

# VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

září 2008 ■ číslo 7 ■ ročník 8



**Hodnoty krevního tlaku českých dětí ve vztahu k výšce**

**Zdroje polygenně vázané dětské obezity**

**Patogeneze a terapie hypertenze u dětí**

**Horror enureticus**



Orion Diagnostica

ZENTIVA

Heró  
Sunar

Téma čísla:  
**HYPERTENZE  
V DĚTSKÉM VEKU**

**Hero - Baby Lactum**

tiráž...

# VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

[www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz)

**Adresa redakce:**

**U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10**

**sekretariát:**

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

**redakce VOX:**

**tel.: 267 184 065, 267 184 047**

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

**Vydavatel:**

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

**Odborná garance:**

**Odborná společnost praktických  
dětských lékařů ČLS 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. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

**Odpovědný redaktor:**

Mgr. Zdeněk Brtnický

**Jazykové korektury:**

Mgr. Jaroslav Tesař

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.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá  
za obsah inzerce a vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



<b>Přehled činnosti SPLDD ČR za období červen až srpen 2008</b>	<b>5</b>
<b>Koalice soukromých lékařů</b>	<b>5</b>
<b>Co je to SIP?</b>	<b>8</b>
<b>Stanovisko k možnosti písemného vykazování výkonů signalizujících výběr registračního poplatku</b>	<b>9</b>
<b>Lékaři pod jednou firmou</b>	<b>9</b>
<b>Pan doktor Reklama</b>	<b>10</b>
<b>Posuzování zdravotního stavu pro účely ošetřovného podle zákona č. 187/2006 Sb.</b>	<b>11</b>



<b>Virová hepatitida typu A</b>	<b>12</b>
Vzor dokumentu distribuovaného školám	
Velemínský M., Adámková V., Janda J., Seeman T., Brabec M., Skibová J.	
<b>Hodnoty systolického a diastolického krevního tlaku českých dětí ve vztahu k výšce</b>	<b>14</b>
MUDr. Zlatko Marinov	
<b>Zdroje polygenně vázané dětské obezity</b>	<b>16</b>
MUDr. Jiří Liška, CSc.	
<b>Patogeneze a terapie hypertenze u dětí se zaměřením na hypertenzi juvenilní</b>	<b>20</b>
MUDr. Luděk Ryba	
<b>Kazuistika: Horror enureticus</b>	<b>24</b>
MUDr. Ctirad Kozderka	
<b>Kazuistika: Neurofibromatosis 1. typu – m. Recklinghausen</b>	<b>30</b>
<b>Zajímavosti ze světa odborné literatury</b>	<b>36</b>



<b>Aktuality</b>	<b>37</b>
<b>Řádková inzerce</b>	<b>46</b>

*Středová příloha k článku Hodnoty krevního tlaku dětí ve vztahu k výšce  
(strana 14) - výsledky studie z let 2002 - 2004*



NAKLADATELSTVÍ  
**UMÚN** s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec  
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz

Obrázek na titulní straně namaloval ústy Alton Georgie Jackson





Vážené kolegyně,  
vážení kolegové,

máme za sebou pro mnohé nejkrásnější období roku, a to nejen kvůli teplu a koupání, ale pro mnohé také kvůli době dovolených a dnům čerpání psychických i fyzických sil ke zvládnutí zbytku roku. Prázdniny svým teplem sice příjemně zahřívaly ovzduší, ale něco, resp. někdo zcela jiný zvyšoval teplotu pod kotlem zvaným zdravotnictvím.

Polínka začalo přikládat do ohně ministerstvo zdravotnictví svou legislativní aktivitou. Do připomínkového řízení byl rozeslán zákon o zdravotních službách, zákon, který by měl nahradit

staříčkový zákon o péči o zdraví lidu z roku 1960. Tento zákon byl avizován jako zákon moderní, zavádějící do našeho systému moderní prvky a zkušenosti z dosavadního vývoje a zkušeností u nás, ale i v dalších vyspělých zemích. Jenže... Hledali jsme definování primární péče a nenašli, co jsme ale našli, bylo stanovení povinnosti sestavovat každému pacientovi podrobný léčebný plán, nenašli jsme zakomponování úlohy a postavení praktických dětských lékařů, našli jsme však nový prvek zvaný lékárenská péče.... a tak by se dalo pokračovat dál a dál.

Prázdniny ještě neskončily, a už tu byla tzv. technická novela zákona č. 48 o veřejném zdravotním pojištění. Tam jsme naopak nenašli to málo, co tam o primární péči dosud uvedeno bylo, nenašli jsme logické kompetence praktických dětských lékařů, našli jsme však značné kompetence Ústavu pro kontrolu léčiv, tzv.SÚKLu. I tady by se dalo pokračovat.

Další polínka začaly přikládat i zdravotní pojišťovny. V rozbíhajících se cenových jednáních volily vesměs opatrnou taktiku a přišly s nabídkou navýšení přibližně na polovinu ještě loni podporovaného minima, tj. navýšení ne méně než 15 %. Aby plamínek hořel dostatečně vydatně a změnil se na plamen, o to se postaraly nové aféry politiků. Politikaření, hádky, urážky, házení špíny, obvinění a tak pořád dokola.

Sečteno a podtrženo. Prázdniny skončily a my nemáme jasno, jak to dopadne s legislativními návrhy, pojišťovny mají přebytky, ale skrblí, politici se dál hádají... a co na to my?

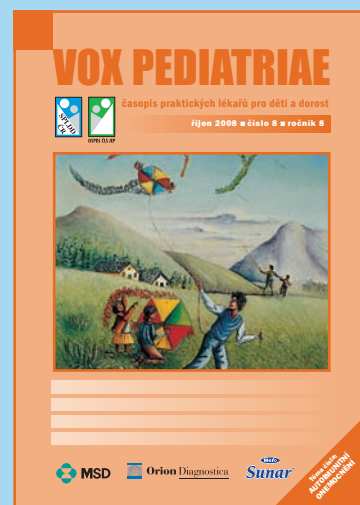
Ministerstvu jsme spolu s partnery z Koalice soukromých lékařů dali jasně najevo, s čím se nehodláme v legislativních návrzích smířit, pojišťovnám jsme dali jasně najevo, že od našich minimálních požadavků neslevíme, s některými jsme naopak začali vytvářet vlastní projekty, které by měly kvantitativně změnit naše ohodnocení., s politiky si zatím poradit neumíme.

Vážené kolegyně a kolegové, blíží se naše výroční konference a budeme opět bilancovat. Až se budete ohlížet a budete hodnotit výstupy a výsledky našich jednání, vezměte prosím v potaz všechny okolnosti, o kterých jsem se zmínil. Víím, že u některých mohou být očekávání vyšší, než jsou dosažené výsledky, ale co je větší risk v nejisté politické době? Dohoda a alespoň částečná jistota (kterou mimochodem osobně zdaleka nepovažuji za nějakou prohru), nebo hazard v politicky labilním prostředí s nejistými postoji staronových politických reprezentantů zdravotnictví? Zvažte při svém hodnocení, zda je účelnější hasit požár nebo foukat do ohně.

Přeji Vám všem klid na práci a mnoho spokojených pacientů

MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda SPLDD ČR

## Autoimunitní onemocnění



### v tomto čísle inzerují...

**AHOU  
AVENT  
BEIERSDORF  
BOEHRINGER INGELHEIM  
BOIRON  
HERO  
JOHNSON&JOHNSON  
MARKDISTRI  
MONTROSE PHARMA  
NESTLÉ  
NUTRICIA  
OLIVOVA DĚTSKÁ LÉČEBNA  
ORION  
PAVEX CANADA  
STIEFEL  
WYETH WHITEHALL**

### úřední hodiny SPLDD ČR...

<b>Pondělí</b>	<b>10.00-15.00 hodin</b>
<b>Úterý</b>	<b>10.00-15.00 hodin</b>
<b>Středa</b>	<b>10.00-15.00 hodin</b>
<b>Čtvrtek</b>	<b>10.00-15.00 hodin</b>

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

**U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10**

**sekretariát:**

**tel.: 267 184 065**

**fax: 267 184 050**

**redakce VOX:**

**tel.: 267 184 065**

**267 184 047**

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



## Přehled činnosti SPLDD ČR za období červen až srpen 2008

**MUDr. Pavel Neugebauer**

předseda SPLDD ČR

**Předprázdninový měsíc spolu s měsíci prázdninovými se nesl především v duchu jednání o tom, jak vlastně bude vypadat systém organizace a úhrady zdravotní péče v roce 2009. Ministerstvo zdravotnictví po dlouhém očekávání předložilo do připomínkového řízení jeden ze stěžejních zákonů, zákon o zdravotních službách. Roztočil se kolotoč připomínkového řízení, na výsledek si ale budeme muset ještě počkat. Dojde k dalším zásadním změnám v parlamentu? S tím souvisí i kolotoč jednání o cenách na rok 2009. Na jedné straně zdravotní pojišťovny, kterým se velmi zalíbila situace s finančními přebytky, na straně druhé my, kteří chceme, aby byla naše práce konečně řádně ohodnocena. I tady si budeme muset na výsledek ještě počkat...**

**4. 6.** – při jednání s ČNZP dostal projekt integrované péče již zcela reálnou podobu, k dopracování tak zůstaly víceméně technické a detailní metodika.

**6. 6.** – v Ostravě pokračoval cyklus seminářů o aplikaci elektronizace ve zdravotnictví, diskutováno bylo i o nových projektech integrované péče.

**10. 6.** – na svém pravidelném jednání se sešli zástupci Koalice soukromých lékařů, o výstupech informujeme na jiném místě.

**17. 6.** – roztočil se kolotoč cenových jednání pro rok 2009, v této době bylo ve hře ještě mnoho otázek, budou pokračovat reformní kroky? Bude se měnit nastavení regulačních poplatků?

**27. 6.** – Předsednictvo na svém pravidelném jednání hodnotilo situaci ve zdravotnictví a výstupy

z proběhlých jednání, důraz byl kladen především na chystané projekty integrované péče

**15. 7.** – Koalice soukromých lékařů si na své jednání pozvala 1. náměstkyni ministerstva zdravotnictví Bc. Marku Šnajdra, aby s ní diskutovala o podobě předkládaného zákona o zdravotních službách, blíže na jiném místě.

**31. 7.** – na půdě ministerstva zdravotnictví proběhlo vypořádání připomínek k zákonu o zdravotních službách. Největším diskutovaným problémem asi zůstalo zapracování postavení a úlohy primární péče v celém komplexu zdravotnictví. O našich připomínkách a jejich vypořádání píšeme na jiném místě.

**6. 8.** – také se ZP MV se začal finalizovat projekt integrované péče s využitím elektronického předá-

vání dat o péči čerpané ze strany pojištěnce, která za definovaných podmínek dá praktickým lékařům tato zdravotní pojišťovna k dispozici.

**19. 8.** – Koalice soukromých lékařů se sešla, aby zhodnotila výstupy připomínek k zákonu o zdravotních službách, blíže opět na jiném místě.

**20. 8.** – při jednání v segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost dohodovacího jednání o cenách na rok 2009 panovaly diametrální rozdíly v návrzích na základní sazby mezi zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven. Zatímco poskytovatelé navrhovali základní kapitální platbu ve výši 59 Kč, zdravotní pojišťovny se se svými návrhy pohybovaly cca o 14 Kč níže (VZP 46, Svaz ZP 44 Kč), budeme umět tento hluboký příkop nějak překročit? ■

## Koalice soukromých lékařů

**Prázdniny kupodivu neznamenaly pro toto volné uskupení organizací zastupujících soukromé lékaře žádné extra volno. Díky legislativním aktivitám resortního ministerstva bylo o čem mluvit a jednat. Koalice si na své jednání pozvala i 1. náměstkyni ministra zdravotnictví Bc. Marku Šnajdra, aby s ní projednala určité znepokojení vyjádřené v oslovení ministra. Leccos bylo objasněno, mnoho otázek ale stále zůstalo. Jaké tedy budou výstupy z předkládaných nových zákonů? Příští měsíce uvidíme...**

### ■ Dopis ministru zdravotnictví ČR

Vážený pane ministře,  
zástupci Koalice soukromých lékařů se znepokojením sledují vývoj ve zdravotnictví v souladu s připravovanými legislativními změnami. Nejistotu, v jakém právním prostředí bude v blízké budoucnosti poskytována zdravotní péče, prohlubuje i množství neoficiálních verzí novel zákonů, které má zdravotnická veřejnost k dispozici.

Dovolujeme si tedy v této souvislosti obrátit se

na Vás s žádostí o schůzku k projednání následujících okruhů problémů:

- a) časový horizont předložení navrhovaných legislativních změn k připomínkovému řízení,
- b) řešení kolektivního vyjednávání,
- c) otázka převoditelnosti praxí,
- d) výběrová řízení,
- e) způsob stanovení ceny,
- f) postavení odborných zástupců,
- g) řešení regulačních poplatků.

V případě, že budete se schůzkou souhlasit,



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolujeme si Vás pozvat na

### **XVII. celorepublikovou konferenci SPLDD ČR**

**která se koná  
dne 1. listopadu 2008**

**v Kongresovém centru hotelu FLORET,  
Průhonice u Prahy.**

Výkonný výbor SPLDD ČR



sdělte nám prosím jeden nebo více termínů, které budou vyhovovat Vašemu časovému harmonogramu, na kontaktní adresu, případně telefonní číslo uvedené v záhlaví dopisu.

V Praze dne 10. 6. 2008

S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer,  
předseda Sdružení soukromých lékařů pro děti  
a dorost ČR,  
mluvčí Koalice soukromých lékařů

## ■ Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů se zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR ze dne 15. července 2008

### A. Připomínky Koalice k zákonům, které jsou v současné době v připomínkovém řízení

Pozvaný 1. náměstek ministra Bc. Marek Šnajdr potvrdil, že v připomínkovém řízení jsou v současné době 3 zákony – zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách a zákon o zdravotnické záchranné službě. S těmito zákony souvisí i úprava zákona o zdravotním pojištění tak, aby jeho obsah korespondoval se změnami, které přináší výše zmíněné zákony.

#### Připomínky KSL k návrhu zákona o zdravotních službách a stanoviska MZ ČR:

1. V zákoně chybí členění na ambulantní a lůžkovou péči.

**MZ ČR: Zákon je postavený v obecné rovině a není možné v něm rozvádět všechny druhy péče. Právě obecná rovina zaručuje rovné podmínky všem poskytovatelům.**

2. Zákon o zdravotních službách neobsahuje specifikaci primární péče její roli v poskytování zdravotních služeb.

3. V zákoně chybí náplň činnosti registrujícího lékaře.

4. V zákoně není uvedena povinnost občana registrovat se u lékaře. SPLDD navrhuje vázat registraci na sociální dávky. Problém – povinné očkování neregistrovaného pacienta.

**MZ ČR: Povinnost registrace v legislativě zakotvena nebude, je nevymahatelná.**

5. Administrativní zátěž je neúměrně vysoká, zejména pro menší zdravotnická zařízení.

6. Pokuty za nedodržení zákona jsou nepřiměřeně vysoké.

**MZ ČR: Ustanovení o pokutách je pouze obecné a je možné o jejich výši jednat.**

7. V zákoně chybí definice postavení dětských lékařů v systému poskytování primární péče.

8. V zákoně chybí zcela prevence.

9. Ve vyjmenovaných druzích zdravotnických zařízení nejsou uvedeny zubní laboratoře.

10. Paušální přeregistrace je nadbytečný byrokratický úkon, při současných kapacitách krajských úřadů nerealizovatelný ve lhůtě, kterou stanoví zákon. MZ ČR navíc požaduje při přeregistraci další údaje, které dosud nebyly povinné. KSL navrhuje pouze prověřit a případně doplnění současné dokumentace.

### MZ ČR: Zákon počítá s přechodným obdobím.

11. Povinnost vystavit údaje vyjmenované zákonem na veřejně přístupných místech ZZ může v některých případech, zejména je-li ZZ v nájmu, narazit na nesouhlas majitele objektu.

12. Postavení komor je v tomto zákoně silně potlačeno. Jejich úloha zejména v oblasti kontroly kvality je nezastupitelná a nelze ji delegovat na krajské úřady, jež nejsou schopny tuto činnost zajišťovat.

13. Zpracování kompletního léčebného plánu je z časového hlediska nerealizovatelné. KSL navrhuje stanovit léčebný plán, pouze pokud je pacient v péči více lékařů.

**MZ ČR: Léčebný plán nemusí být zpracován písemně, jde o zaznamenání jednotlivých kroků do dokumentace.**

KSL: Důležité je, aby tento problém stejně jako ministerstvo chápaly i kontrolní orgány. MUDr. Chrz upozornil na to, že léčebný plán má pevně stanovené náležitosti.

14. V zákoně je třeba přesně specifikovat 2. názor, aby nedocházelo k duplicitním vyšetřením pacienta, a stanovit způsob úhrady.

**MZ ČR: Zdravotní pojišťovna uhradí pouze odbornou radu (2. názor) pacientovi, který si s sebou přinese výpis ze zdravotnické dokumentace. Úhradu upravuje jiná zákonná norma.**

15. Některé lhůty stanovené zákonem nelze z objektivních důvodů dodržet (dědění, prodej, převzetí praxe).

**MZ ČR: O lhůtách je možné diskutovat.**

16. KSL nesouhlasí se způsobem hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb, jak je stanoven zákonem, chybí kritéria hodnocení a jeho účel. Návrh – předat kompetence hodnocení kvality komorám. Někteří zástupci Koalice se domnívají, že řešit certifikaci kvality zákonem je bezpředmětné, protože existuje již nyní. Navrhují nastavit základní podmínky, které by muselo splňovat každé ZZ, a nadstandard chápat jako formu soutěže. ČSK dodá MZ ČR podklady.

**MZ ČR: Certifikaci kvality nelze ze zákona vypustit, zdravotnictví je extrémně regulované podnikání. Předání certifikace komorám není možné.**

17. V souvislosti s prohlídkou těl zemřelých navrhuje KSL zavést institut „koronera“. Ohledání registrujícím lékařem v pracovní době v rámci kraje není z časových důvodů možné.

18. KSL nesouhlasí, aby zajištění zástupu bylo povinností poskytovatele. Tato povinnost by měla být přenesena na zdravotní pojišťovny.

19. KSL nesouhlasí s vazbou oprávnění k poskytování služeb na kraj. Připomínkovali i nutnost dvojí registrace.

**MZ ČR: Registrace je podmínkou pro poskytovatele ke vstupu na trh bez ohledu na to, zda má, nebo nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Správním orgánem je kraj.**

20. V zákoně se pojmem odborný zástupce rozumí „zdravotní ředitel“ (termín podle SPLDD). Je třeba definovat odborného zástupce ve smyslu zákonů o vzdělávání.

**MZ ČR: Tento problém bude řešen vyhláškou.**

Bc. Šnajdr přislíbil jednání o vypořádání připomínek všem organizacím, které připomínky na ministerstvo zaslaly. Tato jednání se budou konat do poloviny srpna, do konce srpna pak proběhne větší připomínkové řízení.

### B. Situace ve VZP

• MUDr. Stará informovala 1. náměstkyni ministra zdravotnictví o e-mailu ředitelky Odboru zdravotní péče KP VZP ČR pro Středočeský kraj. Podle obsahu sdělení jde o zjevnou snahu otevřít prostor ambulancím v lůžkových zařízeních. KSL nemá námítky proti zřizování ambulantních pracovišť za předpokladu, že splní podmínky stanovené privátním ambulantním praxím, včetně výběrového řízení. Podle Bc. Šnajdra je řešením zákon o zdravotnických službách. Požádal o sdělení, o která ambulantní zařízení se jedná, a přislíbil záležitost prověřit.

#### • Dohodovací řízení na rok 2009

– Podle informace Bc. Šnajdra je způsob nasmlouvání cen za zdravotní péči na rok 2009 nejasný, zdravotně pojistný plán VZP se bude projednávat v polovině srpna. Rozpuštění finančních přebytků zdravotních pojišťoven mezi poskytovatelem se nepředpokládá.

– Dohodovací řízení se ZP je v počátcích, zdravotní pojišťovny čekají na schválení nových zákonů.

– SSG ČR nesouhlasí s tím, aby VZP zdravotnickým zařízením diktovala bez předchozí konzultace úhradu výkonů, které dosud nebyly z veřejného zdravotního pojištění hrazeny.

– SAS ČR nesouhlasí s navýšením úhrady režijních nákladů pouze chirurgům bez jakýchkoliv předtím provedených objektivních propočtů, které toto obhájí. Režijní sazby jsou t. č. podhodnoceny i u ostatních ambulantních specialistů.

Do příštího jednání Koalice je třeba prověřit existenci a fungování Odborného fóra Národního referenčního centra jako poradního orgánu Ministerstva zdravotnictví ČR a zdravotních pojišťoven ([www.nrc.cz](http://www.nrc.cz)).

### ■ Připomínky SPLDD a jejich vypořádání – návrh zákona o zdravotních službách (zkráceno s uvedením pouze obecných připomínek)

1. Zcela zásadní naší připomínkou je **faktická absence zakomponování primární péče jako základního článku systému** poskytování zdravotnických služeb. V textu zcela chybí definování postavení PLDD v systému a v návaznosti na to i definování preventivní péče jako takové, včetně očkování.

*Vypořádání: při jednání stále nepochopeny důvody našeho požadavku ze strany zástupců MZ ČR, alespoň přislíbení, že se budou zabývat textem, který připojujeme. Odkázali nejprve na*





zákon 48/1996 Sb., o veřejném zdrav. pojištění, kde je údajně PP definována, po námitce, že tomu tak není a navíc se jedná o zákon o v. z. p., bylo řečeno, že bude jeho novela, k ní pak samostatné připomínkové řízení a tam event. začlenit PP. Zatím odmítnuto v zákoně o ZS dělení na primární péči atd., odmítnuto i dělení na ambulanci primární péče atd. Dle tohoto zákona patříme obecně do ambulantních zdrav. služeb.

#### Proč zakomponovat primární péči do zákona o ZS

**Praktický lékař** (pro děti a dorost i pro dospělé) je základním článkem tzv. **primární péče**. Primární péče je jedním z nejdůležitějších článků zdravotní péče. Její úroveň má největší vliv na celkovou **kvalitu zdravotnického systému**. Nejvýznamněji ovlivňuje i celkový **vývoj zdravotního stavu** obyvatelstva.

Redukcí zbytečných nákladů uvnitř systému je dobře fungující primární péče schopna sehrát hlavní úlohu při dosažení **ekonomické efektivity** celého zdravotnického systému a svým principem nejvíce odpovídá přiblížení se úrovni **evropského standardu** poskytované zdravotní péče ve vyspělých zemích Evropské unie.

Světová zdravotnická organizace (SZO) považuje primární péči za základ zdravotnických systémů jednotlivých členských zemí a je na ni kladen hlavní důraz při plnění globálního cíle **Zdraví pro všechny do roku 2010** (viz cíle 26, 27, 28 příslušného dokumentu).

Změny ve zdravotnictví po roce 1989 posílily hlavně nemocnice a velká zdravotnická zařízení, ale i ambulantní specialisty.

Přesto, že předchozí vlády v souladu s doporučeními SZO deklarativně považovaly primární péči za základ transformačních změn, nebyla dosud koncepce primární péče přijata. Přitom v roce 1997 byla v rámci projektu Phare týmem českých a zahraničních expertů dokončena a předložena k diskusi studie **Rozvoj primární péče**, která by měla být základem pro moderní koncepci kompatibilní se státy EU.

Charakteristika primární péče – jde o péči koordinovanou, komplexní, individuální a kontinuální s důrazem na podporu zdraví, prevenci nemoci, léčbu a rehabilitaci.

#### Hlavní principy primární péče

**Všeobecnost a prevence** – bez ohledu na věk, pohlaví, znalost životního prostředí občana, stanovení rizik

**Snadná dostupnost** – geografická, časová, finanční

**Integrita péče** – podpora zdraví – prevence nemocí – léčba – rehabilitace

**Kontinuita** – sleduje nejen jednotlivé epizody nemoci, ale podstatné období života jednotlivce  
**Holistický přístup** – jednotlivec, rodina i společnost se vzájemně doplňují a ovlivňují, bio-psy-

cho-sociální pohled, navíc PL často součástí komunity

**Osobní přístup** – orientace více na osobnost než na samotnou nemoc, důraz na osobní důvěrný vztah lékař-pacient-rodina, znalost dalších složek pomoci – např. sociální

**Koordinovanost** – spolupráce s ostatními zdravotnickými a sociálními složkami

**Týmová práce** – domácí péče, řízený přístup ke specialistům, zpětná vazba

**Rychlost** – co nejrychlejší pomoc v případě onemocnění

**Účelnost, komplexnost** – zajištění toho druhu péče, jaký si charakter nemoci vyžaduje

**Kvalita** – proces léčení je co nejméně komplikovaný a správný

**Informovanost, přehlednost** – proces léčení je pro občana přehledný

**Domácí péče** – co nejmenší vytrhnutí z běžného života při nemoci

**Ekonomičnost** – přijatelnost nákladů v systému omezených zdrojů – „inteligentní“ průvodce systémem

#### Výhled, nutná návaznost dalších kroků

Vytvoření koncepce primární péče, tj. formalizace postavení PL

Podpora koordinační úlohy praktického lékaře = gatekeeping, fundholding

Stabilizace sítě praktických lékařů = možnost pro uplatnění lékařů z nemocnic

Fondové hospodaření = ekonomizace činnosti, zajištění dostupnosti a kvality

Vytvoření samostatného fondu léčiv = kontrola nad významnou výdajovou složkou

Plán řízené péče = omezení zneužívání systému z prostředků zdravotního pojištění

Komerční zdravotní pojištění = vytvoření dalších zdrojů

Definice hrazené péče = vymezení péče hrazené ze zdravotního pojištění

2. Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb bychom doporučovali pouze uvést zmocňující ustanovení k vydání podzákoné normy či Věstníku MZ ČR. Hodnocení kvality považujeme za nikdy nekončící proces s nutností akceptovat vývoj a rozvoj zdravotní péče. V této souvislosti požadujeme za naprosto nezbytné zahájit práci na tvorbě standardů péče, bez nich se bude do budoucna jen obtížně posuzovat kvalita jednotlivých zdravotnických služeb.

Vypořádání: ze strany MZ ČR objasněno, že záměrem je především specifikovat způsob vzniku organizace, která bude dozor provádět, jako přímo řízené organizace ze strany MZ ČR.

K hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdrav. služeb bylo dále sděleno, že existuje jakási Odborné fórum (složeno z 8 členů, zástupců nemocnic, ZP a ministerstva ?), které vzniká transformací NRC. Požádali jsme o tlumočnickou požadavku, aby byla zastoupena PP, která

poskytuje největší objem zdravotní péče pro občany.

Bylo nám sděleno, že se můžeme účastnit v rámci pracovních skupin – každý z 8 členů „předsednictva“ si může jmenovat pracovní komise. Odborné fórum by se mělo zabývat vytvořením toho, jak budou vypadat odborné standardy – standardy poskytování odborné zdravotní péče. Diskuse byla ale trochu nepřehledná. Bylo argumentováno, že úhradové standardy nesouvisí s tímto zákonem, ten je pouze obecným zákonem ke ZS. Úhradové standardy bude asi řešit zákon o v. z. p. Není zcela jasné, jak to souvisí (či jak to bude provázáno) s hodnocením kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb. Nebylo zcela srozumitelně vysvětleno, proč tento důležitý a potřebný zákon o zdravotních službách neřeší alespoň obecné standardy zdravotní péče ve smyslu poskytování či státem garantovaného poskytování zdravotních služeb hrazených z v. z. p. (viz např. Nizozemsko, Švýcarsko). V tomto zákoně se pouze vyjmenovává, které zdravotní služby (na základě živnostenského listu) nebudou hrazeny z v. z. p., což není dostačující. Pokud tato problematika bude ošetřena v dalších zákon. předpisech, domníváme se, že by tyto měly být předloženy současně.

3. Restrikce, resp. nastavení výše pokut u fyzických osob za uvedené správní delikty podle nás jednoznačně povede k nechuti a odmítání mladých lékařů podílet se na provozování nestátních zdravotních zařízení nebo je dokonce přebírat od kolegů odcházejících do důchodu. Obáváme se rozpadu sítě praktických lékařů z pohledu demografické situace.

Vypořádání: Přislíbena úprava

Připomínky sepsány v Praze dne 7. 7. 2008

Za SPLDD ČR:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda  
MUDr. Milan Kudýn, 1. místopředseda  
MUDr. Eva Vitoušová, místopředsedkyně  
MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Jihomoravského regionu

Vypořádání dne 31. 7. 2008 na MZ ČR:

Za SPLDD ČR:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda  
MUDr. Eva Vitoušová, místopředsedkyně  
MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Jihomoravského regionu

Za MZ ČR:

MUDr. Helena Sajdllová, vedoucí oddělení zdravotní péče  
Mgr. Petr Panýr, tajemník náměstkyně Hellerové  
MUDr. Markéta Hellerová, náměstkyně – omluvena pro nemoc



## ■ Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 19. srpna 2008

### 1. Připomínky KSL k návrhu zákona o zdravotních službách:

Vzhledem k tomu, že z jednání se těsně před jeho zahájením omluvili zástupci MZ ČR, shrnuli zástupci jednotlivých organizací situaci od minulého jednání KSL. MZ ČR jednalo o vypořádání připomínek se všemi organizacemi, které připomínky na ministerstvo zaslaly, kromě ČSK. Není však jasné, zda připomínky budou do novel zapracovány.

Zákon o zdravotních službách neobsahuje specifikaci (definici) primární péče a její specifickou roli v poskytování zdravotních služeb.

Pokuty za nedodržení zákona jsou nepřiměřeně vysoké a nerovné vůči velikosti ZZ (ambulance jednoho lékaře versus nemocnice).

Ve vyjmenovaných druzích zdravotnických zařízení nejsou uvedeny zubní laboratoře.

Paušální přeregistrace je nadbytečný byrokratický úkon, při současných kapacitách krajských úřadů nerealizovatelný ve lhůtě, kterou stanoví zákon. MZ ČR navíc požaduje při přeregistraci další údaje, které dosud nebyly povinné. KSL

navrhuje pouze prověření a případné doplnění současné dokumentace.

Povinnost vystavit údaje vyjmenované zákonem na veřejně přístupných místech ZZ může v některých případech, zejména je-li ZZ v nájmu, narazit na nesouhlas majitele objektu.

