

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

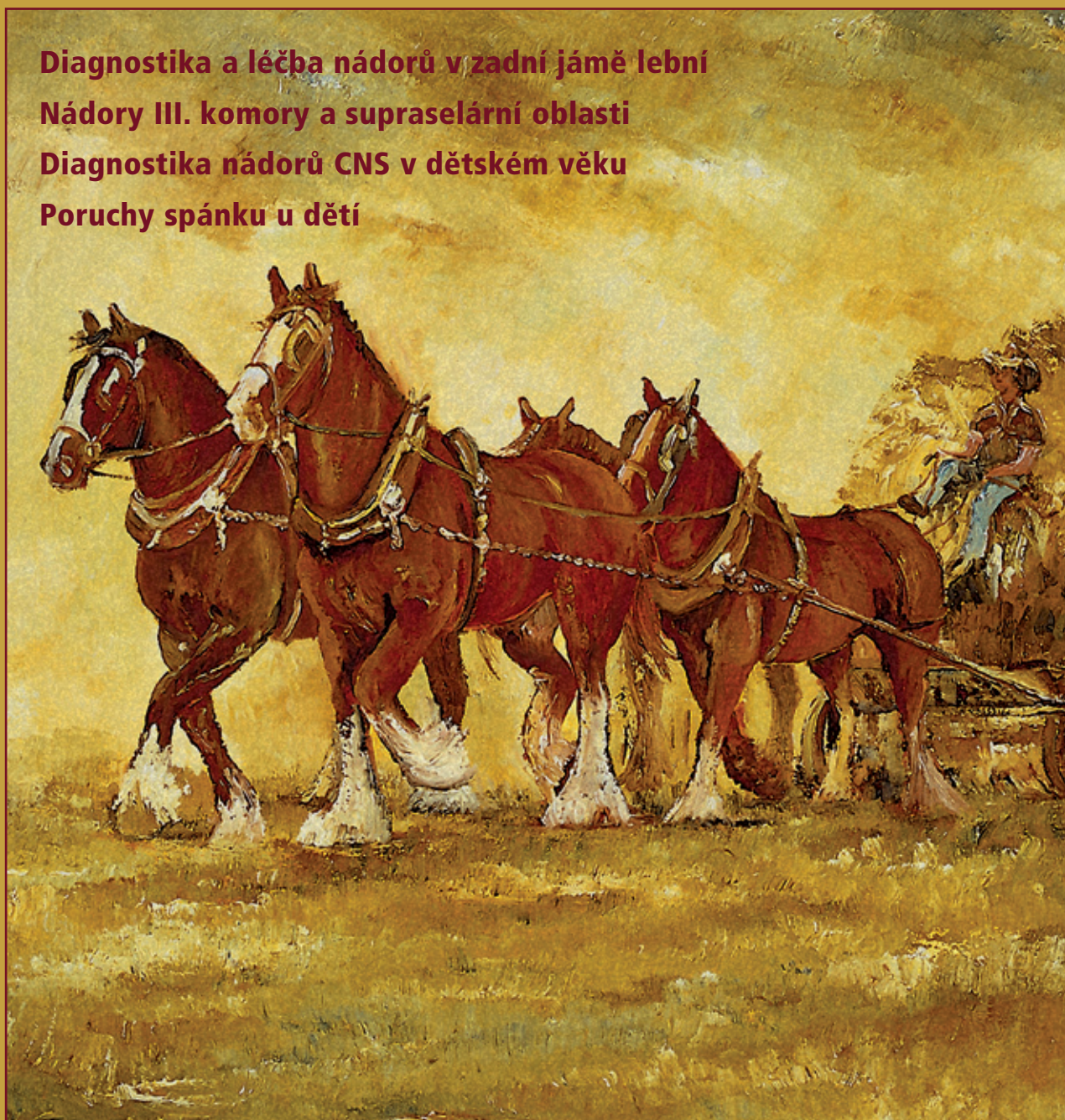
září 2007 ■ číslo 7 ■ ročník 7

Diagnostika a léčba nádorů v zadní jámě lební

Nádory III. komory a supraselární oblasti

Diagnostika nádorů CNS v dětském věku

Poruchy spánku u dětí



ZENTIVA



Orion Diagnostica

Hefo

Sunar



OSPDL ČLS JEP

nejčtenější časopis
dětských lékařů
(Promediamotion
Medical Research
2005)

BOIRON-Sedalia

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

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

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s.r.o.

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

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s 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 obsahovou stránku vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 - jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za období červen - srpen 2007	5
Koalice soukromých lékařů a další aktuální události	6
ÚZIS - činnost oboru PLDD v roce 2006	9
Prohlášení Předsednictva SPLDD ČR k současné situaci ve zdravotnictví	10
Usnesení Milovy 2007	11
Pojišťovny berou reformu vážně	11
Jak zaplatit zdraví	12
Informovaný souhlas	14
prof. MUDr. Otto Hrodek, DrSc. – 85 let	16



Informace OSPDL ČLS JEP	17
MUDr. F. Schneiberg Stanovisko Společnosti sociální pediatrie ČLS JEP k odhalenému případu týraného chlapce a jeho sourozenců	18
MUDr. M. Cháňová a kol. Diagnostika nádorů CNS v dětském věku	20
MUDr. J. Schwab a kol. Diagnostika a léčba nádorů v zadní jámě lební	26
doc. MUDr. M. Tichý, CSc. a kol. Nádory III. komory a supraselární oblasti	37
MUDr. M. Kabelková Poruchy spánku u dětí	39
Kazuistiky	40
MUDr. O. Černá Polarizované světlo a jeho použití na jednotce intenzivní a resuscitační péče	42



Zajímavosti ze světa odborné literatury	45
Aktuality	46
Řádková inzerce	50
<i>Příloha: Novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu - vybrané kapitoly</i>	<i>střed</i>



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s.r.o.

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

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

Obrázek na titulní straně namalovala ústy Margaret Greig



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

pomalu se stává tradicí, že se v našem časopise dočítáte o proběhlých či chystaných protestech. Znamená to snad, že zdravotnictví prochází dlouhodobou krizí? Skončí to někdy? Rád bych znal na tyto otázky jednoznačně odpovědět, bohužel je neznám a dle mého soudu je neznám nikdo. Pokusím se tedy alespoň o krátké zamyšlení nad situacemi, které k současnému stavu přispívají a proč jsou tudíž lékaři nuceni nahlas vyjadřovat svůj protest.

První zamyšlení je nad otázkou – proč je naše nespokojenost s nízkým ohodnocením naší práce vnímána často tak negativně, jak se o tom stále máme možnost dočíst v médiích? Mohl bych se dlouze věnovat dědictví minulého režimu a připomenout historické souvislosti, kdy režim potlačoval logické postavení inteligence a vzdělání bylo spíše na překážku. Jenže ono se to děje i 18 let po tzv. sametové revoluci. Proč?

Dědictví let minulých bude odeznívat samozřejmě ještě dlouhá léta, a proto stačí někdy opravdu málo a vášně se vzednou. Například pár výstupů poslance Ratha o tom, že praktici hrají v systému nižší roli než nemocnice a ambulanti specialisté (rozuměj: pořádná medicína se přeci neděje u praktiků) a malér je na světě. Proč?

Než se s touto situací stačíme vypořádat, přijde pro změnu VZP se svou hanlivou kampaní proti nám praktickým lékařům. Co naplat, že jsme jejich smluvní partneři, chceme po ní peníze a tak je nutno si trochu rýpnout. Pár poznámek o podvodech a český bulvár se raduje. Proč?

Co to vlastně o nás vypovídá? A je to skutečně jen o nás, nebo je to odraz doby? Nebo spíše odraz současného klimatu ve společnosti? Asi se shodneme, že práce lékaře a vlastně všech zdravotníků je v České republice hodnocena spíše na dolním hodnotovém žebříčku. Obor praktický lékař ať už pro dospělé, nebo pro děti a dorost se stal natolik neatraktivní, že očekávat příliv nových lékařů je téměř fikce. Naše praxe jsou prakticky neprodejné a ve vzduchu visí otázka, kdo se v budoucnu postará o naše pacienty?

Nezbývá než věřit, že připravovaná reforma nejen zdravotnictví bude tím správným krokem, který pomůže stabilizovat a správným směrem nasměrovat celý systém naší společnosti včetně zdravotnictví.

Je mnoho očekávání a já osobně chci věřit, že nastavená cesta je ta správná volba do budoucnosti.

V úctě

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

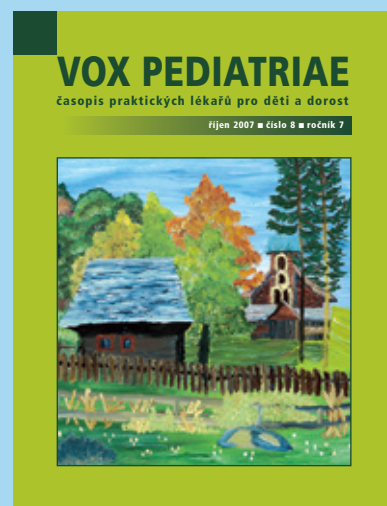
Problematika indikací
molekulárně-genetického vyšetření

Molekulární biologie - využití
v diagnostice a terapii

Seznam cytogenetických laboratoří

Cytokiny v prae - a postnatálním
období

Laboratorní genetické
vyšetření v pediatrii



seznam inzerujících firem

BEIERSDORF
BOIRON
ČESKÁ SPOŘITELNA
HIPP
INPHARM
JOHNSON & JOHNSON
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
ZENTIVA
ZEPTER

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

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

Členy Výboru zpravidla
zastihnete v těchto hodinách:

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

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

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



Přehled činnosti SPLDD za období červen až srpen

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Letošní začátek prázdnin se nesl především v duchu – schválí se nebo neschválí první reformní balíček? Budou zavedeny regulační poplatky na straně pacienta a s jakými výjimkami? Do toho probíhala jednání o cenách v roce 2008, původně slibované výrazné navýšení v segmentu praktických lékařů se pomalinku začalo vzdalovat do říše snů. Reformní balíček nakonec sněmovnou prošel, věkové výjimky schváleny nebyly. Nebude administrativa spojená s vybíráním poplatků nakonec kontraproduktivní? Odpovědi na některé otázky přinesou ale až následující měsíce.

6.6. - prvním jednacím dnem byla zahájena přípravná fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2008. Jednání to bylo ale spíše formální, mnoho otazníků před schválením prvního reformního balíčku vlády, pojišťovny pouze uvedly předpokládané navýšení úhrad někde kolem 3%

6.6. - Předsednictvo Sdružení jednalo se zástupcem renomované advokátní kanceláře o možnostech právních řešení, resp. postupu za situace cenového diktátu ze strany zdravotních pojišťoven

20.6. - na půdě MZ ČR se rozběhla série jednání o problematice dispenzární péče, snaha o zjednodušení a zfunkčnění tohoto druhu preventivní péče však narazila na řadu historických bariér, zejména kompetenčních, ukázalo se navíc, že řešit tuto problematiku ve spojitosti se zaváděním tzv. regulačních poplatků nebylo asi nejlepší východisko

25.6. - zástupci Koalice soukromých lékařů zasedli k jednacímu stolu s vedením České lékařské komory v čele s prezidentem dr. Kubkem. I když v řadě dílčích problémů bylo možné najít podobná stanoviska, v celkovém hodnocení připravovaných legislativních změn ke shodě nedošlo

26.6. - zástupci Koalice soukromých lékařů se tentokrát sešli především k dokončení přípravy na jednání s ministrem zdravotnictví.

26.6. - schůzka zástupců Koalice soukromých lékařů s ministrem zdravotnictví dr. Julínkem byla konstruktivní, i když v některých chvílích řekněme hodně vzrušená, Koalice vyzvala ministra především k racionalizaci spolupráce, kdy bylo zdůrazněno, že je zájem pracovat již na koncepčních materiálech a nikoliv být seznamováni až s výsledkem, kdy již je minimum co řešit

29.6. - situace kolem jednání se zdravotními pojišťovnami, chystané legislativní změny a situace v regionech, to byla hlavní témata jednání Předsednictva Sdružení

18.7. - ani druhý jednací den segmentu praktických lékařů dohodovacího jednání o cenách na rok 2008 nepřinesl „nic nového“. Stále panovala řada dohadů o konečné podobě reformního balíčku vlády a pojišťovny stále deklarovaly navýšení úhrad někde v pásmu mezi 2-4 %....

18.7. - rozběhlo se nové kolo řady jednání o typových smlouvách s jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Sdružení obdrželo právní rozklad situace kolem aktuálních vyhlášek – o cenách a smlouvě rámcové, nové poznatky nás vedly k obnově jednání a hledání možných východisek na základě předloženého právního rozkladu. Mezi hlavní jednací body byla zařazena problematika ošetřování pojištěnců EU, zajišťování zástupů, dodržování preskripčních

omezení při neexistenci číselníků, pravomoc zdravotních pojišťoven při kontrole věcného, technického a personálního vybavení, zpětné zápočty, možnosti odvolání se vůči vyměřeným regulacím a konečně i zohlednění prvních reformních kroků, a to především možnosti úpravy portfolia nasmlovaných výkonů. Dlužno podotknouti, že i tady jsme se vydali na ještě, zdá se, hodně dlouhou trať

10.-11.8. - Předsednictvo Sdružení se i o prázdninách sešlo ke svému jednání, situace kolem připravovaných legislativních změn a výstupy z jednání se zdravotními pojišťovnami byly i tentokrát velmi žhavými tématy

14.8. - Výbor Sdružení jednal s vedením VZP v čele s dr. Horákem. Jednání navazovalo jednak na předchozí jednání Výboru, jednak na jednání ředitele Horáka se zástupci Jihomoravského regionu. Proto se i tohoto jednání účastnila naše regionální předsedkyně dr. Hülleová. Vzrušená debata však k jednoznačným závěrům nedospěla, určité cesty ale naznačeny byly...

30.8. - s náměstkem ministra zdravotnictví dr. Hroboněm jsme hledali možné průsečíky řešení dopadů změn přijatých Poslaneckou sněmovnou...

XVI. Celorepubliková konference SPLDD ČR

se koná v sobotu 27. října 2007 od 8 hodin v menze Masarykovy Univerzity, Vinařská ul., Brno

Při této příležitosti svolává Předsednictvo SPLDD ČR mimořádné celostátní shromáždění členů.

Téma: Aktuální situace ve zdravotnictví

Prosíme zájemce o účast, kteří nemají mandát ze svého okresu, aby svou účast nahlásili telefonicky nebo emailem na adresu kanceláře SPLDD, aby jim mohl být zajištěn oběd.

Výkonný výbor SPLDD ČR



Koalice soukromých lékařů a další aktuální události

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Předprázdninový a téměř celý prázdninový čas byl věnován především diskusím – budou nebo nebudou zavedeny regulační poplatky? Projde reformní balíček vlády Poslaneckou sněmovnou? Sežene premiér dostatečnou podporu, nebo padne vláda? Jak premiér slíbil při neúspěchu. Nakonec to pro tuto vládu dopadlo dobře, bude to dobře i pro naše zdravotnictví? To jistě ukáží následující měsíce. Jako obvykle přikládáme několik důležitých mezníků v uplynulém období z pohledu našeho Sdružení.

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 26. června 2007

1. Změna mluvčího Koalice

■ Od září 2007 převezme funkci mluvčího Koalice soukromých lékařů MUDr. Jiří Pekárek, prezident České stomatologické komory.

2. Schůzka s ministrem zdravotnictví

■ Členové Koalice diskutovali o společ-

ných bodech jednání s ministrem zdravotnictví ČR

3. Různé

■ Mgr. Sladkovská zpracovala pro jednání Koalice přehled kontaktů hejtmanů a krajských zdravotních radů, kteří na základě nabídky Koalice projeví zájem o spolupráci.

■ Členové představenstva ČLK informovali zástupce Koalice o svém postoji k připravované reformě zdravotnictví, který je v rozporu s prohlášením prezidenta ČLK Dr. Milana Kubka v tisku

II. Schůzka Koalice soukromých lékařů s ministrem zdravotnictví ČR 26. 6. 2007

1. Komunikace

■ Zástupci KSL s politování konstatovali, že legislativní změny i jakékoli další kroky vedení MZ nejsou Radě poskytovatelů předkládány vůbec nebo jsou předkládány již hotové. Jsou spíše dávány na vědomí než k připomínkování.

■ Mají-li zástupci Koalice v Radě poskytovatelů plnit správně svou úlohu, musí se o všech návrzích dovídat ve stádiu jejich tvorby. Je třeba, aby byl vytvořen prostor k diskusi o změnách. Od zástupců Koalice nelze očekávat, že budou jen se vším automaticky souhlasit.

