okolí (Mikulajová, 2009)
- ihned, pokud je diagnostikována diagnóza, u které je ze své podstaty očekávána symptomatická porucha řeči - klinický logoped si sám volí formu, obsah i četnost intervence (začíná „přes rodiče“)
- u rizikových dětí ihned; tzn. že by bylo potřebné ustálit, aby se logopedická intervence stala součástí péče po propuštění z perinatologického centra - „dítě s potenciálním rizikem má být logopedem od narození pravidelně sledované“ (Rosetti, 2001, Mikulajová, 2009); obtížnost rané intervence však předpokládá specializované pracoviště (podobně jako v ostatních oborech).

Literatura u autorky

SPECIALIZOVANÝ BREVÍŘ PEDIATRIE/OČKOVACÍ LÁTKY

obsahuje obvyklou lékovou část, shrnující základní informace o léčivých přípravcích dostupných na českém trhu, kterou již tradičně připravili pracovníci společnosti INPHARMEX pod vedením RNDr. Bohuslava Škopa, CSc., za odborné konzultace prof. MUDr. Jana Švihovce, DrSc. Vzhledem k tomu, že jde o Breviř zaměřený na určitý obor, jsou uvedené lékové informace v širším rozsahu. Stejně cenné informace přináší i úvodní strany publikace, na nichž naleznete vše podstatné o diagnostice a léčbě širokého spektra onemocnění v oblasti pediatrie. Tyto texty uspořádal spolu s kolegy doc. MUDr. J. Hoza, CSc.

Obsah textové části:

Zvláštnosti klinické farmakologie u dětí

Doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc.

Lékové formy pro děti, nejčastěji ordinované léky dětem a jejich dávkování

Doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc.

Léky a novorozeneček

MUDr. Petr Švihovec

Léky a kojení

MUDr. Iva Burianová

Zvláštnosti nežádoucích účinků léků u dětí, interakce léků u dětí

Doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc.

Otravy léky, zneužívání léků u dětí

MUDr. Olga Černá

Náhrady mateřského mléka, výživa a potravinové doplňky

Prim. MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Současné léčebné možnosti dědičných poruch metabolismu

MUDr. Tomáš Honzík, PhD.

Lysozomální strádavá onemocnění, možnosti diagnostiky a terapie

MUDr. Věra Malinová

Referenční hodnoty laboratorních vyšetření u dětí

RNDr. Jana Barcalová

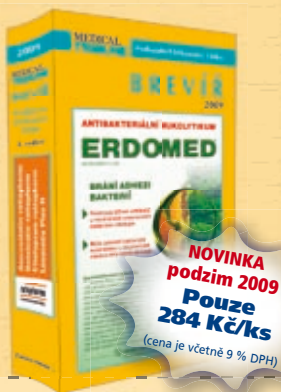
Očkovací látky

1. Očkovací a imunizační desatero
 2. Důležité informace o očkování pro praxi
 3. Schémata očkování a přeočkování řazená dle názvu infekce
- Prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.
- Očkování, očkovací kalendář**
MUDr. Hana Cabrnchová

Objednací kupon zašlete na adresu:

MEDICAL TRIBUNE CZ

Na Moráni 5, 128 00 Praha 2



NOVINKA podzim 2009
Pouze 284 Kč/ks
(cena je včetně 9 % DPH)

Objednací kupon

Pediatrie/Očkovací látky počet ks

- Způsob platby: dobříkou
 zálohovou fakturou

Plátce:
Jméno/Název organizace:

Kontaktní osoba: IČ:

Ulice a číslo: Město: PSČ:

E-mail: Telefon:

Souhlasím s tím, aby uvedené osobní údaje byly zařazeny do databáze správce těchto údajů, společnosti MEDICAL TRIBUNE CZ, s. r. o. IČ: 26158299, a to za účelem nabízení služeb nebo obchodu, poskytování informací, případně bezplatného zaslání edukačních materiálů tohoto správce. Tento souhlas poskytnu na dobu neurčitou a jsem si vědom(a) toho, že mám právo tento souhlas kdykoliv písemně odvolat.

OBJEDNÁVAT MŮŽETE TAKÉ:

1. telefonem 224 923 283
2. faxem 224 922 436
3. e-mailem info@tribune.cz
4. na webové adrese www.tribune.cz

BRE 2009-ANB/166



Kazuistiky z centra komplexní péče v Ústí nad Labem - Demosthenes

Marta Frimmelová

Demosthenes, Ústí nad Labem

■ Ondřej, narozen v roce 1999

**První kontakt s DEMOSTHENEM:
ve 30. měsíci věku**

Z rodinné a osobní anamnézy

Ondřej žije v úplné rodině, bez hereditární zátěže. Starší bratr 1995, zdravý, navštěvuje základní školu.

Chlapec pochází z druhé fyziologické gravidity. Porod byl spontánní, proběhl v termínu, překotný, avšak bez komplikací, poporodní adaptace byla fyziologická. Kojen dva měsíce. V PMV celkové opoždění. Rodiče začali být znepokojeni vývojem dítěte již od počátku kojenického věku, kdy zejména matka pozorovala, že dítě je nápadně klidné, nejví zájem o okolí a působí jakoby „utlučené“. Ondřej začal samostatně sedět v 10. měsíci života a chodit v 17 měsících. Po 12. měsíci byl zaznamenán výrazný motorický neklid. Vývoj řeči zpočátku probíhal zcela bez nápadností, první slova se objevila kolem 12. měsíce (řádově pět slov), krátce poté však došlo ke stagnaci vývoje, řeč se dále nerozvíjela a chlapec přestal užívat i již nabytá slůvka. Obdobná regrese komunikačních schopností se opakovala ještě kolem 18. měsíce.

Raný věk

Z důvodu abnormálního psychomotorického vývoje byl Ondřej od raného věku sledován neurologem a pro vyloučení vady sluchu vyšetřen foniatrem.

Ve věku 30 měsíců kontaktovali rodiče naše pracoviště rané péče. Hlavním důvodem byly narůstající problémy v chování dítěte, zejména agresivní tendence a automutilace, které negativně ovlivňovaly nejen vývoj Ondřeje samotného, ale i běžný chod života celé rodiny. Rodina byla zařazena do projektu rané péče a stala se tak součástí jejího odborného týmu. Konzultace se konaly jednou týdně v přirozeném prostředí Ondřejova domova. Poradcem rané péče bylo vysloveno podezření na poruchu autistického spektra. Navrženy vhodné komunikační strategie, výchovný přístup a struktura denního režimu. Součástí terapeutického programu byla také canisterapie.

Chlapec začal reagovat na své jméno, na jednoduché pokyny, postupně začal užívat jednoduchá slova, zejména onomatopoeia. Přetrvávaly deficity v oblasti komunikace, sociálního chování a vnímání, vytvářející symptomatiku typickou pro poruchy v oblasti autistického spektra, což signalizovalo potřebu systematictějšího a detailnějšího sledování vývoje chlapce.

Psychomotorický vývoj v předškolním věku

Rodičům byl poradcem rané péče doporučen denní diagnosticko-terapeutický pobyt v našem centru. Ondřejovi bylo v jeho počátku 42 měsíců.

Okamžitě byl zařazen do skupiny se strukturovaným programem TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Other Communicatively Handicapped children). Strukturován byl prostor, čas i samotné činnosti, důležitou součástí je také vizuální podpora, na kterou Ondřej velmi dobře zareagoval. Současně probíhala odborná vyšetření jednotlivých odborníků centra s konstatováním diagnózy dětského autismu a pravidelné interdisciplinární vizity (dětský neurolog, kliničtí psychologové, kliničtí logopedi, fyzioterapeuti, ergoterapeut, speciální pedagogové, zdravotní sestra, sociální pracovník). Chlapec se začal postupně orientovat ve známém prostoru a objevily se další známky zájmu o komunikaci.

Ve 48. měsíci věku jsme iniciovali vyšetření na klinice dětské neurologie z důvodu nezvladatelných projevů agrese. Byla zde potvrzena diagnóza středně funkčního dětského autismu s nasazením nejprve neurologické a posléze psychiatrické medikace. Medikace se v průběhu času několikrát měnila, neboť z počátku slibné zlepšení stavu se vždy po čase vrátilo k původnímu obrazu. Rodiče rovněž zkoušeli léčbu homeopatiky, avšak bez většího efektu. Primárním úkolem bylo zvolit vhodnou kombinaci léků, vypracovat cílený individuální stimulační program.

V období kolem pátého roku života se zřetelně projevil progres komunikačních schopností

chlapce, kdy bylo možné se s Ondřejem jednoduše domluvit, uměl vyjádřit souhlas a nesouhlas a začal mít zájem o sociální vztahy se svými vrstevníky. Objevila se jednoduchá hra, pokusy o imitaci, smysl pro rytmizaci a výběrový zájem o fyzický kontakt. I nadále však v sociálním chování přetrvávaly některé zvláštnosti typické pro poruchy autistického spektra, jako deficity v oblasti sociálního kontaktu, kdy si lehal na děti nebo je porážel při běhu, jakoby je nevnímal. Manifestoval se u něho také strach z některých předmětů běžného života, které měnily svou strukturu (mycí houba, nafukovací balónek, pěna, hmyz). Reakce na tyto předměty byly neadekvátní a přecházely v agresivitu. Jako typické projevy lze také hodnotit sníženou práh bolestivosti a zvýšenou citlivost sluchu. Problémové chování bylo výraznější v domácím prostředí chlapce nežli u nás, kde vyžadoval stejné rituály a odmítal jakékoli změny. Z celkového pohledu lze však pokračování vývoje Ondry hodnotit jako pozitivní, začal se slibně vytvářet komunikační kanál a pozvolna se podařilo prodloužit koncentraci pozornosti na 15 – 20 minut.

V dalším období se zlepšila tolerance vůči vrstevníkům i dalším osobám v okolí Ondry. Rozšířila se slovní zásoba na zhruba 20 slov a pomalu se začaly objevovat i dvouslovné věty, dorozumívání doplňoval gestikulací a piktogramy. Postupně se rozvíjela schopnost udržování tělesné čistoty, zvykl si na pravidelné vysazování na WC, nepodařilo se však upevnit návyk oznámení potřeby. Vlivem zlepšení oblasti vnímání se také částečně snížila míra agresivity. Nadále však přetrvávala intolerance ke změně prostředí a všem nenadálým změnám, stejně jako některé zvláštnosti sociálního chování.

Škola

Denní diagnosticko-terapeutický pobyt ukončil ve věku 6,5 roku, na základě našeho doporučení byl zaškolen v přípravném ročníku pomocné školy se zaměřením na vzdělávání dětí s poruchou autistického spektra. Vývoj postupuje pomalu. Dodnes se neobejde bez strukturovaného režimu.

Beiersdorf - Eucerin



■ Jan, narozen v roce 2003

První kontakt s DEMOSTHENEM: ve 39. měsíci věku

Z rodinné a osobní anamnézy

Úplná rodina, matka (1973), otec (1974), starší bratr (2001). Bez výskytu onemocnění či poruch, které by představovaly hereditární zátěž pro vývoj dítěte.

Honza je z druhé fyziologické gravidity. Porod proběhl 2 týdny před termínem, spontánně záhlavím, bez komplikací, dle matky s absencí reflexního křiku. Poporodní adaptace fyziologická. Dítě bylo do 13. měsíce kojeno.