Zpracování kompletního léčebného plánu je z časového hlediska nerealizovatelné. KSL navrhuje stanovit léčebný plán, pouze pokud je pacient v péči více lékařů. Obdobně může být problematické vždy vyznačovat čas (např. nevidíme důvod v případě vystavení potvrzení, posudku apod.).

V zákoně je třeba přesně specifikovat 2. názor, aby nedocházelo k duplicitním vyšetřením pacienta, a stanovit způsob úhrady.

Některé lhůty stanovené zákonem nelze z objektivních důvodů dodržet (dědění, prodej, převzetí praxe).

KSL nesouhlasí se způsobem hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb, jak je stanoven zákonem, chybí kritéria hodnocení a jeho účel. Návrh – předat kompetence hodnocení kvality komorám (tato připomínka souvisí i s problematikou hodnocení personálního obsazení ZZ). Někteří zástupci Koalice se domnívají, že

řešit certifikaci kvality zákonem je bezpředmětné, protože existuje již nyní. Navrhují nastavit základní podmínky, které by muselo splňovat každé ZZ, a nadstandard chápat jako formu soutěže. ČSK dodá MZ ČR podklady.

KSL nesouhlasí, aby zajištění zástupu bylo povinností poskytovatele. Tato povinnost by měla být přenesena na zdravotní pojišťovny.

KSL nesouhlasí s vazbou oprávnění k poskytování služeb na kraj. Připomínkovali i nutnost dvojí registrace.

### 2. Jednání o cenách na rok 2009

• V jednáních se ZP nedošlo k posunu, nelze počítat s výrazným navýšením úhrad proti roku 2008.

• Cenotvorba ve zdravotnictví je dle nového zákona v kompetenci MZ ČR. Akceptační komise Národního referenčního centra řešila, jak stanovit ceny ve zdravotnictví. 1. LF UK na základě grantu vytváří Katalog služeb, který bude obsahovat seznam zdravotnických výkonů.

### 3. Různé

• SÚKL vydal k připomínkování návrh seznamu léků vydávaných bez lékařského předpisu. ■

Pro VOX zpracoval: MUDr. Pavel Neugebauer

## Co je to SIP?

**Zkratkou SIP označujeme Systém integrované péče, který pro smluvní lékaře a pojištěnce v těsné spolupráci se Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost ČR a Sdružením praktických lékařů ČR připravila a nyní testuje v pilotní fázi Česká národní zdravotní pojišťovna a Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra. V posledních letech plátcí, poskytovatelé zdravotní péče i odborná veřejnost ve vyspělých zemích ve vzrůstající míře dospívají ke konsensu, že systémy integrované péče (SIP) představují inovativní odpověď na jednu z klíčových otázek zdravotnictví: jak zajistit koordinovanou péči o stále rostoucí počet pacientů s chronickými onemocněními.**

Chronická onemocnění vyžadují podstatně vyšší stupeň koordinace mezi zdravotnickými zařízeními, než je tomu u akutních zákroků, a sotva je možné dosáhnout dobrých klinických výsledků, aniž by existovala plynulá návaznost péče mezi vzájemně spolupracujícími a komunikujícími lékaři. Systémy integrované péče, například pro diabetiky, byly v sousední Spolkové republice Německo testovány již několik let a na základě dobrých výsledků se staly od 1. 4. 2007 volitelnými dobrovolnými programy přímo ze zákona.

SIP využívá funkční, v praxi ověřené modely ze zdravotnických vyspělých západoevropských zemí, které mají podobně jako Česká republika veřejné solidární zdravotní pojištění, a adaptuje je na naše podmínky. Pilotní projekt je založen na těsné spolupráci praktických lékařů s ambulantními specialisty, laboratořemi, lékárnami i zařízeními lůžkové

péče, která zajišťují zdravotní péči pro pojištěnce vybraných pojišťoven a kvalita jejich služeb byla praktickými lékaři pozitivně ohodnocena. Základním posláním SIP je vést celý léčebný proces přímočaře a pro pacienta co nejšetnějším způsobem prostřednictvím čerpání služeb v doporučených zdravotnických zařízeních. Pacienti jsou přitom ke spolupráci se svým registrujícím lékařem a k respektování jeho doporučení motivováni prostřednictvím speciálního bonusového programu.

**SIP se ve své pilotní fázi zaměří na tři oblasti:**

1. Identifikace pojištěnců, kteří trpí některou z chronických diagnóz, na základě analýzy připravené konkrétní zdravotní pojišťovnou ve spolupráci se SPLDD a SPL ČR.

2. Poskytnutí těchto podkladů zdravotnickému zařízení a ověření jejich správnosti zdravotnických zařízení (zpětná vazba).

3. Identifikace zařízení, která podle názoru praktického lékaře poskytují pacientům kvalitní navazující péči, a měla by se proto stát doporučenými pracovišti.

4. Podpora elektronické komunikace mezi pojišťovnou, smluvními zdravotnickými zařízeními a pojištěnci.

**SIP zároveň zakládá systém zvláštních bonifikací pro spolupracující zdravotnická zařízení již ve fázi pilotního projektu.** PLDD či PL mající zájem se do projektu zapojit, obdrží příslušný návrh smluvního dodatku.

Další informace potřebné pro rozhodování o zapojení se do pilotního projektu SIP lze nalézt ve speciálních odkazech na webových stránkách Sdružení [www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz), SPL ČR [www.splcr.cz](http://www.splcr.cz), ČNZP [www.cnzp.cz](http://www.cnzp.cz) a ZP MV ČR [www.zpmvcr.cz](http://www.zpmvcr.cz). ■

Pro VOX zpracoval: MUDr. Pavel Neugebauer





## Stanovisko k možnosti písemného vykazování výkonů signalizujících výběr registračního poplatku

Zhlediska platného zákona č. 48/1997 Sb., ukládajícího povinnost informovat příslušnou zdravotní pojišťovnu o výběru regulačních poplatků, je přípustná i listinná forma. Zákon nikterak neupravuje způsob podání informace, pouze ukládá zdravotnickému zařízení povinnost informaci podat.

Metodický pokyn MZ ČR není závazným předpisem, tudíž pro posouzení možnosti vykázat pouze v listinné formě není směrodatný a závazný.

Metodika VZP ČR verze 6.2 – doplněk č. 1 k dané věci uvádí: „OL vykazuje vybrání regulačního poplatku příslušným číslem výkonu uvedeným v platném ‚Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami‘ na dokladech, které se používají pro vykazování výkonů, a to v rámci vyúčtování související poskytnuté zdravotní péče v nejbližším ter-

mínu pro předání vyúčtování následujícím po vybrání regulačního poplatku.

V případech uvedených v ustanovení 16a odstavec 2 novely zákona č. 48/1997 Sb. (dále jen ‚Zákon‘) vykazuje příslušné číslo výkonu: regulační poplatek – pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen.“

Domnívám se tedy, že informace VZP ČR o nemožnosti vykazování předmětných signalizačních kódů (poplatek vybrán, případně osvobozen) v listinné podobě v případě, kdy vyúčtování zdravotní péče je prováděno v elektronické podobě, není zcela přesná.

V takovémto případě se nemůže jednat o porušení zákona (naopak zákonná povinnost je tímto splněna).

Posouzení rozporu s metodikou VZP ČR, která je dle smlouvy o poskytování a úhradách zdravotní péče závazná, je dle mého

názoru takové, že jsou-li předmětné výkony vykázány na dokladech, které jsou využívány pro vykazování zdravotní péče pro listinnou podobu, nejde o porušení metodiky ani v případě, kdy dané zdravotnické zařízení vykazuje ostatní zdravotní výkony v elektronické podobě. Tedy lze vykázat pouze tyto výkony v listinné podobě, ovšem tato podoba musí odpovídat formě pro vykazování zdravotních výkonů. Vykázání na „volném papíře“, jak je uvedeno v daném případě v dopise KP VZP Zlín ze dne 6. 6. 2008, by tedy v souladu s metodikou nebylo.

Řešením je podle mne vykazování ve formě odpovídající metodice – třeba v listinné formě, ale v odpovídajícím provedení.

V Praze dne 4. 7. 2008

Mgr. Jakub Uher

## Lékaři pod jednou firmou

**Lékařské „supermarkety“ – přinese nový zdravotnický trend pacientům více výhod, nebo nevýhod? Řetězec praktiků nabízí pacientům delší ordináční doby. Zástupci soukromých lékařů se bojí o kvalitu péče a vlastní budoucnost.**

Pracovník agentury zazvoní u dveří a důchodce se od něj dozví lákavou nabídku: praktický lékař mu bude k dispozici od 9 do 19 hodin, místo dlouhého čekání ve stísněném prostoru jej přivítá světlá čekárna s recepcí, do které přijde na předem domluvenou hodinu. Takový obrázek již znají ve třech moravských městech a do dalších se brzy rozšíří.

V českém zdravotnictví se totiž rozmáhá nový trend – vznik „lékařských supermarketů“. Kromě výše jmenovaných výhod ale mohou představovat i rizika. Silné společnosti skupují ordinace soukromých lékařů. Ti se stanou z podnikatelů zaměstnanci a mohou se stídat v jedné ordinaci. Pacientům nabízí delší ordináční dobu a objednávkový systém, na druhou stranu se může stát, že pacienta neprohlídí pokaždé stejný lékař. Zástupci soukromých lékařů navíc varují před možným zhoršením péče.

Jako první začala loni skupovat ordinace akciová společnost Moje ambulance. V dohledné době tento řetězec chystá po Ostravě, Olomouci a Brně rozšíření do šesti dalších měst včetně Prahy.

U praktických lékařů se ovšem tento trend nezastaví. S finančním přispěním investiční skupiny Penta chce společnost Mediclinic vytvořit síť, ve které budou zaměstnáni ambulantní specialisté. Podle některých lékařů mohou „lékařské supermarkety“ ohrozit i úroveň péče o pacienty. Naopak Moje ambulance tvrdí, že kvalitu péče zvýší. „Ve zdravotnickém supermarketu se při léčení budou stídat většinou nekvalifikovaní, špatně zaplacení lékaři,“ soudí prezident České lékařské komory Milan Kubek. Tyto námitky firma důrazně odmítá. „Moje ambulance jsou platná registrovaná zdravotnická zařízení. Všichni naši lékaři mají odpovídající vzdělání a atestaci v oboru a také mají chuť pracovat. Navíc každé pracoviště má svého odborného garanta,“ uvádí mluvčí Mojí ambulance Simona Součková. Lékaři mají v tomto řetězci úvazek na šest hodin denně, plat 40 tisíc korun, nemusí se zabývat administrativou, k dispozici mají služební auto a mobilní telefon.

Nezávislé sdružení praktických lékařů zatím vyčkává, jaké výsledky budou sdružené praxe skutečně mít. „Pokud bude zachována kvalita

lékařů, neměly by se projevit rozdíly,“ říká předseda Společnosti všeobecného lékařství Svatopluk Býma. „Bude ovšem záležet na přístupu vedení společnosti a jeho prioritách. Praktický lékař – zaměstnanec – musí respektovat kritéria, která nastaví vedení,“ upozorňuje.

**Určitá rizika se prý mohou v souvislosti se změnou vlastníka ordinace projevit. „Když dochází ke sdružování praxí, jako odborná společnost preferujeme, aby byly ordinace spíše ve vlastnictví praktických lékařů, než aby byly součástí jiného subjektu. Poskytuje to větší záruku, že budou upřednostňovány zájmy pacientů,“ myslí si Býma.**

### Virtuální poliklinika?

Právě sdružováním samostatných praxí, které přitom zůstanou v soukromých rukou jednotlivých lékařů, reagují na konkurenci sami lékaři. Bojí se, že je velké řetězce převálčují, podobně jako mnohé malé obchůdky zlikvidoval příchod super a hypermarketů.

Nový projekt vymysleli ambulantní specialisté. Samostatným lékařům zatím nabízí poradenství



a v budoucnu by mohla vzniknout i „virtuální poliklinika“. Pacienti by měli jistotu, že se do ní dostanou jen lékaři, kteří splní kritéria kvality. Jednotliví lékaři

se pak budou vzájemně zastupovat například při dovolené. „Jde o vytvoření ochranného deštníku nad medicínsky kvalitními soukromými ambulanecemi s plným zachováním jejich ekonomické samostatnosti. Jde mimo jiné i o vytvoření obrany proti příliš levnému skupování,“ řekl jeden z organizátorů projektu Zorjan Jojko.

#### **Jak funguje sdružená praxe?**

- firma koupí ordinace soukromých lékařů

- pacient se zaregistruje k firmě, která jednotlivé lékaře zaměstnává
- pokud se pacient předem neobjedná, může jej pokaždé vyšetřit jiný lékař
- sdružená praxe má nižší náklady na provoz a nabízí pacientům delší ordinační dobu.

Převzato: LN 2. května 2008



OSPDL ČLS JEP

## **Informace o volbách Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP**

Informujeme Vás, že v prosinci letošního roku proběhnou volby do výboru a revizní komise naší odborné společnosti. Výbor zvolil korespondenční způsob voleb.

Podrobné informace naleznete v příštím čísle tohoto časopisu.

## **Pan doktor Reklama**

**MUDr. Jan Hnízdil**

**Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) chce vytvořit novou kategorii léků dostupných v lékárnách „bez lékařského předpisu s omezením“. Jde o léky na vysoký tlak, na cholesterol, na astma, na závratě, na bolest. Bude na ně možná reklama zaměřená na širokou veřejnost. Cílem je úspora práce lékařů a usnadnění přístupu pacientů k lékům. Úleva pro všechny. Politikům se návrh líbí. „Vítám, že se lidé dozvědí víc o lécích, které užívají, i kdyby to mělo být formou reklamy, je to lepší než nic,“ říká europoslanec MUDr. Milan Cabrnach. „Pokud lidem věříme, že mohou o spotřebě léků sami rozhodovat, pak by reklama, která respektuje pravidla, měla být umožněna,“ přidává se mluvčí ministerstva Tomáš Cikrt. Je rozdíl věřit lidem, věřit reklamě a věřit sám sobě.**

Léky, které hodlá SÚKL uvolnit, slouží povětšinou k léčbě civilizačních onemocnění. Jde o potíže pramenící z toho, co jíme, jaký vzduch dýcháme, jak se hýbeme, jaké máme starosti, v jakých společenských podmínkách žijeme a jak se s nimi vyrovnáváme. Vysoký tlak svědčí o tom, že jsme „pod tlakem“. Astma zase, že máme doma nebo v práci „dusno“. Dráždivým tračnickem trpívají úzkostní lidé, jejichž způsob života je „k posrání“. Vysoký cholesterol souvisí se stravou. Závrať cítíme, když s námi někdo nebo něco „zatočí“. Bolestí nám tělo hlásí, že jsme si „naložili víc, než unese“. Nejde tedy o nemoci v pravém slova smyslu. Zprvu je to varování. Pokyn ne k tomu, abychom běželi do lékárny, ale k tomu, abychom se zastavili a přemýšleli. Lékař by měl být pacientovi rádcem ve chvíli, kdy není schopen zjistit, kde dělá chybu, nebo si neví rady s jejím odstraněním. „Chcete se léčit, nebo se chcete uzdravit?“ zní první otázka, kterou pokládám pacientům. Každý odpoví, že chce být zdravý. Když se ale dozví, co všechno by musel ve svém životě změnit, ukončí návštěvu slovy: „Tak to se budu raději dál léčit. Napište mi ty prášky.“ Je to věc osobního rozhodnutí. Nechat se léčit, nebo spolupracovat na uzdravení. Vztít odpovědnost do vlastních rukou, nebo se odevzdat do péče medicínsko-farmaceutického komplexu a věřit reklamě. To druhé je pohodlnější, ale mnohem nebez-

pečnější. Cílem reklamy není poradit lidem, jak mají změnit chování, aby se uzdravili. Cílem je prodat lék. Bude-li návrh na uvolnění prodeje léků a jejich reklamu schválen, dojde na osvědčený scénář.

Vymývání mozků odstartuje tsunami špatných zpráv: „Cholesterol zabijí... na neléčený vysoký tlak zbytečně umírají tisíce lidí... artróza se šíří jako epidemie.“ Občan znejistí. S vyděšeným člověkem se totiž nejlépe manipuluje. Následovat bude vlna uklidňujících zpráv: „O zdraví se už nemusíte bát. Na každý problém existuje účinný lék. Stačí nechat si změřit tlak nebo cholesterol a brát prášky.“ V reklamě to poradí Lucie Bílá, Ladislav Chudík nebo Roman Šebrle. Občan uvěří. Poslušně půjde do lékárny a nakoupí. Z člověka, který byl v podstatě zdravý, se rázem stane pacient. Říká se tomu medikalizace, vyrábění nemocí z problémů každodenního života, které ve skutečnosti nemocemi nejsou a jejichž řešení je zase jen v životě pacienta. Jediný, komu tento způsob medicíny prospívá, jsou výrobci léků. Člověk na něj těžce doplácí. Čím víc léků, tím víc nemocí. Lidé, mám vás rád. Bděte! Střežte se doktora Reklamy!

Převzato: LN 2. září 2008

Vážené kolegyně, vážení kolegové,  
dovolujeme si Vás pozvat na

## **3. KONGRES PRIMÁRNÍ PÉČE**

**ve dnech 27.–28. února 2009  
v hotelu TOP v Praze.**

Součástí programu bude kromě zajímavých odborných témat (kardiologie, gastroenterologie, plastická chirurgie, stomatologie a další) i profesní tematika (vzdělávání, předávání praxí apod.). Zajištěn bude i bohatý společenský program.

Pozvánku s dalšími informacemi včetně programu a způsobu registrace obdržíte v příštím čísle Voxu.

MUDr. Neugebauer Pavel  
MUDr. Šmatlák Václav



# Posuzování zdravotního stavu pro účely ošetřovného podle zákona č. 187/2006 Sb.

**MUDr. Hana Šobíšková**

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

**V souvislosti s přijetím zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, který od 1. 1. 2009 nahradí současný zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, dojde i v posuzování zdravotního stavu v souvislosti s poskytováním ošetřovného (nyní podpora při ošetřování člena rodiny) k zásadním změnám, především co se týče administrativního postupu při uznávání potřeby ošetřování.**

Posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování ošetřovného je v zákonu o nemocenském pojištění upraveno v § 68–72. Zákon ukládá povinnosti jednotlivým subjektům působícím v systému nemocenského pojištění a stanoví sankce, které je orgán nemocenského pojištění oprávněn uplatnit při porušení povinností. Kromě nemocenského pojištění zaměstnanců upravuje tento zákon i nemocenské pojištění vojáků z povolání, státních zaměstnanců a příslušníků bezpečnostních sborů.

Podpůrčí doba u ošetřovného činí 9 kalendářních dnů. Jde-li o osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči alespoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku, činí podpůrčí doba 16 kalendářních dnů.

Ošetřující lékař uzná potřebu ošetřování, jestliže zjistí, že:

- dítě mladší 10 let je nemocné nebo utrpělo úraz,
- osoba nad 10 let věku je nemocná nebo utrpěla úraz a její zdravotní stav vyžaduje nezbytně ošetřování jinou osobou,
- žena, která porodila, vyžaduje z důvodu stavu v době bezprostředně po porodu nezbytně ošetřování jinou osobou,
- fyzická osoba, která jinak pečuje o dítě mladší 10 let, onemocněla, utrpěla úraz, byla přijata do ústavní péče sama nebo jako průvodce nezletilého dítěte nebo porodila, a proto nemůže o toto dítě pečovat.

Potřeba ošetřování začíná dnem, kdy ji ošetřující lékař zjistil. V odůvodněných případech může být potřeba ošetřování uznána dřívějším dnem, nejvýše však 3 kalendářní dny přede dnem, v němž lékař potřebu ošetřování zjistil. O ukončení potřeby ošetřování ošetřující lékař rozhodne, zjistí-li, že potřeba ošetřování pominula, nebo tehdy, jestliže se fyzická osoba, která vyžaduje ošetřování druhou osobou, nedostaví ke kontrole zdravotního stavu nebo se osoba poskytující ošetřování dítěti mladšímu 10 let nedostaví ke kontrole s tímto dítětem v den, který jí byl určen. Potřeba ošetřování se ukončí tímto dnem.

Potřeba ošetřování bude potvrzována na nových předepsaných tiskopisech, které budou distribuovány Českou správou sociálního zabezpečení. Budou zúčtovatelné a bude s nimi zacházeno v obdobném režimu jako s rozhodnutím o dočasné pracovní neschopnosti. Část pro zaměstnavatele nesmí obsahovat statistickou značku diagnózy.

Pokud ošetřující lékař po vyšetření nezjistí důvody k vydání rozhodnutí o potřebě ošetřování, avšak pojištěnec na vydání rozhodnutí trvá, vydá ošetřující

lékař rozhodnutí, že potřeba ošetřování nevznikla. Další postup je upraven zvláštním právním předpisem o rozhodování při výkonu zdravotní péče (§ 77 a 77a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů). Tento předpis platí též pro postup při nesouhlasu s rozhodnutím o ukončení potřeby ošetřování.

Povinnosti ošetřujícího lékaře při posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování ošetřovného jsou obdobné jako při posuzování zdravotního stavu pro účely dočasné pracovní neschopnosti. Nově, na rozdíl od současné praxe, má ošetřující lékař povinnost vést evidenci jím vydaných rozhodnutí o potřebě ošetřování a odesílat příslušnému orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu hlášení o vzniku potřeby ošetřování a hlášení o ukončení potřeby ošetřování, a to nejpозději v pracovní den následující po dni, kdy bylo rozhodnutí vydáno. Ošetřující lékař je povinen poskytnout potřebnou součinnost orgánu nemocenského pojištění při kontrole posuzování potřeby ošetřování, zejména umožnit provedení této kontroly na svém pracovišti nebo se za tímto účelem dostavit na příslušný orgán nemocenského pojištění, a sdělit zaměstnancům orgánu nemocenského pojištění oprávněna provést kontrolu skutečnosti potřebné k provedení kontroly. Kromě povinností přímo souvisejících s posouzením zdravotního stavu a uznáním potřeby ošetřování zákon stanoví i povinnosti administrativního charakteru, jako je např. odeslání tiskopisů příslušnému orgánu nemocenského pojištění ve stanovené lhůtě.

Orgán nemocenského pojištění bude oprávněn kontrolovat správnost posuzování zdravotního stavu a správnost vedení a úplnost zdravotní dokumentace a plnění dalších povinností vyplývajících ošetřujícím lékařům ze zákona. Při neplnění povinností je orgán nemocenského pojištění oprávněn vůči ošetřujícímu lékaři uplatnit sankce.

Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování je vykonatelné dnem, který je v rozhodnutí uveden jako den ukončení potřeby ošetřování, ne však dříve než dnem jeho ústního vyhlášení přítomnému pojištěnci nebo písemného doručení nepřítomnému pojištěnci. Pokud by se pojištěnec osobně nezúčastnil stanovené kontroly, aniž by prokázal existenci vážných důvodů své neúčasti, je rozhodnutí vykonatelné dnem této kontroly. Zjistí-li orgán nemocenského pojištění, že nejsou důvody pro trvání potřeby ošetřování, rozhodne o jejím ukončení, pokud tak neucinil ošetřující lékař.

Zdravotnická zařízení jsou povinna na žádost

orgánu nemocenského pojištění za úhradu provést vyšetření zdravotního stavu dané osoby, která je povinna se tomuto vyšetření podrobit. Výše úhrady za provedené výkony se řídí seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a zvláštními právními předpisy. Úhradu poskytuje ten, kdo si provedení výkonu vyžádal. To platí obdobně i pro náhradu poštovného za zaslání zdravotnické dokumentace. Bezplatně jsou zdravotnická zařízení povinna lékaři orgánu nemocenského pojištění na jeho žádost sdělit informace potřebné ke kontrole posuzování zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti, umožnit lékaři orgánu nemocenského pojištění nahlížení do zdravotnické dokumentace a na nezbytně nutnou dobu mu zapůjčit zdravotnickou dokumentaci v rozsahu určeném orgánem nemocenského pojištění. Tyto povinnosti plní zdravotnické zařízení ve lhůtě určené orgánem nemocenského pojištění, a není-li tato lhůta určena, do 15 kalendářních dnů ode dne, kdy obdrželo žádost.

V § 138 zákona o nemocenském pojištění jsou uvedeny správní delikty, jichž se zdravotnické zařízení dopustí nesplněním povinností uložených zákonem. Za nesplnění povinností je orgán nemocenského pojištění oprávněn uložit pokuty, jejichž výše je diferencována podle závažnosti a důsledků nesplnění jednotlivých povinností stanovených zdravotnickým zařízením a dalším právními osobám. Výše pokut se pohybuje v rozmezí od 10 000 do 100 000 Kč.

Kromě peněžité pokuty je orgán nemocenského pojištění oprávněn upozornit zřizovatele zdravotnického zařízení a příslušnou zdravotní pojišťovnu na neplnění povinností daných zákonem nebo podat podnět České lékařské komoře a České stomatologické komoře k zahájení disciplinárního řízení s tímto zdravotnickým zařízením.

Podpora při ošetřování člena rodiny, na kterou vznikl nárok před 1. lednem 2009 a tento nárok trvá po 31. prosinci 2008, se považuje za ošetřovné podle zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Vzhledem k tomu, že zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění, přináší do posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění řadu zásadních změn, doporučujeme všem ošetřujícím lékařům, aby se s těmito změnami včas seznámili. Při nejasnostech je vhodné kontaktovat lékaře referátu lékařské posudkové služby působící u příslušné okresní (pražské) správy sociálního zabezpečení.





## Virová hepatitida typu A

### Vzor dokumentu, který byl distribuován školám v souvislosti se zvýšeným výskytem hepatitidy A

**Virová hepatitida typu A**, dříve nazývaná infekční žloutenka, je vyvolána virem hepatitidy A. Tento virus je velmi odolný vůči vlivům zevního prostředí, přežívá týdny při pokojové teplotě, léta ve zmraženém stavu. Zničen je např. po pětiminutovém varu, po deseti hodinách při teplotě 60 °C, po působení dezinfekčních prostředků (chlorových preparátů, kyseliny peroctové aj.).

**Inkubační doba, tedy doba od nákazy člověka do rozvinutí příznaků onemocnění**, je 14 až 50 dní, nejčastěji 30 dní. Již koncem inkubační doby bývají přítomny necharakteristické příznaky. Nejčastěji se jedná o projevy chřipkové (tj. zvýšená teplota, bolesti hlavy, bolesti svalů, únava, rýma, kašel, zánět spojivky), žaludeční a střevní (nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem, jindy naopak zácpa, říhání, nadýmání, tlak v pravém podžebří). Vzácněji dochází k projevům kloubním (bolestem, otokům), kožním (svědění, někdy i vyrážce), nervovým (bolestem hlavy, zánětlivým postižením jednoho i více nervů). Po této fázi ohlašující příchod nemoci nastupuje vlastní fáze onemocnění, kdy dochází ke zhoršení potíží a často se objevuje „žloutenka“. Současně s ní má pacient tmavší moč, světlou stolici a svědění kůže. Někdy výše uvedené necharakteristické příznaky chřipkové, žaludeční a střevní nemusí být přítomny vůbec a nemocného přivádí k lékaři žluté zbarvení kůže a bělma oka.

Jindy se naopak „žloutenka“ nevyvine, mluvíme o formě anikterické, která je obzvláště závažná pro šíření onemocnění do okolí. Pacienti s touto formou infekce bývají často aktivně vyhledáni při vyšetřování kontaktních osob nemocných. Počet anikterických forem narůstá po aplikaci imunoglobulinu. Téměř u všech nemocných v akutní fázi (ve stadiu s rozvinutými příznaky onemocnění) jsou zvětšená játra, citlivá na pohmat, někdy i zvětšená slezina či mizní uzliny.

**Nekomplikovaná hepatitida typu A trvá 2–4 týdny**, rekonvalescence několik týdnů. Izolace na infekčním oddělení je povinná a její délka závisí na závažnosti klinického průběhu. Všeobecně platí, že onemocnění dětí probíhá lehčeji než onemocnění dospělých. Důležité je, že virová hepatitida typu A nepřechází do chronicity (nemá trvalé následky). Asi u 10 % pacientů však dochází ke komplikovaným průběhům, onemocnění i rekonvalescence pak trvají několik měsíců. Zcela výjimečně dojde

k tzv. fulminantnímu průběhu, velmi prudce probíhajícímu, vedoucímu k jaternímu selhání a smrti.

**Zdrojem onemocnění** je infikovaný (nakažený) člověk, u něhož je virus přítomen ve stolici již ve druhé polovině inkubační doby a 1–3 týdny po začátku klinického onemocnění. V krvi infikovaného je virus přítomen krátce, jen několik dní před začátkem a vzácně několik dní po začátku klinického onemocnění.

Z toho vyplývají i nejčastější cesty přenosu virové hepatitidy typu A. **Přenos stolicí infikovaného člověka** hraje nejzávažnější roli, ať už se jedná o přenos přímý od osoby k osobě, např. **špinavýma rukama**, ale i nepřímý, **znečištěnou (kontaminovanou) vodou nebo potravinami a znečištěnými předměty**. V případě vody se nejedná pouze o její pití, ale nebezpečné jsou např. i saláty, ovoce nebo jiné tepelně nezpracované potraviny, které byly znečištěnou vodou před jídlem omyty. Nebezpečné jsou např. i kostky ledu připravené ze závadné vody. Přenos krví je vzácný.

Virová hepatitida typu A se vyskytuje na celém světě, více v zemích s nízkým hygienickým standardem. Postihuje především děti a mladé dospělé. Česká republika patří mezi země s relativně nízkým výskytem. V posledních letech je ročně hlášeno okolo dvou set onemocnění. Ještě před deseti lety byl výskyt 5× vyšší. Klesající nemocnost v populaci má za následek narůstající procento osob bez ochranných protilátek. Obdobně jako v jiných vyspělých státech, vznikla i u nás populace vysoce vnímavá k naze hepatitidou A. Jedná se především o děti a mladé dospělé. Tradičně je nemocnost nejvyšší u předškolních a školních dětí. Koncem 90. let byla zaznamenána zvýšená nemocnost ve věkových skupinách 15–19letých a 20–24letých. Přispěl k tomu jistě vzrůstající počet dospívajících a mladých dospělých s rizikovým chováním, především závislých na drogách. K přenosu nákazy u nich dochází hlavně v důsledku špatných hygienických podmínek. Riziko nákazy hepatitidou A i B představují v poslední době přibývající poranění použitými injekčními jehlami, nejčastěji pohozenými v parcích, na pískovištích, ve veřejných dopravních prostředcích. Vzrostl také počet onemocnění, která si cestovatelé přivážejí ze zahraničí, zvláště z exotických zemí s nižším hygienickým standardem. Zajímavý je poznatek, že ani pobyt v prvotřídních hotelech v zemích s vysokým výskytem virové hepatitidy

typu A není zárukou ochrany před touto infekcí.