■ Zástupci KSL požádali ministra, aby bylo vytvořeno prostředí, ve kterém budou veškeré připravované legislativní návrhy seriózně oponentovány, a deklarovali, že mají vlastní připravené materiály i myšlenky, které jsou v mnohém kompatibilní s názory vedení MZ.

2. Úhrady zdravotní péče

■ Zástupci KSL poukázali na skutečnost,

že na rozdíl od žádoucího – opačného - trendu neustále roste procento veřejných prostředků, směřující do lůžkových zařízení.

■ Požádali o informaci, jak hodlá MZ ČR zastavit tento nepříznivý trend a zajistit postupně narůstající procento úhrad ambulantní péče. Tuto skutečnost požadují začlenit do zdravotně pojistných plánů ZP.

■ Dále ministra požádali, aby - dojde-li v segmentech ambulantní péče k úspoře, prostředky zůstaly v těch segmentech, v nichž k úsporám došlo.

3. Realizace ústavních pohotovostních služeb lékařů – zaměstnanců v lůžkových zařízeních je dle názoru Koalice v rozporu s platnou legislativou, jedná se v naprosté většině o obcházení zákona, zvláště Zákoníku práce.

■ MZ ČR bylo požádáno o sdělení, jak bude na situaci reagovat, resp. jak chce řešit tento nezákonný stav systémově i v jím přímo řízených nemocnicích.

■ Vedle toho, že ve většině nemocnic se ÚPN řeší vlastně obcházením zákona, čerpá tato služba větší finanční prostředky, než na ni byly vyhrazeny v minulých letech.

4. Novela Zákona č. 48 dle názoru členů KSL bezdůvodně vychází vstříc požadavkům majitelů lékáren, ruší některé instituce bez náznaku, jakým způsobem budou tyto nahrazeny

■ Byl vyjádřen nesouhlas, aby lékárník mohl vydat jiný lék, než předepsal lékař.

■ Byla vyjádřena žádost o ponechání možnosti výdeje vakcín v ordinacích.

■ Byla vznesena žádost o oficiální informaci, jaký jiný systém cenotvorby ve zdravotnictví plánuje MZ jako náhradu za stávající jednání k Seznamu výkonů.

5. Problematika dohodovacích řízení

■ Ministr byl požádán o rozbor postoje MZ ČR k této problematice



III. Společné tiskové prohlášení k jednáním s prezidentem ČLK dne 25.6.2007 a ministrem zdravotnictví ČR dne 26.6.2007

Dne 25.6.2007 proběhlo na základě pozvání sdružení zastupujících největší počet soukromých ambulantních lékařů (**Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Sdružení soukromých gynekologů ČR a Sdružení ambulantních specialistů ČR**) jednání jejich zástupců s prezidentem České lékařské komory MUDr. Milanem Kubkem.

Během jednání byla diskutována současná závažná situace českého zdravotnictví v souvislosti s jeho reformou navrhovanou vedením Ministerstva zdravotnictví ČR.

Během schůzky vyplynulo, že ačkoli všichni účastníci schůzky vidí podobná řešení některých dílčích problémů, zásadně se liší

v celkovém postoji k navrhovaným reformním krokům.

Zatímco MUDr. Kubek klade hlavní důraz na navýšení finančních prostředků do systému a odmítá reformní kroky ministra Julínka jako celek, zástupci níže vyjmenovaných sdružení vnímají současné kroky Ministerstva zdravotnictví ČR jako nezbytné k zahájení celkové reformy českého zdravotnictví. Její některé dílčí nedostatky považují za korigovatelné, odmítají to, aby se staly důvodem k zamítnutí reformy jako celku.

Dne 26.6.2007 proběhla dlouhodobě předem plánovaná pracovní schůzka zástupců níže vyjmenovaných sdružení za účasti i prezidenta **České stomatologické komory**, MUDr. Jiřího Pekárka s ministrem zdravotnic-

tví ČR MUDr. Tomášem Julínkem.

Zástupci soukromých ambulantních lékařů na ní zopakovali stejné stanovisko, jako při jednání s prezidentem ČLK.

S ministrem zdravotnictví se shodli na další spolupráci při řešení problémů českého zdravotnictví a při přípravě dalších reformních kroků.

MUDr. Václav Šmatlák,

předseda Sdružení praktických lékařů ČR,

MUDr. Pavel Neugebauer,

předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR,

MUDr. Vladimír Dvořák,

předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR,

MUDr. Zorjan Jojko,

místopředseda Sdružení ambulantních specialistů ČR.

IV. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 24. července 2007

1. Schůzka s ministrem zdravotnictví

Členové Koalice zhodnotili výsledek setkání s ministrem zdravotnictví, které se konalo 26. 6. 2007. Další reakce Koalice bude záviset na závěrech srpnového jednání vlády.

2. Dohodovací řízení o cenách zdravotní péče

■ Zástupci Koalice se vzájemně informovali o svých požadavcích předkládaných zdravotním pojišťovnám při přípravné fázi dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče na rok 2008.

■ Koalice požádala MZ o sdělení, jakým procentem z veřejných prostředků je financován lůžkový sektor v zemích EU.

■ MUDr. Pekárek informoval o jednání se zástupci AČMN, která projevila zájem o setkání s KSL. AČMN souhlasí s oddělenými rozpočty pro lůžkovou a ambulantní sféru. Společné setkání by bylo možné uskutečnit v zářijovém termínu jednání Koalice.

3. ISO certifikace – nabídka

Mgr. Jiří Kučera, zástupce společnosti EIC 4U Euro ISO Consulting, přednesl členům KSL nabídku zavedení systému jakosti podle normy ČSN EN ISO 9001:2001 ve zdravotnickém zařízení.

4. Prezentace zástupců společnosti Emergency Abroad Limited

Zástupci společnosti Emergency Abroad Limited informovali KSL o možnosti zapojit se do systému zdravotních služeb organizovaných touto společností pro turisty zemí EU v případě, že potřebují v době svého pobytu v ČR lékařské ošetření.

5. Různé

■ Členové Koalice, kteří v loňském roce adoptovali v pražské ZOO králíky v rámci Týdne zdravotnického neklidu, se rozhodli přispět i v letošním roce.

■ O setkání s hejtmany a krajskými zdravotními rady rozhodnou členové Koalice na příští schůzce podle výsledků změn v legislativě.

V. Stanovisko k současné situaci a reakce na vyjádření VZP

Praktičtí lékaři pro děti a dorost se znepokojením sledují negativní až štvavou kampaň Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) proti lékařům. Napětí v systému zvýšily už tzv. Rathovy vyhlášky, které výrazným způsobem zasáhly do zavedeného systému péče o dítě. Způsobily, že kdo se svědomitě věnoval svým pacientům, prováděl u nich důsledně preventivní prohlídky a řádně své registrované dětské pacienty očkoval, hořce zaplakal,

neboť byl „po zásluze“ potrestán. Všeobecná zdravotní pojišťovna jim vyměřila mnohadesetitisícové pokuty s odůvodněním – my za to přeci nemůžeme, musíme dodržovat vyhlášky!

Proč ale zmíněná pojišťovna řeší obdobné situace rozdílným způsobem? Kde nejde o velké finanční částky, vyhlášky nerespektuje, případně si je upraví „po svém“. Je příja-

telný takový postup? Nám dětským lékařům není lhostejný osud našich pacientů, a proto se musíme ptát. Jsou to správné postupy? Nebyla porušena zákonnost? Kdo takto a proč rozhodl? Byla dodržena práva všech stran?

V současnosti se v médiích probírá vyšetřování několika lékařů podezřelých z podvodů. Z vyjádření VZP však vyplývá, jako by



všichni lékaři byli podvodníci. Ať čteme vyjádření tiskové mluvčí VZP sebedrobněji, nikde nenacházíme slova uznání o poctivé a svědomité práci mnohatisícové armády zdravotníků a lékařů. Přitom částka 160 Kč hrubého za hodinu připomíná spíše charitativní činnost, než ohodnocení práce kvalifikovaného lékaře.

Nedostatek financí ve zdravotnictví řeší pojišťovny tak, že nutí lékaře k podepsání smluv, které je staví surově přímo proti pacientovi. Lékařům vnucují limity, které jim omezují možnosti předepisování léků, odesílání k laboratornímu vyšetření, což samozřejmě vede ke snižování kvality poskytované péče. Pokud lékaři tyto limity nedodrží, a to i při poskytnutí odůvodněné péče nemocnému pacientovi, jsou potrestáni. A tak se ptáme, jakou volbu přisoudila pojišťovna lékařům s limitem 10,- Kč na pacienta a čtvrtletí? Jakou pacientům, kteří si v praxi často museli poradit sami? Kde byla pojišťovna, aby hájila zájmy svých klientů? Jak vypadá v praxi smluvní vztah mezi lékařem a pojišťovnou? Jde ještě o smlouvu, nebo se už jedná o jednostranný diktát?

Opakovaně jsme poukazovali na neprůhledné, nesrozumitelné a někdy i zcela chybějící vyúčtování ze strany VZP. Příkladem může být dodnes nevysvětlená kauza HP,

jak ovlivnila mnohatisícová penále? S jakými daty vlastně společnost HP manipulovala? Byla vůbec oprávněna pracovat s daty, která obsahují údaje o poskytované zdravotní péči? I po několika urgencích jsme neobdrželi žádné srozumitelné vysvětlení s vyúčtováním. A tak se musíme oprávněně ptát, jak může tato pojišťovna tak jistě tvrdit, že ji lékaři neoprávněně připravili o téměř miliardu korun? Nejde o poškozování dobrého jména smluvních partnerů?

Překvapením pro nás bylo a je viditelné přitakávání České lékařské komory. Je to právě ona, která v mnoha svých vyjádřeních vyhlášovala, že přeci zastupuje všechny lékaře. Kde je teď, když se na většinu z nich nevybíravě útočí, kdy to někteří „balí“, neboť nemohou již dále unést tíhu arogance, často pramenící z pocitu moci, ale i závisti a zloby. Někteří jen zamknou a odcházejí, jsou už ale i tací, kteří jsou schopni si sáhnout i na to nejcenější, na svůj život. Kam až to musí dojít.... Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost se od takového chování rozhodně distancuje.

Bylo položeno mnoho otázek, ale odpovědí jsme se nedočkali. S netrpělivostí sledujeme chystané první kroky, které by měly vést ke zprůhlednění celého systému. Doufáme, že povedou k jeho ozdravení, že nastaví tolik

potřebná jasná pravidla. Budou se moci lékaři a další zdravotničtí pracovníci konečně plně věnovat svým pacientům? Skončí doba stávek, protestů a nesmyslně dlouhých jednání s pojišťovnami? Nepřinesou další měsíce další diskriminaci lékařů, kteří mají za úkol zajistit zdraví budoucích generací? Mnoho výjimek v připravovaných poplatcích pro dětský věk může nepřiměřeně diskriminovat právě je.

Praktičtí dětské lékaři se rozhodli postavit se vzniklé situaci a pokusit se pozastavit vývoj směřující ke snížení kvality péče o děti a dorost. Na nastávající víkend svolali jednání, aby se poradili, co podniknou. Nehodlají se smířit ani s arogancí Všeobecné zdravotní pojišťovny, ať už jde o velmi problematické pokuty, nebo o nevybíravé útoky vůči celému lékařskému stavu. Finalizovat budou právní kroky. Diskutován bude i postup v případě schválení mnoha výjimek u poplatků v ordinacích, zejména z pohledu poškozování praktických dětských lékařů v porovnání s ostatními poskytovateli. Zdá se, že i přes různé předpovědi meteorologů může nastat poměrně horký podzim, alespoň ve zdravotnictví.

MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR, o.s.



Recenze

NAŠE DÍTĚ ŠPATNĚ SPÍ

V letošním roce vychází v nakladatelství Triton publikace prof. MUDr. Miloše Velemínského, CSc., zabývající se spánkem dětí.

Problematika dlouhodobé nespavosti dítěte negativně ovlivňuje celkovou pohodu a může narušit i klidnou atmosféru domova. Je všeobecně známo, že noční režim kojenců, batolat i dětí předškolního věku přivádí do ordinací dětských lékařů velké procento rodičů. Z tohoto vychází i tato publikace, ve které si autor uvědomuje, že poruchy nočního spánku lze zařadit do skupiny civilizačních chorob. Tato kniha přináší úvahy lékařů i psychologů a jsou zde prezentovány zkušenosti s nespavostí dětí. Rodiče by se měly snažit tyto zkušenosti aplikovat na konkrétní situaci svého dítěte.

Autor ve své knize rozebírá i základní teorie spánku i spací návyky a dále pak podrobně spánek v jednotlivých věkových obdobích. Kniha je určena nejen pro dětské lékaře, ale větší měrou i pro rodiče dětí. Tito musí pochopit v knize uvedené termíny: jistota, bezpečí, schránka, důvěra, vnitřní hodiny spojené s rytmem, režimem časovým, stravovacím, hygienickým, prostorovým i sociálním. V knize je zdůrazněno důsledné dodržování i fázi zavádění tohoto režimu. V tabulkách uvedena doba spánku dítěte v měsících a posléze v jednotlivých ročnících. Za kapitolami spánku, usínání, křičícího dítěte, ranního vstávání, nočního buzení, prostorového oddělení matky i dítěte, denního spánku, náměsíčnosti, nočních děsů, spánkových apnoí dalších je vždy kapitola otázek a odpovědí na daná témata. Je zde zdůrazňován pocit bezpečnosti, který je podmíněn jistotou matky, ze které musí vyzařovat klid. Zkušený autor zdůrazňuje potřebu schránky i význam zavinovaček a především tzv. **nastavení vnitřních hodin**. Zajímavou knihu pro dětské lékaře by si měla přečíst i velká část našich rodičů, pro které je ideálním poučením.

www.triton-books.cz



Činnost oboru PLDD v roce 2006

ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 22/2007

Mgr. Jana Wiesnerová

V krajích ČR připadalo v roce 2006 průměrně 11,4 dětských a dorostových lékařů na 10 000 obyvatel do 19 let. Zvýšil se podíl dětí kojených 6 měsíců a déle na 40,9%. Nezměněn zůstal trend rostoucího podílu alergiků v dětské a dorostové populaci (13,25%). Zvýšil se počet dispenzarizovaných onemocnění, z nichž nejčastější jsou nemoci dýchací a nervové soustavy.

Počet lékařů pracujících v ambulantních ordinacích pro děti a dorost v roce 2006 proti roku 2005 mírně poklesl (z 2 293 na 2 281). Velká většina těchto lékařů pracovala jako praktičtí lékaři pro děti a dorost, pouze 7,45% z nich byli pediatři specialisté a zanedbatelný zlomek procenta byli dorostoví lékaři. V ambulantních ordinacích pro děti a dorost bylo zaměstnáno 2 353 zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí bez odborného dohledu. Jejich počet byl proti minulému roku stabilní. V obou případech se jedná o přepočtené počty včetně smluvních pracovníků.

Na 10 000 dětí a dorostu do 19 let připadalo ve všech krajích průměrně 10 až 12 lékařů. Jedinou výjimkou byla Praha s 16 lékaři na 10 000 obyvatel do 19 let. V Praze také bylo na jedno lékařské místo nejméně registrovaných pacientů (670) a nejméně ošetření za rok (5 181). Republikový průměr počtu ošetření na 1 lékařské místo za rok byl 6 395 a průměr počtu registrovaných pacientů na 1 lékařské místo byl 882. Zvláštní pozice Prahy je mimo jiné způsobena větší koncentrací pediatriů specialistů (18,2%), u kterých je na ošetření jednoho pacienta většinou třeba delší čas. Dlouhodobě nejvíce ošetření na jedno lékařské místo bylo v Ústeckém kraji (7 089).

Absolutní počet ošetření - vyšetření se v roce 2006 snížil na 14 589 711. Také podíl léčebných ošetření se nepatrně snížil (75,4% oproti 76,1% v roce 2005). Naopak počet ošetření preventivních se o něco zvýšil (21,5% oproti 20,9% v roce 2005). Tyto podíly jsou

téměř shodné ve všech krajích a pohybují se plus mínus tři procentní body. V návštěvní službě provedli pediatři průměrně 1,4 % všech vyšetření, pouze ve Středočeském a Libereckém kraji to byla 2% ze všech ošetření. Na 1 registrovaného pacienta připadalo v ČR v roce 2006 7,25 ošetření - vyšetření, nejvíce v Praze (7,74) a Jihomoravském kraji (7,73), naopak nejméně v kraji Zlínském (6,63).