Raný věk

V raném psychomotorickém vývoji evidovaly rodiče Honzika další odchylky v rámci vývoje řeči, a to již v jeho samých začátcích. V preverbálním období vývoje zaznamenali absenci emocionálně zabarveného křiku, křik popisují spíše jako monotónní hučení za účelem přivolání pozornosti. V dalším vývoji se pak projevuje zřejmá aberace. Broukání a náznaky žvatlání se objevují kolem 10. měsíce života, první slova až před dosažením 24. měsíce. Po 24. měsíci dochází k celkové regresi komunikačních schopností a rodiče začínají být vývojem dítěte znepokojeni. Motorický vývoj chlapce probíhal zcela v normě. Honzík schopen samostatně chůze již v 10. měsíci života.

V období mezi 24. až 36. měsícem Honzík trpěl recidivujícími záněty horních cest dýchacích a záněty středouší. Následoval pobyt v lázních a bylo vysloveno podezření na postižení sluchu, převodní nedoslýchavost. Během tří měsíců byl vyšetřen na ORL a foniatrii. Na základě těchto odborných vyšetření byla provedena adenotomie a pro korekci převodní nedoslýchavosti voperovány stipuly.

Tímto zákrokem se významně zlepšil sluch a reakce na zvuky. Opět se začala objevovat slova, avšak pouze echolalického charakteru (bez významu). V tomto období chlapec začíná imitovat známé melodie a úryvky z reklam, které si stále dokola opakuje. Vyžaduje promítání stejné pohádky, rituály, rád se točí dokola a vyvolává zdání, jakoby nevnímal realitu, ale žil v „jiném světě“.

Období předškolního věku

Z důvodu abnormalit v rámci vývoje komunikačních schopností kontaktovali rodiče naše specializované pracoviště ve 39. měsíci věku Honzy – byl zde vyšetřen klinickým logopedem se závěrem: podezření na pervazivní vývojovou poruchu a doporučen denní diagnostický pobyt

s předpokládaným následným pobytem terapeutickým. Ve stejnou dobu byl šetřen dětským neurologem s výsledným normálním nálezem a foniatrem (na klinice) bez prokázání existence poruchy sluchu.

V době nástupu k diagnostickému pobytu bylo Honzovi 42 měsíců, v jeho chování se výrazně manifestovala hyperaktivita, potřeba prosazování svých rituálů a velmi nízká úroveň komunikačních schopností. Reakce na jméno a opakované výzvy byly pouze občasné. V interakci s okolím byl výrazně pasivní. Hra měla podobu manipulace s jednou hračkou, kterou neustále vyžadoval. V reakci na nové prostředí odmítal první dny zcela přijímat potravu. Situaci navíc komplikoval návrat matky do zaměstnání, kdy chlapec setrval v zařízení až do odpoledních hodin. Honza se na odpolední pobyt spojený se změnou ošetřujícího personálu a prostředí adaptoval jen velmi obtížně, proto po týmovém zvážení spolu s rodinou se matka vrátila na rodičovskou dovolenou a vyzvedávala chlapce už po obědě.

Od počátku diagnosticko-terapeutického pobytu chlapec pracoval dle strukturovaného programu TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Other Communicatively Handicapped Children). Současně probíhala odborná vyšetření jednotlivých odborníků centra s konstatováním diagnózy dětského autismu a pravidelné interdisciplinární vizity (dětský neurolog, kliničtí psychologové, kliničtí logopedi, fyzioterapeuti, ergoterapeut, speciální pedagogové, zdravotní sestra, sociální pracovník).

V krátkém čase byly zaznamenány pozitivní reakce na vizuální podněty komunikačního charakteru (fotografie, obrázky) a začínal se vytvářet komunikační kanál. Posléze byl vyhodnocen test psychoedukačního profilu dítěte, na jehož základě byl vypracován stimulační program.

Po roce cílené terapie (54. měsíc) se projevil zřetelný pokrok v oblasti komunikace, Honza byl schopen užít několik slov s významem, což pozitivně ovlivnilo základní dorozumívání s okolím. Současně se však zvýšily sebeprosazující tendence hraničící s agresivitou a automutilací, představující významnou zátěž především pro chlapcovu rodinu. Také se potvrdilo, že dítě má snížený práh bolestivosti. Následovalo psychiatrické vyšetření, jehož výsledkem bylo nasazení medikace Rorendo-Oro s pozitivním dopadem na oblast koncentrace pozornosti a intenzitu incidentů, což vedlo k dalšímu rozvoji zejména komunikačních schopností. Jediným negativním důsledkem zvolené medikace se

ukázaly být vedlejší účinky léků způsobující obezitu. Následující specializované vyšetření v APLE Praha už jen potvrdilo diagnózu dětského autismu, specifikovaného jako vysocefunkční.

V této době byl zvolen také neúčinnější komunikační kanál – kombinace orální řeči s obrázkou s grafickou podobou slova, později u některých výrazů nahrazenou pouze grafickým znakem. Během dalšího roku probíhala systematická stimulace oblasti vnímání, schopnosti imitace, rozvoje pracovních návyků a prohloubení komunikačních dovedností. Cílená stimulace probíhala na několika úrovních a transdisciplinárně, vývoj byl monitorován pravidelným vyhodnocováním stavu. Důležitou a neopomenutelnou součástí byla také spolupráce s rodiči a sourozencem Honzíkem.

Výsledky komplexní a cílené stimulace v předškolním věku se projeví v postupném zvyšování samostatnosti chlapce. Zlepšila se tolerance vůči některým druhům potravin a materiálům (např. oblečení, kdy dříve preferoval pouze modrou barvu, odmítal rukavice...). Přetrvávala však závislost na strukturovaném prostředí i čase. Honza je schopen hrát strukturovanou hru s čísly do deseti se střídáním rolí, zná většinu písmen, orientuje se podle písemných znaků. Pojmenuje velké množství předmětů na obrázku, je schopen jednoduché kategorizace. Opakuje úryvky z televizních pohádek, o obsah se nezajímá. Zvládá základní sebeobsahu, umí vyjádřit přání, požádat o věc. Přetrvávající sebeprosazující tendence mají menší intenzitu. Stále medikován psychiatrem – medikace změněna na Risperdal, zkušební vysazení léků na zvýšení koncentrace pozornosti se ukázalo jako neefektivní, proto byla medikace opět nasazena.

V průběhu tříletého denního diagnosticko-terapeutického pobytu chlapec vážněji nestonal, po 6. roce života bylo zapotřebí opakovat adenotomii.

Škola

Nyní je chlapec 6,5 roku a dochází do přípravného ročníku speciální základní školy nedaleko našeho centra, je vzděláván ve třídě se strukturovanou výukou. Námí je sledován ambulantně, včetně poskytování poradenství rodině ohledně sourozeneckých interakcí. Pomoc je nabídnuta rovněž škole. Rád hraje PC hry, které nejprve pozoruje u staršího bratra. Jezdí na koloběžce. Dobře přijímá zvířata, vyhledává s nimi taktilní kontakt. ■

Nestlé - Beba



Rodina a děti s Downovým syndromem v současnosti

Jana Jarošová, Kateřina Šimerová

Ovečka, o.p.s.

Současným rodinám dětí s Trizomií 21 se začíná dařit rozvíjet a integrovat tyto děti, a tak je směřovat k jejich relativní samostatnosti v životě. Jako organizace, jež sdružuje 20 jihočeských rodin dětí s DS, se pokoušíme předat sebrané zkušenosti z naší práce. V naší republice existuje několik klubů Downova syndromu, přičemž podobným systémem pracuje klub v Praze, Brně, a naše Ovečka, o.p.s. v Českých Budějovicích. Nesmírně významná pro tyto kluby je pak spolupráce s doc. MUDr. Márií Šustrovou, CSc., zakladatelkou slovenského klubu DS,

r. 1989, opravdu mohlo znamenat rodinnou tragédii. Jako obecně rozšířené tvrzení tato teorie velmi urputně zaujímala svou pozici v porodnicích i mezi pedagogickou a obecnou veřejností. Jako každý mýtus, i tento lze vyvracet jen velmi zvolna. Péče o takovéto dítě totiž vyžaduje kromě stále zmiňované lásky také systematickosti, sebedisciplínu a pracovitost, schopnost rozvrhnout čas, zdravý selský rozum a nezlomenou matku. Tolik mohou poskytnout dítěti rodiče. Podmínky vytvořené **rodinou** jdou ruku v ruce s dalšími důležitými podmínkami dobrého rozvoje dítě-

zu“ nebo dítě. Proto citlivé sdělení, podání uceleného obrazu diagnózy, fundované informace o možnostech těchto dětí, každý povzbudivý pohled lékaře, úsměv sestřičky, pohazení děťátka personálem, jsou velmi, velmi důležité. Pokud je dítě odbyto a je pokládáno zjevně za nedůležité, zranění, které matka obdrží, lze vyléčit jen těžce, pokud vůbec. I když časem hrubé nepřijetí svého dítěte zpracuje a svého chlapce či děvčátko s DS bezpodmínečně miluje, celým životem se táhnou okamžiky, kdy se vracejí vlny lítosti z pohrdnutí jejím dítětem. Stačí se náhodně



světově uznávanou lékařkou a imunoložkou v oboru Downova syndromu.

Totíž tvrzení o nevzdělavatelosti a nevychovatelnosti dětí s DS se dosud v některých koutech naší země vznášejí jako kletba, proti níž se jen velmi těžko bojuje. Matka, která si ponechala dítě s DS je vyzbrojena často „pouze“ láskou a odhodlaností vychovat své dítě. Ovšem netuší, s jakými problémy se bude potýkat a informace o možnostech rozvoje svého maličkého hledá osaměle, zdlouhavě a často proti všeobecně přijatému vzorci „dítě s postižením = konec doposud zdárného manželství, celoživotní problém“. Mít dítě DS před nedávnou dobou, zvláště před

te s DS, kterými jsou **kvalitní lékařská péče** (viz níže), možnost co nejvíce integrovat dítě do majoritní společnosti, práce na rozvoji jeho osobnosti a zprostředkování **znalostí a dovedností**.

■ První informace o diagnóze

Snad nejdůležitějším momentem pro dobrý rozvoj dítěte s DS je způsob podání první informace o dítěti a diagnóze DS. Vězte, že způsob, jakým se rodina dozví, že se dítě narodilo s DS, doslova fatálně ovlivní život nejen dítěte, ale především matky. Ta totiž bude podle prvních zážitků z porodnice při pohledu na potomka vidět buď „diagno-

ocitnout při setkání dvou matek dítěte s DS a jejich hovor se odvíjí téměř vždy od stejného bodu: od hrozného šoku z nedůtklivého chování osob, na něž byla matka zpočátku odkázána a zoufale hledala porozumění. Zde je namísto přiznat, že zprávy z terénu od rodičů již nejsou jen záporné, situace se v porodnicích velmi změnila a na rozdíl od dob minulých lze nalézt matky, kterým byla již na začátku podána laskavá pomocná ruka.

Při zvažování nově vzniklé situace nelze samozřejmě rodičům dětí s DS předkládat jakousi falešně radostnou představu o budoucnosti, ale je na místě neposuzovat narození dítěte s DS a jeho budoucnost



Ano, DS s sebou nese mentální postižení vždy. Ovšem oproti minulým tvrzením o hluboké mentální retardaci je dnes již známo, že intelekt naprosté většiny lidí s DS se pohybuje v pásmu lehké mentální opožděnosti, některé děti se dokonce pohybují v pásmu hraničním. Děti s DS totiž absenci poznávacích schopností nemají, jen se vyvíjejí pomaleji a je třeba jejich schopnosti „otevřít“. Ale vzdělatelné jsou všechny.