**Kauzální diagnostika: na základě stanovení IgM v akutní fázi onemocnění. Pozor na pozitivitu po očkování a v případech hraničních hodnot použitých sérologických testů. Proto je vhodné korelovat tyto testy se základním biochemickým vyšetřením jater (ALT, AST...).**

**Diferenciální diagnostika:** V prodromálním stadiu a u anikterických forem VH je nutné vyloučit chřipku a jiné virové infekce, gastroenteritidy, cholecystopatie, infarkt myokardu. U ikterických forem VH patří do diferenciální diagnostiky: obstrukční ikterus, hemolytický ikterus, benigní nekonjugovaná hyperbilirubinémie (Gilbertův syndrom), toxické poškození jater – v našich podmínkách jednoznačně převažují chronické alkoholické hepatopatie: steatóza, fibróza, steatofibróza, cirhóza, méně častá je akutní alkoholická hepatitida, otrava houbami (především Amanita phalloides) a průmyslovými jedy (tetrachlormetan), poškození jater léky (ATB, antimykotika, antituberkulotika, statiny, psychofarmaka, hormonální preparáty atd.), Reyeův syndrom (hepatocerebrální syndrom) – akutní steatóza jater + nezánětlivá encefalopatie s edémem mozku. Akutní exacerbace chronického onemocnění jater – autoimunitní hepatitidy, primární biliární cirhóza, primární sklerotizující cholangitida, M. Wilson, hemochromatóza, deficit alfa-1-antitrypsinu atd., jiné infekce hepatotropními agens – leptospiróza, infekční mononukleóza, sepse, žlutá zimnice, malárie a další, hypoxická hepatitida – při srdeční dekompenzaci nebo při šoku, rhabdomyolýza u netrénovaných po posilování, crush syndrom po traumatizaci svalové tkáně.

V **prevenci** chorob způsobených požitím znečištěné vody a potravy je doporučováno se vyvarovat konzumace syrových salátů a zeleniny, ovoce, které si sami neoloupete, zmrzliny, mořských plodů v syrovém nebo polosyrovém stavu (nebezpečné jsou obzvláště ústřice), všeobecně pokrmů nedostatečně tepelně upravených. Nedoporučuje se používat vodu z veřejného vodovodu, a to ani k čištění zubů. Je dobré se řídit základním pravidlem Světové zdravotnické organizace pro přípravu potravy v exotických zemích: „převařit, upéct, oloupat, nebo nechat být“.

Protože vnímavost k této infekci je všeobecná a specifická léčba neexistuje, jsou preventivní opatření obzvláště důležitá.



Zahrnují zvyšování osobní hygieny (samozřejmostí je časté mytí rukou po použití toalety a před jídlem), zdravotní výchovu, zásobování nezávadnou pitnou vodou a potravinami, výběr a kontrolu dárců krve a vytváření odolnosti organismu proti nákaze (tj. imunizaci).

Donedávna byla možná pouze imunizace pasivní, spočívající v podávání lidského normálního imunoglobulinu. Tato ochrana byla opakovaně prokázána, trvá však pouze 2–4 měsíce. Její výhodou je okamžitý nástup. Byla a je dosud používána při cestách do oblastí s vysokým výskytem virové hepatitidy typu A, též pro ochranu osob, které jsou v kontaktu s nemocným touto infekcí. V posledních několika letech je možná i aktivní imunizace, očkování. V České republice jsou k dispozici bezpečné a účinné očkovací látky (vakcíny) pro děti i dospělé. Pro základní očkování stačí podání jedné dávky, přeočkování jednou dávkou se provádí za 6–18 měsíců podle použité vakcíny. Vakcíny se aplikují do ramenního svalu. Délka ochrany je u jednotlivých očkovacích látek 5–10 let, teoreticky je udáváno 20 i více let. Očkování proti virové hepatitidě typu A nepatří mezi očkování stanovená vyhláškami jako pravidelná, obsažená v očkovacím kalendáři, hrazená státem, je však zahrnuto mezi očkování na vyžádání, placená tím, kdo o ně požádá. Za mimořádné epidemiologické situace může být vyhlášeno očkování jako mimořádné, státem hrazené.

Informace o očkování dostane každý u svého praktického lékaře, na příslušných pracovištích OOVZ a dalších specializovaných pracovištích. Očkování je doporučováno osobám cestujícím do oblastí s vysokým výskytem této infekce, pracovníkům, kteří přicházejí do styku s lidským biologickým materiálem, zvl. fekáliemi (např. zaměstnanci kanalizací), osobám s chronickým onemocněním jater, s vrozenou poruchou krevní srážlivosti (hemofilikům), narkomanům, homosexuálům, osobám v kontaktu s nakaženým jedincem, národnostním skupinám s nižší hygienickou úrovní aj. Speciální vakcína umožňuje současné očkování proti hepatitidě A i B.

V případě, že ošetřující lékař zjistil nebo má podezření na onemocnění virovým zánětem jater, nařizuje izolaci pacienta na infekčním oddělení a podává hlášení epidemiologickému oddělení příslušné OOVZ, se kterým pak spolupracuje. Osoby podezřelé z nákazy se podrobují karanténním opatřením (nezaměňovat s karanténou). U virové hepatitidy typu A jsou lékařsky vyšetřeny do 3 dnů po izolaci pacienta, dále minimálně za 30 a 50 dnů po posledním styku s nemocným. Určeným osobám je aplikována očkovací látka, případně normální lidský imunoglobulin. Je třeba upřednostňovat vakcínu v postexpoziciční profylaxi před Ig u zdravých lidí ve věku 2–40 let. Použití Ig v postexpoziciční profylaxi VH A by mělo pokračovat: u dětí do 2 let věku, u starších 40 let, u imunokompromitovaných, u chronického jaterního onemocnění.

Pro léčbu je důležitý klid na lůžku v akutní fázi onemocnění a zvláště pak dieta nejen v akutní fázi, ale i rekonvalescenci. Zpočátku je doporučována dieta glycidová (čaj, glukóza, suchary, starší pečivo, kompoty, kaše), po několika dnech lze podávat bílkoviny (mléko, tvaroh, drůbež, vařené hovězí maso). Je nutno se vyvarovat přepalovaného tuku, koření, alkoholu a uzenin. Pacientovi se podávají vitaminy B a C. Po onemocnění dochází k celoživotní imunitě, tj. ochraně před opakovaným onemocněním. ■

Zdroj: J. Částková, P. Chalupa, ACIP, R. Prymula 2008

## **Olivova dětská léčebna, o. p. s., v Říčanech, zařízení s dlouholetou tradicí péče o děti, rozšiřuje od října zdravotní péči**

### **Nové indikace**

- Obezita (E 66)
- Vrozené a získané ortopedické vady pohybového aparátu (M 20–25, Q 65–68, Q 71–74, Q 76–79)
- Stavby po úrazech a ortopedických operacích k rehabilitaci (S 00–99, T 00–14)
- Skoliózy, kyfoskoliózy, kyfózy, hyperlordózy, vadné držení těla (M 40–41)
- Morbus Scheuermann, dorzopatie (M 40–42)



### **Tradiční indikace**

- Rekonvalescence po zánětech plic a recidivující chřipce (J 10–18)
- Bronchiektázie (J 47)
- Alergické rýmy (J 30)
- Recidivující katary horních cest dýchacích s oslabením odolnosti (J 31, J 35, J 37, J 39)
- Chronický zánět vedlejších dutin (J 32)
- Zánět průdušek neurčený jako akutní nebo chronický (J 40)
- Bronchitis recidivans (J 41–42)
- Sinobronchitis (J 32)
- Asthma bronchiale (J 44–45)
- Jiné intersticiální plicní nemoci – kromě plicní fibrózy (J 84)
- Dermorespirační syndrom (J 98)

### **Snížení věkové hranice přijímaných pacientů**

- Děti od 1. do 18. roku (děti do 3. roku vždy s doprovodem)

### **Smlouvy s pojišťovnami**

- Všeobecná zdravotní pojišťovna (111)
- Oborová zdravotní pojišťovna (207)
- Vojenská zdravotní pojišťovna (201)
- Zaměstnanecká pojišťovna MV (211)
- Pojišťovna Metal Allianz (217)
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)
- Česká národní zdravotní pojišťovna (222)

### **Upozornění**

- Léčba dítěte nejde do nákladů praktického lékaře pro děti a dorost!
- Veškeré podrobnosti o léčebně na: [www.olivovna.cz](http://www.olivovna.cz)

### **Kontakty**

- prim. MUDr. Hana Maršálková
- telefon: 323 619 188, 323 619 161, 736 754 337
- e-mail: [primar@olivovna.cz](mailto:primar@olivovna.cz)
- web: [www.olivovna.cz](http://www.olivovna.cz)
- adresa: Olivova 224, 251 01 Říčany



# Hodnoty systolického a diastolického krevního tlaku českých dětí ve vztahu k výšce

Velemínský, M.<sup>1</sup>, Adámková, V.<sup>1</sup>, Janda, J.<sup>2</sup>, Seeman, T.<sup>2</sup>, Brabec, M.<sup>4</sup>, Skibová, J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ZSF JU, České Budějovice; <sup>2</sup>LF UK, Praha; <sup>3</sup>IKEM, Praha; <sup>4</sup>SZU, Praha

## Souhrn

**Na podkladě dostupné literatury jsme v našem projektu vycházeli ze zásad stanovených ve studii „Update on the 1987 Task Force Report Report on High Blood Pressure in Children and Adolescents“ (54, 55) týkající se metodiky měření krevního tlaku. V roce 1998 jsme provedli pilotní studii měření krevního tlaku dětí v předškolním věku u 1104 probandů v okrese České Budějovice (19).**

Po získaných zkušenostech jsme pak zahájili měření většího souboru a nakonec shromáždili celkem 23 274 probandů ve věku 2–18 let, u kterých byl krevní tlak měřen standardní metodikou. K organizaci a zajištění projektu bylo nutné získat potřebné finanční prostředky ministerstva zdravotnictví a po jejich získání souhlas ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy se vstupem do škol za účelem měření krevního tlaku. Po těchto přípravných aktivitách bylo nutné dále získat souhlasy školských úřadů, které jsou zřizovateli těchto zařízení v okresech, ale hlavně souhlas ředitelů příslušných škol a souhlas rodičů dětí. Po kladném vyjádření těchto institucí a rodičů jsme na příslušných školách zahájili jednání o konkrétních podmínkách provádění a způsobu měření. Vlastní terénní měření pak probíhalo od 1. 1. 2000 do 31. 3. 2002. Měření krevního tlaku u dětí školního a dorostového věku prováděly většinou studentky zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Studentky byly absolventkami středních zdravotních škol. U děvčat ve věku 14–17 let vyšetření v 70 % zajistili vedoucí praxí středních zdravotních škol, a to u studentek těchto škol. U dětí předškolního věku vyšetření prováděli příslušní praktičtí dětské lékaři, eventuálně sekundární lékaři nemocnic. Lékaři nemocnic také v některých případech prováděli ověřování vysokých hodnot krevního tlaku pomocí metody 24hodinového měření (ABPM = ambulantní 24hod. monitorování krevního tlaku). Všichni, kteří prováděli měření, byli podrobně poučeni a studentky Zdravotně sociální fakulty JU byly navíc testovány, a pokud vyhovely požadavkům, dostaly certifikát opravňující je k zařazení do týmu, který prováděl měření. Pro získání tohoto certifikátu musely studentky prostudovat celou metodiku a předvést prakticky způsob měření tlaku. V průběhu měření byla prováděna supervize zaměřená na dodržování metodiky. Studentky měřily krevní tlak v civilních šatech. Lékařům a zdravotnickým školám byla předána metodika měření a způsoby vedení dokumentace v písemné formě. Těmto nebyl udělován certifikát opravňující k měře-

ní ani neprobíhala supervize.

Vyšetření probíhalo individuálně ve vybraných ordinacích praktických dětských lékařů a hromadně v jeslích, v mateřských školkách. Při tomto měření byl přítomen s vyšetřujícími pouze pedagogický dozor s vyšetřovaným dítětem. U dětí školního a dorostového věku pak vyšetření probíhala ve školách s tím, že při měření byli v místnosti, kde vyšetření probíhala, přítomni nejvýše dva vyšetřovaní, pochopitelně stejného pohlaví.

Měření jsme prováděli v tiché, pokud možno izolované místnosti, s vyloučením všech hlučných vlivů, které by mohly auskultaci ztížit a zkreslit. Děti před vlastním měřením byly nejméně 5 minut v klidu. Prvním předpokladem pro úspěšné měření bylo nutné orientační poučení dětí o způsobu a významu měření krevního tlaku, event. předvedení tohoto měření na rodičích či pedagogích, a to především u nejmladších věkových skupin. Vyšetřování se provádělo v dopoledních hodinách, většinou po 8. hodině. Snažili jsme se vyloučit před měřením fyzickou námahu způsobenou tělesnou výchovou či prací v dílnách. Rovněž jsme doporučovali, aby děti do místnosti, kde se měřil krevní tlak, šly i po schodech pomalu, respektive jsme měření prováděli ve stejných poschodích, kde sídlila třída.

V místnosti byly židle s opěradlem a stůl, na kterém byl umístěn tonometr (pevná podložka). Výška stolu byla taková, aby vyšetřovaný měl manžetu umístěnou zhruba ve výši srdce a vyšetřující stupnici rtuťového manometru ve výšce očí. Při vyšetřování děti seděly ve vzpřímené pozici, záda opřena o opěradlo židle, plošky nohou spočívaly na podlaze a děti nesměly mít překřížené nohy. Po celou dobu měření bylo dítě v klidu a nemluvalo s lékařem. Manžeta byla přiložena na pravé paži a fonendoskop do kubitální jamky tak, aby se nedotýkal dolního okraje manžety. Horní končetina byla volná, bez zaškrcení oděvem a v lehké semiflexi. Hodnoty krevního tlaku jsme odečítali na vrcholu menisku (tj. horní zaoblení

rtuťového sloupce).

Před zahájením projektu byla vypracována databáze v programu Excel, která obsahovala následující údaje: kraj, škola, třída, pořadové číslo, muž, žena, datum narození, datum měření, věk, výška, hmotnost, obvod paže, šíře manžety, naměřené hodnoty prvního, druhého a třetího systolického a diastolického krevního tlaku jednotlivých dětí v pětiminutovém odstupu.

Po ukončení měření celého populačního vzorku a zpracování získaných dat byla tato databáze zúžena a předána ke statistickému zpracování. Tato upravená databáze obsahovala následující údaje: kraj, muž, žena, věk, puls, výška, hmotnost, obvod paže uprostřed její délky, naměřené hodnoty systolického a diastolického tlaku při prvním, druhém, event. třetím měření. Krevní tlak byl měřen vždy dvakrát, u části probandů třikrát. Třetí měření bylo prováděno u dětí s nápadně vysokými tlaky při prvním, resp. druhém měření a dále náhodně u některých skupin dětí, kde bylo měření provedeno i tehdy, kdy první dvě hodnoty byly ve fyziologických mezích.

Statisticky byly vytvořeny percentilové hodnoty odpovídající daným věkovým skupinám.

Zjištěné hodnoty krevního tlaku byly uloženy v databázi a na elektronickém nosiči a předány ke statistickému zpracování podle shora uvedeného schématu, tak aby se mohly vypočítat hodnoty 50.–95. percentilů (po pěti percentilech) pro jednotlivé věkové skupiny, pro dívky a chlapce zvlášť. Výsledky byly grafikem zpracovány do odpovídajících grafů a tabulek. Podklady obsahovaly dále údaje, které umožnily statistikovi vypočítat korelační index mezi zjištěnými hodnotami krevního tlaku a věkem, pohlavím, dále i výškou a obvodem paže. Tím bylo také možno identifikovat skupinu rizikovou = s krevním tlakem v oblasti „high normal“.

Za klinicky významný rozdíl jsme považovali hodnotu 4 mm Hg u systolického TK a 2 mm Hg u diastolického TK. Hodnoty mezi 90.–95. percentilem





jsou pokládány za hodnotu rizikovou, vyžadující sledování jedince, hodnoty nad 95. percentil jsou již pokládány za hypertenzi. Naším úkolem nebylo dále pečovat o jedince s jasnou hypertenzí, ty jsme odeslali k jejich příslušným ošetřujícím lékařům. Tam, kde byly zjištěny vyšší hodnoty 2× za sebou, byl určen tlak druhého měření. Při nálezech vyšších krevních tlaků (od 91. do 98. percentilu) jsme děti změřili třikrát a při potvrzení těchto výsledků jsme děti do souboru zařadili s tím, že druhá hodnota byla směrodatná. Pokud se však objevily extrémně vysoké hodnoty TK, děti jsme přechodně vyřadili, nechali opakovaně vyšetřit a až v případech potvrzení vysokého tlaku jsme dítě zařadili do souboru. Ukázalo se totiž, že někteří jedinci s extrémně vysokými tlaky se uklidnili až po šestém měření. Tito jedinci byli vyšetřeni ABPM. Tyto děti jsme do souboru nezařadili. Při nálezů vysokého krevního tlaku i po třetím měření bylo dítě do souboru pochopitelně zařazeno. Výsledky byly předány příslušnému dětskému lékaři.

Hodnoty krevního tlaku jsme získali měřením rtuťovým tonometrem auskultační metodou. Používali jsme klasické rtuťové sphygmomanometry, které mají dělenou stupnici po 2 mm Hg. Jako příslušenství jsme u každého zajistili tři druhy gumových manžet. Tyto tonometry byly nově zakoupeny a správnost se ověřovala opakovanými kalibracemi, a to před zahájením měření a v průběhu studie. Kontrolní kalibraci zajišťovaly akreditované firmy, prováděla se zhruba po každých 600 měřeních. Každý den před započítáním práce jsme prováděli kontrolní srovnávací měření, která ukázala, že hodnoty naměřené různými tonometry a spolupracovníky u téhož dítěte se prakticky nelišily.

U manžety jsme vycházeli z požadavku, aby jejich gumová část měla šířku přibližně 40 % obvodu paže dítěte měřeného ve středu paže mezi olecranonem a akromionem. V praxi to znamená použít co nejširší manžetu, která na paži dítěte pohodlně „sedí“, protože příliš úzká manžeta způsobuje falešně vysoké hodnoty TK. Naproti tomu o něco širší manžeta případně hypertenzní hodnoty nezastíní a někdy se uvádí, že může ovlivnit falešně nízké hodnoty. Při měření jsme používali manžety o šířce 12, 8 a 5 cm. Pro rychlejší orientaci a výběr vhodné manžety, dle obvodu paže dítěte, jsme si vytvořili tuto tabulku:

**Tab. 1 – Odpovídající šířka manžety podle obvodu paže**

Obvod paže	Odpovídající šířka manžety
Do 12,5 cm	5 cm
12,6–20 cm	8 cm
Od 20 cm	12 cm

Je důležité zdůraznit, že šíře manžety se týká její gumové části a ne textilního obalu. K získání

přesné hodnoty TK musí šíře manžety odpovídat 40 % středního obvodu paže a délka manžety (gumové nafukovací části) má být alespoň 80 % středního obvodu paže. Před měřením jsme dbali také na to, aby manžeta byla zcela vyprázdněná, tedy beze zbytku vzduchu. Pro správné umístění manžety bylo nutné nahmatat brachiální arterii na vnitřní straně paže, mezi svaly m. biceps a triceps ve středu paže. Poté jsme přiložili i manžetu tonometru volně na paži tak, že střed gumové manžety byl umístěn nad brachiální arterií. Dolní okraj manžety byl 2,5 cm nad loketní jamkou. Manžeta nesměla být utažená ani příliš volná. Pod přiloženou manžetu bylo možno zasunout maximálně 2 prsty vyšetřujícího. Manžeta na paži pohodlně seděla. Pak se balonkem **naplnila rychle** nad předpokládanou horní hranici systolického krevního tlaku. **Následovalo pomalé** vypouštění vzduchu z manžety za trvalého sledování rtuťového sloupce. Rtuť klesala relativně pomalu, maximálně 2 mm/sek. Pro auskultaci fenoménů jsme používali jednoduchý **plochý fonendoskop**. Fonendoskop byl přiložen do kubitální jamky, nedotýkal se manžety. Fonendoskop, který jsme používali pro měření krevního tlaku, měl většinou nástavce opatřené membránou. Olivky fonendoskopu musely pevně a pohodlně přiléhat ke zvukovodům a musely směřovat dopředu ve směru zvukovodu. Délka fonendoskopu nepřesáhla nikdy 45 cm. Fonendoskop se přikládal na místo, kde je puls v loketní jamce nejsilnější, lehce se přitlačil tak, aby dosedl celou plochou.

Pro úplnost uvádíme instrukce, které byly vydány vyšetřujícím osobám:

*Fenomén I.* – První slabé pravidelné zvuky, které se objevují při snižování tlaku v manžetě tonometru a postupně narůstají na intenzitě. První ze dvou těchto pravidelných zvuků udává hodnotu systolického tlaku krve.

*Fenomén II.* – Při dalším poklesu tlaku vzduchu v manžetě dochází k zesílení průtoku krve a objevuje se šelest svištlivého charakteru.

*Fenomén III.* – Období, kdy šelest je nahrazen ostrým, stále se zesilujícím zvukem charakteru „úderu“.

*Fenomén IV.* – Jasně, náhlé, prudké zeslabení zvuků. Tato změna udává výši diastolického tlaku u dětí, u kterých jsou někdy slyšet zvuky až k hodnotě 0 na stupnici tonometru.

*Fenomén V.* – Dojde k úplnému vymizení pravidelných zvuků. Udává hodnotu diastolického tlaku.

Mezi Korotkovými fenomény I. a II. může být určité období, kdy nejsou slyšet žádné zvuky (auscultatory gap). Toto období je u většiny pacientů krátké, ale u některých jedinců může dosáhnout až 40 mm Hg.

Pro určení výše systolického tlaku (= STK) jsme určili objevení se Korotkova fenoménu I,

tedy prvního ze dvou slabých pravidelných zvuků. Hodnota systolického tlaku odpovídá nejbližší hodnotě na stupnici tonometru prvního zvuku ( $\pm 2$  mm Hg). Pokud se zvuk objevil mezi dvěma značkami, pak se má zapsat hodnota vyššího TK. Vyšetřující musel být maximálně soustředěný na měření TK a zjištěná hodnota systolického TK byla ihned sdělena spolupracovníkovi a zaznamenána. Hodnotu diastolického tlaku určoval vyšetřující při úplném vymizení ozev.

Pro kvantitativní veličiny (např. krevní tlak, tělesná hmotnost apod.) byly vypočteny základní statistické charakteristiky, tj. průměr, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnota. Pro kvalitativní veličiny (např. pohlaví, věková skupina) bylo zastoupení jednotlivých kategorií vyjádřeno v procentech. Pro hodnoty systolického a diastolického tlaku byly vypočteny hodnoty 50.–95. percentilu po pěti percentilech pro jednotlivé roky věku a pro dívky a chlapce zvlášť.

Rozdíly mezi hodnotami krevního tlaku zjištěnými při prvním, druhém, event. třetím měření u téhož jedince byly hodnoceny analýzou rozptylu s opakovanými měřeními. Přitom za klinicky významnou diferenci byly považovány 4 mm Hg u systolického tlaku a 2 mm Hg u diastolického tlaku.

Srovnání průměrných hodnot sledovaných veličin mezi chlapci a dívkami bylo provedeno dvouvýběrovým t-testem v jednotlivých věkových skupinách.

Rozdíl v rozložení četností dětí s normálním a vyšším tlakem mezi kraji byl hodnocen chí-kvadrát testem v kontingenčních tabulkách. Za hranici normy jsme zvolili hodnotu 90. percentilu krevního tlaku (systoly nebo diastoly) pro příslušné pohlaví a rok narození. Odchyly od očekávaných četností v jednotlivých krajích byly testovány s pomocí adjustovaných standardizovaných odchylek. Závislost krevního tlaku na ostatních sledovaných veličinách (hmotnost, výška, obvod paže, BMI) byla zjišťována korelačním koeficientem. Všechny statistické testy jsou dvoustranné na hladině významnosti  $p < 0,05$  (s výjimkou korelačních koeficientů, které byly testovány na hladině  $p < 0,01$ ).

Výpočty byly realizovány s použitím programu Microsoft Excel 2000 a statistických programů BMDP – PC90 (BMDP Statistical Software, Inc., Los Angeles, USA) (34).

Pro účely publikace v tomto časopise se autoři rozhodli publikovat hodnoty krevního tlaku dětí ve vztahu k výšce dětí.

**Výsledky jsou přiloženy, hodnoty jsou uvedeny numericky i graficky ve středové části časopisu.**

Práce byla podpořena IGA-NE 6/98-3.



# Zdroje polygenně vázané dětské obezity

MUDr. Zlatko Marinov

Dětská obezitologická ambulance, Dětská poliklinika FN Motol – Praha

## Souhrn

**V současné době jsme vystaveni pandemii obezity. Široká veřejnost si začíná zvykat na fakt, že obezita není jen fyziognomická varianta jedince, ale že naplňuje všechny atributy závažného chronického onemocnění. V České republice je v současnosti 20 % obézních dospělých a 50 % obyvatel bojuje s nadváhou. Ve srovnání s tím by se mohlo zdát 5–10 % obézní dětské populace jako podružný problém. Varovná je však dynamika nárůstu dětské obezity. Za poslední čtvrtstoletí došlo ke ztrojnásobení počtu obézních dětí. Již dnes při porovnání hmotnostně-výškového poměru a BMI v naší populaci nemůžeme vycházet z dat z roku 2001, ale referenčními jsou data hmotnosti z r. 1991. Ukazuje se, že užívání grafů na základě aktuálních dat by znamenalo posun hranice nadváhy a obezity neúměrně vysoko a došlo by k nepatřičnému změkčení pohledu na obezitu v dětské populaci.**

### ■ Charakteristika dětské obezity

V 99 % se v dětské populaci jedná o polygenně vázanou obezitu, zbytek je podmíněn patognomickou obezitou. Polygenně vázaná obezita je typickým civilizačním onemocněním. Jejím charakteristickým prvkem se jeví soubor genomového programu uchování energie. Fylogeneticky se u lidské rasy vyvinulo řízení energetického metabolismu a zásob přes inzulín. Stali jsme se potomky lidí, kteří se dokázali svým úsporným metabolismem s nedostatkem stravy nejlépe vyrovnat. V krátkém časovém období řádu století jsme se ocitli v obezitogenním prostředí. Této situaci se náš metabolismus nestačil přizpůsobit. Rurální strava se změnila za industriální. Atributem současné potravy je její vysoká energetická hodnota, vysoký glykemický index, vysoký obsah nasycených mastných kyselin a nevhodný poměr nenasycených mastných kyselin omega 6 k omega 3. Člověk získává snadno potravu, a může ji tak přijímat v nadbytku ke svým potřebám. Nedostatek pohybu a přejídání vedou k nevyvážené energetické bilanci, a tím rozvoji obezity.

Dětská obezita je typické psychosomatické onemocnění. Dětská obezita se výrazně podílí na psychosociálních problémech. Obézní dítě je vystaveno neúměrnému společenskému tlaku ze strany společensko-estetických norem. Ve 30 % byli naši obézní pacienti vystaveni „anti-fat rasismu“ s prvky šikany. Obézní dítě je vystaveno pocitu každodenního selhání a sebeobviňování, které vede k depresivním a

úzkostným stavům. 40 % obézních dětí z naší ambulance vykazuje znaky specifických poruch jednání a učení.

Neméně závažné jsou zdravotní komplikace. Polygenně vázaná obezita je kvůli své vazbě na inzulín základní příčinou rozvoje metabolického syndromu. Postupně nastupuje inzulínová rezistence, v jejímž důsledku se rozvíjí časný diabetes mellitus II. stupně, potencuje se ateroskleróza a přes rozvoj hypertenze dochází k časné manifestaci kardiovaskulárních komplikací s fatálními následky. Před rozvojem metabolického syndromu děti nejsou uchráněny a v současnosti je metabolický syndrom zjišťován téměř u 1/3 dětí obezitologických ambulancí. Metabolický syndrom u dětí nemá jen laboratorní nálezy, ale i typický klinický obraz. Jsou to děti s androidní obezitou II. stupně, striemi, akantosis nigrans na krku, hyperxerosou nad extenzory a hypertrichosou. Vznik metabolického syndromu se posouvá do nižších věkových kategorií, kdy například v naší obezitologické ambulanci jsou již 3letí pacienti, u kterých je možné hovořit o rozvoji metabolického syndromu. V současnosti je v Evropské unii přes 20 000 obézních dětí, které mají DM 2. typu, 400 000 dětí s poruchou glukózové tolerance. Přes milion obézních dětí má známky kardiovaskulárního onemocnění včetně hypertenze a nárůstu cholesterolu a má tři nebo více známek metabolického syndromu.

### ■ Vnitřní zdroje

Ze 40 % se na rozvoji dětské obezity podí-

lí fyziologické pochody a genetické pozadí jedince, kterým je v současnosti věnována stěžejní vědecká pozornost a svým rozsahem jejich výčet překračuje rámec tohoto sdělení. Z praktického hlediska se však nejvíce v této oblasti náznačně jednoduchých řešení. Ve své podstatě nám nezbývá než konstatovat a v rodině zaznamenávat závažná anamnestická data o androidní obezitě, infarktech myokardu, cévních mozkových příhodách, hypertenzi, diabetu mellitu II, hirsutismu, neplodnosti, hypotrofii plodu a fetální makrosomii. Nezbývá nám než konstatovat, že potomek diabetika II. typu má 30–50% šanci a obézního potomka diabetika II. typu dokonce 60–70% šanci, že v dospělosti bude mít diabetes mellitus II. typu.

### ■ Vnější zdroje

Hlavní tlak praktické obezitologie se především soustřeďuje v současnosti na zbývající 60 %, které tvoří faktory obezitogenního prostředí. Význam obezitogenního prostředí v pandemii obezity bude stále více převažovat. Toto prostředí vykazuje svá specifika geografická, společenská, národnostní, kulturní a sociální. Obezitogenní prostředí dětské populace má vedle dospělé populace svá odlišná charakteristika, která se u dynamicky vyvíjejícího organismu v čase sumují a vzájemně potencují. Při léčbě dětské obezity nelze očekávat snadná a jednoznačná řešení, ale zato mohou být velmi efektivní a jednoduchá preventivní opatření při znalosti a dobré analýze jednotlivých regionálních faktorů, které vykazují svoji specifitu v závislosti na věku.