Dalším sledovaným ukazatelem je délka kojení zjišťovaná při roční prohlídce dítěte. Podíl dětí kojených 6 měsíců a déle v roce 2006 narostl na 40,9%. V Praze byla půl roku a déle kojena celá polovina z dětí, které v roce 2006 přišly na roční prohlídku. Tradičně velmi vysoký podíl je ještě ve Zlínském kraji (48 %). Naopak pouze slabě nad 30% dětí bylo 6 měsíců a déle kojeno v Jihočeském, Ústeckém a Olomouckém kraji. Procento dětí, jejichž kojení bylo ukončeno už do konce šestinedělí se každoročně snižuje (16,4% v roce 2006 proti 17,1% v roce 2005). V Praze je to dokonce jen každé desáté dítě, v Ústeckém kraji bohužel každé čtvrté. Snižil se také podíl dětí kojených 6 týdnů až 2 měsíce (15 % v roce 2006 oproti 16 % v roce 2005) a kojených 3 až 5 měsíců (23% v roce 2006 oproti 24 % v roce 2005).

Opětovný nárůst byl zaznamenán u počtu dětí a dorostu s různými projevy alergií na tisíc registrovaných osob daného věku. Vyšší nárůst je při tom ve věkové skupině 15 až 18 let oproti osobám ve věku do 15 let. V roce 2006 činil tento poměr 124,7 dětí a 154,9 dorostových pacientů s alergickými projevy na 1000 registrovaných pacientů v dané věkové skupině, v roce 2005 to bylo 120,8, respektive 149,2. Tradičně výrazně horší je situace v Čechách než na Moravě. Relativně nejvíce alergiků je v Jihočeském kraji a v Praze, nejméně pak v kraji Zlínském. Zdálnivě nízký podíl alergiků je ve Středočeském kraji, to je dáno sledováním alergiků podle místa zdravotnického zařízení, kde jsou registrováni, a častým dojížděním pacientů s bydlištěm ve Středočeském kraji

k praktickým lékařům v Praze.

U dětí do 15 let bylo v roce 2006 dispenzarizováno 489 tis. onemocnění, což představuje 329 onemocnění na 1000 registrovaných pacientů tohoto věku (317 v roce 2005). Nejčastějšími důvody dispenzarizace byly nemoci dýchací soustavy a dále nemoci nervové soustavy, z nichž největší část tvořily poruchy zraku a slabozrakost. Třetím častým důvodem byly nemoci kůže a podkožního vaziva.

U pacientů dorostového věku (15 až 18 let) bylo dispenzarizováno 242 tis. onemocnění či vad, tedy 463 onemocnění na 1000 registrovaných pacientů daného věku (380 v roce 2005). U této skupiny byly nejčastější dispenzarizace pro nemoci nervové soustavy (z toho opět nejvíce poruchy vidění a slabozrakost) a nemoci dýchací soustavy. Na třetím místě v počtu dispenzarizovaných na 1 000 registrovaných pacientů byly nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek.

Zajímavý a alarmující je vývoj počtu dětí a dorostových pacientů dispenzarizovaných pro diagnózu E66-E68 obezita, hyperalimentace a její následky. Od roku 1996 se jejich absolutní počet více než zdvojnásobil (10 tisíc versus 22,3 tisíc dětí a 6 tisíc versus 14,8 tisíc dorostu) a v přepočtu na 1000 registrovaných pacientů daného věku je tento nárůst ještě větší (u dětí 5,5 v roce 1996 proti 15,0 v roce 2006, respektive u dorostu 8,8 v roce 1996 proti 28,3 v roce 2006).

Zdrojem dat pro tuto aktuální informaci byl roční statistický výkaz A (MZ) 1-01, který je součástí programu statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví a který vyplňují všechny ambulantní ordinace praktického lékaře pro děti a dorost a ambulantní odborné dětské a dorostové ordinace ve všech zdravotnických zařízeních bez ohledu na zřizovatele. ■



Prohlášení Předsednictva SPLDD ČR k současné situaci ve zdravotnictví

přijaté na mimořádném zasedání
dne 10.-11.8.2007 v Jindřichově Hradci

1. Předsednictvo SPLDD ČR se značným znepokojením sleduje stupňující se plošnou mediální kampaň, účelově vedenou a řízenou VZP pouze proti soukromým lékařům, ve snaze ospravedlnit současný zmatečný a regulační systém úhrad a možná i smrt našich kolegů. Považuje za nepřipustné a neetické tímto způsobem diskreditovat před veřejností práci většiny poctivých lékařů zajišťujících zdravotní péči svým pacientům.

2. Předsednictvo SPLDD ČR po zkušenostech a slibech z nedávné doby vyjadřuje značné obavy o další reálnou existenci praktických dětských lékařů v primární péči. Proto požaduje přímé a systémové zakotvení primární péče jako základního článku komplexní léčebně preventivní péče o obyvatele ČR v koncepci MZ ČR a Vlády ČR o poskytování zdravotní péče i stávajícího Legislativního plánu. Jedině tak bude Správním radám zdravotních pojišťoven otevřen prostor k realizaci rozdílné úhradové strategie s ohledem na potřeby zdravotnických zařízení praktických dětských lékařů.

3. Předsednictvo SPLDD ČR považuje za alarmující skutečnost, že zástupci poskytovatelů zdravotní péče o dětskou populaci nebyli přizváni k tzv. kulatému stolu a tím k projektu veřejné diskuse k budoucnosti financování českého zdravotnictví

4. Předsednictvo SPLDD ČR si je vědomo nutnosti urychleného přijetí reformních změn v českém zdravotnictví a i přes některé výhrady vyjadřuje svoji podporu „Reformním opatřením MZ ČR a plánu jejich uskutečnění do roku 2009“.

5. Předsednictvo SPLDD ČR vyjadřuje souhlas s principem zavedení spolufinancování úhrady zdravotní péče ze strany pacienta a nesouhlasí se zaváděním výjimek. Poplatky ale nesmí být v jakémkoliv vazbě na úhrady od ZP, včetně vykazování.

6. Předsednictvo SPLDD ČR konstatuje, že praktičtí dětské lékaři nejsou již dále ochotni akceptovat současný systém smluvních a úhradových vztahů založený na jednostranné regulaci lékařů.

Poplatky u lékaře jsou zřejmě protiústavní

Desítky tisíc lidí v ústavech sociální péče je podle právníků nebudou schopny platit.

Regulační poplatky u lékaře ve výši 30, 60 a 90 korun, jak je před několika dny schválila Sněmovna, jsou zřejmě protiústavní. Několik desítek tisíc lidí v ústavech sociální péče je podle právníků vzhledem ke svým příjmům nebude schopno zaplatit.

„Ústavní soud by měl říci, zda regulační poplatek je či není ve skutečnosti bariérou pro chudé lidi k tomu, aby péči čerpali,“ soudí Ondřej Dostál z pražské advokátní kanceláře Bohumila Holubová.

Podle něj když se podaří stanovit skupinu pacientů, kteří nejsou vyloučeni z poplatků a zároveň bude poplatek 30 korun pro ně takovou bariérou, že nebudou schopni čerpat zdravotní péči, potom „patrně regulační poplatky budou shledány protiústavními“. ČSSD, Česká lékařská komora, Svaz pacientů, Národní rada zdravotně postižených a další organizace, které vůči nim chystají ústavní stížnost, mají tedy velkou šanci na úspěch.

Ministerstvo zdravotnictví si ale myslí opak: „Úspěchu dosáhnout nemohou, protože rozsah bezplatné péče bude stanoven zákonem,“ tvrdí mluvčí ministerstva Tomáš Cikrt. Co však je ona bariéra přístupu k čerpání péče? Právník Dostál říká, že náš Ústavní soud se termínem bariéra ve zdravotnictví ještě nikdy nezabýval. Každý, kdo je pojištěn, má na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou péči stanovenou zákonem.

Co je a není bariéra

„Pokud na tento základní balík zdravotní péče by měl připlácet, tak i velmi liberální výklad umožňuje, aby poplatky se staly bariérou čerpání péče,“ soudí Dostál.

Bariérou by poplatky mohly být zhruba pro 70 tisíc lidí, kteří jsou v ústavech sociální péče. „Ti 85 procent svého příjmu dávají onomu zařízení za to, že jim zajistí ubytování a určitou péči. V ní ale není zahrnuta zdravotní péče,“ vysvětluje doktor Dostál.

Podle něj za oněch 15 procent, které jim z příjmu zbudou, což je asi 1200 korun měsíčně, si kromě pln, poplatků za rozhlas a televizi budou muset ještě zaplatit 300, 500 nebo i víc peněz za lékařskou péči. Na to ale mít nebudou a pro ně to tedy bude bariéra čerpání zdravotní péče. „A z jejich pohledu je to protiústavní,“ soudí Dostál. Mluvčí ministerstva zdravotnictví Cikrt ale tvrdí, že ministerstvo práce a sociálních věcí by se mělo podívat na to, proč ústavy berou tolik peněz svým klientům.

Poplatek vymohou exekuční firmy

„Poplatky nejsou na vině, že lidé v ústavech mají problémy s přístupem k některým službám. Problém je ale v tom, kolik jim ústavy odebírají peněz. Mělo by se změnit nastavení sociálního systému. Je třeba odstranit důvod, ne poplatky,“ soudí Cikrt.

Když pacient v ordinaci poplatek nezaplatí, musí ho lékař na něm vymáhat, jinak se sám vystavuje pokutě 50 tisíc korun.

Už dnes se některé exekuční firmy netají s tím, že pro ně vymáhání těchto pohledávek bude docela dobrý obchod. Lékař jim pohledávky prodá, tím se zbaví jejich vymáhání, a ony je pak se ziskem vymohou na pacientech. Zvláště na malých městech se to asi neuplatní, protože tam se pacienti a lékaři navzájem znají a takovýto postup by zhoršil jejich vztahy.

Mluvčí ministerstva zdravotnictví Tomáš Cikrt soudí, že tento možný postup může přispět lepšímu výběru poplatků přímo v ordinaci.

Vážení kolegové, se smutkem Vám oznamujeme, že uprostřed letních prázdnin a dovolených nás náhle tragicky opustila naše kolegyně MUDr. Beáta Vozábalová, zástupce okresu Prachatice. Byla nejen vynikající člověk, ale i výborný dětský lékař, dlouhodobě působící ve Volarech. Čest její památce.



Usnesení Milovy 2007

Usnesení delegátů celostátního setkání okresních a krajských předsedů SPL ČR v Milovech 9. 9. 2007

Zástupci praktických lékařů projednali současnou situaci, kdy nedošlo k dohodě o výši úhrad zdravotními pojišťovnami v roce 2008. Vzhledem k zvětšování rozsahu i objemu poskytované péče a reálnému navýšení nákladů je pojišťovnami nabízená úhrada nedostatečná. Praktické lékaře neohrožuje jen nízká úhrada, ale současně i hrozba regulací plateb za řádně poskytnutou péči. Proto SPL ČR vyhlašuje na den 19. září 2007 protestní přerušení provozu ordinací praktických lékařů. V tento den se lékaři sejdou na seminářích, kde budou seznámeni s aktuálním stavem vyjednávání a s možnostmi, které by nastaly v případě neobnovení smluv s některými zdravotními pojišťovnami. Podle situace tam lékaři rozhodnou o dalších krocích.

Vedení SPL ČR je pověřeno dalším jednáním s těmi pojišťovnami, které budou ochotny zohlednit výše uvedené skutečnosti.

Vedení SPL ČR bylo zároveň pověřeno přípravou možného dalšího celostátního protestu v délce trvání již minimálně tři dnů.

K protestům praktických lékařů dochází kvůli dosavadnímu postupu zdravotních pojišťoven a nemohou být vykládány jako nesouhlas s připravovanou reformou zdravotnictví, kterou naopak podporujeme.

Zdravotní pojišťovny podle veřejně přístupných informací smazaly své dluhy a mají finanční přebytek. Považujeme za naprosto nepřijatelné, aby za těchto okolností nevyrovnavaly i svůj mnohaletý dluh, který

samotné pojišťovny nezpochybňují a mají jej především vůči primární péči.

Dlouhodobé podfinancování práce praktických lékařů blokuje rozvoj primární péče a odrazuje nové lékaře od vstupu do našeho oboru. To povede k omezování dostupnosti péče poskytované praktickými lékaři.

SPL ČR zároveň doporučuje praktickým lékařům, aby od příštího roku přecházeli na objednacím systém u neakutních pacientů, kterým taklepší komfort poskytované péče.

Vyzýváme praktické lékaře, aby až do dosažení přijatelných dohod s pojišťovnami nepodepisovali žádné nové smlouvy. ■

Pojišťovny berou reformu vážně

Ambulantní lékaři si mohou v příštím roce významně polepšit. V novém systému mohou dostávat až o pětinu více. Je to historicky nejvyšší růst příjmů, přesto je to některým z nich stále málo. V těchto dnech totiž vrcholí jednání o cenách zdravotní péče v roce 2008 v tzv. dohodovacím řízení mezi zdravotními pojišťovnami a jednotlivými skupinami lékařů. A v souvislosti s tím se neustále hovoří o nedostatečném financování praktiků a ambulantních specialistů.

Přitom v minulých letech byl nárůst plateb lékařům silně ovlivněn vyhláškami minulých ministrů zdravotnictví, které vedly k nerovnoměrnému kolísání plateb bez závislosti na skutečné kvalitě a objemu zdravotní péče věnované pojištěncům. V roce 2005 jsme zvyšovali platby pouze o 1,4 procenta, v roce 2006 pak 8,2 procenta a letos přibližně 4,6 procenta. Nové podmínky umožní vyšší růst, ale zdravotní pojišťovny chtějí už v příštím roce zásadně provázat zvýšení plateb s růstem kvality péče o pojištěné pacienty. Zdravotní pojišťovny totiž berou reformy schválené Sněmovnou vážně a hodlají se podle nových pravidel do důsledků chovat. Lékaři na tom nemusí být vůbec bití. Spíše naopak. Příjmy praktických lékařů se v příštím roce mohou v případě dohody zvýšit

přibližně o 20 procent. Na tomto zvýšení se bude podílet jak zvýšení plateb zdravotních pojišťoven (o 8 procent), tak příjem z regulačních poplatků, které budou lékaři povinně vybírat od pacientů od 1. ledna 2008 (12 procent). U ambulantních specialistů rovněž dojde k výraznému zvýšení plateb za poskytnutou péči - v průměru asi o 15 procent, které se bude skládat z pěti-procentního zvýšení plateb od pojišťoven a desetiprocentního navýšení z výběru regulačních poplatků. I toto navýšení se bude pohybovat nejméně kolem 12 000 Kč měsíčně na jednu ordinaci. To bude znamenat měsíční růst příjmů na průměrnou ordinaci o více než 17 000 Kč. Požadavky, které v současné době praktičtí lékaři velmi ostře a nekompromisně prosazují, jsou zcela evidentně nadhodnocené, nereálné a navýšení plateb by tak bylo až dvojnásobné oproti nabídce zdravotních pojišťoven. A především způsob rozdělování peněz nemá mít žádnou souvislost se zlepšováním zdravotních služeb pacientům, což je pro pojišťovny naprosto nepřijatelné.

Podle představ zdravotních pojišťoven má být péče v roce 2008 hrazena podle individuálního smluvního ujednání mezi konkrétním zdravotnickým zařízením a konkrétní zdravotní pojišťovnou.

Od lékařů bude požadováno zlepšení služeb pro pacienty. Jde například o rozšíření ordinačních hodin, návštěvní službu, zajištění lepší dostupnosti zdravotní péče a v mnoha případech také o zlepšení výkonnosti a zlepšení chování vůči pacientům. Platby ambulantním lékařům budou mimo jiné navýšeny za vykazování zavedených poplatků a začátku a konce pracovní neschopnosti včetně odpovídajících diagnóz.

Pro úspěšný chod celého nového systému je také důležité, aby lékaři sami efektivně využívali nově zaváděné regulace při předepisování léků na recepty. I to budou zdravotní pojišťovny pečlivě posuzovat. Novely zákonů v rámci reformy zdravotnictví dávají zdravotním pojišťovnám konečně prostor pro skutečné nakupování potřebné zdravotní péče, který hodlají již nyní využít. Mění se tak od základu dosavadní systém plošného navýšování plateb, které bylo nařízeno vyhláškou ministerstva zdravotnictví. V daleko větší míře budou zdravotní pojišťovny klást důraz na kvalitu poskytované zdravotní péče ze strany lékařů a přizpůsobovat tomu i výši svých úhrad.

Ing. Jaromír Gajdáček
Svaz zdravotních pojišťoven ČR ■



Jak zaplatit zdraví

prof. David E. Bloom, prof. Larry Rosenberg

Harvardova univerzita

■ Česká republika je pozoruhodně zdravá země. Můžeme si toho všimnout zvláště v posledních letech. Podívejme se jen na tato zajímavá fakta: průměrná délka života stoupla od roku 1990 o čtyři roky. Tedy na 76 let. Úmrtnost novorozenců a dětí klesla téměř o dvě třetiny. Úroveň ochrany lidí očkováním patří dnes mezi nejvyšší na světě. Naopak jedna z nejnižších na světě je úmrtnost novorozenců a dětí.