Bude vychovatelné? Slyšeli jsme, že tyto děti nejsou vychovatelné? Samozřejmě, že dítě s DS vychovatelné JE. Tyto děti jsou nesmírně sociálně zdatné,

jednostranně. Rodiče mají právo dozvědět se nejen velmi závažné skutečnosti, jež přináší diagnóza DS, ale měli by být informováni o možnostech, jakkoli náročných, jež pomohou dítě rozvinout a začlenit do společnosti. Volba je jen a jen na rodičích.

Otázky, které rodiče okamžitě napadají, jsou zejména tyto:

Bude vůbec chodit do školy? Vždyť tyto děti jsou nevzdělatelné? Děti s DS vzdělatelné JSOU a není důvod, proč by se neměly naučit číst, psát a počítat, navštěvovat školu jako kdokoli jiný (způsob přípravy je zmíněn níže).

Takže moje dítě je mentálně postižené?

osvojují si dobré návyky (ovšem stejně tak, jako ty špatné), pokud jim k tomu my dáme příležitost.

Kdo za to může? Nikdo. Downův syndrom je v podstatě „genetická nehoda“, již se nedá předejít.

Kolik je takovýchto dětí? U nás se narodí cca 50 dětí s DS ročně, oficiální statistika udává poměr 1 : 700.

Prý se zastaví ve vývoji? Ne, jde jen o mýtus. Lidé s DS se vyvíjejí pomalu, ale stále. Člověk s DS např. ve věku kolem 50 let je schopen s úspěchem začít se učit číst. Jiní již dospělí lidé s DS se až v dospělosti začali učit počítat atd...

Prý dříve umírají? Toto tvrzení vychá-

zelo kdysi z předpokladu, že dítě s DS se rodí velmi často s přidruženými chorobami nebo porušenou činností některých tělesných orgánů. V době, kdy lékařská péče buď nebyla dítěti k dispozici, nebo nebyla na tak dobré úrovni jako dnes, se lidé s DS dožívali opravdu nižšího věku. Dnes ovšem víme, že včasná lékařská péče může vyřešit mnoho zdravotních problémů souvisejících s DS, příp. jim i předejít. Průměrný věk lidí s DS je v současnosti udáván cca 60 let.

Co další dítě, může mít také DS? Ano, znovu se může DS vyskytnout u jedné ze tří forem Trizomie 21, ovšem při krevních testech lze tuto vzácnou formu zjistit. Existují případy rodin, kde se DS opakuje.

Je pravda, že bude mít vyplazený jazyk?

Tyto hrozné představy o člověku s DS jsou důsledkem pozorování odložených dětí s DS žijících v dřívějších ústavech sociální péče. Je nesporné, že při sebelepší péči nebylo možné v hromadných zařízeních zajistit dostatečnou individuální péči. Při správném cvičení, správném držení těla a péči o horní cesty dýchací zůstane jazyk, kde má být. Lidé s DS trpí makroglosií v úplně stejném procentuálním rozložení jako ostatní populace. Mýtus o velkém vyplazeném jazyku lze snad již vyvrátit pouhým pohledem na děti, které zůstaly v rodinách a o něž se dobře pečuje. Pokud budeme citovat PaedDr. Evu



Matějčkovou, pak: „...Jazyk je velký normálně, ovšem ústní dutina je relativně malá“.

Bojím se, jak to přijmou rodiče, příbuzní... Nikdo se nemusí za své dítě stydět. Proč také? Kdo má právo říci, že toto je dítě lepší a toto horší a toto se nehodí? Jak vypadá člověk, který může říci, aby matka toto a toto dítě vymazala ze svého života? Mateřská láska je svatá a slova mířená proti ní jsou hrubě neetická. Ovšem pravda je, že naprostá většina lidí se dítěte s DS zpočátku ostýchá. Proto neexistuje lepší způsob jak pomoci svým blízkým i známým, než dítě představit



tematicky pečuje o jeho zdravotní stav, posílá matku s dítětem na odborná pracoviště, kde ji naučí, jak podporovat a rozvíjet jeho psychomotorický vývoj. Dobrý pediatr, nejen odborně i lidsky na výši, je nenahraditelnou oporou rodině.

A tak pokud si osvojí špatný návyk, jen těžko a pomalu se jej zbavují.

Edukace – vlastní práce na rozvoji mentálního pole dětí s DS je výsledkem prvních dvou splněných předpokladů. Pokud se je podařilo zabezpečit, pak bývají děti s DS obvykle schopny ve věku kolem 2,5 - 3 let začít, mimo jiné, s přípravou ke čtení a seznamují se s počítáním. Celý systém učení směřuje k tomu, aby bylo dítě dobře připraveno ke vstupu do MŠ a ZŠ běžné nebo speciální.

■ Péče po propuštění z porodnice

Pediatr. V Č. Budějovicích spolupracujeme od začátku s MUDr. Josefem Žížkou, jehož si velmi vážíme, a který pečuje ve své ordinaci zatím o 6 dětí s DS. Ostatní děti s DS mají své spádové pediatry v místě svého bydliště.

Fyzioterapie. Rodiče dojíždějí s dětmi do Prahy, (Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem – Praha) na **terapii ORT – Orofaciální stimulace podle Castillia Moralese**. Tuto důležitou terapii, velmi vhodnou zvláště právě pro děti s DS, provádí PaedDr. Eva Matějčíková (Klub DS Praha). V Budějovicích (jako v dnes už ve většině větších měst) mají rodiče možnost navštěvovat cvičení **Vojtovy reflexní terapie**. Pro novorozence je velmi vhodná terapie **„Láska v rukách“**, již zaškolila naše maminky Mgr. Věra Švejnová (Praha, klub DS). Zde se silně budují vazby matka – dítě a oba se učí očnímu kontaktu, tolik důležitému pro budoucí schopnost dítěte soustředit se a učit poslechnout.

Rodičovský mimiklub, rozvíjení formou her. Jednou týdně přicházejí děti do 4 let s rodiči nebo prarodiči na cca 1,5 hodinová setkání. Tyto lekce vedou maminky podle předem vypracovaného vlastního plánu. Přicházejí i matky s dětmi bez postižení. Tyto malé děti navštěvují navíc 1x týdně **Montessori centrum**, kde pod vedením Mgr. Ivy Křikavové pracují ve skupince s dětmi bez postižení. Oba tyto malé „klubečky“ jsou velmi důležité pro rozvoj základních sociálních návyků a dovedností maličkových dětí s DS.

Individuální práce na rozvoji kognitivních funkcí začíná obvykle zhruba ve 2,5 letech dítěte. Docházíme za dětmi domů a pracujeme nejen s dětmi, ale i s rodiči, aby pak mohli s dítětem pokračovat stejně. V předškolním věku se už práce přesouvá do centra. Systém práce je importován z velké části z Holandska, Izraele a V. Británie, ale samozřejmě pracujeme i s tuzemskými

se samozřejmostí. Když pak matka prolomí strach z komunikace vysvětlením diagnózy, okolí si oddechne a začne se chovat přirozeně. V Ovečce máme rodiče, z nichž nikoho ani nenapadne, že by jeho dítě bylo „horší“. Sebevědomí rodiny tak není pošlapané a rodiče se lépe vypořádávají se starostmi, které je v průběhu života s dítětem potkají.

Nemůže mít nějakou „lehčí variantu“?

Podle doc. MUDr. M. Šustrové (Slovenská republika) mozaiková forma Trizomie 21 (výskyt kolem 7-8 %) dává určitý předpoklad, že postižení intelektu bude menší. Dokonce existují lidé s mozaikovou formou DS, kteří vystudovali VŠ. Paradoxně však mají větší problémy s imunitou a především pak s autoimunitou.

Uvědomují si, že mají DS? Ano, samozřejmě, ale až jako větší. V raném a předškolním věku se děti navzájem přijímají naprosto bezproblémově, čili v tomto období děti s DS prožívají úplně stejné dětství jako ostatní děti a je to nevhodnější doba pro začlenění do společnosti. Potom už záleží na rodině a možnostech prostředí, v němž žije (možnost integrace do školy, druh školy, ochota přijmout dítě do kroužků mimoškolních aktivit., jaké máme přátele atd.), aby dorůstající člověk s DS cítil svou odlišnost co možná nejméně a s ohleduplností.

Bude mít potíže se zdravím? Výčet možných zdravotních komplikací není malý. Ovšem jednak se všechny problémy nevyskytují najednou, jednak je úroveň medicíny jiná, než byla před lety, kdy potřební lidé s DS neměli dnešní možnosti pomoci. V současnosti lze velmi úspěšně některým přidruženým chorobám předcházet nebo je úspěšně léčit jako u každého jiného dítěte. A dobrý pediatr může zcela zásadním způsobem ovlivnit optimální vývoj dítěte s DS. Kromě toho, že sys-

■ Předpoklady úspěšného vývoje dítěte s DS



Prvním předpokladem rozvoje dítěte s DS je **dobrá zdravotní stav**. Těžko si lze představit, jak dítě unavené a ve špatné kondici zatěžujeme dalšími nároky. Určujícím pro začlenění dítěte do společnosti je jeho **sociální rozvoj**. Snažíme se rodičům vysvětlit, že ve výchově dítěte s DS sehraje klíčovou roli laskavost, ovšem ruku v ruce s trpělivou důsledností. Bez správných sociálních návyků, obvyčejného slušného chování bude velmi problematické dítě začlenit. Dítě, které je z domova zvyklé poslechnout, se spíše soustředí na pokyny při učení – hře, a bude možné s ním pracovat na rozvoji jeho poznávacích funkcí. Zde je na místě opustit jakýkoli patos z postižení a zvažovat, co je pro dítě v jeho chování do budoucna dobré a co ne. Děti potřebují znát hranice a pravidla a řídit se jimi. Každý rodič potvrdí, že musí vychovávat k důslednosti především sám sebe, protože děti s DS jsou neobvykle schopné v napodobování, jímž se snaží začlenit.



metodami výuky. Používá se metoda tzv. zprostředkovaného učení, kdy učitel je dítěti spíše partnerem a navádí je tak, aby pokud možno objevilo souvislosti samo. Ve městech, kde není žádná podobná organizace, mohou rodiče s dětmi navštěvovat **Centra rané péče**.

Rodičovská setkání (cca 4-5 x ročně) a **rehabilitační pobyty** (1x ročně) jsou místem, kde je cílem podpořit sebevědomí rodiny a vědomí její platné role ve společnosti. Zde se pořádají odborné přednášky a semináře, které mají za cíl vysvětlit rodičům, o co v terapii nebo výukovém programu jde. Jsme přesvědčeni, že rodiče, kteří vědí, co dělají a proč, jsou daleko více motivováni k vytrvalé práci s dítětem, než pokud jen plní s dítětem zadané úkoly.

Nastoupit do Mateřské školy běžného

typu by mělo být dnes pro dítě s DS samozřejmostí. Pokud je dobře vedené v rodině, mateřská škola mu prospěje opět zásadním způsobem: rozvoj řeči, správné sociální návyky a vazby, disciplína, společnost zdravých dětí jako vzoru, to jsou neocenitelné základy pro jeho budoucí vývoj.

Základní škola: rodiče dnes volí mezi školou speciální a běžnou. Jsou ale zatím bohužel doslova závislí na osvětlenosti ředitele a pedagogů, na jejich odvaze vstoupit do „neznáma“. Školám se snažíme vycházet vstříc tak, že pořádáme semináře, jež by pomohly pedagogům a asistentům zvládnout výuku (resp. rozvíjet osobnost dítěte) po všech stránkách tak, aby čas strávený ve škole byl pro dítě produktivní především v sociálním zapojení, aby osvojování vědomostí a dovedností bylo zábavné a pokud možno podle postupů, které se u našich dětí již osvědčily.