V kojeneckém období je význam kojení v prevenci dětské obezity nezpochybnitelný. Ale i v této oblasti se setkáváme v dobrém úmyslu s chybami, které se v pozdější době mohou podílet na rozvoji obezity. K racionálnímu kojení je třeba přistupovat jako ke každému jídlu v rámci rituálu řádného stolování, kdy musí být zajištěna správná časová posloupnost a časové vymezení, vhodné prostorové zázemí a atmosféra pohody. V denní dobu pláč jen ojediněle vyjadřuje pocit hladu mimo vymezená období snídaně, svačiny, oběda, přesnídávky a večeře. Není proto vždy vhodné přikládat dítě kdykoliv a kdekoliv, když projeví svou nespokojenost.

U nekojených dětí od 4. měsíce a u plně kojených dětí nejpozději v 6. měsíci je nutné zařadit ovocně-zeleninovou stravu, aby se včas seznámily s žádoucími chuťovými vjemy. Přechodem na bezmléčnou stravu a s přirozenou preferencí chutí dítěte se rozvíjí jeho závislost na sladkých tekutinách. Ke konci kojeneckého věku je často nevhodné úsilí o rychlé ukončování příjmu mléka a jeho nahrazení jinou tekutinou, kterému napomáhá průmyslová produkce cukerných granulovaných čajů a příslazovaných ovocných koncentrátů. Podá-li se přeslazená tekutina, dítě ztrácí vazbu na uhašení žízně čistou vodou, přestože neexistuje žádný fyziologický podklad k tomu, aby tekutina určená k pitnému režimu měla nějakou chuťovou stopu. Předčasné odstavení od mléka je neracionální a nežádoucí. Přestože mléko má vysokou energetickou hodnotu, svým složením obchází inzulinovou osu a tukovou tkáň. Díky vysokému obsahu kalcia se jeho energie přednostně využívá v metabolických procesech. Vysoký příjem kalcia naopak pomáhá spíše snižovat rozvoj tukové tkáně.

V batolecím věku se začíná vytrácet vazba příjmu stravy na pocit sytosti. V tomto období dochází k fyziologickému snížení energetické potřeby. Vývoj dítěte se koncentruje na jeho intelektuální rozvoj. Batole již roste pomaleji než kojenec a dynamika jeho celkové energetické potřeby se snižuje. Společenské konvence a především stereotyp matek si vynucují zvýšení nebo alespoň udržení stejného trendu příjmu stravy, tak jako tomu bylo v kojeneckém období. Z pohledu matky se péče pediatra v kojeneckém období soustřeďuje při preventivních prohlídkách na sledování pravidelných hmotnostních přírůstků a na hodnocení jídelníčku. Následný stereotyp matek v batolivém

období pak vede k podbízění se dětem systémem odměn a perzekucí ve jménu chybného stravovacího režimu. Ačkoliv dítě na začátku mnohdy vzdoruje, později soustředěnému tlaku podlehe a „zaprodá“ se odměňovacímu systému pamlsků mezi jídly. Například jeden malý pamlsk navíc o hodnotě 20 kcal/den vede za rok k nárůstu 1 kg tukové tkáně.

V batolecím věku se začíná rozvíjet podmiňovaný reflex bezmyšlenkovitého dojíždání neomezených porcí. Tato tradice je typická především pro náš region. Vznik syndromu „vylízaného talíře“ se datuje od období 2. světové války, kdy ve středoevropském regionu vládla potravinová nouze. Nedostatky potravy z doby druhé světové války vedly k vytváření zásob na horší časy a jejich následnému dojíždání. Tento stereotyp se fixoval v kultuře stolování i v době budování reálného socialismu, kdy docházelo ke chronickým obtížím v dodavatelsko-odběratelských vztazích.

Celospolečenské změny vedly v relativně krátké době k postupné modifikaci až úplné eliminaci půstů, které provázely historii člověka, stejně tak jako dlouhodobější nedostatky potravy plnila nenahraditelnou funkci „otuzování“ organismu v jeho metabolických reakcích. Obecné stravovací návyky ztratily svoji pružnost, proměnlivost a pestrost. V rámci změny životního stylu se začal objevovat zlozvyk ve vynechávání snídaní, jako energeticky nejbohatšího jídla. Dochází k rozpojení fyziologických a metabolických potřeb organismu, s obrazem nadměrného večerního příjmu potravy. Především školou povinné děti jsou vystaveny vysokému intelektuálnímu náporu s důrazem na činnost cent-

rální nervové soustavy, která je závislá na přívodu glukózy. Jestliže není tato potřeba hrazena přímo v aktuálním stavu, neúměrně se zatěžuje energetický metabolismus dítěte. Organismus se rychleji unaví a vyčerpá. Takové dítě pak ve škole sahá po sladkých nápojích a nevhodných snacích z automatů.

Rozvoj techniky vyřadil chůzi (800 kJ/hod.) a běh (1500 kJ/hod.) jako hlavní zdroj pohybu. Současné uspokojování osobních potřeb se často odděluje od fyzické námahy. Jen dálkové ovladače a mobilní telefony ušetří za rok 25 hodin chůze, což může představovat 0,4–0,8 kg tukové tkáně. Uspokojení z volného tělesného pohybu se zaměnilo za virtuální realitu s minimálními energetickými nároky (250 kJ/hod.). Děti jsou z domácích prací (400–800 kJ/hod.) vytěšňovány technikou, přestaly se podílet na pracovní činnosti svých rodičů (1000 kJ/hod.) a i fyzicky náročné koníčky (1500 kJ/hod.) si dospělí naplňují odděleně od rodiny. Volný čas děti nedokážou racionálně využít a není výjimkou, že v současnosti děti stráví až 26 hodin týdně při sledování televize nebo u počítače

# IMUNITA • TRÁVENÍ

Swiss  
Natural Sources®

## LAKTOBACÍLKY™

malé cucací pastilky s výbornou  
přírodní třešňovou chutí  
pro mlsné dětské jazýčky  
doplňek stravy



- pro rekonvalescenci po antibiotické léčbě
- při zvýšeném riziku průjmů vyvolaných rotaviry a cestovních průjmů
- pro posílení imunity
- vhodné pro alergie
- při potížích dýchacích cest

• 3 kmény, 1 miliarda aktivních buněk  
• použita mikroenkapsulace - záruka maximálního prostupu živých organismů do střeva

LAKTOBACÍLKY  
probiotikum pro děti

Více info: tel. 241 430 910 • [www.swissherbal.cz](http://www.swissherbal.cz)





### Vnější zdroje dětské obezity

Zlomení a vyhasnutí pocitu sytosti v batolivém věku.
Vybudování reflexu bezmyšlenkovitého dojídaní celých porcí.
Vynechávání snídaní jako energeticky nejbohatšího jídla dne.
Vytvoření závislosti na sladké tekutině.
Vyřazení půstu jako elementu otužování nepravidelného příjmu stravy.
Postavení odměňovacího systému na základnu pamlsků.
Záměna uspokojení z volného tělesného pohybu za virtuální realitu.
Vyřazení chůze a běhu jako hlavního zdroje pohybu.
Selhání rodinného hodnotového systému a životního stylu.
Industriální velkovýroba potravin a profesionální propagace na cílené skupiny.
Nedostatečná výuka racionálního životního stylu.

### Preventivní doporučení proti dětské obezitě

Jíst pravidelně 5× denně a vždy snídat.
Omezit přílohu, zvětšit oblohu a nedojídat celé porce.
Řádné stolování a nikdy nejíst u televize.
Na pití nesladké tekutiny.
Sladkosti a pamlsky jen o víkendu.
Chodit 4 km denně a do všech schodů pěšky.
3× týdně sportovat 30 minut do zpcení.

(250 kJ/hod.). Televize se navíc stala běžnou součástí stolování rodiny.

Jedinec je v současné době vystavován intenzivnímu tlaku ze strany industriální velkovýroby potravin. Profesionální týmy využívají médií a věnují se intenzivní a často nevhodné propagaci některých potravin pro cílené skupiny obyvatel, včetně dětské populace. Nové receptury a chemizace vedou ke ztrátě charakteristických chuťových vjemů jídel, která se podbízejí módním trendům. Vyvíjejí se záměrně úplně nové segmenty módních potravin s nadbytečnou energetickou složkou, jako např. granulované čaje, ice tea, ovocné koncentráty, uměle ochucované snacky, exotické oříšky, nealkoholické pivo, dehydráty ap. Za tímto trendem na druhou stranu pokulhává výchova racionálního životního stylu. Státní instituce jsou neefektivní a zdravotní politika obyvatel není na předních místech politických aktivit. Školství nemá dostatečné kompetence a výuka racionálního životního stylu je stále na pokraji pedagogického zájmu. Jedinec tak nemá prakticky šanci se orientovat v záplavě nabízených potravinových produktů.

Rodina v postindustriálním světě ztrácí svůj klasický charakter. Konflikty se v rodině

uzavírají před dveře dětských pokojů a neprožívají se společně. Rodinné volní vlastnosti se v období frustrace posilují materiálními statky na úkor citové složky. 40 % dětí z naší obezitologické ambulance prošlo ve svém dětství rozvodem rodičů. V neděli se již nechodí do kostela nebo jen na procházku, ale do hypermarketů za nákupy, které se pak musí celé sníst. Mění se velikost a globalizuje se složení nákupního košíku rodiny.

Ve výčtu obezitogenních faktorů prostředí by se jistě dalo dále pokračovat, a ani tak by seznam nebyl konečný. Je však pravda, že samotný tlak obezitogenního prostředí bez vnímavého jedince nevede k rozvoji obezity. I zde je možné nalézt společného jmenovatele. Hlavní zdroj dětské obezity v civilizovaném světě lze jednoznačně pojmenovat – je to životní styl rodiny. Dítě je výkladní skříň rodiny, na které se zrcadlí genetika a především životní styl. Obézní dítě je produktem životního stylu rodiny. Na jeho habitus se odráží veškeré nedostatky a neúspěchy rodinných režimových opatření, které vedou k pozitivní nerovnováze v energetickém příjmu a výdeji. V civilizovaném světě není volný přístup ke zdroji potravin. Každý kilogram a i kilogram

navíc se musí zakoupit a představuje reálnou částku 2–3 000 Kč na 1 kg tuku. Dítě nemá ekonomickou moc v rodině. Dítě nevydělává, nenakupuje, nevaří – doma jen jí a tím uzavírá bludný kruh.

### Prevence

Důsledky a vlastní léčba obezity jsou velmi nákladné. V dětském věku je však možná prevence, kterou je možné uskutečňovat jen v rámci rodiny. Je to rodina, která umožňuje naplnit dítěti jeho životní potenciál – jak se dítě realizuje ve vzdělání, v jakém životním stylu prožije produktivní život, jak bude soběstačné ve stáří, jak se bude chovat k ostatním lidem a podobně. V rámci prevence obezity dítěte a v budoucnu dospělého člověka je vhodné dodržovat některé obecné zásady nutričního chování.

V časném věku dítě kojit co nejdéle. V pozdějším věku dále usměrňovat nutriční výchovu dítěte k tomu, aby jedlo pravidelně pětkrát denně pestrou stravou, vždy snídalo, nejedlo u televize, mělo omezenou přílohu jídel a naopak zvětšenou oblohu, nemuselo dojídat plné porce, nepilo sladké tekutiny, naučilo se přijímat sladkosti jen o víkendu, chodilo denně alespoň čtyři kilometry a do všech schodů pěšky, spontánně se zapojovalo do fyzické aktivity s rodinou a ostatními dětmi.

### Závěr

Dětská obezitologie má jak ve zdrojích, tak v řešení svá specifika. Dětská obezitologie jen v ojedinělých případech využívá medikamentózní a chirurgická řešení. Zásadně odmítá redukční diety, které poškozují organismus ve vývoji. V žádném případě však není bezzubá a může být velmi efektivní za předpokladu spolupráce rodinné jednotky. Je třeba mít na paměti, že zabránění rozvoji obezity snižuje v dospělosti výskyt diabetes mellitus II. typu o 2/3. Redukce tělesné hmotnosti o 5–10 % snižuje komplikace metabolického syndromu o 50 % a agresivním ovlivněním všech rizikových faktorů metabolického syndromu lze předejít více než 80 % kardiovaskulárních příhod. Nejlepší terapií je samozřejmě prevence, ale i včasná léčba dětské nadváhy a obezity tyto procesy zvrátí. Je vhodné nepodceňovat zdánlivě banální fakta a banální doporučení, která mohou mít pro budoucnost dítěte velký význam.

*Literatura u autora*

**Avent**



# Patogeneze a terapie hypertenze u dětí se zaměřením na hypertenzi juvenilní

MUDr. Jiří Liška, CSc.

Mulačova nemocnice, s.r.o., Plzeň

## Souhrn

**Vlastní juvenilní hypertenze patří do kategorie nefixované hypertenze. Pacienti mají velký tepový a minutový objem při nezměněném cévním odporu. Porucha regulace krevního oběhu má ještě také v tomto věku původ v nadměrném tonu sympatiku při nedostatečné aktivitě parasympatiku. Často se jedná o pacienty, kteří mají stejnou schopnost sociální adaptace jako zdraví jedinci, někteří mají chronické konflikty, někdy se jedná o ambiciózní extroverty s přeceněním svých sil. Mnohdy se však jedná jen o jedince s nadváhou nebo obezitou abdominálního typu. Ve 30 % je zde však složka hereditu, kdy se zjišťuje hypertenze u rodičů již kolem 40. roku věku. Juvenilní hypertenze bývá provázena změnou reaktivitou kardiovaskulárního systému, nejen na psychickou, ale i na fyzickou zátěž! Po fyzické zátěži u nich dochází k abnormálnímu zvýšení systolického tlaku i ejekční frakce. Také současné zvýšení plazmatické reninové aktivity (PRA) se považuje za nepřímý indikátor zvýšené aktivity sympatoadrenergního systému.**

Mezi faktory, které ovlivňují krevní tlak, patří:

1. Systém renin-angiotenzin (angiotenzin II) – aldosteron.
2. Renální regulace objemu mimobuněčné tekutiny.
3. Systém kinin-kalikein.
4. Renální prostaglandiny.
5. Vrozený defekt zabraňující vylučování natria.
6. Inzulínová rezistence receptorového nebo post-receptorového charakteru, která je sledována kompenzatorní hypersekrecí inzulínu a s tím spojenou aktivací sympatiku se zvýšením katecholaminu.
7. Působení na úrovni endotelu.

Změny systémové cévní rezistence představují fylogenetický mechanismus. Studium systémové cévní rezistence je odkázáno na neinvazivní ultrazvukovou metodiku. Možnosti sledování této rezistence se ukázaly na echokardiografickém sledování parametrů zatížení levé komory na konci systoly. Tyto práce ukázaly, že fyziologický pokles plicní cévní rezistence je doprovázen pomalejším vzestupem systémové cévní rezistence. Ukázalo se, že například pacienti s Downovou chorobou mají sníženou systémovou cévní rezistenci.

Hypertenze představuje významný rizikový faktor rozvoje kardiovaskulárního onemocnění. Včasná detekce vyššího krevního tlaku, případně jeho léčba, se mají stát pravidlem. Při měření tlaku je nutné používat správnou manžetu a řídit se vztahem k věku a dalším parametrům, jak je uvedeno v práci Velemínského a spol. V této práci jsou vytvořeny tabulky z velkého počtu dětí a dospívajících, které odpovídají našim podmín-

kám. Dosud jsme vycházeli z tabulek hypertenze, které byly předloženy v USA a prezentovány v tisku. Také upozorňujeme, že jedenkrát naměřená hodnota nad percentilem 95 ještě není indikací k zařazení pacienta. Samozřejmě se doporučuje provádění 24hodinového monitorování krevního tlaku v ambulantních podmínkách (ABPM). Pro praxi primární péče musíme však vycházet z měření tlaku v našich ambulantních po předchozím alespoň pětiminutovém klidu. Ještě podotýkáme, že hodnoty krevního tlaku u dětí a dospívajících se mají u STK odečítat při prvních slyšitelných ozvách a hodnoty DTK pak při úplném vymizení ozev.

Podotýkáme, že sympatický nervový systém (SNS) hraje klíčovou roli při regulaci kardiální homeostázy. Existuje vztah mezi množstvím tělesného tuku a zvýšenou aktivitou SNS v ledvinách a ve svalech i u normotenzních jedinců. Vztah mezi obezitou a aktivací SNS záleží podle posledních zjištění především na množství viscerálního a abdominálního tuku, nikoliv na množství celkového tělesného tuku.

Při sledování pacientů s hypertenzí je nutné se zaměřit kromě standardního vyšetření ještě na vyšetření iontů, metabolismu tuků, případně hormony štítné žlázy.

Jak jsme již v minulosti uváděli, u juvenilní hypertenze (JH) je udáváno v 50 % zvýšení plazmatické reninové aktivity po námaze, ve 40 % zvýšení hladiny adrenalinu a noradrenalinu a ve 20 % zvýšení bazálních hladin kortizolu. Zajímavé jsou nálezy na očním pozadí a na ECHO, které se objevují již po dvouletém trvání JH. Při normalizaci TK je v tomto věku ale většinou udávána regrese. Ze

všech vyšetření je dostačující provést sono ledvin, klasické EKG, eventuálně bicyklovou ergometrii (BE). Při té dochází poměrně velmi často především k hyperreaktivitě STK na zátěž, výjimečně DTK. Z hlediska metabolismu tuků je velmi často popisováno zvýšení triglyceridů.

Z faktorů vedoucích k juvenilní hypertenzi se mimo genetický vliv a nedostatek pohybu (počítače, hry) uvádí ještě zvýšené solení. Množství soli je nutné omezit na 5 g denně. K redukci hypertenze vede i redukce hmotnosti, kdy na každých 5 kg je uváděno snížení TK. Nesmíme zapomínat na kontraceptiva u děvčat ani na vliv kouření. Hypertenze po kontraceptivech nastupuje již do tří týdnů. Toto je upozornění pro primární sféru. Vliv natriuretických faktorů a oxidu dusnatého není předmětem tohoto sdělení.

U JH hyperkinetická cirkulace, zvýšený minutový objem, případně tachykardie jsou přítomny u více než poloviny pacientů. Mnohdy však není větší tlaková amplituda, to znamená není větší rozpětí mezi STK a DTK. U JH je možné uvažovat při současných trendech o nedostatečné dilataci v kosterním svalstvu a plicním cévním řečišti. Je nutné upozornit na vliv statické zátěže (posilovny), který směřuje ke zvýšení TK. Je zajímavé, že pokud před těmito statickými cvičeními podáváme vazodilatancia, TK nestoupne.

Při odečítání TK v ambulantní sféře u JH můžeme zjistit diskrétní změny HLK [vysoké R ve V5, V6, hluboké SV1, snížení ST v hrudních svodech z levého prekordia (V5, V6), případně vyšší R v AVL].

U hypertenzí zachycených v primární péči je nutné myslet na možnost hypertyreózy, koarktaci



**Beiersdorf - Omega**



## Specializační kurz

pro lékaře ve specializační přípravě  
a ostatní praktické lékaře pro děti  
a dorost

**Vedení lékařské praxe praktického  
lékaře pro děti a dorost**

**13. 11. 2008 Hotel ILF,  
Budějovická 15, Praha 4**

**MUDr. Olga Roškotová**  
9.00–11.00 hodin

**Management soukromé praxe  
Komunikace se zdravotními pojišťovnami  
Legislativa**

**Vedení zdravotnické dokumentace**

- 1) Průřez činností v ordinaci PLDD  
Charakteristika primární péče  
Podmínky k provozování  
praxe PLDD  
Věcné a materiální vybavení ordinace  
Zdroje finančních prostředků PLDD
- 2) Pracovní náplň PLDD  
Komplexní preventivní, léčebná  
a posudková činnost  
Obsah a rozsah JPP, očkování  
Diagnostická a léčebná péče  
Poradenská a konzultační činnost
- 3) Ostatní povinnosti PLDD  
Administrativní činnost  
Zajištění provozu ordinace

**MUDr. Pavel Neugebauer**  
11.00–12.00 hodin

**Vedení zdravotnické dokumentace  
na elektronických médiích  
Použití internetu v praxi PLDD**

**Ing. František Elis**  
12.30–13.30 hodin

**Ekonomické informace k převodu  
lékařské praxe**

- a) Rozdíly v provozování NZZ fyzickou  
a právnickou osobou
- b) Koupě a prodej praxe
- c) Bezúplatný převod praxe
- d) Pozůstalostní řízení
- e) Ohodnocení bonity praxe
- f) Daňové dopady u prodávajícího  
a kupujícího

13.30–15.00 hodin

**Daňové minimum pro PLDD**

Vedoucí kurzu: MUDr. Olga Roškotová

Účastnický poplatek: 300 Kč

aorty dříve nepoznanou, pubertas praecox. Také měření TK u gynekomastie má svůj význam.

Někdy se u pacientů s JH setkáváme se syndromem takzvaného nekonečného tonu diastole a pak udáváme hodnoty TK při oslabení i při vymizení.

K takzvanému syndromu bílého pláště bylo zjištěno, že u určitých jedinců přítomnost lékaře zvyšuje STK o 27 mm Hg a DTK o 15 mm Hg.

### ■ Terapie u dětí a dospívajících

Hypertenzní krize: je sice záležitostí nemocniční pediatrie, ale i primární sféra se může dostat do kontaktu s touto diagnózou. Jen stručně příčiny, mezi které patří nepoznaná koarktace aorty, nepoznaná trombóza renální artérie, generalizovaná vaskulitida nebo vliv léků (kortikoidy a cyklosporin), drog (kanabinoidy, kokain), trauma míchy, endokrinní feochromocytom a hyperaldosteronismus a centrální záněty a tumory CNS.

Z dostupných léků vymizel hydralazin, omezeně je zde labetalol 100 a diazoxid (Hyperstat). Pro současnou léčbu v ambulantních podmínkách PDL je možné použít

1. Captopril per os  
(kojenci 0,01–0,25 mg/kg/den ve 2–4 dávkách)  
(větší děti 0,1–0,2 mg/kg/dávka, možné opakovat)
2. Clonidin 0,05–0,1 mg v per os dávce, jedná se o centrálního alfa agonistu
3. Nifedipin 0,1–0,3 mg/kg/dávka p. o. nebo sublinguálně
4. Furosemid p. o., i. v. – jedná se o diuretikum Henleho klíčky, používá se u hypertenzní krize, provázené akutním levostranným srdečním selháním
5. Enalapril p. o. 0,08 mg/kg/den – ACE inhibitor
6. V nemocnici nitroprusid sodný v infuzi, 0,3 až 10 mikrogramů/kg/minuta v infuzi

### ■ Terapie juvenilní (primární) hypertenze

1. Redukce obezity i nadváhy
2. Aktivní uplatňování dynamické sportovní aktivity (běh, kolo, plavání, běžky)
3. Rozumné omezení solení
4. Léčba neselektivními betablokátory rázu trimetranolu již dlouhodobě opuštěna
5. Užívání kardioselektivních betablokátorů: atenolol (Tenormin, Corotenol)
6. Kardioselektivní betablokátory s ISA (vnitřní sympatomimetická aktivita), vhodné především u sportujících jedinců, vyloučeny nespecifické dechové či únavové potíže (acebutolol – Acebirex, Sactal)
7. ACE inhibitory – inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu  
Captopril, Tensiomin  
nebo ACE inhibitory s poločasem 12 hodin –

enalapril – Enap

Tyto inhibitory jsou velmi vhodné u současného diabetu nebo pro mnohé aktivní sportovce nebo sportující jedince. Jsou i lékem volby u pacientů s nálezy na ECHO. Smyslem jejich účinku je pokles periferní cévní rezistence a renální vazodilatace. Možné kombinovat s diuretiky.

8. Agonisté imidazolových receptorů  
moxonidin (Cynt) – poločas 3 hodiny, podávání 2× denně

rilmenidin (Tenaxum) – poločas 8 hodin, podávání 1× denně

Jedná se o novou skupinu preparátů, kdy stimulace výše uvedených receptorů vede k poklesu aktivity sympatiku, a tím i poklesu sekrece noradrenalinu a adrenalinu i inhibici sekrece reninu. Je možné je kombinovat s betablokátory.

9. Centrálně působící agonisté receptorů alfa2  
clonidin

metyldopa (Dopegyt)

Užívaly se zvláště v minulém desetiletí, metyldopa nadále u hypertenzí v graviditě.

Ke kardioselektivním betablokátorům je nutné konstatovat, že při neúspěchu terapie není nutné zvyšovat dávku, ale raději začít s kombinací terapií. Je to způsobeno tím, že při dlouhodobé léčbě betablokátory stoupá hustota adrenergických betareceptorů, což je dokladem adaptace na léčbu. Také zde musíme mít na paměti před nasazením léčby vyšetření EKG k vyloučení AV bloku. Betablokátory jsou vhodné i u pacientů se současnou migrénou.

10. Blokátoři kalciových kanálů – nejsou v pediatrii větší zkušenosti, hlavním mechanismem je nepřímá vazodilatace bez ovlivnění srdečního výdeje. Jsou účinnější u hypertenze s nízkou hladinou reninu, je možná kombinace s betablokátory.

nifedipin (Cordipin nebo Corinfar)

### ■ Závěr

Iniciálním léčebným opatřením u JH zůstávají nefarmakologická opatření, zátěž u adolescentů by měla umožnit přeladění organismu, které spolu se zákazem kouření nebo alkoholu přispěje ke snížení TK. K alkoholu je nutné připomenout, že po jeho požívání dochází k vyplavení adrenalinu, noradrenalinu i kortizolu, a zvyšuje se tak rezistence na užívaná farmaka.

Je nutné u léčených pacientů znormalizovat TK do šesti až dvanácti měsíců, a pokud je záruka, že pacient změnil životový styl, je možné po kontrolách ECHO a očního pozadí + bicyklové ergometrie léčbu vysazovat během dalšího roku. Musíme zabránit přechodu do kolísavé nebo fixované hypertenze dospělých.

*Literatura u autora*

**Nestlé - Beba Sensitiv**



# Kazuistika: Horror enureticus

MUDr. Luděk Ryba

Dětská nefrologická ambulance, Ústí nad Orlicí

## Souhrn

**Na kazuistice nočního pomočování chci upozornit na nutnost širšího pohledu na pacienta a jeho rodinu před nasazením antienuretické medikace. Tragický případ je také apelem na těsnější spolupráci a lepší informovanost mezi jednotlivými lékaři, především mezi specialisty a PLDD.**

Noční pomočování (enuresis nocturna – EN) nebývá považováno za život ohrožující stav. Následující případ však ilustruje rizika, která jsou s medikací této poruchy spojena.

Patnáctiletá dívka z dysfunkční rodiny (rodiče rozvedeni, autoritativní otec, matka alkoholička) byla léčena od školního věku pro noční pomočování. Řada léků ani psychoterapie nepřinesla požadovaný efekt, k ústupu EN došlo až po nasazení Melipraminu v běžné terapeutické dávce v 11 letech. V 15 letech byla u dívky zjištěna na UZ srdce hypertrofická kardiomyopatie, zřejmě hereditární povahy (stejná dg. u dívčiny matky). Současně vyvrcholily rodinné problémy, dívka utekla od otce k matce, kde však po opakované hádce požíla v suicidiálním impulzu 25 tablet Melipraminu. V těžkém stavu byla hospitalizována na ARO FN, kde 23. den umírá v důsledku difúzní ischémie mozku a infarktu myokardu v terénu hypertrofické kardiomyopatie.

Tragický případ vyvolává řadu otázek na účelnost a bezpečnost farmakoterapie enuresis nocturna, je diskutována toxicita tricyklického antidepresiva imipraminu.

### ■ Běžný případ z nefrologické ambulance

V roce 2002 se dostavila do okresní nefrologické ambulance na doporučení svého praktického lékaře 11letá dívka pro noční pomočování. Pomočovala se 4× týdně, dosud neměla nikdy suchý interval, ve dne se přestala pomočovat ve 2 letech. V 9 letech jí byl z tohoto důvodu nasazen na jiném pracovišti nejprve Anafranil (clomipramin, tricyklické antidepresivum) v dávce ½ tbl. denně a později ještě Adiuretin 2 kapky na noc. Léky neměly žádný vliv na pomočování, stejně jako psychoterapie. Dívka je nadále „tvrdý spáček“, nejde vůbec probudit, pomočovala se, i když jí v noci vysazovali na záchod. Enuretický režim s omezením tekutin po 17. hodině dodržuje nepravidelně. Nebývá nemocná, nikdy neměla IMC. Na předchozím pracovišti měla vyšetření mCUG (mikční cystoureografie) a UZ urotraktu s normálním nálezem.

Jde o dívku z I. gravidity, porod proběhl spontánně, v termínu, narodil se hypotrofický plod s hmotností 2300 g, který neměl žádné adaptační potíže. Prodělala operaci tříselné kýly a appen-

dektomii. Má mladšího zdravého bratra, matka je sledována kardiologem pro hypertrofickou kardiomyopatii, která nepůsobí hemodynamické změny a nevyžaduje medikaci.

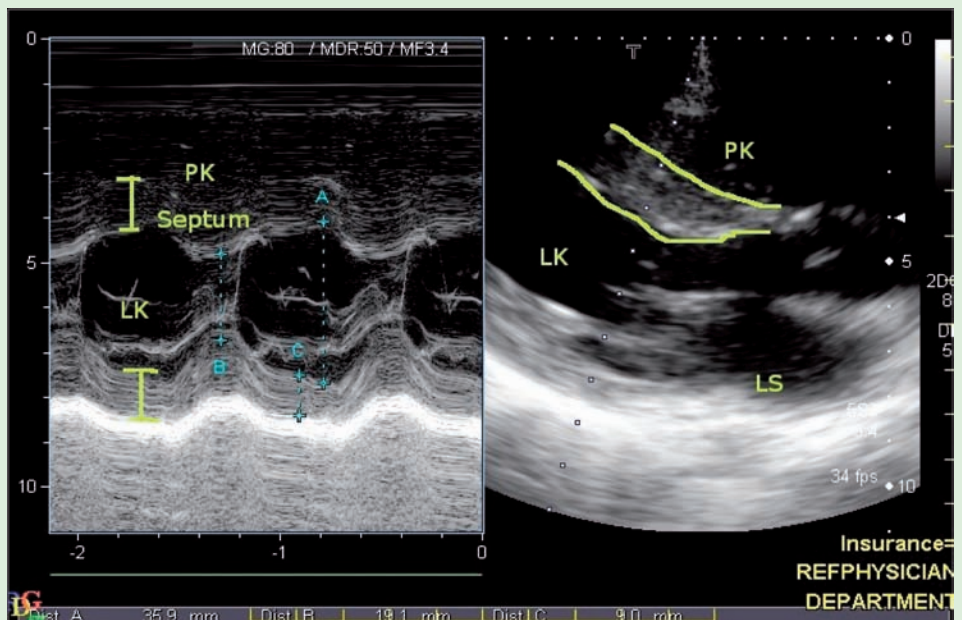
Dívka navštěvuje 5. třídu, prospěch má chvalitebný, má řadu koníčků a zájmů, ale často je střídá, u ničeho nevydrží.