■ Reforma je nutná

Tyto pokroky však něco stojí. Výdaje na zdravotnictví vzrostly mezi lety 1990 a 2004 z pěti procent hrubého domácího produktu (HDP) na 7,3 procenta. Je to sice pod průměrem západoevropských zemí, ale o něco výše, než je průměr ve střední a východní Evropě.

Mnoho z těchto zvýšených výdajů má na svědomí přijetí systému povinného veřejného zdravotního pojištění v roce 1993. Devadesát procent veškerých zdrojů je v Česku veřejných, což řadí zemi na první místo v Evropě. Finanční situace zdravotních pojišťoven je napjatá a spíše se bude zhoršovat, pokud nedojde k nápravě systému.

Nepříjemnosti systému zdravotního pojištění způsobuje měnící se demografický profil. Česko má totiž jednu z nejnižších úrovní porodnosti na světě s průměrem 1,2 dítěte na ženu a navíc populace stárne. Momentálně jsou dva z deseti Čechů ve věku 60 let nebo starší. Do roku 2030 to budou podle výhledů OSN tři z deseti a do roku 2050 už čtyři z deseti. Budou-li starší jedinci klást stále větší požadavky na zdravotnický systém, částky odváděné stávajícími pracujícími a jejich zaměstnavateli brzy nebudou stačit na pokrytí takovéto zdravotní péče, jakou Česko lidem nabízí.

Významnou šancí pro uvolňování napětí ve financování systému zdravotní péče je však ekonomický růst. Zvláště pokud by příjem na hlavu pokračoval v růstu měrou více než šesti procent ročně, jaká je v současnosti. Vyšší mzdy a zisky, jež charakterizují ekonomický růst, mohou pak být schopny financovat zdravotní péči pro všechny Čechy, i když populace bude stárnout. Bylo by však nemoudré počítat se stálými vzrůsty v této výši, s ohledem na zkušenosti jiných zemí i výsledky české ekonomiky

v poslední dekádě. Ekonomický růst nebude pokračovat bez výkyvů a stávající systém financování zdravotní péče bude potřebovat upravit.

Jak? Nejdříve se zamysleme nad následujícími otázkami:

■ Zdravotní péče dostupná pro všechny?

Právo na dostupnou zdravotní péči si Češi chrání. Je zaručeno i v Listině práv a svobod. Česká tradice solidarity navíc mluví pro zachování stejného přístupu a stejných služeb pro všechny.

Jestliže povolíme těm, kdo mají více prostředků, oficiálně platit za lepší služby (třeba za kvalitnější umělou kyčel), dvoucestný lékařský systém bude mít okamžitě dveře dokořán. A ten je v mnoha zemích považován za pohromu.

Musíme také vzít v úvahu fakt, že velký počet Čechů, možná celá polovina, už teď platí určitý poplatek za lepší či rychlejší ošetření, i když ne zcela oficiálně. Průhlednost a spravedlnost systému si žádá přestat s těmito zaběhlými praktikami, kdy lépe zaopatřená část společnosti používá možná ne zcela zákonných prostředků k získání lepší péče.

Pokud se pro změnu v tomto směru občané sami rozhodnou, pak může existovat v Česku tento dvoucestný systém jako oficiální. To si však vyžádá křížšťalově čistou definici nekompromisní „standardní“ kvality péče, stejně jako vyjasnění práva platit za vyšší úroveň.

Alternativou by bylo spočítat náklady na nejvyšší kvalitu péče dostupnou pro každého a pak zjistit, zda je zde veřejný konsenzus poskytovat takovouto úroveň péče za použití příjmů z daní.

■ Je systém zdravotní péče zneužíván?

Víme, že jsou v Česku velkým problémem lidé, kteří jdou k doktorovi, sotva je ofoukne. Nemyslíme si, že společnost příliš vyhledávající lékařskou péči by byla dobrá, a divíme se, proč Češi chodí více k doktorovi než občané jiných zemí Evropské unie.

Myslíme si, že země by se tímto směrem ubírat neměla.

Z tohoto důvodu je dobře, že v navrhované reformě nebudou preventivní návštěvy lékaře

předmětem poplatků. Silný důraz na prevenci je totiž klíčem ke snížení dlouhodobých výdajů do nemocných.

■ Jak kontrolovat výdaje?

Náklady jsou klíčovou složkou reformy. Celkové výdaje na zdravotnictví totiž rostly mezi lety 2000 a 2005 přibližně o 8 procent ročně. Objevují se snahy o systematické úsporné hospodaření (například snížení počtu lůžek, koncentrace specializované péče v menším počtu pracovišť atd.).

Zajištění životaschopnosti systému však také napomůže opatrný průzkum celé řady medicínských nákladů včetně výše plateb poskytovatelů zdravotnických služeb a nákladů za léky. Bude důležité zkontrolovat celý systém a odstranit veškeré neefektivní náklady. Jedním z nejpálčivějších problémů veřejně financovaných systémů je náročnost výdajů za velmi drahou péči, která se provádí u velmi malého počtu pacientů. To zřejmě zůstane klíčovým problémem pro reformu systému zdravotní péče.

■ Je výhodné soukromé zdravotnictví?

Privatizace ve zdravotnictví či v jiné oblasti může být v dané zemi vhodná, pokud může soukromý sektor zajišťovat služby efektivněji a se stejnou či vyšší kvalitou než stát.

České nemocnice už učinily podstatný krok směrem k privatizaci a soukromí poskytovatelé péče nyní dominují v primární či sekundární péči. Zdravotní pojišťovny zbývají snad jako hlavní oblast, ve které je možno ještě zvažovat výhody a nevýhody privatizace.

Není nám však jasné, zda by taková transformace vedla k větší odpovědnosti či efektivitě nebo k lepšímu řízení. Proto si myslíme, že se tímto tahem dosáhne velmi málo, pokud pojišťovny nehosподаří zcela neefektivně a nejsou zasaženy korupcí. Nicméně by bylo důležité přesně pochopit, proč Všeobecná zdravotní pojišťovna, jako plně státem kontrolovaná, vršila dluhy, zatímco subjekty na státu nezávislé ne. Podobná otázka se nyní řeší v Maďarsku: budou soukromé pojišťovny schopny kontrolovat náklady a současně i zvyšovat kvalitu?

V některých zemích za podobné situace



mají zcela soukromí pojišťovatelé tendenci vybírat si jen relativně zdravé klienty. Což je praxe, která ve svých důsledcích vede k vyššímu břemenu na veřejně spravované pojištění - a ke zvyšování rozdílu mezi zdravím lidí bohatých a chudých. Rádi proto slyšíme, že v navrhované reformě bude mechanismus vyrovnávání rizik zajišťovat, aby se všechny zdravotní pojišťovny (bez ohledu na to, kdo je vlastní), tomuto problému vyhnuly.

I tak se dá říct, že zkušenost se zcela soukromými zdravotními pojišťovnami v USA (které se však lišily od námi nyní uvažovaných v Česku) neposkytuje dobrý vzor pro efektivní financování zdravotní péče. Velké sumy peněz z kapes pacientů se rozdělí do soukromých pokladen a výhoda pro někoho jiného než pro vlastníky pojišťoven zůstane nejistá.

Ve Spojených státech veřejně spravovaný systém Medicare má však naproti tomu velmi malé výdaje na vlastní administrativu, a proto velmi mnoho prostředků jde skutečně do péče o zdraví.

■ Je třeba spěchat?

Logika věci velí na první pohled jednat rychle. Pokud se nic nezmění, stárnutí populace si vyžádá možná až neúnosně vysoké prostředky. Jedna názorová škola tvrdí, že současní průměrně staří voliči mohou potřebné reformy podporovat. Ale pokud se reformy zpozdí, za pár let mohou tito (už starší) voliči snížení svých vlastních výhod bojkotovat.

Toto dovozování má však jednu trhlinu. Je založeno na podivné myšlence, že ti, kteří jsou dnes ve středním věku, si nejsou vědomi faktu, že v dohledné budoucnosti zestárnou. Ve skutečnosti je zde mnoho jasnozřivých voličů ve středním věku i starších: v roce 2010 bude podíl Čechů starších padesát let 43 procent.

Lidé ve věku přes padesát let vědí, že jejich zájmy jsou bezprostředně závislé na jistotě zdravotní péče během důchodu. Proto, i když uvažují pouze krátkodobě, nenechají se zmást tak, aby volili proti zájmům „starých“, tedy skupině, do níž budou brzy sami patřit.

Jinými slovy, i kdyby zde někdy byl demograficky inspirovaný důvod, aby se s reformou zdravotnictví spěchalo kvůli výhodám pro starší, tento moment už pominul. Praktickým důsledkem je, že zajištění veřejné podpory pro reformu bude spíše vyžadovat zachování plně financované zdravotní péče pro starší. I ve Spojených státech je systém Medicare, jenž hradí velký podíl zdravotní péče za starší občany, velmi populární.

■ Důležitá je dobrá příprava a nic neuspěchat

Musíme také poukázat na to, že rozsáhlé reformy lze zpětně těžko upravit, a proto je tak podstatná příprava. Po mnoha diskusích, které se odehrály v Česku, může teď přijít čas pro určité malé zkoušky navrhované reformy. Takové testy mohou přinést řadu cenných informací, jež se dlouhodobě mohou velmi hodit.

Shrneme-li naše odpovědi na výše uvedené otázky, vidíme dvě možné cesty, jež autoři zdravotní reformy musí vzít v úvahu.

Bude-li ekonomický růst pokračovat stejným tempem, pak kontrola nákladů, odstranění neefektivity a alespoň mírné snížení dosavadního zneužívání systému zdravotní péče může pomoci výrazně snížit růst výdajů. Podle tohoto scénáře by reformy mohly být docela malé.

Jenže to je zřejmě příliš optimistický pohled, který přichází navíc za situace, kdy zde existuje

nízká porodnost a stárnoucí populace.

Víme-li, že pokračování stávajícího ekonomického růstu není vůbec jisté, velí nám opatrnost uvažovat i o jiné cestě. Je pravděpodobné, že stávající systém financování zdravotní péče bude mít za výsledek stále větší nerovnováhu mezi objemem peněz a náklady. A stárnoucí populace představuje velké problémy z hlediska výdajů v brzké budoucnosti. Nejlepší rozhodnutí dělají dobře informovaní lidé. Každá z výše uvedených otázek je důležitá. A jejich vyřešení bude mít dlouhodobé dopady. Komise sestavená na nejvyšší úrovni, složená z dobře informovaných, důvěryhodných lidí s rozmanitými názory, by měla být schopna navrhnout řadu podrobných variant, o kterých se může debatovat jak po celé zemi, tak v parlamentu. A výsledek se svými klady i zápory může být poučením i pro jiné země, které se budou dívat a možná se jednou i učít z české zkušenosti.



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

pro lékaře přednášku ve dvou sobotách

„PRAKTICKÝ ÚVOD DO HOMEOPATIE“

použití v pediatrii

České Budějovice:	6. října a 27. listopadu 2007
Brno:	20. října a 3. listopadu 2007
Ostrava:	17. listopadu a 1. prosince 2007
Praha:	květen 2008

vždy od 9.00 – 15.00 hodin
účastnický poplatek: 1.000 Kč / 12 výukových hodin

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

**CEDH, Pobřežní 3
186 00 Praha 8
tel.: 224 83 50 91, fax: 222 32 65 02, GSM: 724 185 559
cedh@centrum.cz**



■ Jen opatrně...

Závěrem vybízíme k velké opatrnosti:

Češi jsou zdraví a celková úroveň výdajů, jež je klíčem k zachování jejich zdraví, není přehnaná. Měřeno výsledky je to systém, jenž až dosud pracoval dobře. Přestože je zde důvod ke znepokojení, postupné reformy budou vhodnější nežli velké strukturální změny.

Víme, že mezi českými politickými stranami

panují neshody týkající se nutnosti určitých reforem v blízké budoucnosti.

Nadcházející debaty by měly mít za cíl vytvoření celospolečenského konsenzu o rozsahu stávajících a předpokládaných budoucích problémů, o metodě financování zdravotní péče či o změnách, jež pomohou zajistit, aby vložené finanční prostředky byly vynaloženy opravdu efektivně. A stejně tak

o důsledcích možného dvoucestného systému, či naopak o zachování přístupu všech občanů k dobré zdravotní péči.

Mezitím je čas pro opatrné částečné změny, které by měly vést ke kontrole a snížení výdajů.

To může být klidně vše, co je potřeba.

Převzato z LN

Informovaný souhlas

Odborná konference „Poskytování informací ve zdravotnictví“ Společnosti medicínského práva o.s.

■ Zákonný výklad informovaného souhlasu je součástí novely Zákona č. 111/2007 Sb. O péči o zdraví lidu (původně Z. č. 20/1966 Sb.) a je zmiňován i ve Vyhlášce č. 385/2006 Sb. o zdravotní dokumentaci. Novela Z. č. 111/2007 Sb. je v souladu s mezinárodními ujednáními ve třech směrech:

- Poučení pacienta, tj. informovaný souhlas
- Nahlížení do zdravotní dokumentace
- Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků.

Obě právní normy byly předmětem odborné diskuse jednak na konferenci Na Homolce 5.6.2007, která proběhla pod názvem „Poskytování informací ve zdravotnictví“, jednak semináře pořádaného 25.6.2007 na ministerstvu zdravotnictví.

Ze získaných informací se pokusím v bodech shrnout to nejdůležitější pro praxi praktického dětského lékaře:

1) Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví lze provést pouze za podmínek svobodného informovaného souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce. Tento souhlas může pacient kdykoli svobodně odvolat.

2) Lékaři jsou povinni poučit vhodným způsobem pacienta, event. členy jeho rodiny nebo jeho partnera o povaze onemocnění a potřebných výkonech.

U nezletilých v rozmezí 16 – 18 let je nutné posoudit volní a rozumovou vyspělost pacienta, tj. jeho názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá s věkem a stupněm vyspělosti (příklad – rodiče odmítají terapii proti vůli jejich nezletilého, závažně nemocného dítěte).

Z hlediska pacienta však právě pacient určuje, komu a v jakém rozsahu mohou být informace o jeho zdravotním stavu podány a to včetně nahlížení do zdravotní dokumentace.

3) Forma informovaného souhlasu je až na výjimky dostačující v ústní podobě. Jen u závažných výkonů a zákonných výjimek je doporučena písemná forma informovaného souhlasu:

- Hospitalizace
- Sterilizace
- Lékařský zásah do reprodukčních schopností pacienta
- Umělé přerušování těhotenství
- Vědecký výzkum – ověřování nových poznatků
- Výkony, které nejsou v bezprostředním zájmu pacienta
- Klinické zkoušky
- Klinické hodnocení léčivých přípravků

Informovaný souhlas musí být srozumitelný a dostatečně obsáhlý, pacient musí mít prostor na dotazy a musí být informován i o alternativních možnostech a negativních dopadech v případě odmítnutí léčby, musí obsahovat datum, podpis pacienta i lékaře a další náležitosti (viz zákon).

4) Negativní reverz je písemné odmítnutí potřebné péče nemocným.

Musí rovněž obsahovat zákonem dané náležitosti včetně identifikace zdravotnického zařízení, data a podpisů obou stran (opět odkazují na přesné znění v zákoně). Nutné je poučení o případných následcích a v těchto případech je doporučena přítomnost svědka.

5) Poskytování zdravotní péče bez souhlasu, paragraf 23, tj. neodkladný zákrok, kdy stav pacienta souhlas vylučuje.

Zdravotnický pracovník je povinen rozhodnout o neodkladném výkonu i při nesouhlasu zákonného zástupce.

V tomto případě sděluje lékař jen informace bezpodmínečně nutné.

■ Dovolte mi ještě několik poznámek

k **vyhlášce č. 385/2006 Sb. o zdravotní dokumentaci.**

- Nahlížení do zdravotní dokumentace je nutné písemně zdokumentovat.
- Pacient i nahlízející má nárok na kopii nebo opisy ze zdravotní dokumentace.
- Skutečné náklady s tím spojené, včetně předání zdravotní dokumentace, lze fakturovat.
- Lhůty pořízení výpisů z dokumentace: 60 dní – výpis na žádost pacienta 10 dní – ostatní
- Při aplikaci léků v ordinaci je nutný záznam ve zdravotní dokumentaci včetně podpisu lékaře nebo sestry
- Pacient má právo odmítnout přítomnost stážisty (studenta, lékaře)
- **Zásady vyřazování zdravotní dokumentace = skartační plán:**
- začíná od 1.1.2008
- skartační lhůta je doba nutná k uchování zdravotní dokumentace, v primární péči je skartační lhůta 10 let od změny lékaře primární péče nebo od úmrtí pacienta
- skartační řízení by mělo být realizováno 1x za rok
- **Předání zdravotní dokumentace – za předání je zodpovědný lékař, vždy je nutná kontrola doložených dokladů přebírajícího v případě, že jde o cizí osobu.**

V případě pochybnosti o jeho totožnosti se doporučuje zdravotní dokumentaci nevydat a o způsobu jejího dalšího předání nechat rozhodnout soud.