■ Nejčastější obtíže znemožňující úspěšné učení

Bohužel máme tvrdou zkušenost, že k nám přicházejí rodiče, jejichž dítě nemá potřebná lékařská vyšetření. V důsledku toho trpí děti především:

Poruchou sluchu – dnes léčitelný problém, který, pokud se neřeší, znemožňuje dítěti naučit se správně mluvit a způsobuje překážku už i tak problematickému vývoji řeči. Až 70% dětí má nějakou poruchu sluchu, nejčastěji poruchu sluchové percepce. Drtivá většina dětí s DS má problém ve vývoji mluveného slova. Ovšem mají dobrou pasivní slovní zásobu, rozumějí daleko dříve, než se naučí mluvit. Tak snadno vznikl mýtus o agresivitě, kdy dítě chce komunikovat, ale není mu rozumět. Okolí nemá trpělivost a dítě je odbýváno. Nastává výbuch emocí, protože dítě se dorozumět chce.

Poruchou zraku – dobré zrakové paměti lze u dětí s DS výborně využít. Ale uvědom-

me si, že 60% lidí s DS potřebuje odbornou pomoc očního specialisty, většinou jde o refrakční chyby.

Poruchou funkce štítné žlázy – opět dobře řešitelná porucha, jež však neléčená může přivodit stav, kdy špatný vývoj dítěte je připisován chybně na vrub diagnózy DS. Touto poruchou trpí 10 -20 % dětí a 40 - 60 % dospělých s DS.

Poruchou pozornosti – nejčastější porucha, s níž musíme počítat a začít se připravovat pokud možno od narození (viz výše „Láska v rukách“). Na místě je trpělivost a vynalézavost, dnes existují postupy, jak pomoci rodičům a pedagogům tento handicap řešit.

■ Co tedy rodiče nejvíce potřebují?

- porozumět diagnóze DS
- vědět, že péče o dítě s DS je sice náročná, ale není nevládnutelná
- přehled vyšetření a preventivních prohlídek a jejich frekvenci
- získat kontakt na rodiče, kteří mají také dítě s DS, kontakt na sdružení DS
- vědět, že děti s DS jsou rozhodně vzdělávací a vyvíjejí se po celý život
- uvědomit si, že každé z dětí je originál a nelze je poměřovat s ostatními
- vědět, že úspěšná integrace se zcela zásadně odvíjí od způsobu chování dítěte

Celkově po letech strávených ve společnosti dětí s DS vyrůstajících v rodinách ať úplných nebo neúplných, lze potvrdit, že tyto děti jsou originální bytosti, velmi životaschopné, mají bohatou vnitřní představivost, milují své blízké, jsou zajímavé a milé, i když často tvrdohlavé. Pro nás rodiče jsou krásné. A při systematickém vedení dosahují výsledků, o nichž se minulá generaci ani nesnilo. ■



Evropský sociální fond

Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Všeobecné fakultní nemocnici v Praze se podařilo získat finanční podporu z Operačního programu Praha – Adaptability spolufinancovaného Evropským sociálním fondem na realizaci projektu „Vzdělávání revmatologického týmu Kliniky dětského a dorostového lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze“ (KDDL VFN). Cílem dvouletého projektu, který byl zahájen 1. února 2009, je zavést na KDDL vzdělávací program v oboru dětské revmatologie srovnatelný

se špičkovými zahraničními centry; prostřednictvím zahraničních a tuzemských kurzů a stáží prohloubit vzdělání zaměstnanců nemocnice v oboru revmatologické péče a tím zajistit rozvoj komplexně vzdělávacího centra dětské revmatologie pro specializační přípravu lékařů a pracovníků nelékařských zdravotnických profesí.



Downův syndrom a majoritní společnost

Kateřina Šimerová

Ovečka, o.p.s.



Jak již bylo uvedeno, je velmi důležité poskytnout rodině po narození dítěte s DS co nejucelenější obraz diagnózy. Ovšem vzhledem k tomu, že rodina nežije ve vakuu, ale v určitém sociokulturním prostředí, vnímáme jako neméně důležité seznamovat s problematikou Downova syndromu též širokou veřejnost, kde stále o tomto druhu postižení panují různé mýty.

Abychom pomohli rodinám připravit dítě na integraci do běžného života, snažíme se tyto mýty bořit a nabízet veřejnosti nový pohled na spoluobčany s DS.

V minulých třech letech jsme za tímto účelem uspořádali ve městech JČ kraje téměř 2 desítky výtvarných výstav, spojených s besedou pro veřejnost. Tuto formu jsme volili, neboť se domníváme, že je třeba prezentovat konkrétní příklady z praxe. Proto vystavujeme obrazy pana Jiřího Šedého, který se narodil před 33 lety s DS a jehož maminka se nenechala odradit nepříznivou společenskou situací té doby a svou důslednou péčí o jeho všestranný rozvoj z něj vychovala člověka, který je dnes schopen víceméně samostatného života.

Ovšem dospělí s DS, kteří jsou plně zapojeni do běžného života, bychom v Čechách asi napočítali na prstech jedné ruky, protože společnost není zatím dostatečně připravena přijímat Downův syndrom bez předpokladů. Ještě mnoho rodin pravděpodobně zažije zklamání, kdy (přes veškerou péči v rodině a úspěšnou školní integraci) nedokáže jejich připravený dospělý najít vhodnou práci a zapojit se tak plně do života, jak je tomu v mnoha zemích světa.

Budoucnost dnešních dětí s DS je tedy stále nejistá. Také proto již v naší republice existují iniciativy, které se snaží formou podporovaného zaměstnávání připravit půdu pro jejich úspěšné zařazování do pracovního procesu.

V rámci osvěty vydala Ovečka za podpory JČ kraje také brožuru LIDSKÝ ROZMĚR 21, která je určena do porodnic jako první pomoc rodině, do které se právě narodilo dítě s DS. Opět jsme zde vycházeli z toho, že osudy jednotlivých rodin, které si již touto zkušeností prošly a byly ochotny se

o ni podělit, pomohou rodičům nově narozeného dítěte se lépe adaptovat na nelehkou životní situaci. K této brožuře byl vydán i stejnojmenný film, který kromě příběhů rodin nabízí též slovo lékaře, speciálního pedagoga a reportáž ze školy, kde již úspěšně probíhá integrace.

Existuje ale i další možnost, jak pozitivně ovlivnit přijetí lidí s DS většinou společností a to prostřednictvím samotných dětí, které jsou dnes již úspěšně integrovány jak do mateřských, tak základních škol.

Obecně lze říci, že pro děti s DS je běžná MŠ nutností, protože poskytuje dítěti přirozený prostor pro nácvik sociálních dovedností a pro chování ve skupině. Naopak zdravé děti takto dostanou možnost naučit se pracovat a komunikovat se svými znevýhodněnými spolužáky, neboť v tomto věku je přijímají bezvýhradně. V našem regionu jsou v běžné MŠ integrovány děti např. v Česticích na Strakonicku, ve Vodňanech, Jarošově nad Nežárkou, ve Velešíně a v Českých Budějovicích. Co se týká integrace do základní školy, vycházíme ze skutečnosti, že rozvoj myšlení jedince není dán pouze genetickou výbavou, ale výrazně jej ovlivňuje i jeho každodenní interakce s prostředím, ve kterém vyrůstá. Proto se domníváme, že pro děti s DS je velmi vhodná integrace do běžné základní školy. Dítě, které není od útlého věku izolováno od svých zdravých vrstevníků, má mnohem větší šanci na všestranný rozvoj, protože se učí především nápodobou a děti v běžné škole je svým způsobem „táhnou“. Naopak přítomnost takového dítěte v kolektivu zdravých vrstevníků má samozřejmě na kolektiv velmi pozitivní vliv. Vedle dítěte s DS se mohou ostatní děti učit toleranci, empatii, solidaritě a dalším sociálním dovednostem, které využijí ve svém dospělém životě. O oboustranné výhodnosti těchto vztahů není tedy třeba pochybovat.

Z dětí v našem sdružení je v současné době integrováno do běžné MŠ 5 dětí, do běžné ZŠ 4 děti, z nichž nejstarší již navštěvuje druhý stupeň. Jistě jsou zde další děti a dospělí s DS, o kterých ani nevíme, nebo se o nich postupně dozvídáme. Jejich rodiče při jejich výchově nevyhledali žádnou podporu zvenčí, přesto jsou jejich děti úspěšně integrovány v místě svého bydliště.

Integrace se samozřejmě nemusí vždy povést, protože ve hře je mnoho okolností. Úspěšnost integrace především závisí na úzké spolupráci rodiny, školy, asistenta a speciálně pedagogická centra, příp. logopeda.

Předpokladem úspěšné integrace je dítě dobře vedené rodinou. Jinými slovy, špatně vychované, zdravotně nekompenzované dítě se integruje hůře, než dítě vychované a v dobrém zdravotním stavu.



Pokud se v procesu integrace vyskytnou problémy na úrovni legislativy či školy, pak je namístě pomoc sdružení našeho typu, kdy můžeme rodiče podpořit tím, že kontaktujeme příslušnou školu, zajistíme spolupráci s rodinou, vyhledáme a zaškolíme asistenta apod. Často totiž dochází k velkému nepochopení ze strany pedagogů, kteří se domnívají, že děti s DS nemohou chodit do běžné ZŠ, protože nedosáhnou stejných výsledků, jako jejich vrstevníci. Zde je na místě vysvětlit, že dítě má samozřejmě kromě asistenta i individuální vzdělávací plán, jehož výstupy se podle schopností dítěte mohou lišit od dosažených znalostí jeho vrstevníků. Je třeba velmi zdůraznit sociální úlohu integrace, neboť ta je pro děti klíčová. Pokud se spolupráce se školou vydaří, můžeme později škole nabídnout vyzkoušené metody učení, dodat potřebné pomůcky, organizovat setkání asistentů apod.

Ráda bych zde uvedla takový příklad nepochopení procesu integrace. V jedné nejmenované mateřské škole byli rodiče dítěte při osobním setkání tázáni: „A proč ji chcete integrovat?? Chcete snad z ní mít ředitelku??“ Ne, rodiče zpravidla nechtějí své děti s DS integrovat proto, aby z nich jednou „měli ředitele“. Ale jen si obyčejně přejí, aby nemuseli své děti izolovat od prostředí, do kterého se narodily a vozit je např. do školy v jiném městě, či přetřhat všechny vazby a stěhovat se z místa na místo, podle toho, jak budeme my ostatní ochotni jejich děti přijmout, což se bohužel zatím stále děje. Osud těmto rodičům totiž naložil mnohem větší zodpovědnost za budoucnost jejich dětí, proto nemohou a nechtějí zůstat lhostejní a nečinní.

Je nesporné, že lidé s DS se rodili od nepaměti, rodí se dnes a budou se - i přes veškerý pokrok v prenatalní diagnostice - rodit i nadále. Považují proto za nezbytné, aby je naše společnost začala přijímat bez předpokladů a pomáhala jim v jejich všestranném rozvoji, neboť je mylné se domnívat, že lidé s DS nemají potřebu vytvořit si pozitivní sebeobraz založený právě na tomto přijetí a na víře v jejich schopnosti.

Hero - Sunar HA



Ze světa odborné literatury...