Při první návštěvě v doprovodu matky působila K. nezrale,jevila nápadnou emoční labilitu, střídal se pláč a projevy vzdoru. Její somatický náález byl jinak bez patologie, zatím bez známek sekundárních pohlavních změn.

Laboratorně byla vyloučena IMC (moč + sed a KBU negativní), uroflowmetrické vyšetření zobrazilo „hrbatou“ křivku, byla vyslovena pracovní dia-

před spaním. Preparát byl nasazen po předchozím vyšetření EKG, které ukázalo fyziologickou křivku, bez převodních poruch a bez prodloužení intervalu QT. Melipramin byl později po domluvě zvýšen na 1 drg na noc. Při kontrole o 4 měsíce později se K. pomočovala sporadicky, jednou za 14 dní, v noci se sama budila anebo vydržela nepomočena až do rána. Doporučil jsem vysadit Mictonetten a ponechat Melipramin v dávce 1 drg na noc. Na smluvenou kontrolu o 4 měsíce později se pacientka nedostavila, ani se neomluvila.

Znovu jsem dívku viděl o 2 roky později, poprvé přichází v doprovodu otce. Je již v 7. tř., rodiče se rozvedli a soud jí svěřil do péče otce. Ten slibuje, že zjedná v léčbě své dcery nyní pořádek. Léky K.



Obr. 1: hypertrofie septa komor a zadní stěny levé komory, snížená diastolická funkce levé komory, hemodynamicky nevýznamná

gnóza detrusorosfinkterické dyssynergie a nasazení medikace preparátem Mictonetten (propiverin, parasymptolytikum), v dávce 2× 3 tbl.

Při kontrolním vyšetření o 2 měsíce později již byla uroflowmetrická křivka zcela normální (možný vliv medikace propiverinem, ale též nutno vzít v potaz stres při prvním vyšetření), noční pomočování však přetrvávalo beze změny. Terapie byla nefrologem rozšířena o dávku ½ drg Melipraminu

neuzívá, přestože se nyní pomočuje každou noc, sama se nedokáže probudit. Zkusil jsem nejprve medikaci Adiuretinem, dávka 2× 1 a posléze ani 2× 2 kapky do nosu před spaním nepřinesla žádný efekt. Proto o 3 měsíce později opět nasazuji „osvědčený“ Melipramin v dávce 1 drg na noc. Při kontrole o 4 měsíce později se pomočuje 2× týdně, dávka Melipraminu nezvyšována, domlouváme kontrolu za 6 měsíců, na konec roku 2005.

**Beiersdorf - pokožka**



## POZVÁNKY

**Odborné semináře pro praktické lékaře pro děti a dorost – podzim 2008**

Semináře pořádá  
pediatrická klinika 2. LF UK  
a FN Motol ve spolupráci s výborem  
SPLDD, region Praha a střední Čechy,  
v knihovně pediatrické kliniky FN  
v Motole, dětská část, odd. 3D, od 16.30.

**Registrace nutná na**

tel.: 224 432 001 nebo

e-mail: jana.vojtkova@lfmotol.cuni.cz.

Účast bude ohodnocena kredity ČLK,  
v rámci semináře lze konzultovat stav  
svých hospitalizovaných pacientů.

**Program:**

**18. 9. 2008** Aktuality z dětské endokrinologie (J. Lebl, S. Koloušková)

**16. 10. 2008** Diagnostika a léčba pneumonie u dětí (Z. Vančíková)

**20. 11. 2008** Kazuistiky z dětské gastroenterologie, hepatologie a výživy (J. Neval, J. Tejnická, R. Kotalová a spolupracovníci)

**18. 12. 2008** Diagnostika a léčba infekce močových cest u dětí (K. Bláhová)

**Léčebna Dr. L. Filipa, s. r. o.,  
Společnost pro výživu, o. s.,  
a Česká obezitologická  
společnost ČLS JEP**

Vás zvou na 3. konferenci odborníků  
zabývajících se obezitou dětí a dorostu

**DĚTSKÁ OBEZITA  
V TEORII A PRAXI****14–15. listopadu 2008 – Poděbrady**

Místo konání: Kongresové a kulturní  
centrum na Lázeňské kolonádě  
v Poděbradech

Ubytování: hotel Zimní lázně Poděbrady

Tato akce je ohodnocena  
12 kreditními body.

Přihlášky na

tel.: 267 311 280

nebo e-mail: vyziva.spv@volny.cz

Při této kontrole – opět v doprovodu otce – přiznává opětovné zhoršení noční enurézy, frekvence 4–5× týdně, spí tvrdě až do rána, kdy zjistí, že je mokrá. Přípouští, že léky nebere pravidelně. Jiné výchovné či psychické problémy nejuje. V klinickém nálezu se nově objevuje difuzní struma v oblasti isthmu. Z toho důvodu vyšetřujeme testy na funkci štítné žlázy, které jsou normální. Dále zaznamenám nápadný poslechový nálezn na srdci. Při pravidelné srdeční činnosti s frekvencí 66/minutu je slyšet systolický šelest ejekčního charakteru v druhé polovině systoly, intenzity 2–3/6, s maximem v Erbově bodu, bez jasného víru a propagace. TK u pacientky je 120/70, váží 49 kg a měří 163 cm. Dívku objednávat na UZ vyšetření srdce, medikaci ponechávám beze změny. Další kontrolu domlouváme za půl roku.

V té chvíli netuším, že vidím K. naposledy. Její život pak nabírá netušený spád. Dostává se ještě na kardiologické vyšetření, kde je na UZ srdce zjištěna ložisková hypertrofie muskulární části septa komor o šíři 15 mm, hemodynamicky nevýznamná (viz obr. 1).

Tento nálezn je pak ještě ověřen vyšetřením dívky v kardiocentru. Medikace Melipraminem není ani jedním z kardiologů nijak komentována, nálezn se do rukou nefrologa dostává až o mnoho měsíců později v souvislosti s trestním vyšetřováním. Na jaře 2006 dívka utíká od „příliš přísného“ otce k „vstřícné“, benevolentní matce, která žije s druhem daleko od místa dívčina trvalého bydliště.

Bohužel, matka je alkoholička, nezaměstnaná a s dospívající dcerou má každodenní spory a hádky. Výhrůžky sebevraždou z obou stran nejsou ničím výjimečným. Snad proto opilá matka odmítá své dceři 1.9. uvěřit, že snědla před hodinou 25 tablet Melipraminu a že se začíná cítit špatně. Posílá dceru vyspat se v přesvědčení, že to je hloupý vtip, a RZP je volána teprve o další 2 hodiny později, kdy už je dívka v hlubokém bezvědomí.

Lékař RZP konstatuje komatózní stav, GCS 3 body, pulz dívky je nehmatný. Následuje kardiopulmonální resuscitace s intubací a opakovanou elektrostimulací, po níž se objevuje srdeční akce. Těžká hypotenze je korigována katecholaminou (dobutamin), dívka je řízeně ventilována a přijata na ARO okresní nemocnice, odkud je druhý den v trvajícím bezvědomí přeložena na klinické pracoviště. Navzdory eliminační a antiedematózní léčbě prokazuje CT mozku již v den přijetí těžké difuzní edematózní změny a mnohočetné ischemické změny, je přítomno subarachnoidální krvácení. Srdeční činnost je stabilní, hemodynamika oběhu je v prvních dnech dobrá, trvá hluboké bezvědomí, je přítomna pouze reakce na algické podněty. 9. den je možno dívku extubovat, ventiluje spontánně. Od 18. dne se kóma prohlubuje, objevují se stavy apnoe, vyhasínají reflexy, mizí fotoreakce zornic, dívka je hypotermní, progreduje hypotenze a bradykardie, rozvíjí se anurie.

23. den od přijetí k hospitalizaci dívka v důsledku asystolie umírá.

Pitva prokazuje jako bezprostřední příčinu smrti difuzní masivní edém mozku, s mnohočetnými malacemi v temporálních lalocích o rozměrech až 10 mm a tlakové kónusy CNS a dále akutní infarkt myokardu v srdečním septu (šířka 25 mm) a zadním papilárním svaly.

Základním onemocněním je pak intoxikace imipraminem a koncentrická hypertrofie myokardu.

**■ Toxicita Melipraminu**

Melipramin (účinná látka imipramin) je klasické tricyklické antidepresivum, užívané od poloviny 20. století především v psychiatrické praxi k léčbě depresí. Později se indikace rozšířila na noční pomočování, obsedantně-kompulzivní poruchy, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – tzn. hyperaktivita s poruchou pozornosti), školní fobie a stavy separační úzkosti. Léč je běžně používán i dětskými psychiatry a pediatry. Běžné dávky u dospělých jsou 75 až 150 mg denně, rozdělené ve 3 dávkách. Látka má vysokou vazbu na plazmatické bílkoviny (86%), což je příčinou mimořádně obtížné eliminace v případě intoxikace. Plazmatický poločas je delší než 24 hodin.

Toxicita přípravku spočívá v jeho schopnosti neselektivně inhibovat vychytávání katecholaminů a serotoninu, v jeho anticholinergním působení, v přímém blokování alfa1-adrenergních a ve schopnosti blokovat rychlé sodíkové kanály myokardu. Toxické dávky také významně působí v CNS. Léč je běžně kontraindikován při těžké nedostatečnosti jater nebo ledvin, při současné léčbě inhibitory MAO (monoaminoxydázy), při onemocněních srdce (ischemie, srdeční selhání, arytmie), po prodělaném infarktu myokardu a nepodává se dětem do 3 let věku. Relativní kontraindikací je epilepsie. Za potenciálně letální je považována dávka 15 mg/kg hmotnosti. V případě dospělé osoby s hmotností 70 kg to odpovídá dávce asi 40 tablet, ale 10-kilogramové dítě tuto hranici dosáhne již požitím 4 tablet, které navíc svým tvarem a potahem připomínají oblíbené lentičky.

Toxicita látky se projevuje především poruchou převodního systému srdce, objevují se arytmie, typickým korelátém je prodloužení komplexu QRS na EKG. Klesá kontraktilita myokardu, rozvíjí se těžká systémová hypotenze a srdeční a oběhové selhání. Oběhové příznaky jsou záhy následovány edémem mozku, bezvědomím, případně křečemi. Kvůli rychlému nástupu účinků (několik hodin) umírá na následky otravy tricyklickými antidepresivy až 70% intoxikovaných dětí, než je jim poskytnuta medicínská pomoc. Do nedávné doby byla tricyklická antidepresiva nejčastější příčinou fatální intoxikace v rozvinutých zemích, než je předstihla analgetika.

Léčebné možnosti v případě intoxikace spočívají v okamžitém výplachu žaludku a podání vysokých dávek živočišného uhlí. Toto opatření je účinné pouze v prvních hodinách po požití tricyklických



## **Nutricia - A4 – Hami IFFO**



## POZVÁNKY

**Pediatrická klinika Fakultní  
Thomayerovy nemocnice 1. LF UK  
a IPVZ  
a Oddělení dětské neurologie FTNsP  
pořádají dne 22. 10. 2008 od 16.00**

**diskusní soustředění  
nad společnými  
dětskými pacienty pro  
praktické lékaře pro děti  
a dorost**

v posluchárně Centra pro vzdělávání  
a vědu FTNsP v pavilonu A1  
v 1. patře vpravo.

**Program:**

- MUDr. Karolína Jiroušová: Miliární tuberkulóza u kojence
- MUDr. Jindřich Pohl: Kašel
- MUDr. Klára Brožová: Křeče u dětí v praxi
- Prim. MUDr. Vítězslav Dedek, CSc.: Racionální terapie ATB u dětí
- Doc. MUDr. Hana Houštková, CSc.: Nutriční deficit vitamínu B 12 u kojenců
- MUDr. Jiří Havránek: Infekce HSV u novorozence
- Prezentace firmy Nutricia - novinky

Přihlášky přes portál IPVZ!!!  
(www.portal.ipvz.cz)

Číslo školicí akce je 220082104.  
Tato akce je ohodnocena 3 kredity.  
Cena: 300 Kč

**Školení CRP**

**„Diagnostika akutního zánětu  
v ambulantní péči – stanovování CRP“**

Kurz pořádá

Ústav všeobecného lékařství spolu  
s Ústavem klinické biochemie  
a laboratorní diagnostiky  
1. LF UK v Praze.

- Pátek 3. října 2008 od 14 do 18 hod.  
v posluchárně fyziologie (zadní dvorní trakt) LF MU v Brně, Komenského náměstí 2
- Pátek 24. října 2008 od 14 do 18 hod.  
v posluchárně Kliniky rehabilitačního lékařství (1. patro), Albertov 7, Praha 2 (tramvaj č. 18, 24 – stanice Albertov)

antidepresiv. Peritoneální dialýza a hemodialýza jsou považovány za neúčinné, hemoperfuze má jen malý účinek. Užití antidota parasimpatomimetika fysostigminu kvůli jeho nejistému efektu a vysokému procentu závažných nežádoucích účinků (konvulze, asystolie) většina odborníků nedoporučuje. Stanovení sérové hladiny imipraminu má malý klinický význam a neodráží závažnost intoxikace ani neupřesňuje prognózu. Přesto platí, že u intoxikací osob, které se podaří převést do nemocničního zařízení, se úmrtnost pohybuje pouze v procentech. Rozhoduje však rychlost poskytnuté pomoci. V našem případě odpovídá požití 25 tablet dávce necelých 13 mg/kg. Tato dávka by tak nemusela být za všech okolností letální, svou neblahou roli však sehrála shoda více okolností.

Vnucuje se řada otázek, zda musel na první pohled banální případ nočního pomočování skončit tragicky. Jako první nás nejspíše napadne otázka, zde je vůbec adekvátní medikovat sice stresující a nepříjemný problém nočního pomočování tak nebezpečným lékem, jakým je Melipramin. Po zkušenostech s tímto případem se domnívám, že nikoliv. Je to však ryze subjektivní názor a vím, že se mnou část pediatriů a dětských nefrologů nebude souhlasit. Shodneme se však zřejmě v tom, že tento lék by měl být svěřen jen spolehlivým a solidním rodinám. Mým letitým zvykem je při předepisování tohoto léku upozornit pacienta a především jeho rodiče na možnou toxicitu. Až dosud jsem za největší hrozbu považoval to, že si lék, který se z důvodu nočního pomočování předepisuje většinou dětem školním či starším, v nestřeženém okamžiku zamění mladší všetečný sourozenec za chutné bonbony a tím se otráví. Nedošlo mi však, že pro vnímavého adolescenta může být varování před nežádoucími účinky Melipraminu zároveň návodem k použití při suicidiálním pokusu. Zneužití 1 balení o 50 dražé (smrtečná dávka pro 80kilogramového jedince) není žádný problém. Oprávněná zdrženlivost při předpisu Melipraminu tak je u všech problémových dětí a rodin, jakou nepochybně rodina K. byla. Ale není takových rodin s problémem pomočování v ordinaci dětského nefrologa většina? A v praxi dětského psychiatra, který navíc indikuje vyšší dávky antidepresiva? Pravděpodobně všichni. Dále je otázkou, jak se vůbec lékař specialista dozví o problémech v rodinách svých klientů. Zde bývá nejinformovanějším zdrojem praktický lékař pro děti a dorost, který dítě registruje a rodinu zná v jejím přirozeném prostředí. Ale ruku na srdce, informují praktici o těchto okolnostech specialisty, ke kterým děti posílají? Dle mé zkušenosti výjimečně. A navíc, pacient dochází ke specialistovi často řadu let, během nichž se může situace v rodině změnit. Rodina zprvu funkční se může změnit v dysfunkční. Praktik většinou pošle parere před první návštěvou u specialisty, ale dále už bývá komunikace specialista – registrující lékař po výtce jednostranná. Nález z jednotlivých návštěv putují od specialisty k praktikovi (pokud

zprávu rodiče předají), ale opačným směrem jen sporadicky. Mnohdy nestačí ani výslovná písemná výzva, aby praktik zaslal určité údaje a informace, které specialista potřebuje. Jistě, opakovaným kontaktem s rodinou osi i specialista může vytvořit určitý obrázek o poměrech a prostředí svého klienta, ale jistě bude vděčen za upozornění či varování praktika, že se v rodině děje cosi neblahého. V popisovaném případě byla problematická rodina zřejmá, ale o hloubce konfliktů mezi oběma již rozvedenými rodiči a jejich dcerou jsem tušení neměl.

Ryze medicínský problém, zda má užívat tricyklická antidepresiva dívka s prokázanou hypertrofickou kardiomyopatií, má též svůj komunikační rozměr. Z materiálů (např. příbalový leták SÚKL) kontraindikace jednoznačně nevyplývá. Dívka měla sice patologický nález na srdečním septu, činnost myokardu byla však hemodynamicky zcela normální. Neměla žádné známky arytmie, nejevila známky ischemie ani neprodělala infarkt myokardu. Navíc příznivý průběh obdobného postižení u matky svědčil spíše pro „benigní“ prognózu. Ani jeden z kardiologů, kteří dívku v rozmezí 2 měsíců vyšetřili, se k medikaci Melipraminem nevyjádřil, ač mu byla známa. Nefrolog, který kardiologické vyšetření indikoval, se s patologickým nálezem seznámil až po smrti dívky z policejního spisu. Mezitím se nálezy octly ve zdravotní kartě praktického lékaře a ta následovala pacientku na druhý konec republiky. Praktická lékařka, která zde K. převzala, pak jen automaticky pokračovala v preskripci uvedených léků, včetně Melipraminu. Ex post se, bohužel, domnívám, že kombinace imipraminu a kardiomyopatie mohla přispět k fatálnímu vývoji případu. Intoxikace subletální dávkou imipraminu se totiž komplikovala infarktem hypertrofií změněného myokardu. Je neprokazatelné, ale pravděpodobné, že u zdravého srdce by k této komplikaci nedošlo.

Rozhodující, bohužel, však byl odklad poskytnutí první pomoci. Kdyby matka vzala vážně varování své dcery hodinu po požití léků – je velmi pravděpodobné, že charakter sebevraždy byl demonstrační – a přivolala okamžitou pomoc, K. by nepochybně zůstala naživu. Dvouhodinový odklad první pomoci se ukázal fatální, jak pro dívku samotnou, tak pro její matku, která je t. č. obžalována ze zanedbání povinné péče a neposkytnutí první pomoci.

Tento případ jistě není typický. Enuretiků jsou tisíce a úmrtí jsou výjimkou. Přesto, nebo právě proto, musí takový případ sloužit k poučení a zamyšlení nad tím, zda vše, co my lékaři děláme, děláme v nejvladnějším zájmu svých klientů a zda to, co jsme již udělali, nešlo nebo nemělo být uděláno jinak. Odpovědi nechť si dá v první řadě každý sám. Sám za sebe přiznávám, že bych v uvedeném případě dnes postupoval v některých okamžicích jinak.

Literatura u autora

## **Nutricia - A4 - Nutrilon**





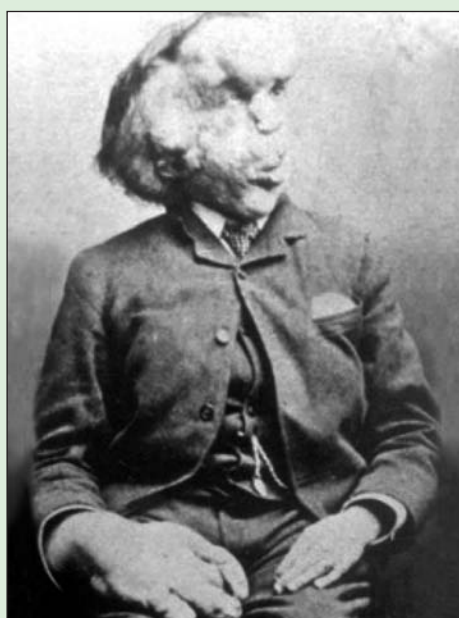
# Kazuistika: Neurofibromatosis 1. typu – m. Recklinghausen

**MUDr. Ctirad Kozderka**

PLDD, Kralovice

## Souhrn

**Neurofibromatosa (NF) je řazena mezi fakomatosy. Původ slova je z řeckého phakos – skvrna čocky. Promiskue se též pro fakomatosy používá termín neuroektodermální či neurokutánní choroby, protože embryonální tkáň je ektoderm, z něhož se vyvíjí nervový a kožní systém. Proto se všechny choroby sem řazené manifestují změnami v těchto tkáních.**



Obr. 1: Joseph Carey Merrick

Mezi ně jsou dle MKN 10 zahrnuty:

Q850 – neurofibromatosis

Q851 – tuberosní sklerosa

Q858 – jiné (von Hippel-Lindau, Peutz-Jeghers, Sturge-Weber, Ataxia teleangiectasia, Incontinentia pigmenti)

Q859 – hamartosy NS

První písemná zmínka o NF pochází z r. 1793 (Silesius). V r. 1849 Robert William Smith uvedl první (anekdotický) popis. Teprve v r. 1882 Friedrich Daniel von Recklinghausen uvedl první podrobnou práci s klinikou a patologickou charakteristikou.

První statistická data o výskytu neurofibromatosy sestavil roku 1900 Alex Thomson.

Nejslavnějším pacientem byl dlouho Joseph Carey Merrick (1862–1890 Londýn) nazývaný Elephant Man (obr. 1). Byl atrakcí

na jarmarcích a v cirkusech v Anglii a Belgii. Svého času byl též podezírán, že je Jackem Rozparovačem. Jeho pohnutý příběh se stal předlohou četných filmových i divadelních kusů. Až do r. 2003 byl považován za příklad m. Recklinghausen, kdy na základě analýzy DNA byla jeho dg. opravena na Proteus sy., a proto byl z tohoto postu svržen.

NF je dědičné onemocnění s **autosomální dominantní** hereditou. V současné době je známo **9 typů NF**. Nejvíce prozkoumán je typ 1 a 2.

**NF 1 (m. Recklinghausen, von Recklinghausen-syndrom, periferní neurofibromatosa)** představuje cca 90 % všech NF.

**NF 2** se též označuje jako **centrální neurofibromatosa**.

V odborné literatuře ale můžeme pod názvem M. von Recklinghausen nalézt dvě dg. jednotky:

- primární hyperparathyreoidismus,
- neurofibromatosis I. typ.

**NF 2 je způsobena mutací na dlouhém raménku 22. chromozomu. Je charakterizována zejména meningeomy a neurinomy otoakustiku bilat.**

**Incidence NF 1** v novor. populaci je uváděna 1:2500–3300. V mentálně postižené populaci je více než desetinásobně vyšší: 1:200. Prevalence v Evropě je 30–64 nemocných na 100 000 obyvatel, v severní Africe a Asii je až u 181 mužů a u 95 žen na 100 000 obyvatel. Nejvíce se NF 1 nachází u mladých izraelských Židů.

Jako všechny NF má i NF 1 **hereditu AD**. Cca u 56 % pacientů vznikly mutace de novo.

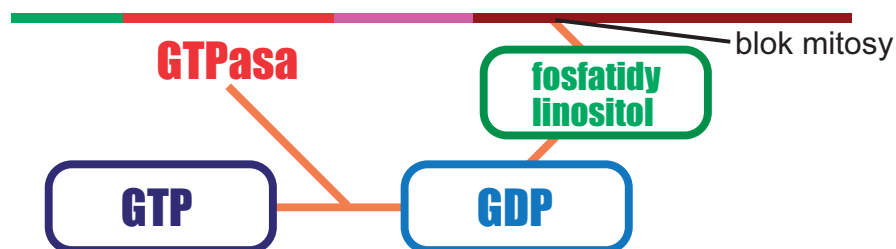
**Gen má 100% penetranci, ale velmi různou expresivitu**, čemuž odpovídá vysoká variabilita fenotypu NF 1. Střední formu má 60 % pacientů, 20 % mírnou formu a těžkou formu s persist. problémy trpí 20 % pacien-

## Schéma č. 1

### NEUROFIBROMIN ONKOGEN RASp21

doména  
katalytická  
GAP

doména  
vazebná





tů. Variabilita fenotypu se vysvětluje jednak typem genetické mutace, jednak zevními vlivy. Roli zde jistě hrají i vlivy dosud neprobádané.

NF1 je prvním geneticky objasněným dědičným tumorosním onemocněním. Je podmíněno **mutací lokusu NF1 na dlouhém raménku 17. chromozomu v pozici 11.2.** Může se jednat o translokace {1,17} či {17,22}, delece, inserce, bodové mutace-mikrodelece se ztrátou heterozygoty a další. Počet možných mutací genu NF1 je kolem 10 000, což je nejvyšší dosud známý u člověka. Dosud identifikováno cca 500 druhů mutací.

Mutace genu pro NF1 vyvolává **omezení jeho normální supresorové aktivity na buněčnou proliferaci.**

Lokus pro NF1 umístěný na 17q11.2 obsahuje cca 400 000 bp, což představuje 60 exonů, které kódují 3 alternativní transkripty podmiňující syntézu myelinu, inzertních sekvencí a neurofibrominu.

**Neurofibromin** je protein o velikosti 327 kDa, který **má funkci tumor-supresoru onkogenu RASp21.** Za normálních okolností nemutovaná centrální část neurofibrominu má sekvenci peptidů s GTPázovou aktivitou homologní s částí GAP proteinu (GTPasa aktivující protein).

GTPasa hydrolyzuje GTP na GDP, což vede k přerušení přenosu mitogenního signálu zprostředkovaného fosfatidylinositolem na RASp21 (= suprese onkogenu) (schéma č. 1).

Mutací v NF1 genu nedochází k hydrolyze, takže mitogenní signál je přenášen fosfatidylinositolem na RASp21, což vede k nekontrolované buněčné proliferaci.

V r. 1994 byla pro dg. NF1 vytvořena v The National Institute of Health v Londýně kritéria, která musí pacient splňovat. **Pro NF1 musíme u pacienta nalézt alespoň 2 kritéria:**

- šest a více makulózních skvrn „**café au lait**“ (před pubertou větší než 5 mm, po pubertě 15 mm) (obr. 2);
- dva a více **neurofibromů** (obr. 3) nebo 1 plexiformní neurofibrom (obr. 4);
- axilární a inguinální hyperpigmentace (**freckling**) (obr. 5);
- dva a více **Lischovy uzlíky** (hamartomy duhovky) (obr. 6);
- **gliom optického nervu**;
- charakteristické **kostní změny** (ztenčení kortikální vrstvy dlouhých kostí a/nebo pseudoartritida);
- **přímý příbuzný** s NF1.

Skvrny café au lait se objeví u 90 % pacientů do věku pěti let (nalezneme je u 99 % pacientů s NF1, ale nejsou patognomickým nálezem). Lischovy noduly na oční duhovce má 90 % pacientů do 5 let věku.

U pacienta s NF1 se nacházejí ale i další symptomy:

- postižení intelektu (33 %);
- epilepsie (4 %);
- hydrocefalus, meningokéla, spina bifida;

**Tab. 1: Variabilita symptomatologie NF1**

	I. Josef	II. Lukáš	III. Ladislav
Café au lait	+	+	+
Neurofibrom	+	+	+
Plexiformní nf	-	-	+
Freckling	+	+	+
Lischovy noduly	+	+	+
Pozit. RA	+	+	+
Gliom	-	-	-
Skoliosa	-	+	+
Spina bifida	-	-	+
Porucha růstu	-	-	+
ADHD	-	+	+
Porucha IQ	-	-	+

*Problémem bývá získání spolupráce rodiny při sledování takto postižených dětí, zejména pokud nemají subj. potíže anebo pokud si uvědomují absenci kauzální terapie*



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

pořádá

## HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE

pro lékaře, farmaceuty a veterináře

**Zveme Vás na dvouleté vzdělávací semináře, které přednášejí čeští i francouzští lékaři**

*Výuka probíhá ve 20 zemích světa.*

**„Základy homeopatické terapie“ – PRAHA, BRNO**

6 víkendů – od října 2008 do května 2009

*Příspěvek účastníka 4.500 Kč / rok*

Dále pořádáme ve spolupráci s H.L.A (Homeopatická lékařská asociace) specializační homeopatické semináře a konzultační odpoledne pro lékaře, podrobnější informace v Revue H.L.A, které zájemcům, z řad lékařů, zasíláme 3 x ročně zdarma (leden, červen, říjen).

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

**CEDH, Pobřežní 3, 186 00 Praha 8**

**tel.: 224 835 091, fax: 222 326 502, GSM: 724 185 559**

**[cedh@centrum.cz](mailto:cedh@centrum.cz)**

**25% pacientů\* v ČR se již nyní léčí homeopaticky**

*\*výzkum projektu GFK z 12/2003*



- sy. moya-moya (transitorní ischemická ataka při progres. zužování aa. carotis int. s kolaterál. oběhem – na angiografii obraz připomíná „obláčky dýmu“);
- stenóza renální arterie (2 %);
- endokrinopatie (thyreopatie, diabetes insip., Addis. ch., pubertas praecox, gigantismus...);
- kyfokoliotické změny páteře, pectus excavatum.

Z histologického hlediska neurofibrom obsahuje deriváty buněk neuronových, schwannových a fibroblasty. Jako plexiformní neurofibrom označujeme neurofibrom, který infiltruje do okolí a zaujímá velké nervy, krevní cévy a jiné vitálně důležité struktury. Proto jsou tyto léze rutinně resekovány.