Nezapomeňte, že z právního hlediska je lékař správcem osobních údajů.

31.7.2007

Pro VOX zpracovala MUDr. Eva Vitoušová

Beiersdorf - Nivea Baby



Prof. MUDr. Otto Hrodek, DrSc. – 85 let

Profesor MUDr. Otto Hrodek, DrSc. se narodil dne 8. října 1922 v Jihlavě. Po promoci na lékařské fakultě UK v Praze v roce 1949 pracoval v nemocnici v Chebu a v Českém Brodě. V roce 1951 nastoupil na II. dětskou kliniku v Praze, kde pracoval až do jejího spojení s I. dětskou klinikou v Pediatričnou kliniku v roce 2004. Od roku 2004 působí na Klinice dětské hematologie a onkologie UK 2. LF a FN Motol v Praze.

Profesor Hrodek patří mezi velikány české pediatrie. Je vědcem světového jména, vynikajícím lékařem - klinikem s neobyčejnou šíří znalostí a mimořádným pochopením pro duši dětského pacienta a obavy jeho rodičů, je vysokoškolským učitelem váženým a milovaným studenty fakulty dětského lékařství a 2. lékařské fakulty, který svým příkladem ovlivnil generace českých pediatriů. Pan profesor není jen ideálem lékaře a vědce. Je neobyčejně skromným a čestným člověkem. Je vzorným manželem, otcem, ale i dědečkem.

Jeho vědecká činnost se soustředila zejména na hematologii. Je zakladatelem moderní české dětské hematologie, spoluautorem první učebnice vydané v padesátých letech. Největšího vědeckého úspěchu dosáhl výzkumem vývoje hemokoagulace a hemostázy v novorozeneckém věku. Stal se jedním z prvních vědců, kteří odhalovali zvláštnosti koagulace novorozeneckého období. Jeho práce z 50. - 70. let jsou dodnes citovány v mezinárodních učebnicích hematologie zaměřené na novorozenecký věk. Od 50. let se intenzivně věnoval diagnostice a léčbě dětské leukémie. Jako jeden z prvních zaváděl do léčby tohoto smrtelného onemocnění nové léky, které prodlužovaly nemocným dětem život. Prožil celou fascinující éru úspěchu léčby dětské akutní lymfoblastické leukémie, která se proměnila z nemoci stoprocentně smrtelné v padesátých letech na nemoc, kterou lze u 85% dětí vyléčit na počátku 21. století. Celé toto padesátileté období osud českých dětí s leukémií zásadně ovlivňoval - vytýčením a aplikací moderních diagnostických metod, zaváděním nových léků, založením pracovní skupiny dětské hematologie České republiky

v roce 1985, prosazením jednotné diagnostiky a léčby podle nejúspěšnějších mezinárodních postupů v naší zemi. Další nemocí, které věnoval mimořádnou pozornost je hemofilie. Vždy prosazoval komplexní přístup k léčbě této nemoci, snažil se poskytnout nemocným chlapcům nejen substituci chybějícího faktoru, ale i optimální rehabilitaci, včas indikova-



profesor MUDr. Otto Hrodek, DrSc.

nou operaci pokud mohla zlepšit kvalitu života, psychologickou podporu a pomoc při volbě povolání. Publikoval více než 200 odborných statí, přednesl více než 300 přednášek. Získal 6x Cenu předsednictva České lékařské společnosti za nejlepší původní vědeckou práci. Byl poradcem WHO pro komplexní problematiku dětských nádorů v 9 evropských zemích. V této roli mu jistě pomohla jeho mimořádná vybavenost jazyková. Jen nepříznivá doba mu zabránila v ještě úspěšnější mezinárodní kariéře a uznání.

Profesor Hrodek byl vědeckým sekretářem České pediatričké společnosti a krajským pediatrem Středočeského kraje, respektován a vážen primáři pro hloubku pediatričkých

znalostí, organizační schopností, pochopením specifik denních problémů pediatričké péče. Byl organizátorem velmi oblíbených krajských seminářů, jejichž náplní věnoval mimořádnou pozornost. Dlouhá léta ovlivňoval pediatrii rovněž z pozice člena redakční rady časopisu Česko-slovenská Pediatrie. Byl proděkanem fakulty dětského lékařství pro vědu a výzkum, školitelem a oponentem desítek aspirantů, předsedou komise pro habilitační práce, dlouholetým členem vědecké rady fakulty. Je čestným členem České lékařské společnosti JEP a České hematologické společnosti ČLSJEP a nositelem řady dalších ocenění, včetně Zlaté pamětní medaile 2.LF UK a Zlaté medaile UK v Praze.

Laudace k osmdesátým pátým narozeninám pana profesora není vzpomínáním na minulost. Pan profesor denně přednáší studentům 2. LF UK pediatričnou propedeutiku, pediatrii a hematologii. Zkouší státní závěrečnou zkoušku z pediatrie. Účastní se denního života kliniky, miluje diskuzi nad komplikovanými pacienty při velkých vizitách, není nového pacienta s leukémií či jinou krevní nemocí, jehož kostní dřev by pečlivě nestudoval v mikroskopu a nediskutoval správnou diagnózu a léčbu. Profesor Hrodek je členem vědecké rady fakulty a není kandidáta habilitace či profesury, kterému by nepoložil často ne snadno zodpověditelné otázky z celé šíře medicíny. Pravidelně přispívá do časopisu *Transfuzie a hematologie* dnes překlady souhrnů nejzajímavějších odborných článků z nejrespektovanějšího světového hematologického časopisu *Blood*.

Vážený pane profesore, je mé veliké životní štěstí, že jsem se mohl stát Vaším žákem a třicet let s Vámi spolupracovat a učit se od Vás. Děkuji Vám za kliniku, za dětskou hematologii i za celou českou pediatrii za to, co jste vykonal pro českou vědu, pro výchovu generací lékařů a zdraví našich dětí. Přeji Vám do dalších let hodně zdraví, dobré pohody a zvidavých studentů.

Jan Starý



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ **Vzdělávání v oboru praktický lékař pro děti a dorost:**

Dne 11.9.2007 byla radou MZČR projednána náplň oboru praktický lékař pro děti a dorost a pouze s drobnými úpravami by měla být přijata s platností od 1.1.2008. V praxi to bude znamenat deklaraci toho, že vzdělávání probíhá 5 let na akreditovaném pracovišti a v návaznosti na to by na začátku měsíce října měla být akreditační komisí přidělena akreditace cca 80 ordinacím praktických lékařů pro děti a dorost, které se stanou akreditovanými pracovišti v oboru praktický lékař pro děti a dorost. Vzhledem k tomu, že zatím zákon o vzdělávání říká, že žadatel o akreditaci musí zajistit celé vzdělávání, proto jsme požádali tak, že žádá každý ze školitelů samostatně, ale každý má také smlouvu s IPV na zajištění zbytku vzdělávání na akreditovaných pracovištích, která jsou součástí náplně oboru PLDD.

V současnosti jednáme s MZČR o programu financování vzdělávání (systém by měl zaplatit školence a školitele) cestou objemu financí vyčleněného na jednoho školence od roku 2008. Zatím probíhá mapování aktuální situace po jednotlivých regionech, abychom respektovali odlišnosti mezi jednotlivými oblastmi.

■ **Očkování**

V současné době je na odboru právním MZ k posouzení kupní smlouva na IPV Virelon, Novartis a to v objemu 50 000 dávek. Tento objem očkovací látky je určen pro očkování dětí, které ze zdravotních důvodů proti poliomyelitidě nebyly dosud očkovány vůbec nebo jsou rozočkovány. Požadavky PLDD jsou v současné době sumarizovány pro zpracování rozdělovníku MZ. Termín dodání této očkovací látky, které byl MZ udělen specifický léčebný program lze předpokládat patrně do konce září resp. začátku října 2007. Součástí dodávky očkujícím lékařům bude i sumární monitorovací list s prosbou firmy Novartis o jeho předání územnímu pracovišti KHS, kte-

ré potom dokumentaci předá MZ. Z SPC této vakcíny vyplývá, že antigenní složení je totožné se složením IPV Imovax, ale dávkování je odlišné (dvoudávkové schéma s možností zvýšení kvality ochranného účinku podáním jedné dávky za 6 měsíců po podání dávky druhé). Nicméně je třeba vycházet z „position paperu“ SZO z roku 2003, který je stanoviskem SZO k zavádění IPV. V textu tohoto dokumentu je uvedeno, schemata podávání IPV jsou v různých průmyslových zemích velmi rozdílná a pohybují se od 4 dávek např. v USA až do 7 dávek např. ve Francii. Všechna schémata IPV však zahrnují 2 - 3 dávky podané v prvním roce života a nejméně 1 booster dávku 6 - 12 měsíců po poslední dávce prvotní série. Aplikace 4. dávky i v případě Virelonu v termínu obvyklém pro podání Imovaxu a hexavakcíny tomuto doporučení SZO plně odpovídá a navíc tento postup neodporuje vyhl. č. 537/2006 Sb. V praxi to tedy znamená, že tato očkovací látka bude podávána ve stejném schématu jako Imovax.

Složitější je zajištění očkovací látky Imovax, která by měla být v r. 2007 podána dětem ve věku 13 let (podle vyhlášky 537/2006 Sb.) a dále dětem v 11 letech, kterým bylo podáno základní očkování IPV. Po jednání s firmou Sanofi v rámci výběrového řízení a posouzení nabídky na MZ bylo zjištěno, že v písemná nabídka firmy Sanofi-Pasteur uváděla informaci o tom, že údaje na obalech jednotlivých šarží jsou v jiném jazyce než českém. Na základě toho bylo řízení přerušeno a MZ uloženo, aby firma Sanofi požádala SÚKL o vyjádření k možnosti distribuovat tuto očkovací látku v těchto obalech. Vyjádření SÚKL ze dne 12.9.2007 konstatuje, že této žádosti nebylo vyhověno. Důvodem je nesplnění podmínek daných vyhláškou č. 288/2004 Sb., dne 17.9. se na MZ uskutečnilo jednání se Sanofi-Pasteur o dalším postupu. Na toto téma se také uskutečnilo jednání na MZ, kde bude nutné řešit i právní aspekty (pravděpodobně formou novely vyhlášky) dojde-li k tomu, že

bude proočkován pouze jeden ročník, tedy 13-leté děti.

■ **Dispenzarizace dětí**

V současnosti jednáme s MZČR na téma vymezení kategorie chronicky nemocných dětí, které by neměly platit poplatky. Upřesňuje se věková kategorie, pracovně by se toto mělo týkat dětí do 15 let. Toto téma je nyní klíčové i v souvislosti s vyjednáváním o úhradách na rok 2008. Výsledkem by mělo být upřesnění, které MZČR vydá jakou součástí katalogu informující širokou veřejnost o tom, za co a kde se u lékařů bude platit.

■ **Léky**

OSPDL upozornila vedení MZČR na problémy s předepisováním některých léků, které vznikly v souvislosti s předchozími novelami lékových vyhlášek. Za největší problém považujeme omezení předepisování lokálních kortikoidů, dále pak některé omezení u přípravků dříve běžně používaných a nyní omezených pouze na odbornost ORL. Rovněž tak je třeba se nově zamyslet nad možnostmi předepisování léků používaných při léčbě alergií, nevyjasněnost omezení P a L. Podle novely zákona č. 48 bylo zrušeno dřívější kategorizační řízení, nově bude stanovovat pravidla SÚKL na návrhy MZČR, výrobců nebo pojišťoven. Připravujeme tedy dohody mezi příslušnými odbornými společnostmi, které předáme MZČR, případně pojišťovnám.

■ **Ostatní**

Přípravek Nitrofurantoin retard-ratiopharm 100 mg 50 cps. je na českém trhu, do číselníku bude zařazen k 1.10.2007. Úhrada bude 88,- Kč, zbytek - necelých 26,- Kč - platí pacient (do konce září hradí pacient plnou cenu přípravku).

V Praze dne 14.9.07



Stanovisko Společnosti sociální pediatrie ČLS JEP k odhalenému případu týraného chlapce a jeho sourozenců

MUDr. František Schneiberg

předseda Společnosti sociální pediatrie ČLS JEP

■ Členové naší odborné společnosti, která se zabývá sociálními faktory zdraví a nemoci dítěte, tedy i dětmi týranými, zanedbávanými, ohroženými a postiženými byli, doslova šokováni zprávou o objevení nezletilého týraného chlapce, kterého matka přivazovala, krmila zvratky atd.

Ještě více však jsme šokováni dalším postupem v této věci při řešení osudu jmenovaného chlapce a jeho sourozenců, který se nám ukazuje z mediální prezentace. V celém případě se hromadí tolik odborných pochybení, že můžeme konstatovat, že se jedná nepochybně o pokračující poškozování uvedených dětí naprostým selháním příslušných orgánů, namísto poskytnutí pomoci a ochrany těmto dětem.

Klademe příslušným orgánům mnoho vážných otázek:

1) Jak je možné, že děti dlouhodobě nejspíše týrané nebyly po jejich objevení umístěny do odborného zdravotnického zařízení, kde by jim byla poskytnuta řádná odborná psychologická, psychiatrická, diagnostická a terapeutická péče, ale do azylového zařízení pro okamžitou pomoc „Klokánek“ bez odborného zázemí a zkušeností? Teprve 3. den po odhalení případu oznamuje v médiích ředitelka Klokánku, že shání odborníky, kteří by jim s dětmi pomohli. Pokud děti před umístěním do Klokánku viděl dětský lékař, pak je otázkou jeho erudice, jak po krátkém vyšetření byl schopný správně posoudit následky předchozí poškozování a to, že dítě nepotřebuje další odbornou pomoc, což se stejně nakonec ukázalo nutností. O naprosto chaotickém přístu-

pu svědčí i stále se měnící informace o tom, zda chlapec je postižený, neslyšící, zda starší děvče je mentálně postižené či nikoliv atd. Komplexní diagnóza mentálního postižení a hluchoty je sice náročná, ale známky takového postižení odhalí dětský lékař téměř ihned při běžném vyšetření. **Jak je možné, že se to nestalo? Kde byla zdravotnická dokumentace dětí, proč si ji nikdo neobstaral, aby tyto údaje zjistil? Nebo snad děti nebyly u žádného praktického lékaře pro děti a dorost registrovány?**

2) Jak je možné, že ze zařízení „Klokánek“, které je dle prezentace jeho zřizovatelů zařízením rodinným, kde teta stále ve dne v noci pečuje o svěřené 3-4 děti, uteče bez vědomí tety v noci dítě neznámo kam? Nebo to není zařízení rodinného typu, kde je teta s dětmi neustále a „Klokánek“ lže? Což ostatně vyplývá z prohlášení ředitelky „Klokánku“ v časopise „Nedělní blesk“, kde uvádí, že na útěk přišla pečovatelka, když prováděla kontrolu. Takže to nejsou tety stále s dětmi, ale pečovatelky, nejspíše v noci pouze jedna na celé zařízení?

3) Jak je možné, že 13-letá dívka, t.č. na útěku, žila v rodině bez jakéhokoliv potvrzení svého právního statusu, že nikdo nevěděl, že v rodině žije, nikdo neví o tom, zda je svěřena do péče, v osvojení, či v poručnictví?

4) Jak je možné, že uvedené matce byla povolena pro výuku chlapce domácí škola? Jak to, že tuto výuku nikdo nekontroloval?

Jako odborná společnost usilujeme o to, aby se všem dětem ohroženým dostalo včasné, řádné a odborné péče. Proto také monitorujeme péči

o tyto děti v různých zařízeních. Víme také, že podobný případ neprofesionální, neodborné a nedostatečné péče v „Klokánku“ není případem jediným či ojedinělým. Proto příslušné orgány, zejména Ministerstvo práce a sociálních věcí a Krajský úřad Jihomoravského kraje žádáme:

1) Aby prošetřily všechny souvislosti jmenovaného případu se zaměřením zejména na to, jak se dívka dostala do rodiny, jak bylo dosud o děti pečováno, zda byly registrovány u praktického lékaře pro děti a dorost, zda docházely na preventivní prohlídky a očkování.

2) Aby zjistily, proč děti nalezené v rodině jako týrané nebyly umístěny do odborné péče či neutrálního prostředí, ale rovnou do azylového zařízení „Klokánek“, které nedisponuje odbornými službami pro takové děti.