Neonatální pertusse prezentující se jako akutní bronchiolitida

Uvádějí zde kazuistiku 28 dní starého kojence. Děvče bylo na pracovišti hospitalisované pro těžkou akutní bronchiolitidu s cyanosou. Dítě se narodilo ve 39. týdnu gestace s hmotností 2 928 g. Doma po propuštění z porodnice se po 14 dnech začal rozvíjet kašel se záchvaty cyanosis. Ve věku 21 dní bylo toto hodnoceno jako virosa v oblasti respiračního traktu. Respirační symptomy se ale zhoršovaly a záchvatů cyanosy přibývalo zvláště v den příjmu do nemocnice. Je nutné podotknout, že v rodině 2 týdny před začátkem onemocnění uvedeného kojence probíhala jakási viroza. Bez terapie antibiotiky. V klinickém obraze dotyčného kojence dominovala dyspnoe s poklesem saturace na 88% a kašel. Srdeční akce se pohybovala kolem 160/min a dechová kolem 60/min. V krevním obraze byla leukocytoza s lymfocytózou. CRP nebylo zvýšeno. Virologické vyšetření pro RS virus, influenza virus a adenovirus byla negativní. Klinický obraz budil dojem pertusse.

Dítě dostávalo piperacilin a hydrokortison. Stav se však nadále zhoršoval a docházelo k apnoickým stavům a k bradykardii, zvláště během nočních záchvatů. Na RTG byla popisována atelektasa vpravo. Obraz RDS se prohluboval, dítě intubováno a ventilováno.

Třetí den po přijetí byl přidán claritromycin. Nasopharyngeální a intratracheální aspirát byl 5 den pozitivní pro Bordetella pertussis a to při využití laboratorní metody isothermální amplifikace (LAMP). Také PCR analýza z tohoto aspirátu byla pozitivní. Po přidání uvedené terapie se také stav kojence začal rychle zlepšovat a děvče mohlo být 8 den extubováno. Claritromycin byl aplikován celkem 3 týdny a piperacilin 8 dní. Hodnoty LAMP zůstávaly pozitivní ještě 30 dní po zahájení léčby. Negativita tohoto testu se objevila až 33 den po zahájení léčby. LAMP byl negativní i u ostatních rodinných příslušníků. Autoři zdůrazňují možnost diagnostiky pomocí LAMP, protože běžné serologické metody mohou být 7 -10 dní negativní, zvláště u kojenců. LAMP je metoda rychlá a levná. Tato diagnostika přináší výsledek do 60 minut. Zajímavá je také měsíční perzistence výsledků této reakce, její příčina zůstává nejasná.

Eur.J.Pediatr./2009/168: 347-349

Parapneumonické effuze - komplikace u belgických dětí před rutinním očkováním proti pneumokokům

Z výššího výskytu komplikovaných parapneumonických effuzí a výpotků je popisován z Británie i z USA. Z Evropy není mnoho údajů. Proto se autoři zaměřili na vyšetřování incidence komplikovaných parapneumonických effuzí a empyémů mezi léty 1993-2005, t.j. do doby než začala éra očkování pneumokokovou konjugovanou vakcínou. Identifikovali 66 dětí. Během výše uvedených let se incidence počtu přijímaných zvýšila několikrát. Maximum věkového výskytu se pohybovalo kolem 3,6 roku. Střední doba trvání symptomů před přijetím obnášela 4 dny. Počet leukocytů se pohyboval kolem 13 000 a CRP byl v průměru 242 mg/l. V průběhu uvedeného období také přibývalo závažnějších klinických obrazů. Byly také vyšší pleurální LDH, leukocyty, nižší glukosa a patrná také delší doba hospitalisace. Většinou izolován serotyp 1 Streptococcus pneumoniae. Autoři zdůrazňují fibrinopurulentní stadia i reorganizace na tlusté fibrozní plochy. V preantibiotické éře byly tyto nálezy empyémů spojeny s vysokou mortalitou. Ve všech případech byl izolován Strept. pneumoniae typ 1. Podotýkají, že typ 1 není obsažen v hexavalentní pneumokokové vakcíně. V Belgii bylo toto očkování zařazeno od roku 2006. Parapneumonické effuze byly definovány jako přítomnost pleurální tekutiny na sono nebo na CT, dále byl hodnocen purulentní vzhled, vysoké množství leukocytů, zvýšení LDH. Všichni pacienti byli léčeni intravenózními antibiotiky. 53 pacientů dostávalo cefalosporiny, 52 PNC deriváty, 5 klindamycin, 8 glykopeptidy, 11 makrolidy. Většina pacientů měla provedenou drenáž hrudníku. 4 pacienti měli thorakocentézu. U dvou pacientů nebyla prováděna žádná intervence, jeden se rychle upravil a jeden zemřel. 11 pacientů mělo fibrinolytika. Mortalita se pohybovala kolem 3 %.

Eur.J.Pediatr./2009/168: 51-58.

Inkompletní Kawasakiho choroba u pacientů pod 1 rok věku

Kawasakiho choroba u pacientů pod jeden rok věku má vysoké procento postižení koronárních arterií. Prozkoumali celkem 136 pacientů mladších jednoho roku, kteří byli léčeni v universitní nemocnici od roku 2001 do roku

2006. U 16 z nich, t.j. necelých 12% se objevily koronární abnormality. U této skupiny byla patrná delší doba trvání teplot, ale nebyl rozdíl v podávání gama globulinu. Skupina s abnormalitami měla méně diagnostických symptomů než skupina bez koronárních abnormalit. Skupina komplikovanější měla také větší počet leukocytů a trombocytů, většinou přes 450 000. Toto onemocnění je řazeno mezi vaskulitidy. Tato zánětlivá odpověď na přítomnost mikroorganismů je zřejmě genetiky determinována. Léčba vysokými dávkami gama globulinů spol s aspirinem redukuje koronární abnormality z 20 % na 5 %. Příčina onemocnění ale stále není jasná.

Ukazuje se, že koronární abnormality se vyvíjejí častěji u inkompletní KD. Vývoj odpovědi není přímo závislý na odpovědi na IVIG. Posunem do mladších ročníků budí dojem hereditárně podmíněné dysfunkční imunity odpovědi na infekci. Také teploty trvající déle než 8 dní jsou dalším komplikujícím momentem.

Eur.J.Pediatr./2009/168, 157 -162.

Prvé febrilní křeče - znalosti, reakce a znepokojení matek

Febrilní křeče, navzdory velmi dobré prognóze dle autorů, jsou častou příčinou úzkosti matek. Proto v práci hodnotili znalosti, postoje a znepokojení matek dětských pacientů na prvé febrilní křeče. Do studie bylo zařazeno 126 matek. 46 % matek včas rozpoznalo křeče, 39 % toto interpretovalo jako umírání, 68 % rodičů nebylo schopno žádné intervence před příjezdem do nemocnice. Jen 68 % matek si bylo vědomo časného měření teplot. Je nutné si uvědomit, že febrilní křeče postihují 2-5 % dětí a jsou nejčastěji popisovány mezi 3. měsícem a 5. rokem věku s vrcholem kolem 18 měsíců. Ve 30 % se opakují. Disponující je pro to rodinný výskyt a věk pod 12 měsíců, teplota kolem 40 stupňů. U 2 % těchto dětí se může vyskytnout EP. Jednou prodělané křeče mohou být noční můrou pro rodiče. Také mnoho febrilních křečí je přehlédnuto.

Eur.J.Pediatr./2009/168 : 167-171.

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



Aktuality...

Bitva o vakcíny a noviny

Co mají společného zakázky na dodavatele vakcín a vydavatele Zdravotnických novin? Spojuje je osoba maltského podnikatele Miroslava Lekeše, který figuruje v obou firmách - Avenier a Ambit Media - které uvedené tendry před krátkým časem vyhrály. Podle bývalého ministra zdravotnictví Davida Ratha se s Lekešem zná náměstek ministryně zdravotnictví Marek Šnajdr z doby, kdy pracoval ve firmě Pfizer a Lekeš vlastnil mediální agenturu orientovanou na farmaceutické firmy.

Šnajdr však domněnky o protekci kategoricky vyvrací. „Je pravda, že se s panem Lekešem znám, ale já znám téměř každého z farmaceutického byznysu. Zním osobně také všechny distributory léčiv,“ oponuje první náměstek. Výběrové řízení prý proběhlo regulérně, zvítězila nejvyšší cenová nabídka.

Hygienické stanice mimo hru

O kauze dodávání vakcín se začalo hovořit v létě, kdy lékařům došly vakcíny proti tetanu, jejichž distribuci do konce června zajišťovaly krajské hygienické stanice. Ministerstvo zdravotnictví ale rozhodlo, že od července tuto úlohu převezme firma, která vzejde z výběrového řízení. Důvodem bylo schválení nové legislativy dle požadavků EU, jež skladování léčiv zpřísňuje.

„Stát by musel velmi významně investovat do desítek meziskladů, což rozpočtová omezení neumožňují. Došlo také k dramatickému poklesu počtu pracovníků hygienických stanic. Prioritou hygienických stanic je dozor, ne suplování distribuce,“ zdůvodnil mluvčí MZ Vlastimil Sršeň. Ředitel hygienických stanic týdeníku EURO sdělili, že se jich nyní distribuce ani uchovávaní léčiv netýkají, proto se na ně nevztahuje ani dodržování evropských směrnic ve skladování.

Vítězem David i Goliáš

Ministerstvo tedy vypsalo koncem dubna výběrové řízení na firmu, která bude dodávky vakcín od výrobců lékařům zajišťovat. Celková výše tendru na období dva a půl roku je 1,017 miliardy korun bez DPH. Přihlásila se dvě sdružení: jedním byla společnost JK Trading dohromady s firmou Pharmos a druhým distributor Phoenix spolu se společností Avenier. Zvítězily Phoenix a Avenier.

Společnost Phoenix je velkým dodavatelem léčiv, který zajišťuje jejich distribuci pro MZ už sedm let. Společnost Avenier (kde předsedou představenstva je Miroslav Lekeš) neměla s tímto druhem podnikání do listopadu 2008 žádné zkušenosti. „Fakt, že tento podnikatel má adresu na Maltě, nahrává podezření, že za jeho firmou stojí další osoby nebo firmy,“ myslí si Rath.

Phoenix je přitom jedním z nejvýznamnějších farmaceutických velkoobchodů v Česku a dle Ratha by měl být schopen distribuci očkovacích látek zvládnout sám. „Je to opravdu zvláštní, když se velký nadnárodní dodavatel spojí s malou firmou, která se nikdy očkováním nezabývala. Je to, jako kdyby se Tesco spojilo s koloniálem z Horní Dolní, aby spolu postavily obchodní dům. Phoenix je opravdu velká firma, která je schopna dodat kdykoli cokoli,“ říká Rath.

Šnajdr jeho slova opět vyvrací. „Phoenixu chybějí sklady v některých regionech, které Avenier doplnil,“ říká náměstek. Petr Foukal, ředitel firmy Avenier, ubezpečuje, že jeho firma disponuje nejhustší sítí specializovaných skladovacích a distribučních center pro termolabilní látky a provozuje třináct distribučních center v krajských městech.

Spor o Zdravotnické noviny

Druhou firmou, kde maltský podnikatel figuruje, je vydavatelství Ambit Media, které získalo počátkem roku od ministerstva zdravotnictví (MZ) a odborů právo na vydávání Zdravotnických novin (ZN). V současnosti však noviny vycházejí i ve vydavatelství Mladá fronta (MF). U soudu proto nyní leží několik žalob.