Dosud je popsáno **více než 100 genetiky podmíněných či kongenitálních syndromů** obsahujících skvrny café au lait nebo jiné znaky NF 1, **kteří musíme v dif. dg. zvážít:**

- Neurofibromatosis typ 2 (bilat. schwannom akustiku, schwannomy jiných kraniálních i perif. nervů, kutánní schwannomy, meningeomy).
- Peutzův-Jeghersův syndrom (mnohočetné pigmentové skvrny kůže, sliznic, střevní polyposa).
- LEOPARD syndrom (lentigines, ECG conduction defects, ocular hypertelorism, pulmonary stenosis, abnormalities of genitalia, retardation of growth, deafness).
- McCuneův-Albrightův syndrom (velké skvrny café au lait s nepravidelnými okraji, polyostotická fibrosní dysplasia kostí, pseudopubertas praecox).
- Syndrom Noonanové (malý proporcionální vzrůst, VCC, široký krk nebo pterygium colli, charakteristická facies, skvrny café au lait).
- Proteus syndrom (hamartomy, lipomy, lymfomy, hemangiomy subkutánně, hemihypertrofie parciální či úplná, pigmentové névy, hyperostosis, exostózy).
- Schwannomatosy (schwannomy hlavových, kořenových a perif. nervů).
- Mnohočetné skvrny café au lait (bez vztahu k jiným hereditám jako NF, mnohočetná kožní lipomatosy).
- Bannayan-Riley-Ruvalcaba syndrom (mnohočetné lipomy a hemangiomy, makrocefalie, pigmentové skvrny na glans penis).
- Juvenilní hyalinní fibromatosy (mnohočetné subkutánní tumory, gingivální fibromatosy).
- Vrozená generalizovaná fibromatosy (mnohočetné tumory kůže, podkožních tkání, kosterního svalstva, kostí a vnitřních orgánů).

- Mnohočetné intradermální névy.
- Klippel-Trenaunay-Weber syndrom (kožní hemangiomy, žilní varixy, arteriovenózní píštěle a hemihypertrofie).
- Piebaldismus (ložiska kožních pigmentací a depigmentací s hyperpigmentací na okrajích, ložiska depigmentací řas).
- Hereditární non-polyposní karcinom colon (HNPPC) (fenotyp podobný NF 1, ale žádný z rodičů nemá klinické ukazatele NF 1).
- Mnohočetné endokrinní neoplasie typ 2B (mukosní neuroomy, konjunktivální neuromy, feochromocytom, medullární karcinom štítné žlázy, ganglioneuromatosy GIT, typický obličej s dlouhými rty, marfanoidní habitus).

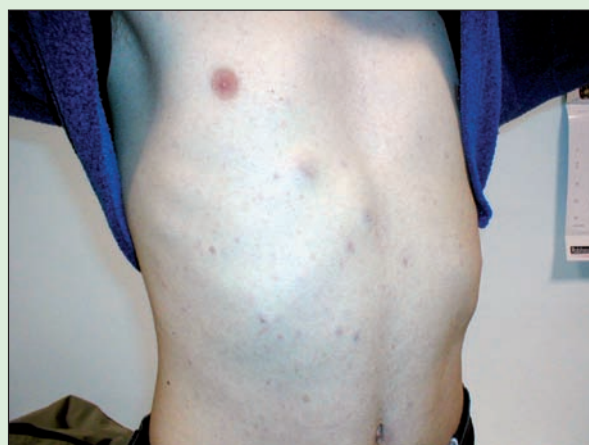
Onemocnění neurofibromatosis, jak již bylo výše uvedeno, může probíhat velmi variabilně.

**Pacientům může kvalitu života snižovat řada komplikujících nálezů:**

- Chronická bolest, ztuhlost, paralýza způsobená neurofibromem periferního nervu.
- Kongenitální defekty skeletu (absence části sfenoidu, deformity dlouhých kostí – tibie, fibula, raritně radius a ulna), patologické fraktury s inkompletní reparací, pseudoarthrosy vedoucí až k amputacím.
- Různé těžké skoliózy nebo kyfózy.
- Nestejnoměrný růst končetin.
- Růstové poruchy (nanismus, gigantismus).
- Makrocefalie (nutno odlišit hydrocefalus!).
- Epilepsie.
- Transitorní ischemické ataky CNS z obturace cév zásobujících mozek (moya-moya).
- Pruritus.
- Endokrinopatie, pubertas praecox, pubertas tarda.
- Zvýšené riziko nádorů CNS, plic a hrudníku, GIT.
- 10–20% riziko maligní transformace, zejména u plexiformního neurofibromu – neurofibrosarkom.
- Zvýšené riziko vzniku sekundárních nádorů
  - gliom optického nervu s amaurosou,
  - gliom CNS,
  - feochromocytom,



Obr. 2: skvrny café au lait (pacient č. 3)



Obr. 3: neurofibromy (pacient č. 1)

- rhabdomyosarkom,
- myelodysplastický sy.,
- leukémie.
- Arteriální hypertenze
  - obvykle v rámci samotné NF 1 nejasné etiologie,
  - stenosa renální arterie (2 %),
  - feochromocytom (2 %).
- Těžké deprese způsobené viditelnými stigmaty.
- Sociální anxieta.
- ADHD (38 % dětí) – dyslexie, dysgrafie, dyslalie, dyskalkulie, hyperaktivita, motorická neobratnost.
- Kognitivní problémy (80 % dětí) – porucha percepce, exekutivní funkce, pozornost signifikantně ovlivňující vzdělávání a denní život.
- Mentální defekt.

#### ■ Co by měl PLDD u dítěte s NF 1 ve své ordinaci jistě sledovat?

- Antropometrická data (výška, hmotnost, obvod hlavy).
- TK (stenosa a. renalis, feochromocytom).
- Zajistit oční vyšetření (noduly, protruze bulbu, NT, zorné pole, neurofibrom víčka).





- Školní prospěch, změny chování (problémy s výukou, stížnosti na chování...).
- Sledování růstu neurofibromů a komplikací z toho vyplývajících.
- Včasný zachycení sekundárních malignit.

Rodinám s výskytem NF1 je vhodné nabídnout **prekoncepční genetické poradenství**. Gravidním s rizikem NF1 lze poskytnout DNA analýzu

- z choriových klků v 10.–12. týdnu gestace,
- z fetálních buněk v 15.–18. týdnu gestace.

UZ vyšetření během gravidity má malý efekt a nemá zásadní přínos.

#### ■ **Terapie:**

Kauzální terapie v současné době neznáma, nezbývá tedy jiná než paliativní terapie:

- chirurgické odstranění neurofibromu či resekce neurofibromu s maligním chováním (histologicky, lokalizací),
- chemoterapie,
- výjimečně radioterapie,
- kombinace operace a radioterapie (tumory obtížně přístupné),
- chirurgická intervence u těžkých neurologických, ortopedických, mutilujících kosmetických afekcí, u hrozícího oslepnutí.

#### ■ **Farmakoterapie:**

##### **Onkologická:**

- rapamycin (sirolimus) – makrolidové ATB, blokuje onkogen RASp21,
- ketotifen (Zaditen) – princip účinku ne zcela jasný, jednoznačný efekt nebyl prokázán.

**Podpůrná:** analgetika, antiepileptika, antihypertensiva, psychofarmaka.

V blízké či vzdálenější budoucnosti snad pro pacienty s NF bude k dispozici genová terapie využívající některý z nyní známých postupů:

- zvýšení exprese tumorsupresorických genů,
- snížení exprese onkogenů pomocí oligonukleotidů,
- inhibice nádorové angiogeneze,
- zvýšení antigenicity nádorových buněk.

**Péče o pacienta s NF1 je multioborová.**

Na komplexní péči o pacienta s NF1 se podílejí nejrůznější odbornosti (PLDD, neurolog, ortoped, oftalmolog, ORL, dermatolog, psycholog, psychoterapeut, psychiatr,

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

rádi bychom vás informovali, že nově spuštěná **sekce pro odborníky** na webových stránkách **Pecodite.cz** obsahuje již **6 dílů Dětské dermatologie**, které si můžete vytisknout nebo stáhnout k sobě na PC.

Jednotlivé díly **Dětské dermatologie** zpracovala přední dětská dermatoložka **MUDr. Stanislava Polášková** (recenzi provedla MUDr. Štěpánka Čapková). Do současné doby bylo zpracováno celkem 13 dílů, které jsou věnovány nejčastěji diskutovaným tématům v ordinaci dětského lékaře. Každý díl obsahuje i názornou fotografickou přílohu.

Všechna zpracovaná témata:

1. **Principy dermatologické léčby dětských pacientů** (k dispozici v sekci pro odborníky)
2. **Kožní onemocnění u novorozenců** (k dispozici v sekci pro odborníky)
3. **Kožní infekce u dětí** (k dispozici v sekci pro odborníky)
4. **Kožní infekce u dětí – pokračování** (k dispozici v sekci pro odborníky)
5. **Papulosquamózní onemocnění** (k dispozici v sekci pro odborníky)
6. **Atopická dermatitida** (k dispozici v sekci pro odborníky)
7. Polékové kožní reakce
8. Ekzémová onemocnění v dětství – pokračování
9. Kůže a slunce
10. Kožní cysty a noduly
11. Pigmentová onemocnění
12. Urticaria, angioedém, anafylaktický šok
13. Acne

Vstup do sekce naleznete v záhlaví stránek **www.pecodite.cz**. V případě, že budete mít zájem o další díly, můžete v sekci zadat svoji e-mailovou adresu, a jakmile bude vložen další díl, obdržíte e-mailové připomenutí.

Věříme, že výše zmíněný materiál bude přínosem pro vaši pediatrickou praxi.

S pozdravem

MUDr. Hana Cabrnchová, předsedkyně OSPDL ČLS J. E. P.  
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR, o. s.





speciální pedagog, onkolog, hematolog, genetika, chirurg, neurochirurg, plastický chirurg, radioterapeut, RHB a samozřejmě laboratorní komplement).

**Prognóza onemocnění** je velmi variabilní, je podmíněna velkou variabilitou genu NF 1, což nese v důsledku i velkou variabilitu symptomů a průběhu onemocnění. Přesto je u pacientů s touto dg. mortalita všeobecně vyšší.

Pacienti s NF 1 by měli zvážit početí dítěte a určitě by měli využít prekoncepční péči, např. i preimplantační genetickou diagnostiku (při asistované reprodukci vyšetření embrya in vitro) pro 50% riziko pro potomky.

## ■ Kazuistiky

### 1. kazuistika:

Josef U., nar. 19. 11. 1990

- Matka 1969, otec 1966, matka otce hypercholesterolemie, art. hypertenze, otec otce +IM. Heredita opakovaně negována! (?)

- sourozenci:

U. M. děvče 28. 10. 93

U. K. děvče 16. 8. 02

- Josef: grav. norm., porod 40. týden, sp. záhl., Apgar 9-10-10, fract. clavicularae l. dx. V 9. měs. hyperpigmentace na levém předloktí, ve 3 letech další na trupu charakteru café au lait, syst. šelest – akcidentální. V 7 letech již susp. neurofibromy na břicho – susp. m. Recklinghausen – neurol., genet., kardiol., onkolog. vyš. matka opakovaně odmítá. V 1/08 při interkurent. onem. odeslán na oční pro susp. Lischovy uzlíky. Sono břicha při abdominalgích v 12/04 s norm. nálezem. Psycholog. vyš. 2000 – dyslexie. Subj. dosud bez potíží.

Matka podezření na NF 1 nechce přijmout, odmítá podstoupit komplementární vyšetření.

U matky samotné mám velmi vážné podezření na neurofibromy, proto na to upozorněna. Kožní projevy na moje naléhání prý konzultovala se svým PL, který prý problém označil slovy „to nic není“. Přesto matka dodatečně uvedla, že její otec „to“ má také léta a žije bez potíží a nikdo se v něm nešťourá.

### 2. kazuistika:

Ž., nar. 13. 11. 1992

- RA: matka 1968, od 7 let skoliosa, v 13 letech operace, prokázána NF 1, ve 24 letech porod, ve 26 letech operace meningokély, od 33 let paraparesa DK – inv. vozík.

Matka matky psoriasis, otec matky – nejsou údaje.

Otec (1966) zdravý, nežije s rodinou. Matka otce gynekol. nádory, otec otce zdravý.

- OA: z II. rizikové gr. (1× spont. ab.), porod indukovaný v 38. týdnu, forceps, ph 3750 g/pd 51 cm, hyperbili s FT. Kojen 3 měs. Od 5 měs. nefrologie – hydro-nefrosis cong. se spont. úpravou. Od 1 roku oční – strabismus, v 4/07 susp. glaukom. V 5 letech AT. V 10 letech fr. LHK (transfixace). Alergie na včelu a vosu.

- NO: Od kojeneckého věku matka pozorovala skvrny café au lait, později neurofibromy (2) na krku vlevo při m. sternocleidomastoideus za cévním svazkem, freckling. Od 1 roku scoliosis, v 9 letech MRI páteře bez nálezů neurofibromů v páteřním kanále, spina bifida S1. Od 1 roku Lischovy noduly, susp. glaukom. Pro hyperaktivitu nasazen risperidon od 14 let, školní prospěch průměrný.

### 3. kazuistika:

Ladislav B., nar. 15. 12. 1993

- RA: matka 1971, recid. pyelonefritida, st. p. LCC, st. p. APE, st. p. CHCE. Sestra matky – art. hypertenze

Otec – opakovaně udáván jako zdravý, po stanovení dg. u syna dodatečně dg. neurofibromatosa, bratr otce (dvojče) – NF, matka otce +TU mozku (NF?)

Bratr 1991: VCC (DSK, DAP), rozštěp rtu a patra (zemřel ve 2 letech)

Bratr 1989: DMO

- OA: Z4. nekomplikované gr. (2 porody p. s. C. z indikace matky, 1× UPT), porod v 36. týdnu p. s. C., ph 2850 g/pd 48 cm, Apgar 8-9-10 bb., za 22 hodin rozvoj RDS, 6 dnů oxygnoterapie, pro hyperbilirubinemii FT. Sono mozku: subependymální posthemoragické cystičky l. dx. Lehká centr. hypertonie – RHB Vojtovou metodou. Kryptorchismus bilat. Hernia inq. l. dx. libera. Propuštěn v dobrém stavu 14. 1. 1994 a dále sledován v rizikové poradně 1 rok pro dysharmonický PMV. Levák. V období 1/94-5/2002 byl 26× hospitalizován (celkem 219 dnů = 7,3 měs.) a byla mu v letech 1993-2003 podána 44×



Obr. 4: plexiformní neurofibrom paravertebrálně thorakolumbálně vpravo (pacient č. 3)



Obr. 5: freckling axilárně (pacient. č. 1)

ATB (rhinopharyngitis 6×, sinusitis 1×, OMA 2×, pharyngotonsillitis 3×, laryngitis subgl. 9×, bronchitis 4×, bronchopneumonia 3×, susp. aspirace (neprokázána) 1×, dyspepsia 3×, febrilní křeče 2×, orchidopexis 1×, herniotomia umb. 1×, AT 2×, TE 1×, neurofibromatosa).

- První popsáný projev NF bylo možno vystopovat z propouštěcí zprávy při hospit. v 12/96 pro laryngitis subgl.: 2 pigment. skvrny na břicho. Opakovaně prováděna laryngoskopie pro recid. laryngitidy a 2× dokonce endoskopická adenotomie. Teprve v 1/2000 při další laryngoskopii pro laryngotracheitis vysloveno podezření na neurofibrom epiglottis, které bylo verifikováno biopsií. Od 2001 ve sledování neurologie a onkologie. Z dg. a léčebných důvodů byla provedena opakovaně excise



NF: 1/00 epiglottis, 3/03 plexiformní NF paravertebr. vpravo, 12/05 hrudník, 5/07 levé stehno. Psychologická vyšetření detekovala dysortografii, poruchu pozornosti s hyperaktivitou. Láďa je osobnost emočně a sociálně nezralá s tendencí k impulzivním a agresivním reakcím, má slabou volní složku. Jeho aktuální rozumové schopnosti se pohybují na hranici průměru a podprůměru. V posledním roce nasazena medikace Asentra.

Grafická vyšetření provedená v letech 2000 až 2007 (CT, MRI) odhalila NF v obl. thalamu vlevo, mesencefalonu vpravo, obl. optického traktu bilat., mozečkových hemisfér, v basálních gangliích, další NF paravertebrálně s průnikem do foramin., skoliosu ThL, usuraci těla L2 a NF na L stehně.

Molekulárně genetické vyšetření přímou DNA diagnostikou v žádném z vyšetřovaných exonů nenalezlo změny. To ovšem nemůže klin. dg. NF1 potvrdit ani vyvrátit. Dg. je možno rozšířit o analýzu RNA. Protože otec probanda nežije s rodinou, bylo nabídnuto

jemu a jeho sourozenci DNA vyšetření přes matku dítěte.

Při plánované resekci lumbálního neurofibromu v 11/07 nalézá anesteziolog při intubaci na operačním stole tumorosní hmoty obturující vstup do laryngu, což vedlo k přerušení výkonu. Láďa byl přeložen na ORL, založena tracheostomie se supraglottickou laryngektomií v 12/07 a další reoperace byla nutná pro opětovný nárůst tumorosních hmot v dýchacích cestách v 1/08. Pro další nárůst provedeno laserové ošetření laryngu v 2/08 s trvalou tracheotomií. V současné době je



Obr. 6: Lischovy noduly

chlapec v domácí péči, pobírá dávky sociálního zabezpečení.

Případ Ládi ukazuje na základnosti stavení dg., závažný invalidizující a mutilující charakter onemocnění.

## ROZDÍL JE VE ZKUŠENOSTECH

Doložená účinnost u pneumokokových onemocnění<sup>1,2,3</sup>



**Prevenar**  
Pneumokoková sacharidová konjugovaná vakcína, adsorbovaná

**DŮVĚRA VE ZKUŠENOSTI**

**PREVENAR\* je indikován k aktivní imunizaci kojenců a dětí ve věkovém rozmezí od 2 měsíců do 5 let věku proti invazivním onemocněním, pneumoniím a zánětům středního ucha, vyvolaných sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F Streptococcus pneumoniae.**

[www.prevenar.cz](http://www.prevenar.cz)

**Wyeth**

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

**Zkrácená informace o přípravku:** Prevenar. Pneumokoková sacharidová konjugovaná vakcína, adsorbovaná.  
**Složení:** Jedna 0,5 ml dávka obsahuje: Pneumococcale polysaccharidum sérotypu 4\* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypu 6B\* 4 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypu 9V\* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypu 14\* 2 mikrogramy, Pneumococcale oligosaccharidum sérotypu 18C\* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypu 19F\* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypu 23F\* 2 mikrogramy. \*Konjugován s nosným proteinem CRM<sub>197</sub> a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,5 mg).  
**Terapeutické indikace:** Aktivní imunizace proti onemocněním vyvolaným Streptococcus pneumoniae sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F (zahrnujícím sepse, meningitidy, pneumonie, bakteriemie a akutní otitis media) u kojenců a dětí ve věku od 2 měsíců do 5 let. **Dávkování a způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. Děti ve věku 2–6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml, s přestávkami nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Dříve neočkovaní starší kojenci a děti: Kojenci ve věku 7–11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml, s přestávkou nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12–23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s přestávkou nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 24 měsíců – 5 let: jedna samostatná dávka. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na difteriický toxoid. **Zvláštní varování a zvláštní opatření pro použití:** Tato vakcína nemá být podávána kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami hemokoagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, pokud ovšem potenciální přínos jasně nepřevažuje nad rizikem podání. Prevenar nechrání proti těm sérotypům Streptococcus pneumoniae, které vakcína neobsahuje, ani proti jiným mikroorganizmům, které způsobují stejná invazivní onemocnění nebo zánět středního ucha. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Prevenar může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa vpichu. **Inkompatibility:** Prevenar nesmí být smísen s žádnými jinými léčivými přípravky do jedné injekce. **Nežádoucí účinky:** Nechutenství, zvracení, průjem, exaném. Reakce v místě vpichu (jako erytém, zatvrdnutí/gtok, bolest/citlivost), horečka  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , podrážděnost, pláč, ospalost, neklidný spánek. **Doplňující klinické údaje:** Účinnost proti pneumonii: V Kaiserově Permanentní studii pneumonií s bakteremií, vyvolaných kmeny sérotypu S. pneumoniae, obsaženými ve vakcíně, byla účinnost 87,5% (95% CI: 7, 99). Účinnost proti akutní otitis media (AOM): Pneumokok je odpovědný za 30–40% všech bakteriálních AOM a za větší podíl závažných AOM. Teoreticky by Prevenar mohl zabránit pneumokokovým AOM, které jsou vyvolány přibližně 60–80% sérotypů. Odhaduje se, že by Prevenar mohl předcházet 6–13% všech klinických případů AOM. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typ I) s píštělným táhlem z polypropylénu. **Velikost balení:** 1 a 10 se samostatnou injekční jehlou nebo bez samostatné injekční jehly a multibalení sestávající z 5 balení po 10 předplněných injekčních stříkaček bez injekční jehly. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při  $2^{\circ}\text{C}$ – $8^{\circ}\text{C}$  (v chladničce). Chraňte před mrazem. **Držitel registrace:** Wyeth Lederle Vaccines S.A., Belgie. Registrační čísla: EU/1/00/167/001 až 008. **Datum revize textu:** 20. 6. 2008. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Před použitím si prosím pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku.**

**Reference:** 1. Eskola J, Kilpi T, Palmu A, et al. Efficacy of a pneumococcal conjugate vaccine against acute otitis media. N Engl J Med. 2001;344:403–409. 2. Black S, Shinefield H, Ling S, et al. Effectiveness of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children younger than five years of age for prevention of pneumonia. Pediatr Infect Dis J. 2002;21:810–815. 3. Whitney CG, Farley MM, Hadler J, et al. Decline in invasive pneumococcal disease after the introduction of protein-polysaccharide conjugate vaccine. N Engl J Med. 2003;348:1737–1746.





## Ze světa odborné literatury...

### Vliv gestačního věku na typ mozkového postižení a neuromotorický vývoj u vysoce rizikových novorozenců

Studie se zabývala vyšetřením možné korelace mezi gestačním věkem a typem mozkového postižení nebo mezi gestačním věkem, distribucí a závažností následného centrálního postižení. 461 dětí s porodní vahou více než 1250 g a gestačním věkem (GA) přes 30 týdnů s komplikovanou neonatální periodou nebo mozkovým postižením zastiženým na sériové sonografiích. Děti byly rozděleny do skupiny nezralých a do skupiny termínových dětí. 40 dětí s postižením CNS ve formě takzvaného cerebrálního ochrnutí (CP) bylo zařazeno do skupiny nezralých a 38 dětí se stejným postižením CNS bylo zařazeno do termínové skupiny. Různé typy mozkového postižení byly klasifikovány pomocí echografie. Typ, distribuce a tíže postižení CNS byly počítačově zpracovány. Ve skupině termínových novorozenců bylo patrné hypoxiko-ischemické postižení v oblasti bazálních ganglií (39 %), fokální ischemie (18 %), subkortikální hemorhagie (13 %) a parasagitální cerebrální postižení (10 %). Ve skupině dětí narozených před termínem mělo 39 % dětí periventrikulární leukomaláii a 24 % intraventrikulární hemorhagie. Byla patrná korelace mezi gestačním věkem a typem mozkového postižení a mezi gestačním věkem, distribucí a typem postižení. Nebyla korelace mezi gestačním věkem a těžkostí postižení CNS. Typ postižení opakovaně detekován sonografií i v dalším věku. Vlastní postižení CNS je převážnou příčinou narušené motoriky dítěte, pohybových a polohových mechanismů. Mozkový parenchym u termínových dětí je velmi citlivý na hypoxii. Existence periventrikulární leukomaláie je většinou nezávislým rizikovým faktorem pro následný vývoj postižení. U nezralých dětí vede hypoxie většinou ke spastické kvadruplegii a u termínových dětí k atetóze, pyramidovým syndromům, narušení senzitivity a mentální retardaci. Tito pacienti jsou

pak mnohdy prezentováni jako dyskine tické formy. Autoři se domnívají, že hlavní příčinou postižení CNS je narušení matu rační cerebrovaskulární redistribuce.

*Eur. J. Pediatr (2008) 167., 1005–1009*

\*\*\*

### Humánní bocavirus u dětí s akutní lymfoblastickou leukémií

Nový lidský parvovirus byl nedávno identifikován v respiračních sekretech, ve stolici a v séru. Je většinou asociován s postižením respiračního traktu. Hlavními symptomy jsou kašel, rýma, teploty a spastické fenomény. Virus je preferenčně detekován u malých dětí. Popsali 3 děti s akutní lymfoblastickou leukémií, které měly febrilní epizody s detekcí bocaviru v sekretech. Jedno z těchto dětí mělo 5 epizod teplot během šesti měsíců, vždy s reaktivací viru. Je možné shrnout, že u dětí s karcinomy 1/3 febrilních epizod byla zapříčiněna 14 respiračními viry. Clearance těchto virů může být velmi různá, epidemiologicky se většinou jedná o RSV nebo adenoviry či v poslední době zmiňované bocaviry. Je nutné i konstatovat, že virová infekce umožňuje bakteriální osídlení. Zda detekce virů reflektuje primární infekci, reinfekci, persistenci, nebo reaktivaci, je předmětem dalších studií.

*Eur. J. Pediatr (2008) 167., 1011–1015*

\*\*\*

### Pertuse a RSV infekce

Během zimy 2005–2006 byli všichni kojenci pod čtvrtý měsíc věku přijati pro bronchiolitidu nebo akutní respirační infekci na pediatrické oddělení v Paříži vyšetřeni pomocí PCR testu. Jednalo se o dif. dg. mezi RSV a pertusí, pozitivita pertuse byla nalezena u 16 % kojenců infikovaných RSV a u 5 ze 30 negativních pro RSV. Podobné klinické symptomy byly nalezeny u všech RSV pozitivních s pertusovou infekcí nebo bez ní. 73 % kojenců nebylo vakcinovaných proti pertusi a další děti dostaly jen jednu nebo dvě injekce. Pertuse – RSV koinfekce je společná pro kojenecký věk, a PCR test se tak jeví velmi přínosný. Je nutné také konstatovat, že pertuse může být příčinou mortality v tomto věku v určitých nevakci-

novaných komunitách. Klinický obraz pertuse a RSV infekce je v tomto věku také velmi podobný. V již proběhlých studiích bylo předloženo, že 37 % kojenců přijatých v roce 2004 bylo PCR pozitivní pro pertusi a zároveň mělo koinfekci RSV. Časná diagnostika nemoci je důležitá pro podání makrolidových antibiotik, protože pertuse musí být včas léčena pro nebezpečí apnoických kojeneckých příhod.

*Eur. J. Pediatr (2008) 167., 1017–1019*

\*\*\*

### Co je nového u hemolyticko-uremického syndromu

Nedávné studie dovolují určitě ozřejměnit takzvaného nepořádku, který vzniká u hemolyticko-uremického syndromu (HUS). Ten je zapříčiněn převážně enterohemorhagickým *E. coli*. Nové pohledy však směřují na dědičně ovlivněnou abnormalitu komplementové regulace. V patogenezi se uvažuje o lokální aktivaci patologické cesty komplementu v glomerulu. Komplementový faktor H, abnormální protein a efekt plasmaferézy toto doplňují. Vlastní HUS je kombinace mikroangiopatické hemolytické anémie, trombocytopenie a akutního renálního selhání. Je určitá korelace mezi klinickou prezentací HUS a trombotickou trombocytopenickou purpurou. Pokud mají pacienti atypický HUS, to znamená familiární nebo relapsující, nebo bez asociace s enterohemorhagickou *E. coli*, musí být podrobně vyšetřeni. Měli by být rychle přijati na nefrologická oddělení k určení příčiny. Toto je i indikací pro plasmaferézu, která nahrazuje defektní proteiny nebo odstraňuje protilátky. Ve skupinách s abnormální komplementovou regulací je vše otázkou budoucnosti. Aktivace alternativní komplementové cesty je hlavním fenoménem dané formy HUS. Z toho se vyvíjí glomerulární trombotická mikroangiopatie. Nutné ještě zdůraznit, že uvedený faktor H a v posledních pracích i faktor I jsou produkovány v játrech a následná jaterní transplantace by mohla teoreticky upravit regulaci komplementu.

*Eur. J. Pediatr (2008) 167., 965–971*



## Aktuality...

### Praktický lékař a počítač

Celkem 82 procent praktických lékařů v České republice používá počítač a 63 procent je připojeno k internetu. Okolo 40 procent praktických lékařů používá širokopásmové připojení. Česká republika se tak umístila lehce pod průměrem Evropské unie. Vyplývá to z výsledků celoevropského průzkumu elektronických služeb ve zdravotnictví eHealth, které zveřejnila Evropská komise.

Administrativní i lékařské údaje v elektronické podobě uchovává asi 70 procent českých praktických lékařů a asi 60 procent českých praktických lékařů používá počítač ke konzultacím se svými pacienty. Okolo 90 procent lékařů, kteří uchovávají data v elektronické podobě, uchovává informace o diagnóze a léčích. Rentgenové snímky uchovává v elektronické podobě pouze 20 procent českých praktiků. Individuální přenos dat o pacientech po internetu a neveřejné sítě se v České republice netěší velké oblibě – pouze šest procent praktických lékařů posílá data jiným poskytovatelům péče a 13 procent pojistitelům. Jeden ze čtyř českých praktických lékařů však získává po internetu laboratorní výsledky. Jen jedno procento si vyměňuje data o pacientech s lékaři za hranicemi a žádný praktický lékař v České republice nepoužívá elektronické předepisování léků. Většina lékařů v České republice uchovává údaje o pacientech v nekódované podobě (56 procent), kombinaci kódovaných a nekódovaných dat zde využívá 33 procent praktických lékařů.

Většina lékařů v České republice by uvítala kurzy k využití informačních technologií. Průměry zemí Evropské unie dosahují vyšších hodnot než České republiky: okolo 87 procent evropských praktických lékařů používá počítač a 48 procent širokopásmové připojení. Asi 70 procent evropských praktických lékařů používá internet a 66 procent využívá počítač ke konzultacím.