3) Vyvození příslušných sankcí ze závěrů šetření, včetně zvážení omezení či odnětí pověření pro zřizování a provoz „Klokánků“, zejména pro oblast odborné péče o děti týrané a zneužívané

4) Informování naší odborné společnosti i veřejnosti o závěrech šetření.

Pokud tak neučiní někdo jiný, jsme připraveni podat trestní oznámení za zneužití pravomoci veřejného činitele a zanedbání péče.

Domníváme se, že celá situace je způsobena chybami v systému, které je třeba pojmenovat a odstranit. Naše odborná společnost je připravena se na řešení spolu s dalšími odborníky podílet. ■

1. LF UK v Praze

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore, dovolujeme si Vás pozvat na doškolovací kurz pro lékaře

Novinky v první pomoci pro praktické lékaře

20. října 2007 v zasedací místnosti děkanátu, Na Bojišti 3, Praha 2

Absolventi kurzu obdrží certifikát dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK o systému celoživotního vzdělávání lékařů.

Přihlášky přijímáme na níže uvedené adrese, telefonu a emailu.

Přihlášení obdrží podrobné informace a pokyny. Cena kurzu je 600,- Kč. Platba na místě v hotovosti 700,- Kč.

Při malém počtu zájemců se kurz nekoná. Přihlaďte se prosím co nejdříve.

Oddělení pro další doškolování lékařů

Vedoucí: doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc., Sekretariát: Eva Svobodová, Telefon a fax: 224 965 675, mobil: 732 146 799

Děkanát 1. LF UK, Kateřinská 32, 121 08 Praha 2, e-mail: eva.svobodova@lf1.cuni.cz

Informace o doškolovacích kurzech pro lékaře 1. LF UK v Praze najdete také na www.lf1.cuni.cz.

Nutricia - Nutrilon



Diagnostika nádorů centrálního nervového systému v dětském věku

MUDr. Markéta Cháňová¹, prof. MUDr. Tomáš Eckschlager, CSc.¹,
RNDr. Eva Stejskalová¹, doc. MUDr. Michal Tichý, CSc.²

¹ Klinika dětské hematologie a onkologie 2.LF UK a FN Motol

² Neurochirurgické oddělení UK 2.LF UK a FN Motol

Incidence:

Nádory CNS jsou nejčastějšími solidními nádory dětí ve věkové kategorii 0-18 let (zhruba 20%), jejich incidence je přibližně 2,5 : 100 000 dětí (tabulka 1). V České republice diagnostikujeme kolem 50-60 nových nádorů CNS ročně. Chlapci jsou postiženi 1,3 krát častěji než dívky. Nádory CNS jsou druhou nejčastější příčinou smrti dětí ve věku 1-15 let (po poraněních).

Etiologie:

Jednoznačná příčina vzniku nádorů CNS není známa, ale je prokázána souvislost s některými endogenními i exogenními faktory (tabulka 1)

I přes pokroky v poznání složitého a mnohostupňového procesu onkogeneze příčinu maligní transformace zdravé buňky neznáme. Nádorové onemocnění může být výsledkem abnormálně vystupňované buněčné proliferace nebo blokady buněčného vyzrávání. V posledních letech se stále větší pozornost věnuje studiu apoptózy - naprogramované smrti buňky. Blokada přirozené smrti buňky prodlouží její životnost a způsobí postupnou akumulaci buněk. Poznání regulace apoptózy přináší i možnost ovlivnění chemosenzitivity nádoru a posílení účinnosti konvenční chemoterapie.

Nádorová buňka vzniká z normální buňky v důsledku postupných mutací genů, které

vedou ke klonální proliferaci s narůstajícím agresivním chováním. Metody molekulární genetiky, pátrající po příčinách vzniku nádorů, identifikovaly geny kódující proteiny, které se podílejí na proliferaci a diferenciaci buněk a na udržování integrity buněčného genomu (včetně oprav poškozené DNA). Od konce

geny - antionkogeny - jsou negativními regulátory buněčné proliferace. Změny (mutace) vedoucí k jejich inaktivaci (detekovatelné ve většině humánních nádorů) mají onkogenní účinky. Dědičná nádorová onemocnění charakterizují mutace onkosupresorových genů v zárodečných buňkách (např. delece RB1

genu u hereditárního retinoblastomu). U ostatních nádorových onemocnění se inaktivují obě kopie příslušného onkosupresorového genu mutacemi v somatických buňkách v průběhu nitroděložního vývoje nebo postnatálně.

Diagnostika:

Nádory dětí obecně jsou v porovnání s nádory dospělých vzácné a rozvoj jejich příznaků je nezářídka podobný jiným a častějším neonkologickým chorobám. Nádor je často mylně léčen jako nenádorové onemocnění (při zpětném hodnocení jednotlivých příznaků se mnohdy odhalí několik měsíců dlouhá anamnéza). Proto je nezbytné zařadit nádorové onemocnění do spektra

onemocnění vyskytujících se v dětském věku a každý lékař musí zvládnout základy a zásady jejich diferenciální diagnostiky. Podezření na mozkový nádor lze často vyslovit už na základě anamnézy, fyzikálního a neurologického

tab. č. 1 - faktory, spolupůsobící při vzniku nádoru mozku

druh:	typ nádoru:	
chromozomální abnormality	monozómie 22	meningeom
vrozené syndromy	syndrom Hippelův-Lindauův, Li-Fraumeniho, Turcotův, neurofibromatóza, neurofibromatóza, mnohočetná endokrinní adenomatóza	hemangioblastom mozečku, nádory sítnice, meduloblastom, nádory gl. pituitaris
fakomatózy	Neurofibromatóza typu 1+2 (NF1,2), tuberózní skleróza	astrocytom, ependymom, gliomy, meningeomy
imunosuprese	syndrom Wiskottův-Aldrichův, ataxia telangiectazia, orgánová transplantace	lymfom CNS
expozice ionizujícímu záření		gliomy, meningeomy, nádory nervových pochev
transplacentární přenos léků	Barbituráty	
expozice org. sloučeninám	nitrosaminy, hydraziny, polycyklické uhlovodíky	

70.let minulého století některé z nich známe jako onkogeny - geny odpovědné za neoplastickou transformaci buněk (ve své fyziologické podobě se označují za protoonkogeny). Naopak onkosupresorové (nádor potlačující)



vyšetření a nálezu na očním pozadí (vstupní klinické vyšetření má význam i pro hodnocení dalšího vývoje onemocnění).

Základním požadavkem je komplexní péče o dítě s podezřením na nádorové onemocnění, tedy týmová spolupráce (onkolog, neurolog, oftalmolog, endokrinolog, psycholog, neurochirurg, patolog, event. další specialisté) s cílem kompletního vyšetření dítěte ještě před operací. Samotná diagnostika nádorových onemocnění u dětí a mladistvých probíhá lege artis v předem pevně stanoveném algoritmu a imperativně ji ovládají tři základní principy:

1. rychlost (časový faktor má u dětí mnohonásobně vyšší význam než u dospělých)
2. šetrnost (nádory dětského věku jsou podstatně křehčí a snadno traumatizovatelné - nebezpečí diseminace nádorových buněk mechanickým působením je větší)
3. cílenost (vyšetření zbytečná, prováděná z alibismu nebo z rozpaků, jsou nesmyslnou zátěží psychickou, časovou i ekonomickou)

S každým patologickým ložiskem v mozku nebo míše je nutné zacházet jako se zhoubným nádorem a pacienta neprodleně, bez dalšího vyšetřování odeslat na specializované pracoviště dětské onkologie!

■ Příznaky:

Projevy nádorů CNS jsou závislé více na jejich lokalizaci než na histologickém typu, dále na věku a stupni vývoje dítěte. Klinický obraz nádoru CNS vzniká dvojím způsobem - přímou infiltrací mozkových nebo míšních struktur nebo - a to častěji - zvýšením intrakraniálního tlaku (nitrolební objem je konstantní, proto jakákoli expanze nutně vyvolá hypertenzi). Na druhé straně má mozek překvapivou toleranci ke kompresi a infiltrativním efektům mozkového nádoru - počáteční symptomatologie může být chudá - jen vzácně je prvním příznakem mozkového nádoru porucha vědomí až koma, způsobené hernií mozečkových

tonzil. Postupem času se ale dají téměř vždy projevit typické symptomy:

1. nitrolební hypertenze
2. příznaky neurologické
3. poruchy zraku
4. endokrinologické abnormality vč. poruch růstu či pohlavního vývoje
5. psychické změny - poruchy chování (dráždivost nebo naopak letargie), osobnosti, zhoršení školního výkonu

Rozlišujeme dva typy příznaků mozkového nádoru:

A. celkové, vyplývající z generalizovaného efektu zvýšeného intrakraniálního tlaku nádorovou masou nebo mozkovým edémem (vasogenním nebo obstrukčním):

- bolest hlavy - obvykle charakterizovaná jako "tlaková", bývá proměnlivé intenzity, typicky generalizovaná, nebo lokalizovaná retroorbitálně, často výraznější ráno, zhoršující se Valsalvovými manévry. Je způsobena drážděním na bolest citlivých struktur

BŘÍŠKO UŽ MĚ NEBOLÍ



Kása proti průjmům s mrkví

Kása sladké sny s lipovým květem

Kása proti zácpě se švestkami

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

www.kojeneckavyziva.cz
Infolinka: 800 135 135



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



(dura mater a krevní cévy)

- zvracení - ranní, často bez nauzey, "projektilové", zvláště u malých dětí
- poruchy vidění - rozmazané vidění, výpadky zorného pole a edém papily jsou důsledkem působení zvýšeného nitrolebního tlaku na optický nerv
- u malých dětí může zvýšený intrakraniální tlak způsobit rozestup lebečních švů a zvětšování obvodu hlavy - makrocefalii

B. stranově specifické fokální příznaky způsobené dysfunkcí příslušného okrsku mozkové tkáně. Topická neurologická symptomatologie (postupná a progredující ztráta neurologické funkce) závisí na lokalizaci léze a již podle klinického neurologického obrazu lze vyslovit podezření na lokalizaci nádoru.

- léze postihující motorickou kůru způsobují kontralaterální hemiparézy
- postižení sensorické kůry poškodí jednu nebo více sensorických funkcí
- poruchy kognitivních funkcí - iritabilita, poruchy paměti, myšlení, osobnosti, řeči a vyjadřování, demence jsou typické pro poškození frontálních a temporálních laloků
- ložiska v okcipitálních lalocích způsobí kontralaterální homonymní hemianopsii
- nádory zadní jámy lební se manifestují mozečkovou symptomatologií: ipsilaterálními poruchami koordinace (mozečkové hemisféry) a ataxií (vermis)
- patologie v oblasti hypothalamu a gl. pituitaris způsobí nejrůznější endokrinní abnormality (diabetes insipidus, pubertas praecox, poruchy růstu ...). Za zmínku stojí diencefalický syndrom, vyskytující se u dětí ve věku 6 měsíců - 3 let a projevující se neprospíváním, progresivním úbytkem na váze, úbytkem podkožního tuku navzdory dostatečnému kalorickému přísunu a atrofií n.opticus vedoucí ke slepotě.
- zasažení hlavových nervů se projeví poruchou funkce příslušného nervu: léze na basi frontálního laloku - anosmií (n.I), paraselární ložiska (n.II) změnami vizu. Kompresí optického nervu způsobí ztrátu vizu na příslušném oku, kdežto pro chiasmatické léze je typická bitemporální hemianopsie. Nádor v oblasti kaverosního sinu se může projevit obrnou hlavových nervů touto oblastí procházejících (nn. III, IV, V, VI). Lokalizace nádoru v zadní jámě lební se může projevit ztrnutým výrazem až obrnou obličeje (n. V, VII), poruchami sluchu (n.VIII) a poruchami polykání (nn. IX, X).

- parciální nebo generalizované záchvaty - jejich vznik je většinou v souvislosti s jakoukoli dlouhodobou kompresí, drážděním mozkové tkáně, lokální elektrochemickou nestabilitou (záchvaty nalezneme v anamnéze 50% pacientů s gliomy). Varovným znamením je změna charakteru záchvatu, objevení se status epilepticus, vznik resistance na antiepileptika, přidružení se ložiskových příznaků.

Téměř 15% primárních nádorů CNS má v okamžiku stanovení diagnózy metastatická ložiska. Ta mohou být asymptomatická, ale také mohou svými příznaky překrýt symptomatologii primárního nádoru. Například postižení míchy a kaudy equiny se projeví bolestmi zad, kořenovými syndromy, poruchami vyprazdňování moče a/nebo stolice, slabostí nebo poruchami hybnosti končetin apod. Proto je v době stanovení diagnózy nezbytné pátrat i po případné disseminaci onemocnění (medulloblastom, germinální nádory, ependymomy, gliomy vysokého stupně malignity).

■ Anamnéza:

Některé vrozené hereditární a získané stavy a syndromy jsou velmi často sdruženy s nádory. U jejich nositelů je nezbytné pátrat po existenci případného nádorového onemocnění. Hledáme rizikové faktory vzniku nádorů - vnitřní (vlivy dědičnosti, rasy, pohlaví a věku), zevní (vlivy prostředí - fyzikální, chemické i infekční). Zevní faktory se podílejí na vzniku zhoubných nádorů u dětí v menší míře než u dospělých. Přes řadu stále přibývajících poznatků analytické epidemiologie i ostatních disciplin teoretické i klinické onkologie však zůstává příčina většiny nádorů neznámá.

■ Fyzikální vyšetření:

Základem diagnostiky je pečlivé fyzikální vyšetření celého, tedy svlečeného pacienta. Získané údaje a objektivní fyzikální nález s přesným popisem včetně explicitně vyjádřené velikosti umožňují indikovat další vyšetření. Při evidentním patologickém nálezu (hmatná rezistence, protruze bulbů, příznaky nitrolební hypertenze aj.), který evokuje v diferenciálně - diagnostické úvaze podezření na nádorové onemocnění, má být pacient neprodleně, a to bez dalších vyšetření poslán na specializované pracoviště dětské onkologie. Není-li situace jasná, je vhodné doplnit základní klinické vyšetření nejjednoduššími metodami laboratorními a zobrazovacími. Jejich výsledky většinou stačí ke stanovení rámcové diagnózy nádorové choroby nebo alespoň k zesílení

podezření na ně.

Smyslem a cílem vyšetření prováděných specializovaným pracovištěm je:

1. potvrzení/vyloučení nádorového onemocnění
2. identifikace histopatologického typu nádoru
3. stanovení klinického stadia onemocnění
4. určení biologických vlastností nádoru.
5. definování prognostických faktorů a míry rizika onemocnění vzhledem k plánované léčbě.

■ Konsiliární vyšetření:

Neurologické a neurofyziologické, oftalmologické (nejen oční pozadí, ale i vizus, barvocit a zraková pole), endokrinologické vč. antropometrického (optimálně před podáním kortikoidů) a psychologické, vč. hodnocení kvality života.

■ Zobrazovací metody

V současné době je díky bouřlivému rozvoji k dispozici celé spektrum moderních diagnostických zobrazovacích metod. Jejich výsledky by měly být vždy hodnoceny odborníky specializovanými na dětský věk se zkušenostmi v diagnostice nádorových onemocnění dětí. Úlohou klinika je, aby tato vyšetření správně indikoval, volil jejich náležitě pořadí a dovedl jejich výsledky patřičně interpretovat. Úkolem zobrazovacích vyšetření CNS je:

1. určit lokalizaci a místo, odkud vychází primární nádor
2. stanovit velikost a vztah k okolním strukturám
3. detekovat metastatická ložiska (klinické stadium onemocnění).
4. určit funkční stav orgánů významných pro bezpečné podávání protinádorové léčby.
5. monitorovat průběh onemocnění, úspěšnost léčby a její komplikace (k posouzení rozsahu operace slouží volumetrické programy, které přesně procentuálně stanoví odstraněnou část nádoru).

■ Rentgenografie (RTG):

Prostý rentgenový snímek potvrdí osteolytické změny kosti, ozřejmí rozestup lebečních švů při hydrocefalu u malých dětí. Ostatní rentgenová vyšetření s použitím kontrastního zobrazení jsou v současné době plně nahrazeny dokonalejšími zobrazovacími technikami (MRI, CT).

■ Ultrasonografie (UZ, sono):

Ultrazvukové vyšetření představuje moder-

ní neinvazivní diagnostickou metodu bez rizika poškození ionizujícím zářením, bez aplikace kontrastní látky. Transkraniální ultrazvukové vyšetření je metodou první volby při zobrazení mozku u dětí s dosud neuzavřenou fontanelou. Zobrazí patologické ložisko, šíří komorového systému, potvrdí nebo vyloučí krvácení.