Zdravotnické noviny po druhé světové válce vycházely částečně jako úřední věstník ministerstva zdravotnictví v odborářském nakladatelství Práce. V roce 1994 přešly pod vydavatelství Strategie. Později, při prodeji Strategie, získalo s vědomím odborů i ministerstva zdravotnictví práva na ZN vydavatelství Sanoma Magazines Praha. Tehdy působil na šéfredaktorském postu novin například Tomáš Cikrt, pozdější mluvčí resortu. Poté došlo k další změně vydavatele, ale s odbory se tentokrát už nikdo ne bavil. Noviny začalo vydávat nakladatelství Mladá fronta, kde vycházejí dodnes. „Nový majitel tehdy s celou redakcí zametl velmi nevybíravým způsobem,“ vzpomíná Cikrt. Předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiří Schlanger tvrdí, že Strategie mezitím v rozporu s vydavatelskou smlouvou přihlásila a přisvojila si ochrannou známku Zdravotnické noviny, kterou pak neprávem vlastnila i MF.

Odbory proto podaly stížnost k Úřadu průmyslového vlastnictví, který příslušnou ochrannou známku přiznal zpět odborovému svazu. Ten ji nyní spravuje společně s ministerstvem a vlastní vydávání novin dostala na starost společnost Ambit Media. V současnosti tedy vycházejí Zdravotnické noviny ve dvojí podobě: jednu vydává Mladá fronta a druhou Ambit Media. Odbory jsou odhodlány se proti konkurenci MF bránit.

Spor se začal vyhrcovat v září 2008, kdy tehdejší ministr Tomáš Julínek dokonce zakázal nemocnicím spadajícím pod resort časopis odebírat. „Probíhá několik soudních sporů mezi MF na straně jedné a ministerstvem, odbory a společností Ambit Media na straně druhé. Dosud neskončila ani jednání před soudem prvního stupně, nebylo vydáno žádné rozhodnutí,“ uvedl pro týdeník EURO Michael Dědeček, ředitel divize B2B ve vydavatelství Mladá fronta. Podle něj je jediným podstatným výsledkem předběžné opatření, kterým bylo firmě Ambit Media zakázáno užívat logo Zdravotnických novin patřící Mladé frontě. „Průběh jednotlivých sporů nebudeme do jejich skončení podrobně komentovat,“ dodává Dědeček. „Žaloba už leží u městského soudu přes dva roky a konečně se začala projednávat, další jednání je nařízeno tuším v listopadu,“ uvedl šéfredaktor ZN vydávaných firmou Ambit Media. Společnost Ambit Media (dříve pod názvem Czech Health Magazines) založil Tomáš Cikrt ještě před svým nástupem na MZ. Po nástupu už ve společnosti nefiguruje.

Převzato: časopis Euro 12. 10. 2009

Dětské ozdravovny už nelákají

Dětské ozdravovny bojují o přežití. Počet jejich klientů výrazně klesá přesto, že pobyty patří zdravotní pojišťovny. Brzy se může stát, že zbývající děti nebudou mít kde se léčit.

V celé republice zbývá devět těchto zařízení. A jsou poloprázdná. „Lékaři často nevědí, že se jim návrh na pobyt dítěte v ozdravovně nezapočítává do limitu - a tak ho raději nedoporučují ani v evidentně potřebných případech,“ míní ředitelka zařízení v Křetíně na Blanensku Kateřina Bedaňřiková. Za jedinou šanci na záchranu systému považuje větší propagaci mezi lékaři.



Velký zájem však nemají ani sami rodiče. „Za letošní rok jsme poslali jedno děvče do ozdravovny, jedno do specializované léčebny,“ uvedla Ludmila Kellnerová z ordinace pro děti a dorost ve Slavkově u Brna. Rodiče podle ní odrazuje především délka pobytu, vzdálenost a mnohé i finanční náklady. „Raději žádají pro děti lázně. Co ještě preferují, je pak speleoterapie, tedy léčebný pobyt v jeskyních,“ doplnila Kellnerová. Před dvaceti lety bylo ozdraveno třikrát více než dnes a praskaly ve švech. Nyní jedna po druhé zavírají. Zatím poslední ránu zasadilo zařízením zavedení regulačních poplatků, protože rodiče na rozdíl od dřívějších musejí platit za každý den třítydenního pobytu šedesátikorunový poplatek.

Také mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiří Rod připouští, že počty klientů, jimž pobyt platí, až dramaticky klesají. Důvodů je prý několik, i podle něj hrají roli peníze.

„Jde o vybavení dětí na 21 dní, ale i dopravu do dětské ozdravovny či třeba malý zájem o léčení během školního roku,“ poznamenal. Podle statistiky VZP platili v roce 2003 pobyt pro celkem 5651 dětí, loni už jen pro 1661.

Zůstávat doma umožňuje dětem i lepší léčba. Lékaři přitom upozorňují, že pro mnoho dětí je změna prostředí zásadně důležitá pro zlepšení zdravotního stavu. Na druhé straně sami připouštějí, že značný podíl na klesajícím zájmu o ozdravovny a léčebny má právě rozvoj medicíny. „S moderními léky jsou i malí astmatici poměrně dobře léčeni doma a rodiče nemají důvod je někam posílat,“ míní například ředitel dětské léčebny se speleoterapií Pavel Slavík z Ostrova u Macochy. Sám dodává, že v „jeho“ zařízení situace není kritická - léčebna je využívána zhruba z 85 procent. Má výhodu: k dispozici má jeskyni, v níž se děti léčí.

Další z důvodů, který vede k rozmělnění zájmu o ozdravovny a léčebny, může být i fakt, že přibývá organizací, ale i velkých firem, které nabízejí rodičům alternativní řešení. Včetně zdravotních pojišťoven, které například přispívají nemocným dětem na pobyt u moře.

Fungování ozdraven je ztrátové i pro rozpočty krajů. Ty jsou zřizovateli většiny zařízení.

„Proplácíme sice regulační poplatky, ale i tak počet dětí klesá. Nyní proto sloučíme ozdravovnu v Křetině, která je průměrně obsazená asi z poloviny, se dvěma dalšími dětskými léčebnami,“ poznamenal jihomoravský hejtman Michal Hašek.

Převzato: LN 5. 10. 2009

Ubrat lékařům? Prý jen omyl

Mladí lékaři by kvůli omylu ministerstva zdravotnictví měsíčně přišli o 1500 až 3000 korun.

Ministerstvo zdravotnictví navrhuje, aby mladým lékařům v nemocnicích klesly platy. Nic takového ale prý nechce a do návrhu se tato změna dostala omylem.

Lékaře ten návrh vyděsil. Mladí doktoři, kteří nastoupí do nemocnice, by měli od příštího roku dostávat menší platy. Zatímco dnes jsou přeřazeni do vyšší platové tabulky zhruba po třech měsících práce, nově by měli zůstat v nižší tabulce až dva roky. Vyplývá to z návrhu nového katalogu prací.

„Pro mladé lékaře by to znamenalo na základním tarifním platu o 1500 korun měsíčně méně. Vzhledem k tomu, že by se to promítlo i do odměn za služby, tak by přišli každý měsíc až o 3000 korun,“ vypočítává prezident České lékařské komory Milan Kubek. „V situaci, kdy mladí lékaři odcházejí a už se jim zpoplatnily i atestační zkoušky, to vnímáme jako další opatření, které vyhání mladé lékaře z České republiky,“ soudí Kubek.

Lékařské odbory už začaly kvůli snižování platů skloňovat slovo protesty. „Považuji to za nesmyslnou brutalitu a chci o tom s paní ministryní zdravotnictví jednat. Pokud se nedohodneme s ní, tak chci mluvit s premiérem. Případné protestní akce mladých lékařů podpoříme,“ prohlásil předseda Lékařského odborového klubu - Svazu českých lékařů Martin Engel. „V kontextu toho, že všeobecné sestry dostávají přidáno, mi to přijde krajně nespravedlivé. V Česku chybí nejen sestry, ale i doktoři. Jestli teď zrovna řešíme o něco horší situaci u sester, můžeme za rok řešit totéž u lékařů. Trendy to jasně ukazují,“ dodává Engel.

Ministerstvo zdravotnictví ovšem lékaře uklidňuje - kritizovaný návrh se ještě může měnit, nejedná se o definitivní verzi.

„Rozhodně není cílem nového katalogu prací snižování platů mladých nastupujících lékařů,“ tvrdí mluvčí úřadu Vlastimil Sršeň. Návrh, kterého se zdravotníci tak vyděsili, je prý jen bezvýznamná pracovní verze.

O platy jde i sestrám a laborantům. Jenže problémů v návrhu katalogu prací je víc. Intenzivní jednání o něm vedou odboráři, kteří zastupují sestry, sanitáře a další zdravotníky. Podle původního návrhu totiž hrozilo, že některé ze sester, které dostaly přidáno od července, o tyto peníze zase přijdou.

Zástupci zdravotníků nechápou, jak takový návrh mohl na ministerstvu zdravotnictví vzniknout. Zvýšení platů sester totiž úřad v čele s Danou Juráskovou deklaruje jako svou velkou prioritu. Vždyť také Jurásková byla dříve prezidentkou České asociace sester, a jejich potíže proto dobře zná.

Předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiří Schlanger si to vysvětluje určitými rozpory uvnitř ministerstva. Podle jeho informací totiž Jurásková ani nevěděla, v jaké podobě materiál k novému katalogu prací z jejího úřadu vyšel. „Byla to neschopnost, nekompetentnost, nebo bouda na ministryni a zdravotní sestry?“ ptá se Schlanger.

Jednání o platovém zařazení na příští rok během tohoto měsíce vrcholí. Prezident lékařské komory apeluje na ministryni zdravotnictví Juráskovou, odboráři jednájí i s ministrem práce a sociálních věcí Petrem Šimerkou. „Naštěstí je zatím ještě čas,“ říká Schlanger. Ten se mimo jiné bude snažit prosadit navýšení tarifních platů na úroveň sester také ostatním zdravotníkům, kteří musí mít vysokoškolské vzdělání a dnes berou méně. Týká se to například laborantů.

Zdravotní sestry i lékaři, kteří mají tabulkové platy, dostali přidáno letos v polovině roku. Lékařům se zvýšily platy zhruba o sedm procent, sestrám o patnáct. Odboráři v současnosti pomocí dotazníků zjišťují, nakolik toto navýšení zůstalo jen na papíře a nakolik je sestry skutečně dostaly.

Tabulkové platy zdravotníků

Mladí lékaři mohou přijít o 1500 Kč.

* Základní plat mladého lékaře před atestací začíná na 17 300 korunách hrubého měsíčně. Zatímco nyní se zvyšuje po několika měsících na 18 800 korun, nově by mladí lékaři dostávali nižší plat dva roky.

* Návrh nového platového zařazení jednotlivých profesí ve zdravotnictví může zvýšit tarifní platy pro sanitáře, všeobecné sestry, laboranty nebo nutriční terapeutky.

* Platy podle tabulek dostávají zdravotníci a lékaři v těch nemocnicích, které jsou příspěvkovými organizacemi. Mimo jiné to jsou fakultní nemocnice a některé krajské.

Převzato: LN 5. 10. 2009

Mozek může restartovat změna jídla

Dobře fungující mozek je základem správné činnosti celého organismu.



Zapomnětlivost, únava, změny nálady, poruchy spánku a trávení, potíci se ruce, třes a další potíže mohou být signálem, který ukazuje na to, že mozek neprodukuje dostatečné množství látek nutných k nervovému přenosu v buňkách. Někdy k odstranění potíží stačí jen vyladění jídelníčku. Činnost mozku výrazně ovlivňují neurotransmitery. To jsou látky tvořící se v nervové soustavě všech živočichů. Z ní jsou vyplavovány do krevního řečiště, přes které putují dále do těla. V organismu umožňují jedno -směrný přenos nervových vzruchů mezi řídicími buňkami centrální nervové soustavy a řízenými buňkami svalů, žláz a dalších tkání.