Zdroj: ČIA - Česká informační agentura 28.4.2008

### Tři nové pojišťovny na obzoru

Desítku současných zdravotních pojišťoven v Česku zřejmě brzy doplní tři další. MF DNES zjistila, že o licenci na pojišťovnu ministerstvo zdravotnictví požádaly dvě společnosti a třetí si k žádosti vyzvedla podmínky. Jedno má trojice zájemců společně – jde o velké finanční skupiny, které mají dost síly na to, aby zahýbaly konzervativním trhem se zdravím a dokázaly přetahovat pojištěnce těm stávajícím i sobě navzájem. „Máme žádost od Appian Group a Czech Media Corporation. Nestojíme sice těsně před rozhodnutím o vydání licencí, ale pokud zájemci splní zákonem dané podmínky, není důvod licenci nevydat,“ potvrzuje náměstek ministra zdravotnictví Marek Šnajdr. Podle informací MF DNES si navíc pro podmínky k získání licence na ministerstvo tento týden přišla i jedna ze společností patřících do rodiny PPF. Zájemcům stačí, aby složili padesátimilionovou kauci pro případ krachu a také musí do jednoho roku od rozhodnutí o získání licence nabrat nejméně padesát tisíc klientů. „První podmínku jsme už splnili. Jenže jsme podávali žádost v situaci, kdy ještě nebylo jasné, že druhá část zdravotnických reforem, která se týká zdravotních pojišťoven, tak trochu zamrzne,“ říká výkonný ředitel Appian Group Marek Čmejla. Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek se totiž rozhodl počkat se dvěma klíčovými zákony, které měly otevřít trh s pojišťovny skutečné konkurenci. Nesehnal pro ně ve Sněmovně dost hlasů a není příliš pravděpodobné, že by s nimi před poslance předstoupil před krajskými volbami. „Počítali jsme s tím, že se trh rozeběhne. Teď čekáme, co bude dál. Rozhodli jsme se jít do pojišťovny i proto, že do budoucna je tu možnost partnerství s finanční institucí, takže jsme optimisté,“ říká Čmejla.

### Těžké přetahování klientů

A zůstává optimistou i přesto, že konkurenční pojišťovna skupiny Agel Tomáše Chrenka, která vznikla letos a v dubnu začala nabírat klienty, jen těžce přemlouvá pojištěnce k přestupu. Po pěti měsících od vzniku přetáhla pouhých čtrnáct tisíc pojištěnců, a to vsadila na poměrně tvrdou náborovou kampaň. K přestupu do Zdravotní pojišťovny Agel přemlouvají své pacienty i lékaři. „Víme, že v Česku jsou lidé konzervativní a vcelku neradi mění pojišťovnu. Jsme však přesvědčeni, že do budoucna se bude každý víc zajímat o své zdraví a o to, co mu pojišťovny nabízejí,“ říká Čmejla. „Koneckonců zatím nás to nic nestojí a padesátimilionovou kaucí nám v případě, že vycouváme, vrátí,“ dodává.

### Výhoda pro obě skupiny

Už dlouho se také mluví o tom, že o pojišťovnu má zájem i skupina PPF – zatím však žádost nepodala. „Pokud se rozhodneme žádost podat, budeme o tom veřejnost včas informovat,“ omezil se na stručný komentář šéf komunikace Generali PPF Holding Richard Kapsa. Dodal pouze, že Česká pojišťovna, která je součástí Generali PPF Holdingu, považuje zdravotnictví za perspektivní a své aktivity v něm bude i nadále rozvíjet. „Pro obě skupiny je to dobré rozhodnutí. Appian má asi největší polikliniku v republice – Centromed v Praze, s ohromnou spádovou oblastí. Pokud budou usilovat ještě o pár dalších poliklinik, je založení vlastní pojišťovny smysluplné rozhodnutí,“ říká ekonom Miroslav Zámečník, který se zabývá zdravotnictvím. Pojišťovna by se hodila i Generali PPF Holding. „Pokud někdo umí nabídnout životní pojištění, umí identifikovat potřeby klientů.“

## Kreativní štáb filmařů natočil exkluzivní dokument

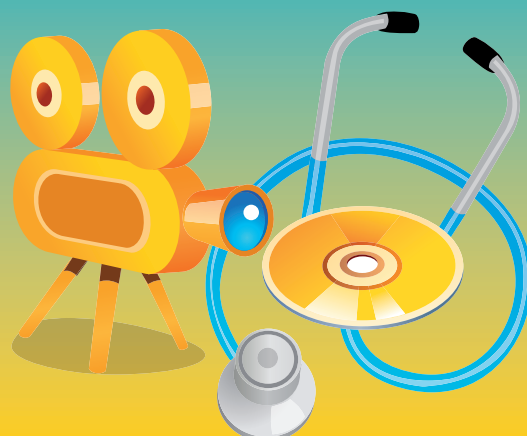
**z 2. Kongresu primární péče, který se konal ve dnech 29. 2. a 1. 3. 2008.**

Jací vlastně jsou lékaři a sestry v Česku?  
Jak se chovají, když zrovna kolem nejsou žádní pacienti?  
Umí vyléčit hypochondra dynamický sestřih?  
Těšte se na dokument plný nadhledů a nečekaných souvislostí.

**+ 1x DVD 2. Kongres primární péče + poštovné a balné**

(290 Kč + poštovné a balné) 350,- Kč (vč.19% DPH)

Závaznou objednávku můžete zaslat jednak elektronicky na adresu [lilly@ahou.cz](mailto:lilly@ahou.cz) nebo zaslat poštou na adresu Ahou Public Relations, s. r. o. nám. W. Churchilla 2, Praha 3 - 113 59, fax:234 462 098







Pojišťovna by dobře zapadla do jejich struktury podnikání, uměli by dát klientům dobrou nabídku," míní Zámečník. Získat vyjádření třetí společnosti, Czech Media Corporation (dříve GES Holding), se včera nepodařilo. Stávající pojišťovny se většinou tváří, že konkurenci vítají a těší se, až zkrátí zbraně. „Je vidět, že stačí, aby se jen trochu uvolnila atmosféra, i když tomu zatím zákony nenahrávají, a už se objevuje víc a víc zájemců o tento druh podnikání. A my se konkurence nebojíme," tvrdí Jaromír Gajdáček, ředitel druhé největší pojišťovny v zemi – Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra.

#### **Kdo má zájem**

Marek Čmejla, jeden z hlavních představitelů skupiny Appian, jež vlastní plzeňskou Škodu. Appian vstoupila do zdravotnictví loni, když koupila firmu Medicon. Ivan Zach, spoluzakladatel TV Prima, požádal o licenci na zdravotní pojišťovnu přes firmu Czech Media Corporation (dříve GES Holding). Za tou oficiálně stojí Věra Dvořáčková.

Petr Kellner. Generali PPF Holding, za nímž stojí také nejbohatší Čech Petr Kellner, má o zdravotnictví zájem. Žádost o pojišťovnu zatím nepodal, ale prý je blízko.

*Převzato: Dnes 22. 8. 2008*

#### **Firma skupuje ordinace. Získají pacienti?**

Tisícům pacientů se může za pár týdnů stát, že přijdou ke svému lékaři a nepoznají ordinaci, na kterou byli zvyklí. A změna nebude spočívat jen v tom, že praktický nebo oční lékař budou mít moderní vybavení a objednávat se k nim bude možné i pomocí esemesek. Už třicet ordinací se přihlásilo do nové sítě MediClinic. Lékaři prodali této firmě své praxe a dál už nepracují jako soukromníci, nýbrž jako zaměstnanci. Co to znamená pro pacienty? Podle představitelů firmy větší komfort. Lékař se už nebude muset starat o papírování, bude se moci věnovat pouze nemocným. „Odhadoval bych úsporu času tak na třicet procent. Dlouhé prostoje v čekárnách zmizí," říká místopředseda představenstva firmy Martin Hofman. Z peněz, které se díky centrálním nákupům ušetří, chce MediClinic „své" pacienty odměňovat. „Benefitů připravíme více, například bezplatná očkování," říká Hofman. Pro některé lékaře může být připojení k síti výhodné. „Umím si představit, že lékař, který je v důchodovém věku, svou ordinaci prodá," říká Jan Jelínek ze Sdružení praktických lékařů. MediClinic není jediná síť ordinací, která v Česku vzniká. Na severní Moravě se rozrůstá její konkurent Moje Ambulance. Ta bude fungovat jinak. Moje Ambulance garantuje velkorysý ordinační hodiny, které budou vyhovovat zejména zaměstnaným lidem. Do jedné ordinace se sestěhuje několik doktorů, kteří se budou střídát. Pacienti se tudíž nebudou moci spolehnout na to, že je dvakrát za sebou ošetří stejný lékař. MediClinic lékaře nestěhuje, pacienti budou chodit stále ke svému doktorovi. Ordinance s logem firmy se na podzim začnou objevovat po celém Česku, své praxe už jí prodali například někteří lékaři v Českém Krumlově nebo v Třinci. „Pokud pacient nebude souhlasit s tím, že je jeho lékař součástí naší sítě, nemůžeme ho nutit. Může se nechat zaregistrovat jinde," říká předseda představenstva společnosti MediClinic Petr Švrček. Ve skutečnosti pacienti příliš velký výběr nemají. Praktiků je málo a těch, kteří přijímají nové pacienty, ještě méně.

*Převzato: Dnes 29. 8. 2008*

#### **Zubaři chtějí vybírat na ruku**

Někteří neprodlužují smlouvu s pojišťovnou. Lidé platí hotově, najít jiného lékaře je obtížné.

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek nepotěšil zubaře. Na víkendové valné hromadě jejich komory řekl, že zdravotní pojišťovny budou i příští rok

proplácat obyčejné zubní plomby. Stomatologům by se líbilo, kdyby si je lidé hradili sami.

Už delší dobu upozorňují, že jim pojišťovny za obyčejnou plombu platí o polovinu méně, než kolik doopravdy stojí. A chtějí, aby si pacienti celkově víc připláceli, jak je to běžné na Západě.

Někteří zubní lékaři - hlavně ve velkých městech a v pohraničí - volí radikální řešení: neprodlužují smlouvu s pojišťovnami a vybírají peníze na dřevo. Ztrátu „klientů" neriskují. Zubaři je nedostatek a přestoupit k jinému je obtížné. Lidé jim tedy obvykle raději platí hotově, než by složitě sháněli jiného lékaře.

„Ke svému zubaři chodím patnáct let a jsem s ním velmi spokojen. Když jsem byl náhodou na ošetření jinde, on mi to vždycky předělával. Platil jsem nejvýš pár stovek. Když jsem se tam objednával naposled, upozornil mě, že už nemá smlouvu s pojišťovnou. Plomba a ošetření mě stály patnáct set," popisuje padesátník Jan z Prahy.

Teď uvažuje, že lékaře změní. Nebude to mít lehké. Většina nové pacienty nebere. Zubaři stárnou a rychle jich ubývá. Ordinuje jich zhruba sedm tisíc a polovina už oslavila padesátiny. Ze škol každý rok přijde jen 150 nováčků.

„Ubyla mi třetina pacientů" Česká stomatologická komora umístila na své webové stránky seznam lékařů, kteří jsou ochotni brát nové pacienty. I v něm je několik desítek lékařů, kteří nemají smlouvy s pojišťovnami a berou peníze na ruku.

Situace připomíná 90. léta, kdy krachovaly menší pojišťovny a zubaři zkoušeli vybírat peníze přímo. Redukovali tak i počet pacientů, ze kterých už neměli kvůli stanoveným limitům zisk. „Když jsem smlouvy neprodloužila, odešla mi třetina pacientů," říká pražská zubařka Michaela Fiedorová.

Dnes smlouvu s pojišťovnou má a je jednou z těch, kteří nové pacienty čas od času přijímají. „Vždy v září a v lednu naberu dvacet až třicet lidí. Mezitím je pořádně ošetřím a naučím je správné hygieně. Pak už se nestává, že se do ordinace opakovaně vracejí, a dá se to zvládnout. Znáám ale zubaře, kteří s pacienty hygienu netrénují, a ti jsou pak v jednom kole," říká Fiedorová.

Šéf stomatologické komory Jiří Pekárek má jiný recept. Za dva roky chce v Kladně otevřít první soukromou vysokou školu, která bude vychovávat zubaře. „Nevěřím, že by veřejné školy v příštích letech zvýšily kapacitu," vysvětluje Pekárek.

Podle odhadů komory by krizi zažehnilo, kdyby se počet absolventů zvýšil o čtyřicet procent.

Problém není v tom, že by se středoškoláci na stomatologii nehlásili. Univerzity nerozšiřují kapacitu, protože tito studenti jsou pro stát příliš drazí - za každého z nich ročně zaplatí kolem 200 tisíc korun.

Pekárek tvrdí, že škola, která vyroste v areálu bývalých kladenských kasáren, bude vzdělávat studenty levněji. Přesto se dá čekat, že školné bude o dost vyšší než na jiných školách, kde se platí do třiceti tisíc za semestr. „Zubní lékař má roční obrát kolem dvou milionů, takže si může za studium připlatit," míní Pekárek.

Bude více specialistů Pomoci mohou i vyšší odborné školy, které vzdělávají dentální hygienistky. Ty zubaře zčásti zastoupí - učí pacienty prevenci.

„Rádi bychom také zavedli nový systém, ve kterém by se zubaři více specializovali. Jedni by poskytovali jen základní péči, jiní by ošetřovali složitější případy," plánuje Pekárek.

Ten o víkendu oznámil, že na podzim po osmnácti letech skončí v čele stomatologické komory. Vedení předá některému z kolegů, kterého zvolí listopadovým sněm.

„Zubní lékař má roční obrát kolem dvou milionů, takže si může za studium připlatit." Jiří Pekárek, šéf stomatologické komory

*Převzato: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15.09.2008*

## Řetězcům ambulancí se daří

Nová síť ordinací chce vydělat na placených nadstandardních službách Trend slučování ambulancí pokračuje. Vznikající síť Mediclinic, za kterou investičně stojí skupina Penta, koupila už zhruba 30 ordinací, ve kterých dosud soukromí lékaři budou od podzimu pracovat jako zaměstnanci.

I první lékařský řetězec v Česku, Moje ambulance, hlásí úspěchy. V Praze za dva měsíce působení získala na 5000 nových pacientů.

Nic proti projektu Mediclinic nemá ministerstvo zdravotnictví ani lékařská komora. „Čím bude pluralita nabídek větší, tím lépe,“ řekl agentuře ČTK mluvčí úřadu Tomáš Cikrt.

Podle prezidenta lékařské komory Milana Kubka je projekt řešením pro lékaře, kteří chtějí odejít do důchodu a neměli komu praxi prodat.

Přitom první řetězec lékařů, který v Česku vznikl, lékaři kritizovali. Především za to, že u Mojí ambulance pacienti ztratí svého původního lékaře a v řetězci se jim může stát, že je budou ošetřovat různí lékaři.

„Definitivně se zničí vztah důvěry budovaný mezi lékařem a jeho pacienty,“ varoval před časem Kubek.

Pacienti u Mediclinic ovšem budou nadále chodit ke svému lékaři, dokud neodejde do důchodu. Lékaři přitom ubude administrativa. Firma chce v budoucnu také podporovat mediky, kteří se zaváží, že u ní budou po studiu pracovat.

Podle generálního ředitele Mediclinic Petra Švrčka se dá předpokládat, že v Česku bude v budoucnu „zřetězeno“ až 30 procent ambulancí. „Sítě jsou všude v Evropě,“ uvedl.

Mediclinic má vydělat jednak na úsporách, které přinese sloučení ambulancí, a jednak díky placeným nadstandardním službám. „Lidé mají o speciální služby zájem,“ myslí si Švrček.

Pacientům kromě nich slibuje mimo jiné srovnatelnou péči v různých ordinacích. „Zavedeme standardy, jak má ordinace vypadat a jak se má lékař chovat. Nebudeme posuzovat kvalitu z pohledu toho, jak léčí,“ dodal Švrček. Firma prý nechce lékařům brát svobodu rozhodování, jak léčit.

Naproti tomu další plánovaný projekt, sdružení samostatných ambulancí specialistů, počítá se zavedením hodnocení kvality.

Do zdravotnictví vstupují i další velcí investoři. Česká pojišťovna ve středu oznámila, že požádala o licenci zdravotní pojišťovny.

Totéž dříve udělaly i společnosti Appian Group a Czech Media Corporation.

Lze předpokládat, že v Česku bude v budoucnu „zřetězeno“ až 30 % ambulancí

Převzato: LN 29. 8. 2008

## MediClinic skupuje ambulance

Zdravotnictvím ročně proteče zhruba 220 miliard korun. Stále více podnikatelů má zájem si z tohoto krajíce kousek ukrojit. Nově vytvořená síť ambulancí MediClinic začala skupovat ordinace soukromých lékařů, jak praktických, tak ambulancí specialistů. Chce vytvořit síť, která bude výhodná pro lékaře i pacienty. „Už máme 30 ambulancí a síť se postupně rozrůstá,“ řekl včera Právu předseda představenstva společnosti, lékař Petr Švrček. Přiznal, že investiční kapitál poskytla finanční skupina Penta, která je vlastně v pozadí celého projektu. MediClinic odkupuje ambulance od lékařů, kteří jsou většinou starší a už v důchodovém věku, nebo i od mladších, kteří mají zájem do tohoto řetězce vstoupit. Kolik zaplatí za praxi, Švrček neřekl, ale může to být v rozpětí půl miliónu i přes milión. Lékaře nechají pracovat v ordinaci dál a ordinace bude i na stejném místě. Všechny ordinace MediClinic budou stejně vybaveny. „Lékař se nebude muset starat o ekonomický chod ordinace, hodně

NOVINKA

# MODERNÍ STUDENÁ DEZINFEKCE

DĚTSKÝCH DUDLÍKŮ, MISEK, LAHVIČEK, HRAČEK . . .

RYCHLEJŠÍ A BEZPEČNĚJŠÍ NEŽ VYVÁŘENÍ



→ **100% ÚČINNÁ** - ničí všechny bakterie, viry, houby a plísně, které mohou ohrozit zdraví Vašeho dítěte, výborný pomocník při cestování  
**NIČÍ např.: bakterii salmonely, viru chřipky, HIV a polio virus atd. (doloženo testy)**



→ **100% JEDNODUCHÁ A RYCHLÁ** - všechny dětské výrobky jsou po 15ti minutách jeho působení desinfikovány



→ **100% BEZPEČNÁ** - roztok Milton je naprosto neškodný pro Vaše dítě a nezanechává žádné toxické i chuťové zbytky

→ **100% ŠETRNÁ** - nepoškozuje výrobky jako standardní metody sterilizace

K dostání v prodejnách dm drogerii markt, Schlecker, Tesco a v každé lékárně (lékárna Vám může na vyžádání výrobky objednat i v případě, že sortiment nevede)



peněz se ušetří společným nákupem spotřebního materiálu, a bude mít tak více času na pacienty. Začínat bude každá ordinace v 7 hodin ráno a až do devíti bude přijímat akutní případy. Pak pouze na objednávky. Tím odpadne čekání pacientů u lékaře,“ řekl doktor Švrček. MediClinic ale nekoupí všechny ordinace. Kritériem je především pověst, jakou ordinace v místě má, a teprve pak její ekonomické výsledky. Ordinační doba bude přizpůsobena místním podmínkám a klienti budou dostávat i benefity. Lékaři v tomto řetězci budou vzájemně počítačově propojeni, a budou se tedy moci podívat na výsledky vyšetření pacienta třeba u ambulantního specialisty v daném řetězci. Nový řetězec si chce také vychovávat praktické lékaře i ambulantní specialisty tím, že už studenty 6. ročníků fakult bude sponzorovat včetně jejich pobytu v nemocnicích do atestace. Pak minimálně dva roky budou pracovat v jeho ambulancích. Místopředseda představenstva společnosti, lékař Martin Hofman, uvedl, že lékařům v odkoupených ordinacích bude společnost garantovat příjem, jaký měli dosud. Tím, že lékaři odpadne veškerá administrativa spojená s chodem ordinace, získá až 30 % pracovního času a to ordinacím umožní přijímat nové pacienty, kteří nemohou sehnat praktického lékaře.

Společnost Mediclinic otevře v průběhu několika týdnů desítky ambulantních ordinací různých oborů. Finanční náhradu za vybudování a přechování své praxe a nabídku na zaměstnání v Mediclinicu přijalo již kolem 30 lékařů. „Naše ordinace budou brzy po celé ČR, a to i v malých městech. Ordinace neslučujeme ani nestěhujeme, využíváme stávající strukturu a se stávajícím personálem i nadále spolupracujeme,“ dodal na dnešní tiskové konferenci místopředseda představenstva a výkonný ředitel Mediclinic Martin Hofman. Na podzim Mediclinic otevře pobočky v Bohumíně, Liberci, Českém Krumlově, Mnichově Hradišti, Pelhřimově, Třinci, Vimperku, Novém Městě na Moravě a Stráži pod Ralskem. Výše platu lékaře je sjednávána individuálně. Lékařům je zaručeno pokračování praxe, centrální management ordinace a zaměstnanecký poměr bez změny personálního obsazení ordinace. Pacienty chce společnost nalákat na benefitní program, osobní komunikaci a bezplatné lékařské úkony neproplácené zdravotními pojišťovnami.

*Převzato: Právo a ČIA*

### Julínek chce poplatky za nadstandard

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) chce od ledna zavést doplácení na nadstandardní zdravotní péči. Pacienti by si měli platit rozdíl mezi cenou ekvivalentu plně hrazeného ze zdravotního pojištění a nadstandardem.

„Lidé by si platili rozdíl. Pokud někdo chce například lepší kyčelní kloub, zaplatil by rozdíl mezi jeho cenou a cenou kloubu plně hrazenou ze zdravotního pojištění,“ řekl Právu mluvčí ministerstva zdravotnictví Tomáš Cíkr. Ministerstvo tak chce zlegalizovat možnost koupit si lepší péči. „Dnes se to řeší sponzorskými dary nebo úplatky do kapsy,“ tvrdí Cíkr. Doplatet si na péči hrazenou z veřejného pojištění totiž není ze zákona možné. Jakou léčbu pojišťovna pacientovi uhradí, určuje lékař. Kritériem je například i věk pacienta. Kromě poplatků za návštěvu lékaře, pobyt v nemocnici a doplatků za léky dnes lidé doplácejí jen na péči, která je z veřejného pojištění vyřazena úplně. Tu pak hradí v plné výši. Změnu těchto pravidel ale ministerstvo již poslalo do připomínkového řízení.

Zaplatit rozdíl mezi základní a nadstandardní léčbou by si od příštího roku mohli všichni pojištěnci. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění vzniká současně se třemi reformními zákony: novelou o zdravotnických službách, speciálních zdravotnických službách a záchranné službě.

„Nový zákon o zdravotnických službách stanoví, jaké služby bude zdravotnictví poskytovat. Současně je ale třeba aktualizovat i zákon o veřejném zdravotním pojištění, který říká, co bude z tohoto pojištění hrazeno,“ dodává Cíkr.

Plně hrazené úkony a materiály mají být obsaženy ve standardech péče,

kteří chce Julínkův úřad vytvořit. Podle Cíkrta jsou již některé z nich hotové, jiné budou teprve vznikat. „Zajistíme technicky, aby se přeložily zahraniční standardy a takzvané lokalizovaly do českého prostředí,“ upřesnil Julínek.

Podle ministerstva zůstane po vytvoření nových standardů zachován stejný rozsah péče jako nyní. „Rozsah péče hrazené z veřejného pojištění nebude menší. Výjimkou je závodní preventivní prohlídka,“ říká Cíkr.

*Převzato: Právo 30. 8. 2008*

### Od srpna platí výjimky ve vybírání poplatků

Novorozenci, dárci orgánů a lidé se soudně nařízenou léčbou již neplatí některé regulační poplatky. Pojišťovny zdravotnickým zařízením ztráty kompenzovat nechťejí.

1. srpna vyšla novela zákona, která s okamžitou platností zrušila regulační poplatky za pobyt novorozenců v porodnici a pacientů v léčebně, pokud jim léčbu nařídil soud. Nově také nebudou přispívat dárci orgánů na vyšetření a odběr orgánů. Za návštěvy lékaře nebo za recepty budou tito lidé platit jako ostatní. Ještě na jaře ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) tvrdil, že o zrušení poplatků pro matky s dětmi v porodnici neuvažuje. „Myslím si, že to není nutné. Rodiče dostávají od státu poměrně hodně peněz, aby tyto platby uhradili. A náš systém funguje právě proto, že nemá výjimky,“ prohlašoval tehdy ministr.

Zrušení poplatků znamená především ztrátu příjmu pro porodnice. Průměrná doba pobytu matky a novorozence v nemocnici jsou čtyři dny, za jednoho novorozence tak nemocnice přijde o 240 korun. Například Fakultní Thomayerova nemocnice v Praze tak od ledna letošního roku vybrala 400 tisíc korun. O statisícové částky přijdou také menší nemocnice. „Tyto peníze nám samozřejmě budou chybět, chtěli jsme je použít například na zlepšení komfortu pro pacientky a novorozence nebo na lepší materiály náplastí pro děti,“ řekl pro deník Dnes ředitel Chrudimské nemocnice Vojtěch Němeček. Zrušením poplatku přijde tato nemocnice ročně o 300 tisíc korun.

Všeobecná fakultní nemocnice si podle svého ředitele Jana Bříže škrtne z rozpočtu pro druhé pololetí 400 tisíc korun. Tolik vybrala za novorozence v prvním pololetí. Poplatky od všech pacientů za rok mají VFN přinést asi 40 milionů. Výraznější problémy by tedy pokles příjmu nemocnicím zřejmě způsobit neměl.

Mnohem výraznější dopad bude mít zrušení poplatků na zařízení specializovaná na porody, fungující mimo nemocnice. Například Ústav pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí vybral jen na příspěvcích rodiček 3 miliony korun, polovina z toho byly peníze za narozené děti. „Částka není zanedbatelná a bude nám chybět. Úroveň péče to však neovlivní, v nejhorším se zpomalí rekonstrukce některých oddělení,“ řekl pro ČTK náměstek ředitele porodnice Ladislav Krofta.

Ministerstvo zdravotnictví přiznává, že o žádných kompenzacích pro porodnice neuvažuje. „Nemocnice by měly snížení příjmů zohlednit při vyjednávání se zdravotními pojišťovnami a zajistit si od nich více peněz,“ řekl pro ČTK mluvčí ministra zdravotnictví Tomáš Cíkr.

### Další změny možná v lednu

Od začátku příštího roku se plánují další změny ve vybírání poplatků. Měly by být zrušeny u dětí do 6 let. Poslanci také uvažují o tom, že dětem do 15 let sníží limit pro roční platby za poplatky a doplatky za léky z 5 na 3 tisíce korun. Ministr Julínek ovšem neustále poukazuje na to, že systém regulačních poplatků funguje dobře a změny nejsou potřeba. Jeho mluvčí pro ČTK řekl, že záleží na tom, jak budou koaliční strany dodržovat dohody. „Této změně jsme přístupní, přestože od začátku říkáme, že každá výjimka narušuje systém,“ uvedl mluvčí.

Opoziční chce i nadále usilovat o zrušení poplatků i pro děti do 18 let a důchodce. Také podle některých koaličních poslanců by od placení měl

## **Orion - A4**





být osvobozen širší okruh lidí. „Budeme se snažit o to, aby děti do 18 let poplatky neplatily. A výjimky chceme zavést i pro důchodce a invalidy,“ slíbil stínový ministr zdravotnictví David Rath.

Podle ministerstva zdravotnictví kleslo díky zavedení poplatků nadužívání zdravotní péče. Za poplatky se za první čtvrtletí vybrala více než miliarda korun a celkově na hrazení nákladné léčby díky reformě přibýlo 2,6 mld.

#### **Pojišťovny ztráty kompenzovat nehodlají**

Celkově porodnice v České republice k začátku července vybraly přibližně 10 milionů korun, o tuto částku jim tedy ve druhém pololetí příjmy klesnou. Zdravotní pojišťovny se však k navýšení plateb porodnicím nechystají.

„Na situaci, která nyní nastala, se Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) připravila již před dvěma měsíci. Porody hradíme formou balíčku, který zahrnuje vše, co je potřeba finančně pokrýt,“ řekl ČTK mluvčí VZP Jiří Rod. Tato cena podle něj pokrývá zdravotnickým zařízením skutečné náklady, a není proto třeba platby za novorozence dále upravovat.

„Výpadek je minimální, nejsou to žádné zásadní peníze, řádově to může být v desetitisících korun měsíčně pro jedno zařízení,“ řekl Zdravotnickým novinám prezident Svazu zdravotních pojišťoven Vladimír Kothera. Připomněl, že pojišťovny od počátku upozorňovaly na to, že když se politicky o něčem rozhoduje a někdo bude zvýhodněn, nemělo by to být na úkor ostatních pojištěnců.

*Převzato: ZdN 11. 8. 2008*

#### **Nový přístroj našel třikrát víc nádorů než mamograf**

Američtí vědci představili techniku, která vnáší novou naději do včasného odhalení rakoviny prsu. Při nynějších testech byla při hledání nádorů u žen, které mají zhuštěnou prsní tkáň, třikrát úspěšnější než tradiční mamograf.

#### **„Rozsvícené“ nádory**

Zatímco mamograf využívá ke zjištění anomálií záření zvenčí, nová technika nazvaná „molekulární snímkování prsou“ (MBI) funguje v opačném směru. Využívá slabě radioaktivní látky, která je vpravena do prsou injekcí. Rakovinotvorné buňky mají tendenci přijmout více tohoto materiálu než zdravé buňky. Speciální kamery jsou pak schopny zachytit a lokalizovat místa, která vyznačují více paprsků gama. Radioaktivní látka poté zpravidla do 24 hodin z těla zmizí. Nový přístroj může být velmi užitečný zejména u žen od 40 let výše – z nich má zhruba čtvrtina zhuštěnou prsní tkáň a mamograf v těchto případech prudce ztrácí účinnost. Vědci vyzkoušeli obě metody, mamograf a MBI, u 940 žen, které měly zhuštěnou prsní tkáň a vysoké riziko rakoviny. U dvanácti žen bylo objeveno třináct nádorů, z toho osm pouze technikou MBI, jeden mamografem, dva oběma mamografy. Dva neobjevil žádný přístroj (ty byly zjištěny později jinými metodami). Z jiného úhlu pohledu to znamená, že MBI objevil deset ze třinácti nádorů, zatímco mamograf pouze tři. „Tyto výsledky jsou dost přesvědčivé,“ uvedla Carrie Hruska, biomedička z Mayo Clinic v Rochesteru, jejíž tým na výzkumu pracuje posledních šest let. Vědkyně nicméně dodala, že aby mohla být technika MBI bez rizika používána u žen každý rok či dva, musí se ještě podařit snížit úroveň záření, kterému jsou ženy vystaveny.

*Převzato: Dnes 5. 9. 2008*

#### **Pítí mléka si dopřávají až moderní Evropané**

Laktózovou toleranci si vypěstovali teprve zhruba před sedmi až třemi tisíci roky.