Počítačová tomografie (CT):

V diagnostice intrakraniálních lézí nahradilo CT dříve používané náročné nepřímé zobrazovací metody - pneumoencefalografii, perimyelografii, mozkovou angiografii a další. CT jasně zobrazí intrakraniální ložiska v transversálních řezech, u nádorů destruuujících přilehlou kost dobře posoudí rozsah mimokostní měkkotkáňové složky. Kvalitní a maximálně výtěžné CT vyšetření musí vždy hodnotit nativní i postkontrastní obraz vyšetřované oblasti - je třeba ale mít na paměti, že zhruba 5% intrakraniálních lézí je i po podání kontrastní látky izodenzních - **negativní CT tedy nevylučuje přítomnost mozkového nádoru**). **Při podezření na nádor mozku je metodou první volby nukleární magnetická rezonance! Nevýhodou CT vyšetření je radiační zátěž, riziko alergické reakce při podání kontrastní látky a u nespolupracujících dětí nutnost celkové anestezie.**

(Angiografie):

Invazivní metoda dnes již v rutinní diagnostice neužívaná. Zavedení UZ, CT, MRI ji odsunulo zcela do pozadí - v současné době je indikována pouze ojediněle v případě odhadu operačního rizika.

Nukleární magnetická rezonance (MRI):

MRI je moderní diagnostická metoda, schopná bez radiační zátěže téměř dokonalého anatomického zobrazení nejen v transversální, ale i frontální a sagitální rovině. Je metodou první volby v zobrazení nádorů mozku, míchy, mozkových plen (s použitím paramagnetické kontrastní látky - gadolinia). MRI angiografie nahrazuje v současné době čím dál více klasickou mozkovou angiografii, MRI spektroskopie může ozřejmením spektra aminokyselin v hodnoceném ložisku napovědět jeho etiologii, event. u nádorů jeho grade. Nevýhodou je dlouhé trvání vyšetření, riziko alergické reakce při podání kontrastní látky a u malých nebo nespolupracujících dětí nutnost celkové anestezie přístrojem umožňujícím anestezii v magnetickém poli.

Scintigrafie:

Pozitronová emisní tomografie (PET) je jednou ze scintigrafických metod využívající radioaktivně značené glukózy (^{18}F FDG) k nespécifické detekci metabolické aktivity ve vyšetřované oblasti. Může napomoci odhadnout stupeň zralosti (grade) inoperabilních mozkových nádorů.

Další z radioizotopových vyšetření - scintigrafie skeletu (^{99}Tc), informuje o nespécifické metabolické aktivitě kostí. U nádorů CNS bychom ji indikovali ve vzácných případech k detekci kostních metastáz.

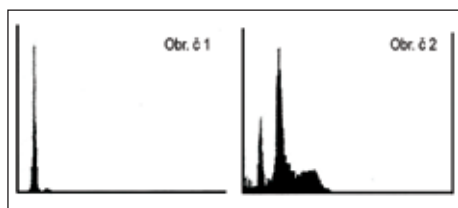
Radioizotop (DTPA) umožňuje zhodnotit funkci ledvin před zahájením, v průběhu a po ukončení protinádorové léčby.

Nevýhodou těchto vyšetřovacích metod je podání radioaktivního izotopu, u malých nebo nespolupracujících dětí nutnost vyšetření v celkové anestézii.

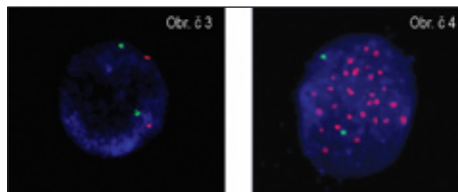
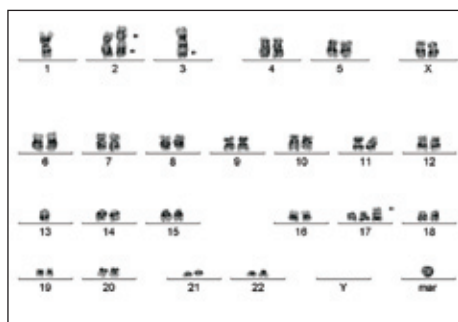
■ Laboratorní vyšetření:

A. vyšetření periferní krve (sedimentace, krevní obraz a bioche-

Hipp - mléčné kaše



Obr. č. 1: DNA diploidie, Obr. č. 2: DNA aneuploidie

Obr. č. 3: 2 kopie N-myc onkogenu
Obr. č. 4: více než 10 kopií - amplifikace N-myc onkogenu

Obr. č. 5: klasické proužkování

mické vyšetření) nemá při diagnostice nádorů mozku zvláštní přínos. Při podezření na nádor germinálního původu - zejména u středočárových expanzí v sellární nebo suprasellární oblasti stanovujeme v periferní krvi specifické nádorové markery - alfa-fetoprotein (AFP), beta podjednotku lidského choriového gonadotropinu (beta-hCG), případně placentární alkalickou fosfatázu (PLAP)

B. vyšetření mozkomíšního moku (před operací):

1) kvantitativní i kvalitativní cytologické vyšetření u všech nádorů, které mají schopnost vytvářet implantační metastázy. Negativní cytologický nález však neznamená jednoznačnou nepřítomnost metastáz (50% nemocných s prokázanými implantačními metastázami na MRI má negativní cytologické vyšetření MMM)

2) biochemické vyšetření (glukóza, chloridy, bílkovina) a stanovení nádorových markerů (AFP, beta-hCG a PLAP).

C. V dnešní době se nelze spokojit „jen“ s přesnou histopatologickou diagnózou.

Naprosto nutné je podrobné a úplné vyšetření nádorové tkáně s cílem stanovení všech dostupných biologických znaků příslušného typu nádoru, příznivých či nepříznivých prognostických znaků a z toho plynoucího stupně agresivity nádoru a výše rizika nádorového onemocnění. Všechny tyto informace jsou naprosto nezbytnou a nenahraditelnou součástí rozhodování o způsobu a míře intenzity protinádorové léčby. Proto by měl být operační výkon prováděn na specializovaném centrálním pracovišti vybaveném všemi příslušnými odborníky (patolog erudovaný v dětské nádorové patologii je neoddiskovatelnou samozřejmostí, cytogenetik, molekulární biolog) a kompletním laboratorním zázemím. Jen tak je možné zajistit komplexní vyšetření nezhodnocené (vitální, sterilní) nádorové tkáně. Je-li nádor fixován formaldehydem, je tkáň pro všechna následující vyšetření nenávratně ztracena a pacient je poškozen nemožností stanovit optimální způsob a intenzitu léčby. Základními metodami, které jsou nezbytné k „lege artis“ vyšetření nádorové tkáně jsou:

1) histologie + elektronová mikroskopie + imunohistochemie

2) průtoková cytometrie - laboratorní metoda, umožňující měření řady chemických a fyzikálních vlastností současně na velkém množství částic (v buněčných suspenzích):

- imunofenotypizace (detekce povrchových lymfocytárních antigenů) lymfomů
- stanovení obsahu DNA (DNA index) v nádorových buňkách (obrázek 1, 2)
- průkaz nádorových buněk v mozkomíšním moku

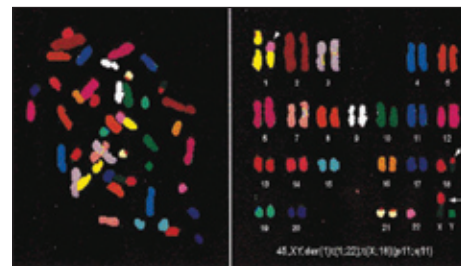
3) molekulární biologie

- fluorescenční in situ hybridizace (FISH) - metoda potvrzující předpokládanou (známou) chromozomální aberaci vazbou specifické, fluorescenčně značené DNA sondy ke komplementární části chromozomu v jádře nativní nádorové buňky. Je použitelná k identifikaci zlomových míst u translokací, delecí a inverzí, k určení změn struktury nebo počtu chromozómů; ke studiu chromozomálního vybavení buněk v metafázi a interfázi; k upřesnění lokalizace genů na chromozómech; k potvrzení amplifikace konkrétního genu (obrázek 3, 4) nebo k detekci minimální reziduální nemoci či časného relapsu.

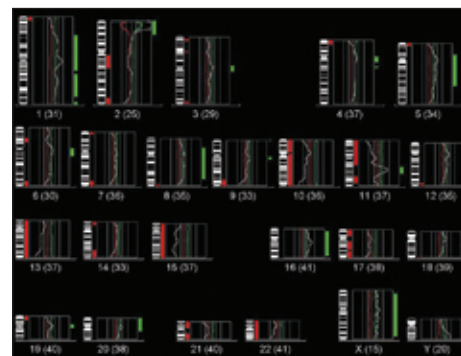
■ polymerázová řetězová reakce (PCR), polymerázová řetězová reakce v reálném čase (RT-PCR) - metody, založené na detekci hle-

daného segmentu DNA jeho mnohonásobným pomnožením a vizualizací elektroforézou. Jsou využívány ke stanovení specifických chromozomálních změn - translokací, mutací, expresí genů, amplifikace onkogenů (N-myc, c-myc).

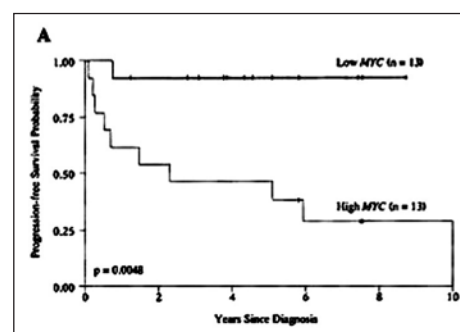
4) cytogenetika + molekulární genetika - metody průkazu chromozomálních změn přímou vizualizací chromozómů v průběhu mitózy se v poslední době stále více stávají užitečnými pro stanovení správné diagnózy u tzv. solidních nádorů. Vyšetřením karyotypu nádorových buněk se potvrdilo, že proces nádorového bujení je často spojen se vznikem nenáhodných chromozomálních změn. Mezi tyto změny patří změny počtu (ploidie) a změny struktury (translokace, duplikace, delece, inverze, inserce). Za nejvýznamnější považujeme translokace - za prvé představují specifický marker nádorových buněk s diagnostickým i prognos-



Obr. č. 6: spektrální karyotypování



Obr. č. 7: komparativní genomová hybridizace



Obr. č. 8: graf přežití podle stavu N-myc onkogenu

tickým významem a za druhé v místě zlomů na chromozómech se většinou mění struktura nebo exprese genů včetně onkogenů, tumorsupresorových genů či genů regulujících programovanou buněčnou smrt (apoptózu). Molekulární analýza těchto změn na úrovni DNA umožňuje lepší pochopení procesu kancerogeneze a může být východiskem pro volbu specifické terapie s cílem navrátit tyto změny do normálu. Způsobů, jak chromozomální aberace odhalit, je dnes již několik – klasické karyotypování s průzkováním (obrázek 5), spektrální karyotypování (SKY, barevná vizualizace současně všech chromozomálních aberací v karyotypu přítomných, obrázek 6) nebo komparativní genomová hybridizace (CGH, porovnání zdravé a nádorové DNA s vizualizací chybějících nebo nadbytečných úseků, obrázek 7). Často jsou již v okamžiku stanovení diagnózy změny tak komplexní, že nejsou obrazem změn primárních, ale svědčí spíše o nádorové progresi.

Cytogenetické vyšetření:

- rozezná nádorový proces od nenádorového (i cytologie občas selhává)
- odliší maligní nádor od benigního
- nález specifické změny může potvrdit diagnózu nebo ji nečekaně pozměnit

Chromozomální vyšetření patří metodicky a technicky k nejobtížnějším. Je nezbytné bezprostřední, téměř okamžité zpracování nativní (nefixované), sterilně odebrané a ve sterilním médiu co nejkratší dobu uchované nádorové tkáně (zcela zásadní je velmi úzká spolupráce cytogenetika, resp. onkologa s neurochirurgem a sálovým personálem). I samotné cytogenetické techniky kultivace buněk z nádorové tkáně nebo mozkomíšního moku jsou velmi náročné na zkušenost a zručnost erudovaných laborantů.

Jako prognosticky velmi významná se jeví amplifikace onkogenu C-myc (u PNETů a meduloblastomů je významným negativním prognostickým faktorem), amplifikace onkogenu N-myc (u nádorů CNS vzácná, ale pokud je přítomna, je spojena s velmi špatnou prognózou, obrázek 8), DNA analýza – aneuploidie (jiný než diploidní obsah DNA) je známkou horší prognózy stejně jako delece genu p53 (současně se zvýšenou expresí PDGF). U nádorů typu PNET, meduloblastomu a gliálních nádorů lze prokázat navíc delecí krátkého raménka 17. chromozomu a některé další, méně časté abnormality.

Celý proces, směřující k diagnóze nádorového onemocnění u dítěte (a v případě centrálního nervového systému – díky jeho hierarchickému postavení v organismu zvláště) musí být motivován nejen snahou o rychlé vyloučení nebo potvrzení nádorového procesu, ale dnes, ve 21. století – chceme-li postupovat *lege artis* – je nezbytné zajistit, kromě exaktního určení histopatologického typu nádoru, a také určit jeho biologické vlastnosti, stanovit (pokud jsou známy) nebo pokusit se odhadnout prognostické faktory a spolu s detailním zhodnocením klinického stádia definovat stupeň rizika nádorového onemocnění. Teprve na základě všech těchto informací může dětský onkolog spolehlivě určit typ a intenzitu protinádorové léčby. Takový postup je možný jen při zachování principu centralizace dětských pacientů na pracovištích, která jediná jsou schopna zajistit komplexní týmovou diagnostickou a léčebnou péči.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MZO 00064203/6712.



Hipp - kosmetika



Diagnostika a léčba nádorů v zadní jámě lební

Schwab J.¹, Kynčl M.³, Cháňová M.², Tichý M.¹

¹ Oddělení neurochirurgie FN Motol a UK 2. LF, ² Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2. LF

³ Klinika zobrazovacích metod UK 2. LF

Tumory mozku v dětském věku jsou hlavní příčinou morbidity a mortality u onkologických pediatrických pacientů, s výskytem 2,5 - 4 případů na 100.000 dětí ročně, a odlišují se od primárních nádorů CNS dospělých četností výskytu, histologickou prezentací, místem původu, a reaktivitou na terapii. Incidence primárních tumorů CNS u dětí vzrostla za posledních 20 let o 35%, a tudíž nastolila obavy z možné příčinné souvislosti nárůstu s vlivem zhoršujícího se životního prostředí. Navzdory četným epidemiologickým studiím, které zahrnovaly i posouzení druhu zaměstnání rodičů, jiné vlivy okolí a výživu matek během těhotenství včetně prenatálního užívání vitamínových suplement, přímá souvislost mezi těmito faktory a vývojem mozkových nádorů u dětí nebyla prokázána. Dokumentované zvýšení incidence je ke všemu některými autory pokládáno pouze za důsledek zlepšení diagnostiky díky široké dostupnosti vyšetření magnetickou rezonancí od první poloviny 80. let minulého století.

Léčebná strategie o tyto pacienty musí v úvaze zahrnovat nejen typ tumoru, ale také věk pacienta a pravděpodobnost poškození nervového systému způsobeného léčbou. Se současnými možnostmi léčby může být efektivně léčena většina pacientů starších 3 let. Chemoterapie získává stále důležitější úlohu v léčbě dětských medulloblastomů, nízkostupňových gliomů. Některé typy tumorů, zejména atypické teratoidní tumory, gliomy kmene, maligní gliomy a tumory z embryogenních tkání zůstávají závažnými terapeutickými problémy.

Léčba dětských mozkových nádorů je komplikována relativní zřídkaostí jakéhokoliv specifického subtypu dětských mozkových nádorů. Prospektivní randomizované studie lze jen obtížně kompletně provádět u všech typů primárních malignit centrálního nervového systému. Dalším zpomalujícím procesem v managementu dětských mozkových nádorů je nedostatek znalostí základních biologických charakteristik mnoha těchto tumorů, zvláště pak embryonálních. Vědomosti v této

oblasti zaostávají za biologickými poznatky u jiných dětských malignit, jako jsou onemocnění hemopoetického systému či neuroblastomy, či dokonce maligních gliomů dospělého věku. Navzdory těmto překážkám se dosáhlo pokroku v péči o dětské pacienty s mozkovými nádory, s měnící se diagnostickou i léčebnou strategií v posledních dvou desetiletích. Podle lokalizace ve vztahu k anatomickým strukturám zadní jámy dělíme expanze v této oblasti na:

Intraaxiální (mozeček, mozkový kmen): tvoří 54-60% mozkových nádorů dětského věku, s největším podílem astrogliálních tumorů. 4 typy tvoří 95% infratentor. tumorů u pacientů do 18 let věku, 3 typy jsou zastoupeny přibližně stejným podílem: PNET vč. medulloblastomu 27% (nejčastěji rostoucí ze stropu IV.komory), astrocytom 27%, gliomy kmene 28%. Následují ependymom, papilom choroid. plexu, a MTS postižení (neuroblastom, rhabdomyosarkom, Wilmsův tumor).