„Mezi nejdůležitější neurotransmitery patří například dopamin, který je zdrojem mozkové energie, pocit štěstí a dobré nálady zajišťuje serotonin, zklidnění organismu navozuje GABA a správné fungování paměti zajišťuje látka zvaná acetylcholin.

Neurotransmiterů je ale mnohem víc. Některé se vytvářejí v mozku, další v jiných částech organismu.

Pokud jsou v těle v nerovnováze, je jich málo, nebo naopak příliš, vznikají potíže. Většinu z nich známe pod hromadným označením psychosomatické poruchy. Sem patří nejčastěji bolesti břicha, hlavy, vyčerpání nebo třeba poruchy nálady a ztráta schopnosti se koncentrovat. S dysbalancí neurotransmiterů se dává do souvislosti i duševní vyhoření, syndrom únavy, propuknutí Parkinsonovy choroby, roztroušené sklerózy nebo Alzheimerovy nemoci,“ vysvětluje primářka anti - aging kliniky A2C Monika Golková.

Problém ukážou testy

Hladina neurotransmiterů v těle není stabilní, ale kolísá podobně jako hormonální hladina, v závislosti na biorytmu. Neurotransmitery exitační, tedy ty, jež patří mezi energizující a stimulační, mají většinou nejvyšší hladinu ráno.

Naopak neurotransmitery inibiční, tlumící organismus, dosahují svého vrcholu večer.

Hodnoty jednotlivých neurotransmiterů lze přesně zjistit laboratorním rozbořením krve nebo moči.

Pokud se zjistí jejich nízká hladina, je nutné najít řešení.

„Aby organismus mohl produkovat správné množství neurotransmiterů, musí mít dostatek jejich prekurzorů, tedy látek, ze kterých chemickou přeměnou v organismu vznikají. Prekurzorem neurotransmiteru GABA je například vitamín B6, jehož je dostatek v celozrnném pečivu, nebo vnitřnostech. Pokud se tělu dodá dostatek B6, může mozek obnovit správnou produkci GABA. Takto je možné zasáhnout při změnách hodnot, které nejsou dramatické,“ vysvětluje Monika Golková.

Ve vážných případech pak nastupuje dodávání potřebných prekurzorů formou potravinových doplňků, přes infuze, nebo nastupuje podpůrná hormonální terapie.

Když se podaří hladinu neurotransmiterů obnovit a ustálit do normálu, dochází ke zpětné aktivizaci mozku. „Vzdáleně by se tento proces dal přirovnat k restartování počítače. Látky dodané tělu pomohou mozku vytvořit neurotransmitery a ty mozek energeticky dobijí a obnoví správný přenos vzruchů mezi řídicími a řízenými nervovými buňkami. To způsobí vyladění funkcí dalších tělesných orgánů,“ uzavírá lékařka.

Látky dodané tělu pomohou mozku vytvořit neurotransmitery a ty mozek energeticky dobijí.

Název neurotransmiteru

- projev nedostatku
- co způsobuje nedostatek
- co dodat do jídelníčku

Dopamin

- zvýšená chuť na kávu, cukr, únava, průjem, špatná nálada
- obezita, sexuální poruchy, Parkinsonova choroba

- dostatek vitamínu řady B, dýňová semínka, hrášek, kávu, hovězí a vepřové maso, šunku, ryby, fazole, tvaroh, sýry, banány, řepu, brambory, slunečnicová semínka

Serotonin

- zvýšená chuť na sladké, bolesti zad a hlavy, poruchy spánku
- deprese, nespavost, psychické poruchy, poruchy příjmu potravy
- dostatek vitamínu řady B, dýňová semínka, hrášek, kávu, hovězí a vepřové maso, šunku, ryby, fazole, tvaroh, sýry, banány, řepu, brambory, slunečnicová semínka

GABA

- zvýšená chuť na sladké, třes, návaly, pocení, studené ruce, alergie, žaludeční potíže, nesoustředěnost
- nadměrná tvorba cyst, žaludeční a dvanáctníkové vředy, chorobné pískání v uších, maniodepresivní psychóza
- banány, tmavá rýže, citrusové plody, celozrnné pečivo, brokolice, vnitřnosti, čočka, špenát

Acetylcholin

- chuť na tučná jídla, suchost v ústech, suchý kašel, potíže s pamětí, neschopnost koncentrace
- Alzheimerova choroba, roztroušená skleróza
- káva, grepový džus, vajíčka, pšeničné klíčky, sýr, ryby, květák, mandle, zelený salát

Převzato: Právo 17. 9. 2009

Antibiotika vyklízejí scénu

Bakterií vzdorujících antibiotikům přibývá. Vývoj nových léků stále více pokulhává. Kde hledat nová antibiotika a jak zajistit, aby se vůbec někdo namáhal s jejich vývojem.

Po druhé světové válce se zdál zápas s infekčními chorobami způsobenými bakteriemi definitivně rozhodnutý. Noční můry lékařů v podobě zhnisaných ran, zápalů plic či střevních infekcí se staly minulostí. Nemoci, před kterými se třásl celá generace, se daly díky novým antibiotikům vyléčit během několika dní. Už během válečných let se ale začalo ukazovat, že vítězství antibiotik může stát na hliněných nohách. Objevovaly se první kmeny bakterií, které dokázaly těmto lékům vzdorovat. V posledních letech přecházejí rezistentní původci infekčních chorob do drtivé ofenzivy.

Za nejzávažnější hrozbu považují lékaři kmeny bakterie *Staphylococcus aureus* odolné k antibiotiku methicilinu. Jen v USA připraví infekce vyvolané odolným „zlatým“ stafylokokem ročně o život asi 19 tisíc lidí a vyžádají dodatečné náklady na zdravotní péči ve výši tří až čtyř miliard dolarů. V blízké budoucnosti by mohlo podobné problémy vyvolat rozšíření kmenů *Staphylococcus aureus* rezistentních k ještě novějšímu antibiotiku vankomycinu.

Druhou velkou skupinu nahánějící strach lékařům tvoří bakterie *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* a *Pseudomonas aeruginosa*. Lidé se jimi sice nenakazí tak často jako „zlatým“ stafylokokem, ale léčba je ještě komplikovanější. Některé kmeny vzdorují kompletnímu arzenálu současných antibiotik. Vývoj nových léků proti těmto bakteriím bude zvláště obtížný, protože je chrání před průnikem antibiotik zvláštní obal. Antibiotik, která do jejich buněk přece jen proniknou, se umějí rychle zbavit tím, že je vyloučí.

Třetí skupinu nebezpečných bakterií představují kmeny původce tuberkulózy *Mycobacterium tuberculosis*. Mnohé vzdorují hned několika základním antibiotikům a na nejnověji se šířící kmeny nezabírá z tradičního arzenálu léků prakticky nic. Vývoj se nevyplácí. Poptávka po antibiotikách, na které si ještě choroboplodné bakterie nevyvinuly rezistenci,



zákonitě roste. V nabídce farmaceutických firem však nových antibiotik ubývá a vývoj léků nestačí narůstající nedostatek nahradit. Ještě před patnácti lety vyvíjela nová antibiotika každá velká farmaceutická firma. Dnes mnoho společností jejich vývoj drasticky zredukovalo, a některé jej dokonce úplně zastavily. Důvod je prostý. Vývoj a produkce antibiotik se nevyplácí.

Zatímco jiné léky se udrží na trhu po velmi dlouhou dobu, „životnost“ antibiotik se zkracuje. Farmaceutické firmy tak riskují, že se jim v tržbách nevrátí ani ty prostředky, které vložily do vývoje a ověřovacích testů. A jde o astronomické sumy. Vývoj nového léku je sázka do loterie, ve které „losování výhry“ zabere 10 až 15 roků a za pomyslný los se utratí kolem 800 milionů dolarů. To vše může přijít vniveč, pokud se objeví bakterie schopná léku vzdorovat.

Lékaři se snaží vznik rezistentních kmenů oddálit. Nová antibiotika si proto rezervují přednostně pro pacienty, kterým starší antibiotika nezabírají. To však snižuje odbyt léku. Na obchodní „zajímavosti“ ubírá antibiotikům i fakt, že nemocného zcela uzdraví a ten už nemusí lék užívat. Pro výrobce jsou podstatně lukrativnější léky proti chronickým onemocněním, jako je vysoká hladina cholesterolu v krvi nebo artritida. Ty užívají pacienti po dlouhé roky a často až do konce života. Firmy tak věnují větší pozornost vývoji léků na poruchy erekce než tvorbě nových antibiotik.

Hledá se v mořích a archivech Většina „nových“ antibiotik jsou vlastně „staří známí v novém kabátě“ a nepředstavují zásadní inovaci. Všechna antibiotika schválená k léčbě od počátku 60. let minulého století až do roku 2000 byla odvozena od základních molekul objevených v období od poloviny 30. let do počátku 60. let. Jednu z mála výjimek představují karbapenemy uvedené na trh v roce 1985. Tři čtvrtiny antibiotik uvedených na trh v rozmezí let 1981 a 2005 představují látky odvozené od čtyř základních molekul - cefalosporinu, penicilinu, makrolidu a chinolonu. Inovace antibiotik spočívá v drtivě většině jen v modifikaci osvědčených molekul tak, aby ještě snáze pronikaly do nitra bakterií a tam vydržely co nejdéle, to znamená nenechaly se ani rozložit, ani vyloučit z buňky ven. Je to jen jakési učené starého psa novým kouskům. Pro boj s narůstající rezistencí bakterií však mohou přinést zásadní posun jen objevy zcela nových antibiotik, jejichž účinek závisí na dosud nevyužívaných typech „základních“ molekul.

Více než dvě třetiny v současnosti používaných antibiotik jsou látky přírodního původu nebo jejich laboratorně připravené deriváty. Už z toho je zřejmé, že i po nových antibiotikách budou vědci pátrat v přírodě. Prozatím stály v popředí zájmu farmakologů půdní mikroorganismy ze skupiny aktinomycet. Jejich obliba není vyvolána tím, že by v produkci antibiotik nějak zvlášť vynikaly. Dají se ale snadno izolovat a ani jejich kultivace v provozních podmínkách nenarazí na nepřekonatelné problémy. Zcela jistě se vyplatí poohlédnout se po aktinomycetách i jinde. Například v hlubokomořských sedimentech už byly odhaleny aktinomycety produkující nová antibiotika ze skupiny abyssomicinů. Další bohatá naleziště zcela nových antibiotik by se mohla ukrývat v tělech suchozemských i mořských organismů, jež žijí v symbióze s bakteriemi. Tyto organismy musí udržovat se svými mikroskopickými hosty „příměří“ a je vysoce pravděpodobné, že k tomu používají nám dosud neznámá antibiotika. Pátrání po nových léčích proto probíhá i v tělích hmyzu nebo v mořských houbách.

Je celkem pravděpodobné, že nová antibiotika bychom mohli získávat i od mikroorganismů, které využíváme k produkci „klasických“ antibiotik. K odhalení těchto „skrytých rezerv“ významně přispívá genetika. Po přečtení kompletní DNA některých aktinomycet je zřejmé, že jeden druh může běžně produkovat více než 25 látek potenciálně využitelných jako

antibiotika. Odhaduje se, že i u relativně dobře prostudovaných aktinomycet jsme zatím odhalili jen deset procent slibných molekul.

Vyplatí se hledat i v tak nepravděpodobných místech, jako jsou archivy. Propadlý a nikdy nevyužitý patent jedné farmaceutické firmy inspiroval vědce z firmy Bayer k objevu antibiotik ze skupiny acyldepsipeptidů. Jejich účinek je založen na schopnosti aktivovat vlastní enzymy bakterií. Acyldepsipeptidy vyvolávají v bakteriálních buňkách nekontrolovaný rozklad bílkovin a následně pak smrt.