Bolesti břicha, nadýmání, zvracení a průjem – to by zažívali naši předkové, kdyby si dopřávali tolik mléka jako my. Průzkum pozůstatků pravěkých lidí ukázal, že ještě před sedmi tisíci lety nebyla většina Evropanů schopna konzumovat tento nápoj bez „vedlejších škod“.

„Většina dospělých lidí na světě nemůže pít mléko. Jen některé populace severní Afriky a Evropané mohou,“ tvrdí Joachim Burger z univerzity v německé Mohuči, který vedl průzkum ostatků, starých sedm až osm tisíc let.

Výjimkou z výše zmíněného „pravidla“ jsou Středoevropané a obyvatelé severní Evropy: devět desetin obyvatel z nich může dnes pít mléko, aniž by jim to způsobilo zdravotní potíže. Prosadil se u nich genetický mechanismus, který zajišťuje bezproblémové odbourávání mléčného cukru – laktózy, po celý život. To je vzácný rys nejen lidí, ale obecně všech savců.

„Je to možná nejvýhodnější jednotlivý genetický rys lidí za posledních 30 tisíc let. Tolerance vůči laktóze je z velké části neolitický vynález,“ soudí Mark Thomas z Londýna, který byl členem Burgerova týmu.

Zjistili, že laktózová tolerance neexistovala ještě před sedmi tisíci lety ani v severní a střední Evropě. Schopnost konzumovat mléko je zřejmě dílem neolitu čili mladší doby kamenné, během níž do Evropy proniklo zemědělství a chov dobytka. V této době se zvířata zřejmě začala pěstovat nejen kvůli masu či tažné síle, ale i jako zdroj mléka.

Nápoj, který bylo možné získat nejen od krav, ale i od ovcí, koz či koní, měl řadu výhod. Byl zdravý: nebyli v něm paraziti ani škodlivé látky jako třeba v říční či potoční vodě. Mléko bylo navíc dostupné celý rok – i v dobách, kdy ještě nebyla nová úroda. Pomáhalo tedy přežít.

Zvlášť důležité mohlo být pro obyvatele severní Evropy, kteří mají kvůli nedostatku slunečního svitu nízkou úroveň vitamínu D v těle. Tento vitamin je důležitý pro udržení vápníku, nutného pro uchování kostí. Mléko dodávalo jak vitamín, tak vápník.

Němečtí a britští vědci zkoumali kostry dospělých lidí z počátku mladší doby kamenné. Zjistili, že žádná nemá v genetickém vzorku stopy po mechanismu, který by umožnil zpracování laktózy. Z toho udělali závěr: schopnost zpracovat laktózu se v Evropě rozšířila až později. Snad to bylo někdy před třemi až sedmi tisíci lety, jak se domnívají jiní genetikové.

Mimo Evropu mohou mléko volně pít jen děti. Jak dospívají, přestává jim fungovat odbourávání laktózy, a mléko se pro ně stává problémem. Asiatická i velká část Afričanů tak mohou konzumovat jen jogurty či tvrdé sýry.

*Převzato: Právo 26. 8. 2008*

#### **Chybí šetrná séra „na zmiže“**

Látky zastavující uštknutí mívají vedlejší účinky. Modernější injekce do ČR teprve přijdou

Pro těžké případy uštknutí zmiží není v Česku běžně dostupná nejmodernější léčba. Používané injekce, které zastavují působení zmižního jedu, mají často vedlejší účinky. Existují i šetrné, ty se ale dosud v Česku nepoužívají.

„Nové léčivo se musí nejdříve registrovat. Agenda s tím je poměrně rozsáhlá,“ vysvětluje jeden z důvodů Jiří Valenta ze Všeobecné fakultní nemocnice, který se hadím jedům a léčbě uštknutí dlouhodobě věnuje.

V zahraničí se přitom používají nové injekce už několik let.

Šetrné protilátky proti zmižnímu uštknutí se nevyrábí z koňské, ale ovčí krve. Zatímco na koňská antiséra reaguje alergicky zhruba 10 procent pacientů, na ovčí se alergie skoro nevyskytují.

„U koňského antiséra je velké procento alergických reakcí a v neposlední řadě nebezpečí anafylaktického šoku, což je život ohrožující komplikace,“ říká Valenta. Navíc při opakovaném použití může látka vyvolat takzvanou sérovou nemoc.

V rámci zvláštního léčebného programu bude příští sezonu v Česku k dispozici sedm injekcí šetrného ovčího antiséra. Čtyři mají být využity v Praze a tři v Olomouci. „Když se s tím nebude plýtvat, bude to stačit,“ je přesvědčen Jiří Valenta. Případů vážné otravy po uštknutí zmiží se totiž u nás objeví jen několik ročně. Pro ty lehčí není použití antisér vhodné. Problém je, že se antiséra nadužívají. I když se mají používat jen v opravdu vážných případech – obzvláště u dětí – někteří lékaři v terénu je prý dávají i preventivně.

Ani u nového druhu injekcí se preventivní použití nedoporučuje. Podle odborníků se u zhruba poloviny případů kousnutí zmiží vůbec do těla nedostane. V dalších případech má člověk jen místní příznaky, jako otok

postiženého místa. I při celkových příznacích uštknutí zmijí zdravotníci většinou bojují proti jednotlivým potížím. Podání antiséra je poslední možností. Podle Valenty by bylo dobré, kdyby ovčí antiséra nakonec ta koňská úplně nahradila. „Je to ale otázka ceny. Pro to základní použití tu podle mě vždy zůstane levné koňské antisérum,“ říká. Celkově u nás uštknou zmije podle odhadů asi desítky, maximálně stovku lidí ročně. Povinné hlášení těchto případů na centrální místo v ČR nefunguje, navíc někteří lidé s uštknutím ani nevyhledají lékaře. To je ale podle zdravotníků vždy vhodné, u dětí obzvlášť. Počet uštknutí výrazně narostl na začátku devadesátých let vlivem zlepšení životního prostředí.

Převzato: LN 4. 9. 2008

### Ostružiny účinně bojují s karcinogeny

Některé potraviny působí preventivně proti nádorovým onemocněním. Mechanismus jejich účinku nebývá úplně jasný. Experti z Ohio State University nyní poodhalili taje protinádorového účinku ostružin.

Vědci z týmu vedeného americkým patologem Garym Stonerem zveřejnili ve specializovaném časopise Cancer Research výsledky pokusů, při kterých kontrolovali aktivitu genů laboratorních potkanů. Pokud pokusná zvířata přijímala s potravou karcinogenní chemikálie, změnilo v buňkách jejich jícnu aktivitu asi 2200 genů.

Mnohé z těchto genů jsou zodpovědné za dělení buněk a „pohánějí“ tkáň k nádorovému bujení.

Pokud potkani zároveň s karcinogenem dostávali i prášek ze sušených ostružin, vrátila se jim k normálu funkce 460 genů. Svou činnost normalizovaly například geny zodpovědné za růst nových cév. Ty napomáhají růstu nádoru, protože mu zajistí dostatečné prokrvení a tím i vydatné zásobení kyslíkem a živinami.

Podle Stonera spočívá síla ostružin v tom, že v sobě kombinují celou řadu látek s protirakovinným účinkem. Ani velké dávky ostružin ale nedokážou normalizovat práci všech genů a nechrání před nádorovým bujením se stoprocentní účinností.

Převzato: LN 2. 9. 2008

### Metastázy ze zdravých buněk

„Zárůdky“ nových nádorů cestují s krví na nová místa, kde přečkají chemoterapii

Vědci zřejmě odhalili jednu z příčin recidivy rakoviny i po zdánlivě úspěšné léčbě.

V pokročilém stadiu rakoviny se ze zhubného nádoru oddělují jednotlivé buňky a putují krví do jiných částí těla. Tam se uchytí a vytvoří nový nádor, tzv. metastázu. Tvorba metastáz stojí v popředí zájmu onkologů, protože mateřský nádor svou obět zahubí jen zřídka. Mnohem častěji se pacienti stávají osudnými právě metastázami.

Cesta krevním řečištěm je pro buňku krajně nebezpečná a namáhavá. Bouřlivé proudění krve ji může vážně poškodit nebo zabít. Na konci své pouti musí buňka z krevního řečiště „vystoupit“ a následně se zabydlet v prostředí, které je jí cizí.

Vědci předpokládali, že úspěšná migrace cévami na nové místo je výhradně v silách rakovinných buněk. Zdravé buňky ji neměly přežít. Tým vědců z Memorial Sloan-Kettering Cancer Center vedený Katrinou Podsypaninovou ale u laboratorních myší prokázal, že odysseu krevním oběhem mohou zdárně podstoupit i zdravé buňky. Objev zveřejněný v prestižním vědeckém týdeníku Science přináší nový pohled na vznik a léčbu nádorových onemocnění.

Časovaná bomba v těle

Podsypaninová a její kolegové použili myši, které po vystavení antibiotiku doxycyklinu aktivují rakovinotvorné geny v mléčné žláze a iniciují nádory tohoto orgánu. Bez podnětu antibiotika zůstávají myši zdravé.



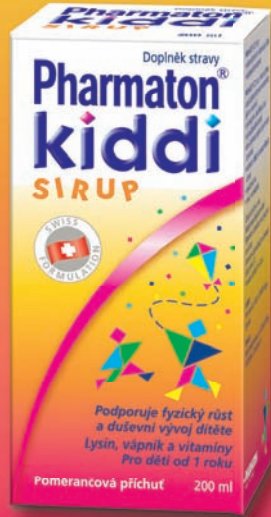
Podporuje fyzický růst a duševní vývoj dítěte

Sirup pro děti již od 1 roku

- ◆ LYSIN
- ◆ VÁPŇÍK
- ◆ VITAMINY: D3, E a komplex B–vitaminů (B1, B2, niacin, kyselina pantothenová, B6)

Vyvážené a cílené složení pro podporu fyzického růstu a duševního vývoje dítěte v náročných obdobích zvýšené potřeby nebo nedostatečného příjmu těchto látek potravou.

Doplňek stravy. Nenahrazuje pestrou, vyváženou stravu.



012-2008-KID



Vědci odebrali zdravé buňky mléčné žlázy a vstříkli je do žíly myším, jejichž rakovinotvorné geny na podnět antibiotika nereagují. Buňky putovaly krevním řečištěm a často se usídlily v plicích. Tam nečinně vyčkávaly, dokud myš nedostala dávku antibiotik. V té chvíli buňky usídlené v plicích aktivovaly rakovinotvorné geny a propadly nádorovému bujení. Buňky dokázaly čekat na signál pro nádorové bujení čtyři měsíce, což v poměrech lidského života odpovídá několika rokům. „Tato práce je klíčová svou provokativností,“ oceňuje studii kanadská onkoložka Ann Chambersová z University of Western Ontario v rozhovoru pro časopis Nature. Pokus nabízí vysvětlení pro vznik metastáz po léčbě, která zdánlivě zlikvidovala všechny nádorové buňky v těle. Po chirurgickém odstranění mateřského nádoru se lékaři snaží zničit i nádorové buňky, které se „rozběhly“ po pacientově organismu. Používají k tomu chemoterapeutika, jež hubí rychle se množící nádorové buňky. V některých případech se metastázy i po létech vracejí navzdory skutečnosti, že mateřský nádor už v těle dávno není. Podosypaninová se domnívá, že tyto metastázy vznikly v raném stadiu nemoci, kdy mají buňky formujícího se nádoru „našlápnuto“ k rakovině, ale zatím nejsou schopny nádorového bujení. Tyto nenádorové buňky opustí místo svého vzniku, vstoupí do krevního řečiště a cestují s krví na nová místa, kde zůstanou uhnížděné jako časovaná bomba. Protože se zatím nemnoží, přečkají léčbu chemoterapeutiky bez větší úhony. Zatím není jasné, zda je tato představa správná a zda proces navozený experimentálně u laboratorních myší probíhá spontánně v těle člověka. Pokud se tato možnost potvrdí, bude to znamenat změnu v náhledu na nádorová onemocnění. Podosypaninová a její spolupracovníci už pracují na pokusech, které by měly prokázat, zda se mohou nenádorové buňky podílet u člověka na zakládání metastáz. Jejich práce inspirovala i další vědecké týmy. „Musíme zjistit, jak často může podobné rozsévání nádorů u člověka nastávat,“ tvrdí onkolog Leif Ellisen z bostonského Massachusetts General Hospital Cancer Center.

*Převzato: LN 2. 9. 2008*

### **Císařský řez zvyšuje riziko cukrovky**

Cukrovka prvního typu je výsledkem autoimunitního procesu. Buňky imunitního systému se vrhají na buňky slinivky, které produkují inzulín, a ničí je.

K rozvoji tohoto typu cukrovky obvykle dochází už v raném dětství. Tým z Queens University v Belfastu analyzoval výsledky dvaceti studií, které se dětskou cukrovkou zabývaly, a došel k velmi překvapivému závěru. Zjistil, že děti, které přišly na svět císařským řezem, mají o dvacet procent vyšší riziko rozvoje I. typu cukrovky než děti, které se narodily přirozenou cestou. Nárůst rizika se přitom podle univerzitní zprávy nedá vysvětlit žádnými jinými známými faktory, mezi které patří například porodní váha dítěte, jeho výživa po narození či věk a těhotenská cukrovka matky.

Jak se zdá, děti narozené císařským řezem se od jiných mohou lišit v nějaké dosud neidentifikované charakteristice, která je disponuje k rozvoji cukrovky. Autoři studie vidí možnost, že tento způsob příchodu na svět ovlivňuje složení střevní mikroflóry, která u novorozenců napomáhá utváření imunitního systému. Dítě, které se narodí „císařem“, totiž nejprve nepřijde do styku s bakteriemi své matky, ale s těmi, které obývají prostředí nemocnice.

Další zprávy z přírody a vědeckých laboratoří najdete na [www.rozhlaz.cz/leonardo](http://www.rozhlaz.cz/leonardo)

*Převzato: LN 28. 8. 2008*

### **Ořechy a popcorn střevům neškodí**

Pojídání ořechů, kukuřice a popcornu nezpůsobuje ve střevech vychlípeniny (divertikulóza), ale naopak tyto potraviny možná poskytují určitou ochranu před těmito komplikacemi. Takový je závěr týmu amerických

odborníků v čele s Lisou Strateovou z Washingtonské univerzity v Seattlu. Vědci do výzkumné studie zapojili 47 tisíc mužů pracujících ve zdravotnictví. Od roku 1986 u nich 18 let sledovali různé zdravotní problémy. Muži, kteří jedli ořechy dvakrát týdně nebo i častěji, měli o pětinu nižší riziko vychlípenin než ti, kteří je konzumovali méně než jednou za měsíc. Muži pojídající nejvíce popcornu měli o 28 procent nižší riziko vychlípenin. Američtí odborníci na výživu doporučují k zajištění dobrého vývoje střev stravu bohatou na vlákninu a ořechy. Ořechy a semínka obsažená v rajčatech, cuketách, malinách, jahodách a máku označují za neškodná.

*Převzato: ČTK 28. 8. 2008*

### **Kdo v lidském těle pomáhá HIV**

Nové léky proti viru HIV prodlužují nakaženým lidem život, ale úplně vyléčit je nedokážou. Jednou z příčin je velká proměnlivost viru. Jeho dědičné informace se neustále mění a s nimi se mění i vlastnosti 15 proteinů, jež virus tvoří. Nové formy HIV jsou proto vůči lékům odolné.

Americký genetik Stephen Elledge z bostonské Harvard Medical School se rozhodl najít pro léky proti AIDS podstatně stabilnější cíle a pátral v lidských buňkách po proteinech, které si virus HIV půjčuje pro své nekalosti. Zatím bylo známo 36 těchto bílkovin. Elledge jejich seznam nečekaně rozšířil.

Vědci vyblokovali v lidských buňkách postupně všechny geny a sledovali, jak si buňka bez určitého genu vede v přítomnosti viru HIV. Donutí ji virus k výrobě jeho kopií? Šíří infikovaná buňka virus na dosud nenakažené buňky? Elledge prověřil každý s 21 tisíc lidských genů. Zjistil, že přinejmenším 273 z nich virus HIV nějakým způsobem využívá a je na jejich přítomnosti v buňce závislý. To bylo velké překvapení.

„Odhaili jsme spoustu proteinů, u kterých by nikdy nikoho ani nenapadlo, že se podílí na nákaze virem HIV. Pokud by se nám podařilo vyblokovat lidské proteiny, které jsou nezbytné pro HIV, bez toho, že by to nějak ublížilo pacientovi, musel by si virus pro úspěšnou infekci vyvinout zcela nové vlastnosti. A to je nepravděpodobné,“ říká Stephen Elledge. „Proto jsou proteiny hostitelského organismu tak slibnými cíli pro nově vyvíjené léky.“ Zprávu o objevu otiskl týdeník Science.

Odborníci se netají skepsí k vyhlídkám Elledgeova výzkumného týmu na úspěch při pátrání po látkách, které sníží v lidských buňkách produkci těchto proteinových pomocníků viru HIV bez toho, že by výrazněji ublížily pacientovi.

„Mohli bychom tak získat zcela nové léky proti viru HIV,“ připouští Elledgeův kolega z Harvardu Martin Hirsch, ale lidské proteiny pro něj nebudou snadným cílem. Látky, které s nimi reagují, se často ukážou jako toxické. „Spousta vědců se o něco takového pokoušela v posledních 20 letech jen s minimálním úspěchem,“ říká Hirsch.

Elledge se domnívá, že spektrum 273 proteinů mu nabízí mnohem lepší výchozí pozici, než jakou měli jeho předchůdci s šestatřiceti bílkovinnými pomocníky viru HIV. Plánuje, že by částečně blokoval funkci hned několika proteinů, jež jsou pro virus důležité. Úplně by ale z činnosti nevyřadil ani jeden z nich. To by dovolilo pacientům snášet léčbu, jež by mohla mít na virus razantní účinky. „Buňky člověka nemusí být na těchto proteinech existenčně závislé, protože jejich roli převzou jiné proteiny. Virus se bez nich ale neobejde,“ vysvětluje Stephen Elledge.

*Převzato: LN 18. 1. 2008*

### **Neviditelní přhrávači obezity**

Výzkumy naznačují, že pestrá bakteriální džungle ve střevě má patrně vliv na současnou epidemii obezity. Bakteriím v našich střevech se postupně dostává uznání. Již dlouho se ví, že se aktivně účastní našeho trávení, například při zpracování nerozštěpitelných polysacharidů, ale jejich význam tím nekončí, zjišťují vědci.





Velký zájem vzbudily nálezy skupiny profesora Jeffry Gordona z washingtonské univerzity v St. Louis v USA, které se zabývají vlivem střevních bakterií na obezitu. Gordonova skupina provádí tento výzkum pomocí experimentálních modelů geneticky obézních myší (leptin deficitních myší ob/ob) a myší gnotobiotických (bezmikrobních, tj. bez bakteriální mikroflóry).

Gordonův tým pokusy ukázal, že osazení střeva bezmikrobních myší pomocí mikrobů z konvenčních myší vedlo poměrně rychle (již během 14 dnů) ke 40procentnímu nárůstu tělesného tuku i při zachování nízkého kalorického příjmu.

Později Gordon střeva bezmikrobních myší kolonizoval dvěma různými typy mikroflóry: od obézního kmene hlodavců a od hubených myší. Ukázal tak, že přenesená mikroflóra obézních myší vede k mnohem výraznějšímu nárůstu tělesného tuku.

Molekulárně biologickými metodami pak analyzoval složení střevních bakterií a prokázal, že se složení mikroflóry u obézních geneticky modifikovaných pokusných myší liší od složení mikroflóry hubených myší, a to především v podílu dvou hlavních bakteriálních skupin (Firmicutes a Bacteroidetes). U obézních myší byl výskyt bakterií typu Bacteroidetes nižší o 50 procent, a naopak se zvýšil podíl skupiny Firmicutes.

Velice zajímavé výsledky ukázala analýza mikroflóry u lidí. Potvrdila nálezy získané u myší: obézní pacienti měli menší podíl Bacteroidetes. Ti, kteří během jednoho roku zhubli, už ale měli nález srovnatelný s nálezy u hubených lidí. Skupina profesora Gordona se snaží analyzovat další mechanismy, kterými střevní bakterie ovlivňují využití energie z potravy, a identifikovat ty bakterie, které jsou za popsané efekty zodpovědné.

Podílí se také na projektu, který slibuje poznání našeho soužití s mikrobi-

álním světem z nového úhlu: na rozluštění genomu našich bakteriálních společníků, který je 100krát větší než genom člověka. Někdy se o něm hovoří jako o „druhém lidském genomu“, mikrobiomu či metagenomu.

Těsné soužití mikroflóry a lidí je výsledkem dlouhodobého vývoje a vzájemné adaptace obou neoddelitelných složek, které určují naši schopnost přizpůsobit se prostředí i bránit se vzniku nemocí. Významné nálezy i možnosti ovlivnit optimálně naši mikroflóru zřejmě teprve přijdou, ale už nyní víme, že bakteriální souputníci ovlivňují naše osudy mnohem více, než se kdy předpokládalo.

Převzato: LN 29. 4. 2008

### V USA varují před měňavkou „zabijákem“

Američtí vědci varovali před rostoucími případy napadení smrtící měňavkou, která byla objevena teprve v roce 1960 v Austrálii. Měňavka mikroskopické velikosti s názvem *Naegleria fowleri*, žijící ve sladkovodních jezerech, vniká do lidského těla nosem a poté doslova „vyžírá“ mozek.

Po jejím napadení zemřelo letos zatím šest chlapců a jeden mladý muž. Od roku 1994 už zabila několik desítek lidí. Vědci nyní varují, že případů může rapidně přibývat spolu s tím, jak se otepluje atmosféra.

„Tahle měňavka miluje teplo. S tím, jak stoupají teploty, daří se jí stále lépe. Vzhledem k tomu, jak se má v budoucích dekadách oteplovat, může její hrozba vzrůst,“ upozornil Michael Beach z Centra pro kontrolu a prevenci chorob. „Je to rozhodně nebezpečí, které musíme velmi bedlivě sledovat,“ dodal.

V případě, že se měňavka ocitne v lidském těle, neexistuje proti ní dosud spolehlivý lék a lidé umírají do dvou týdnů od napadení. Nejčastější výskyt

## ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ

ve spolupráci se

Společností infekčního lékařství ČLS JEP

Společností všeobecného lékařství ČLS JEP

Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP

Slovenskou lékařskou společností

pořádá

### XVIII. KONGRES ČLS JEP S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ CESTOVNÍ MEDICÍNA A MOŽNOST IMPORTU NEBEZPEČNÉ NÁKAZY MOŽNOST VZNIKU PANDEMIE CHŘIPKY A PROTIEPIDEMICKÁ OPATŘENÍ

Kongres se koná v rámci Medical Fair Brno Central Europe 2008

Výstaviště Brno, pavilon A3 - Rotunda, 22. října 2008

Kongres má postgraduální charakter a je garantován ČLK a ČLS JEP jako akce kontinuálního vzdělávání. Lékaři a sestry obdrží potvrzení o účasti s příslušným počtem kreditů jednotlivých profesních organizací (ČLK, ČAS).

Ohodnocení akce: ČAS - aktivní účast: 15 kreditů, spoluautorství: 10 kreditů, pasivní účast: 3 kredity

ČLK - aktivní účast: Certifikát, první dva spoluautoři: 10 kreditů, ostatní spoluautoři: 3 kredity, pasivní účast: 9 kreditů

SEKRETARIÁT KONGRESU:

AMCA, spol. s r.o.

Academic and Medical Conference Agency

Újezd 450/40, 118 01 Praha 1

tel.: +420 257 007 629, fax: +420 257 007 622, mobil: +420 731 496 060

e-mail: amca@amca.cz

[www.cls.cz](http://www.cls.cz)





měňavky „zabijáka“ je hlášen z jižních států USA.

Zatím poslední případ byl hlášen z Arizony, kde měňavka zabila čtrnáctiletého Aarona Evanse. „Absolutně nic jsme netušili,“ svěřil se otec chlapce David Evans. Vše podle něj vypadalo tak, že Aarona pouze bolí hlava. „A najednou jsem přišel domů a musel pohřbívat syna.“ Při pozdějších testech lékaři zjistili, že Aaron zřejmě přišel k vraždící měňavce při koupání v Lake Havasu, populární umělé nádrži na řece Colorado mezi stejnojmenným státem a Arizonou.

Kromě jezer se podle vědců měňavka vyskytuje i v teplých pramenech či v bazénech.

### Tuberkulózní čelem vzad

Genetici poskytli důkaz, že tuberkulózu trpěli lidé už před sto tisíci roky. Zdomácnění divokého tura představuje jeden ze zlomových momentů v historii lidstva. Člověk získal zdroj masa a mléka a zároveň sílu tažných zvířat. Nádvakem dostal i dar, o který nestál – bacil tuberkulózy *Mycobacterium tuberculosis*. Tuto zažitou představu o vzniku lidského původce tuberkulózy z bacilu skotu *Mycobacterium bovis* zpochybnily nejnovější genetické analýzy.

Dokazují, že lidé žili s tuberkulózu dlouho předtím, než začali chovat domácí zvířata. Tuberkulóza skotu vznikla, když bacily nemocného člověka nakazily domestikovaný dobytek.

Na nedávném kongresu American Association of Physical Anthropologists referovala o překvapivé změně náhledu na vývoj tuberkulózy mladá genetička Luz-Andrea Pfisterová z Arizona State University. Vycházela z výsledků analýzy sady šedesáti genů u deseti bacilů z příbuzenstva lidského původce tuberkulózy.

Porovnáním genetické výbavy těchto mikroorganismů zjistila, že se původce tuberkulózy rozešel s bacilem *Mycobacterium leprae*, vyvolávajícím malomocenství, už před 36 miliony let. Původci obou onemocnění se vyvíjeli samostatně ještě u našich opičích předků.

Původce tuberkulózy skotu *Mycobacterium bovis* se oddělil od bacilu vyvolávajícího lidskou tuberkulózu asi před 113 000 lety. Bacily tuberkulózy některých dalších zvířat vznikly jen o málo později. Zhruba před 90 000 až 100 000 roky.

Určení okamžiku rozchodu jednotlivých tuberkulózních bacilů zřejmě ještě potřebuje zpřesnění. To však nic nezmění na faktu, že lidé žili s tuberkulózu dávno předtím, než se začala chovat první hospodářská zvířata.

Výsledky analýzy Luz-Andrey Pfisterové zapadají do obrazu poskládaného francouzskou mikrobioložkou Cristinou Gutierrezovou na základě analýzy DNA tuberkulózních bacilů, jimiž jsou nakaženi obyvatelé subsaharské Afriky. Bacily Afričanů jsou tak různorodé, že za sebou musejí mít velice dlouhou evoluční pouť. Podstatně delší, než je historie chovu skotu na černém kontinentu. Ve prospěch dat z genetických analýz svědčí i některé archeologické nálezy. Například v Turecku byla nedávno objevena půl milionu let stará lidská kostra s neklamnými známkami infekce bacilem *Mycobacterium tuberculosis*.

Nové objevy postavily vědce před velkou záhadu. Jak se mohl divoký skot nakazit od lidí? Původní teorie, která spojovala přenos bacilu tuberkulózy na člověka s domestikací skotu, byla z tohoto hlediska bezproblémová. Pastevci se svými zvířaty doslova žijí. Starají se o ně, dojí krávy, pijí jejich mléko. Dokonce mezi kravami spí, aby se za chladných nocí o jejich těla zahřáli. S divokým turem však přicházeli lovci do těsnějšího kontaktu jen výjimečně a nakrátko.

Jak ale upozornil na kongresu v Columbusu patolog Bruce Rothschild z University of Kansas, někdy stačí k přenosu původce tuberkulózy jen zcela letmý kontakt. Jako příklad uvedl Rothschild nákazu opic v zoologických zahradách poté, co kolem prošel kašlající nemocný návštěvník.

*Převzato: LN 7. 5. 2008*

## I N Z E R C E

**V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.  
Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.  
Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.**

### Přenechám praxi PLDD

Přenechám praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze 9.

Tel.: 732 673 852. Ev. č.: 125-03-08

### Hledám kolegu/yni do ordinace

Hledám kolegu či kolegyni do dobře zavedené ordinace dětského lékaře – perspektivně praxi prodám. Severní Čechy.

Kontakt: 724 231 665. Ev. č.: 126-04-08

### Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra na zástup do dětské ordinace – příležitostně zástupy během roku (dovolená, event. nemoc). Ostrava. Tel.: 603 474 018. Ev. č.: 127-04-08

### Hledám nástupce do zavedené praxe PLDD

Hledám nástupce do zavedené praxe PLDD v okrese Příbram.

Tel.: odpoledne: 604 304 666. Ev. č.: 131-05-08

### Hledám pediatra na zástupy

Hledám pediatra/pediatřičku na zástup v srpnu za dovolenou. Rovněž pak k další pravidelné spolupráci (např. 1× týdně středy dopoledne) a další občasně zástupy dle domluvy. Lokalita Praha 3-Jarov.

Tel.: 603 523 062. Ev. č.: 136-06-08

### Hledám pediatra

Hledám pediatra k občasným zástupům do ordinace PLDD

– okolí Hradce Králové. Tel.: 605 461 544. Ev. č.: 137-06-08

### Hledám pediatra

Hledám pediatra s licencií na dlouhodobý zástup do ordinace PLDD v okrese Plzeň-jih, ev. možnost přenechání praxe. Tel.: 603 790 450. Ev. č.: 138-07-08

### Oznamuji všem kolegům

Oznamuji všem kolegům, že budu pokračovat v koordinační činnosti pro zastupování PLDD v Praze za MUDr. Alenu Rejdovou. MUDr. Vlasta Schůtová, tel.: 606 460 118, 272 920 258. Ev. č.: 139-07-08

### Hledám zástup do ordinace PLDD

Hledám pediatra na zástup do ordinace PLDD v Praze 5 – od listopadu 2008 na období cca 1 roku. Kontakt: detskaambulace@seznam.cz Ev. č.: 140-07-08

### Hledám asistenta na zástup

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Praze 9. Tel.: 775 283 513, e-mail: c.dostal@seznam.cz. Ev. č.: 141-07-08

### Hledám nástupce

Hledám nástupce do zavedené pediatrické ordinace v České Třebové.

Tel.: 602 435 938 ve večerních hodinách. Ev. č.: 142-07-08

## **Stiefel - Duofilm**

# **Montrose Pharma - Bactroban**