Úlevy na daních a patentové divoké karty Kdo však bude nová antibiotika hledat a ověřovat? Zájem farmaceutického průmyslu o stále prodělečnější byznys se obnoví jen v případě, že se začne opět vyplácet. Některé země připravují „vládní seznamy“ léčiv, která je zapotřebí v dohledné budoucnosti vyvinout. Kromě vakcín jsou na nich i antibiotika. Firma, která tuto společenskou objednávku vyslyší a začne vyvíjet léčivo z oficiálního seznamu, získá daňové úlevy.

Další vějičku představují pro výrobce antibiotik patentové „divoké karty“. Jejich princip je jednoduchý. Firma, která by vyvinula nové antibiotikum, by požádala o prodloužení patentových práv na některý ze svých starších léků. Tímto lékem by nemuselo být antibiotikum. Firmy by přednostně stály o prodloužení patentu „kasovních trháků“. U těch by přineslo předpokládané prodloužení patentu o dva roky dodatečné zisky řádově v miliardách dolarů. Firma by si tak pojistila návrat prostředků na vývoj antibiotika i v případě, že novinka nebude z ekonomického hlediska žádný trhák.

Po změnách volá i stávající postup schvalování nových antibiotik. Nový lék proti bakteriální infekci lze v současné době schválit jen v případě, že svou účinností překoná stávající léky. Toho lze dnes jen obtížně dosáhnout, protože současná antibiotika mají vynikající účinnost. Bohužel jen do doby, než proti nim bakterie získají odolnost. Nové léky by mohly být schváleny, i když nepřekonají své předchůdce. Stačilo by, že mají vyšší účinnost k rezistentním bakteriím.

Válka proti bakteriím se už nevyplácí

Bojovníků proti choroboplodným bakteriím ubývá. Zatímco ještě před několika lety se původci zápalů plic či střevních infekcí před účinky antibiotik pouze bránili, nyní přecházejí do ofenzivy.

Účinnost antibiotik se zkracuje, protože bakterie si už vytvořily rezistenci. Pro farmaceutické firmy je proto lukrativnější vyvíjet a produkovat léky proti chronickým onemocněním, jako je vysoký krevní tlak nebo artritida. Pacienti je užívají po dlouhé roky a často až do konce života.

Od kořene ke kořeni

Stručná historie boje s bakteriálními infekcemi v podání neznámého autora. Před časem figurovala dokonce i na oficiálních webových stránkách Světové zdravotnické organizace. 2000 př. n. l. - Jsi nemocný? Sněž tenhle kořínek! 1000 n. l. - Léčení kořinky je pohanské. Pomodli se! 1850 - Modlitba je pověra. Vypij lektvar! 1920 - Lektvary jsou šarlatánství. Spolkní pilulku! 1945 - Staré pilulky nezabírají. Spolkní penicilin! 1955 - Ejhle, to je překvapení! Bakterie zmutovaly. Spolkní tetracyklin! 1960 až 1999 - Došlo k 39 dalším podobným „Ejhle!“. Spolkní tohle ještě účinnější antibiotikum! 2000 - Bakterie zvítězily. Sněž tenhle kořínek!

Převzato: LN, 19. 9. 2009

V Evropě začne prodej pilulky „pět dní poté“

V tomto týdnu jde do lékáren ve Francii, Británii a Německu nový typ nouzové antikoncepce použitelný až pět dní po nechráněném pohlavním styku nebo po selhání použité metody antikoncepce.

Děje se tak poté, co pilulka nazvaná EllaOne získala v pátek poslední



potřebné povolení od Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA). Oznamoval to včera její výrobce, společnost HRA Pharma, která sídlí ve Francii.

Ředitel společnosti Erin Gainer řekl, že brzy počítá s prodejem nového prostředku v dalších evropských zemích.

Mluvčí Státního ústavu pro kontrolu léčiv Veronika Petláková řekla, že evropské povolení z letošního května platí i pro Česko. Výrobce již dostal od SÚKL registrační číslo, a je tedy možné novou antikoncepci uvést také na český trh. „SÚKL však k dnešnímu dni neobdržel od výrobce informaci o zahájení (dodávek) přípravku EllaOne na trh v ČR,“ uvedla.

Nová pilulka se bude zatím ve třech evropských zemích prodávat na předpis a podle agentury AFP bude stát asi 30 eur (800 korun). Příkladně v Francii a pro začátek se nepočítá s tím, že by byla kryta ze zdravotního pojištění. Pilulka je účinná až 120 hodin po nechráněném pohlavním styku nebo selhání jiné antikoncepční metody.

Nový přípravek obsahující ulipristal acetát zabráňuje ovulaci. EMA na svých internetových stránkách píše, že je to metoda pro příležitostné použití a rozhodně nesmí nahradit některou metodu pravidelné antikoncepce. Může mít některé nežádoucí účinky, nejčastěji bolesti břicha a poruchy menstruačního cyklu.

Převzato: LN 30. 9. 2009

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.**

Chcete se věnovat pediatrii v atraktivní lokalitě?

V roce 2001 kompletně zrekonstruovaná a nadstandardně vybavená Nemocnice Sušice o.p.s.

Přijme: pediatra, resp. PLDD (dle domluvy možný zkrácený pracovní úvazek). Požadujeme: vzdělání odpovídající danému zařazení, morální a občanskou bezúhonnost

Nabízíme: zájem nemocnice se 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech včetně multidisciplinární JIP a RLP, kolegiální atmosféru s nadstandardními pracovními podmínkami, profesní růst, ubytování v areálu nemocnice, možnost služebního bytu, atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou plného sportovního i kulturního vyžití

Nástup v co nejkratším možném termínu (nejlépe od 1. 9. 2009)

Bližší informace: MUDr. Jiří Šedivý, ředitel nemocnice, tel.: 376 530 216,

e-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz, web: www.nemocnice-susice.cz

• Ev. č.: 156-05-09

Přenechám levně zařízení do ordinace

Přenechám levně zařízení do ordinace – lehátko, přebalovací stoly, instrumentáře, židle, stoly – volné od října 2009.

Tel.: 603 788 417 nebo 381 253 220 • Ev. č.: 157-06-09

Přenechám zavedenou praxi PLDD

Hledám lékaře/lékařku na dlouhodobý zástup nebo převzetí ordinace v Praze 4. Kontakt e-mail: lekarskapraxe@seznam.cz • Ev. č.: 161-07-09

Náklady na zdravotní péči stouply

Téměř o čtvrtinu stouply za posledních pět let náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči, ze zhruba 156 miliard korun téměř na 194 miliard. Uvádí to na svém webu Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

V období krize očekávají experti zpomalení a případně i zastavení dosavadního nárůstu. Pojišťovny naopak budou muset krátit výdaje na provoz.

Náklady veřejného zdravotního pojištění v přepočtu na jednoho pojištěnce přitom činily loni 19 353 Kč, o 7,6 procenta více než v roce 2007.

Největší díl, více než polovinu peněz, tradičně spotřebovává ústavní péče. Loni za ni zdravotní pojišťovny zaplatily více než 99 miliard. Z toho nemocnice dostaly přes 89 miliard.

Necelá čtvrtina peněz zdravotního pojištění připadla loni ambulančním, celkem 48 miliard. Na léky na recept šlo loni téměř 17 procent peněz zdravotního pojištění, což bylo 32,7 miliardy korun. Stát zaplatil za děti, důchodce a nezaměstnané loni 47,2 miliardy, což bylo o 630 milionů méně než v roce předchozím.

Ani pro příští rok nemohou zdravotní pojišťovny počítat s větším přílivem peněz státu za státní pojištěnce.

Převzato: Právo 3. 10. 2009

Hledám dlouhodobý zástup

Hledám dlouhodobý zástup do zavedené praxe praktického lékaře pro děti a dorost v Sokolově. Telefon: 775 261 322. • Ev. č.: 162-07-09

Nabízím k prodeji sterilizátor

Nabízím k prodeji zcela nepoužitý testovaný sterilizátor STERIMAT 334.1 BMT a.s. z r. 94 o objemu 34 l, váží 32 kg. Velká sleva. Tel.: 608 204 166, pevná linka 518 357 238 v ordináčnických hodinách. • Ev. č.: 163-07-09

Pediatr převezme nebo odkoupí praxi

Pediatr s licenci převezme nebo odkoupí zavedenou pediatrickou praxi v Českých Budějovicích a okolí nebo na Jindřichohradecku, ev. zastoupí i dlouhodobě. Možno ihned nebo i výhledově. Kontakt: tel.: 739 369 607. • Ev. č.: 164-07-09

Odkoupím praxi PLDD

Ráda bych odkoupila praxi PLDD v Praze 5,6,7,8 nebo ve Středočeském kraji v oblasti mezi Kladnem a Mělníkem. Potvrzení o specializované způsobilosti mám. Tel. 605 299 298. • Ev. č.: 165-07-09

Převezmu zavedenou praxi PLDD

Převezmu zavedenou praxi v Praze 2, 3, 8 nebo 9. Převzetí možné od února 2010. Tel.: 605 541 339 • Ev. č.: 166-07-09

Praha - Vinoř hledá dětského lékaře

Městská část Praha - Vinoř hledá dětského lékaře na plný i částečný pracovní úvazek. Předjednáno s VZP. Vhodné prostory k dispozici. Nabídky zasílejte na e-mail: starosta@praha-vinor.cz • Ev. č.: 167-07-09

Hledám lékařku/e

Hledám lékařku/lékaře do pediatrické ordinace 20 km od Prahy na 2-3 dny v týdnu, jsou možné také občasné zástupy. Atestace není podmínkou, vhodné i pro lékaře připravující se k atestaci z pediatrie či PLDD. tel.: 605 887 300, e-mail: mirka.blichova@centrum.cz • Ev. č.: 168-07-09

Autodidaktický test 8/2009

VIII. GENETIKA

1) Exon je:

- a) část sekvence DNA (ev. RNA) nesoucí genetickou informaci genu
- b) výběžek nervové buňky
- c) součást centriolu - buněčné organely
- d) obecné označení receptoru umístěného na buněčném povrchu

2) FISH je:


- a) molekulárně cytogenetická vyšetřovací metoda, při níž se amplifikuje DNA a stanovuje chromozomální aberace
- b) molekulárně cytogenetická vyšetřovací metoda genomu ryb, později využívaná bohatě v humánní medicíně
- c) molekulárně cytogenetická hybridizační vyšetřovací metoda ke zjištění chromozomální aberace s fluorescenčně značenou sondou vázající se na komplementární úsek DNA
- d) molekulárně cytogenetická vyšetřovací metoda využívající rybích protilátek značených fluoresceinem namířených na patologický úsek DNA

3) Proteom je:

- a) subatomární částice s kladným elementárním elektrickým nábojem
- b) soubor proteinů produkovaných genomem dané buňky či daného organismu
- c) histologicky benigní solidní tumor s převahou buněk syntetizujících patologické proteiny
- d) onkologické onemocnění s produkcí paraproteinu

4) Balancovaná chromozomální aberace:

- a) se v žádném případě nemanifestuje ve fenotypu probanda
- b) se manifestuje ve fenotypu asi u 6% probandů
- c) je riziková pro potomky nositele, protože je vysoké riziko předání aberace v nebalancované formě
- d) nemá kvantitativní změnu genetického materiálu

Generální partner testů je  MSD

Stiefel - Duacgel

Medicom - Erdomed