Extraaxiální (léze mostomozečkového koutu): dermoid/epidermoid, MTS, arach. cysta, aneurysma, extenze tumorů z okolí (kmen - gliom, hypofýza - adenom, kraniofaryngom, chordom, tumor IV. komory - ependymom, medulloblastom), papilom choroidálního plexu, glomus jugulare tumor, primární tumor tempor. kosti, schwannom akustiku, meningeom, schwannom jiného nervu (n.trigeminus, n.IX.-XII).

■ Symptomatika

Určujícími faktory pro symptomatiku nádorů CNS jsou: *lokalizace, histologický růst, velikost a příp. sekreční aktivita* (u infratentor. nádorů zřídkaová - typická pro supraselární tumory a expanze v pineální oblasti). K symptomatice je možné zařadit i typický obraz na CT či MRI vyšetření, které by měly být indikovány co nejdříve při suspektním neurologickém nálezu.

Patofyziologie symptomů je určována jedním ze 4 mechanismů či jejich kombinací. Těmito mechanismy jsou: *invaze, komprese, obstrukce cirkulace likvoru a herniace.*

Invaze a komprese působí příznaky ložiskového postižení mozku, typické pro postiženou oblast. *Obstrukce toku likvoru a herniace* způsobují převážně generalizované příznaky, jakými jsou cefalea a porucha vědomí. Když objemná expanze způsobí herniaci mozkové tkáně skrze přirozené anatomické překážky, příznaky mohou být odvozeny od částí mozku vzdálených od zdroje expanze, tudíž se jedná o tzv. falešně lokalizující příznaky. U expanzí v zadní jámě může docházet k herniacím jak skrze tentorium, tak foramen occipitale magnum. Herniace mozečkových tonzil skrze foramen magnum s následnou kompresí dolního kmene může způsobit respirační selhání, obstrukce akveduktu resp. IV. komory mají za následek obstrukční hydrocefalus s jeho typickými projevy.

Na základě patofyziologických mechanismů lze neurologické příznaky rozdělit do tří kategorií:

- a) generalizované příznaky** - zapříčiněné zvýšeným nitrolebním tlakem
- b) fokální příznaky** - způsobované invazí, ischemií a kompresí (i při relativně malých lezích v neurologicky důležitých oblastech resp. limitovaném prostoru - mozkový kmen, mostomozečkový kout)
- c) falešně lokalizující příznaky** - způsobené shiftem/herniací mozkových struktur (typické pro velké expanze)

Většina expanzí v zadní jámě se projevuje příznaky zvýšeného nitrolebního tlaku z důvodu hydrocefalu. Mezi tyto **generalizované příznaky** patří:

1. cefalea - první příznak u cca 30-40 % pacientů s tumorem mozku - vzniká stimulací struktur citlivých na bolest /dura v těsném okolí meningeálních arterií a durálních sinů na konvexitě, dura na bazi přední jámy, horní povrch tentoria, sinus rectus a transversus, zadní část sinus sagittalis superior a inferior - aferentní sensorická inervační oblast I. větve n. trigeminus - z toho vyplývající projekce bolesti u supratentoriálních expanzí do oka a frontální oblasti; u infratentoriálních expanzí jsou tkáně zásobené větvemi dolních mozkových a horních cervikálních nervů s projekcí



bolesti do okcipitální oblasti, bolest frontální oblasti vzniká sekundárně při obstrukčním hydrocefalu.

Mechanismy vzniku bolesti: trakce za venosní sinusy či jejich přítoky, trakce meningeálních arterií, trakce velkých arterií na basi lební, tlak na kranální a cervikální struktury citlivé na bolest, dilatace intrakraniálních arterií, zánětlivé změny na bolest citlivých struktur.

Z výše uvedeného vyplývá, že lokalizace bolesti je spolehlivým indikátorem lateralit, ale neurčuje přesnou lokalizaci léze. Intenzita bolesti stoupá s progresí zákl. onemocnění, může být stálá či pulsující, typicky se zvyrazňuje při zvýšení nitrolebního tlaku (kašel, kýčání, předklon, otřesy). Vzhledem k tomu, že bolesti hlavy jsou častým projevem jiných obtíží (bez souvislosti s nádory mozku), tyto pacienti vyžadují pozorný přístup ze strany lékaře prvního kontaktu. Vzhledem k tomu, že u většiny pacientů s bolestí hlavy v důsledku mozkového nádoru jsou přítomny i další neurologické příznaky (změny v paměti, osobnosti, chování, sensorické či motorické abnormality), které si pacient neuvědomuje, tvoří důkladné neurologické vyšetření nedílnou součást diagnostického procesu.

2. zvracení – z důvodu nitrolební hypertenze nebo přímým tlakem na ncl. n.vagus resp. area postrema ve spodině IV. komory ("centrum zvracení"). Objevuje se obvykle po probuzení, popisováno jako „projektilové“ či „explozivní“ – obzvlášť časté u dětí s medulloblastomem, ependymomem IV. komory a jinými expanzemi v zadní jámě, z dalších u expanzí v oblasti insuly. Zvracení obvykle následuje okamžitě po akutní atace cefaley (na rozdíl od migrény s prolongovanou bolestí hlavy následovanou po několika hodinách zvracením) - v případě nitrolební hypertenze, případně bez předchozí cefaley – přímým tlakem tumoru na centrum zvracení

3. edém papil n.II (přítomen v50-90% případů) - při obstrukč. hydrocefalu z neprůchodnosti akveduktu IV. komory - vyšetření má výpovědní hodnotu pouze v případě že není přítomna atrofie papil, v opačném případě může být nález falešně negativní. Edém papil se může projevit centrálním výpadkem na perimetru v důsledku zvětšení slepé skvrny edematózní papilou (pacient tuto změnu neregistruje); častějšími projevy jsou transientní epizody zrakových poruch od vyšednutí zorného pole až po téměř slepotu (většinou reverzibilní).

4. vertigo/nausea – u pacientů s ves-

tibulárním schwannomem - mírnější, s tumorem kmene a mozečku - výraznější, torpidní. Lehké vertigo může být způsobené zvýšeným nitrolebním tlakem a z něj plynoucím snížením průtoku mozku s výslední lehkou mozkovou hypoxií

5. diplopie (způsobená parézou n. VI při zvýšeném ICP dokonce i při absenci přímého útlaku nervu - z důvodu dlouhého intrakran. průběhu n.VI a tím jeho vyšší citlivosti na zvýšený nitrolební tlak (možnost zavádějící lokalizace při vyšetření))

6. porucha vědomí (dekompence hydrocefalu při progredující nitrolební hypertenzi)

Fokální příznaky - typické pro jednotlivé lokalizace expanzí v rámci zadní jámy:

- epileptické záchvaty - jsou na rozdíl od supratentoriálních expanzí, kde jsou nejčastějším fokálním příznakem mozkového nádoru, přítomny jen zřídkavě

(některé expanze v kmeni).

Jiné fokální symptomy dle lokalizace léze:

- *leze vmozečkové hemisféře*: ataxie končetin, dysmetrie, intenční tremor (neocerebellární sy.)

- *leze ve vermis*: stoj o široké bazi, titubace, trupová ataxie (mimo končetin), ataktická chůze (paleocerebellární sy)

- *expanze postihující kmen (pons, medulla)*: postižení hlavových nervů a dlouhých traktů, nystagmus (obzvl. rotační a vertikální), ataxie, spasticita, sensorický deficit, svalová slabost

- *mostmozečkový kout*: ipsilaterální tinnitus, hluchota (komprese n.VIII), ipsilaterální porucha čítí na obličeji (komprese n.trigeminus), ipsilaterální porucha mimiky (komprese n. facialis), ataxie

Falešně lokalizující příznaky - způsobené shiftem/herniací mozkových struktur (typické pro velké expanze). Mezi tyto patří:



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

pořádá

HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE

pro lékaře, farmaceuty a veterináře

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

Výuka probíhá ve 20 zemích světa.

„Základy homeopatické terapie“ – PRAHA, BRNO

6 víkendů – od října 2007 do května 2008

Příspěvek účastníka: 4.500 Kč / rok

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

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

CEDH, Pobřežní 3, 186 00 Praha 8

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

cedh@centrum.cz

25% pacientů* v ČR se již nyní léčí homeopaticky

**výzkum projektu GFK z 12/2003*



tab. č. 1

MRI charakteristika vybraných nádorů CNS			
	T2	T1	Gd-sycení
Low-grade gliom	hyperintenzní	hypointenzní	ano/ne, ostrůvkovité
High-grade gliom	hyperintenzní	hypointenzní	ano, nepravidelné, periferní
Primární lymfom CNS	hyperintenzní	hyperintenzní	ano, homogenní, densní
Metastáza	variabilní	smíšený	ano, prstencovité
Meningeom	isointenzní až hypointenzní	isointenzní až hyperintenzní	ano

Diplopie – odsunutím či kompresí n.abducens na bazi mozku, resp. ischemie nervu při zvýšeném nitrolebním tlaku pro jeho dlouhý intrakran. průběh – projevuje se horizontální diplopií při pohledu do stran; paréza může být unilaterální nebo bilaterální. Dalším postiženým nervem může být n.III při unkální transtentoriální herniaci – projevující se ipsilaterální mydriázou následovanou vertikální a horizontální diplopií a někdy ptózou víčka; může se projevit i při zachovaném plném vědomí pacienta

Hemianopsie až kortikální slepota – transtentoriální herniací s kompresí a. cerebri posterior

Tinnitus – při zvýšeném nitrolebním tlaku turbulentní tok skrze sinus transversus poblíž středouší (venózní hučení) - zvýšení nitrolebního tlaku (Valsalva, komprese v.jugularis na krku) způsobí změnu či vymizení tinitu

Ostatní falešně lokalizující příznaky (u supratentoriálních lézí): ipsilaterální hemiparéza – při laterálním shiftu mozkového kmene s kompresí kontralaterálního cerebrálního pedunklu proti tentoriu – může být samostatně příp. bilaterální (kvadruparéza). Anosmie – komprese n.olfactorius naléhajícím frontálním lalokem. Kortikální slepota a prosopagnosie – z komprese a. cerebri posterior při transtentoriální herniaci.

■ Léčba přidruženého hydrocefalu

V případě, že je při diagnostikované expanzi v ZJ přítomen i hydrocefalus, je vhodné zavedení zevní komorové drenáže před začátkem operace (v případě dekompenzovaného hydrocefalu urgentní zevní drenáž s následným elektivním výkonem v plánovaném termínu). Zavedení definitivního VP shuntu před operací doporučovaného některými autory

nelze doporučit vzhledem k možným komplikacím (infekce shuntu, obstrukce shuntu krev. koagulem či tkáňovým detritem, nepotřebnost shuntu při obnovení pasáže moku po resekcii tumoru, možnost intraperiton. metastáz (zřídka), retrogradní transtentoriální herniace při nadměrné evakuaci likvoru).

Akceptovatelné jsou obě možnosti operace (zevní ventrikulostomie s odloženou elektivní operací tumoru či urgentní odstranění tumoru s/bez ventrikulostomie (při rychlé neurologické deterioraci)). Optimální se jeví ventrikulostomie na začátku operace, která umožňuje bezpečnější durotomii při vyrovnání supra- a infratentoriálního tlaku. Snaha je pooperačně postupně zvyšovat přepad drenáže z původních 10 cm nad zevním zvukovodem až po její uzavření resp. zrušení při dobré klinické toleranci uzavřené drenáže.

■ Laboratorní diagnostika - zobrazovací metody

MRI (magnetic resonance imaging) – nativní a s i.v. podáním kontrastní látky (gadolinium) je zlatým standardem pro zobrazování mozkových tumorů. Nabízí nejpodrobnější anatomický detail mozku a dalších intrakraniálních struktur. Nejpoužívanější modalita: T1W, T2W, FLAIR (FLuid Attenuated Inversion Recovery). Specifické signálové charakteristiky většinou umožňují radiologovi určit přibližnou histologickou diagnózu před biopsií. FLAIR sekvence umožňují zřetelné rozlišení mezi normální mozkovou tkání a tumorem či edémem a poskytují vysoký kontrastní poměr ve vztahu tumoru k pozadí, avšak neodlišují tumor od edému.

Perfuzní magnetická rezonance (perfusion MRI) – poskytuje informaci o vaskularitě tumoru a může být spolehlivým indika-

toem gradingu tumoru.

CT – je přesnější v zobrazování kalcifikací než MRI a může být užitečná v diagnostice některých typů tumorů, jako jsou meningeomy, oligodendrogliomy či kraniofaryngeomy, které mají tendenci kalcifikovat. Rovněž může být užitečné v určení rozsahu kostní destrukce či hyperostózy související s růstem tumoru. Zobrazovací modalita volby pro pacienty s kontraindikací k MRI vyšetření (kardiostimulátor, endoprotézy...).

PET – je vyšetřovací metodou nukleární medicíny, která poskytuje obrazovou informaci o meta-

bolismu tumoru. Využívá různé substance označené pozitron-emitujícím izotopem: 18-fluoro-2-deoxyglukóza (FDG), nejběžněji používaný izotop, zobrazuje metabolismus glukózy. Typický je hypermetabolismus (vysoké vychytávání FDG) u high-grade tumorů, hypometabolismus (nízké vychytávání FDG) pozorujeme u low-grade tumorů; aminokyselina 11-carbon-methionin zobrazuje metabolismus DNA; její vychytávání tumorózní tkání stoupá úměrně se stupněm malignity tumoru. PET vyšetření je klinicky užitečné v navigované stereotaktické jehlové biopsii, příp. k odlišení postradiační nekrózy od recidivy tumoru – na MRI se zobrazují stejně, ale radiační nekróza je hypometabolická a recidiva tumoru obvykle normo- resp. hypermetabolická. Bohužel tyto výsledky nejsou stoprocentně spolehlivé v interpretaci, pro možnost výskytu hypometabolických nekróz v recidivě tumoru a naopak možnost hypermetabolického obrazu při zánětlivé reakci okolní tkáně na záření. V budoucnu lze očekávat využití tohoto vyšetření k určení terapeutické odpovědi na nové typy protinádorové léčby, např. antiangiogenních látek.

SPECT (single photon emission computed tomography) – je méně technicky náročná zobrazovací metoda nukleární medicíny, dostupnější než PET. Využívá obrazu z gama-kamery a jeho počítačového zpracování, jako aktivní substance se používá technecium-99m-značený hexamethylpropylen-amin oxim (HMPAO), který je lipofilní a prochází hematoencefalickou bariérou úměrně se změnou lokální perfuze. Identifikuje high-grade tumory díky jejich zvýšenému objemu krve díky rozsáhlé neovaskularizaci. Naopak u nízkostupňových infiltrativních tumorů není identifikovatelné

Nutricia - Hami IMF



né zvýšení ve vychytávání HMPAO. SPECT lze využít k diferenciaci tumoru od radiální nekrózy, s úspěchem se používá k odlišení tumoru a infekce u HIV-pozitivních pacientů.

MRS (MR spektroskopie) - umožňuje měření biochemických spekter v požadované oblasti; typické změny můžou korelovat s histologickým typem či stupněm malignity určitého tumoru. Hlavními vyšetřovanými spektry měřeními protonovou MRS jsou N-acetyl-aspartát (NAA), fosfokreatin, kreatin, cholin obsahující složky, myoinositol, GABA, lipidy, laktát a glukóza. NAA je markerem neuronální a axonální density. Jeho přítomnost je snížena při ztrátě neuronů účinkem tumoru, ischemie, nekrózy, infekce a jiných procesů poškozujících neurony. Kreatin a fosfokreatin jsou markery energeticky-dependentních systémů a cholin signalizuje výměnu na buněčné membráně. Hladina cholinu je zvýšená metabolickým obratem buněk. Laktát je znakem anaerobního metabolismu a nelze ho naměřit v normální mozkové tkáni. Lipidy obvykle akumulují v místech nekrózy. Může být užitečná v posuzování terapeutické odpovědi na nové léčebné modalities, zvláště pak cílené molekulární léčebné postupy s cytostatickým účinkem. Vyšetření MRS je pouze doplňkové, metoda je zatím považována za experimentální.

■ MRS změny u mozkových nádorů

High-grade tumory: zvýšený poměr cholinu; NAA, snížení až absence NAA, snížení myoinositolu, přítomnost lipidů, hladina laktátu varírující

Low-grade tumory: lehké zvýšení cholinu, lehké snížení NAA, zvýšení myo-inositolu, bez lipidů

fMRI - umožňuje funkční mapování postižené oblasti mozku využitím skutečnosti, že v aktivované části mozku (řeč, motor. aktivita) dochází k zvýšení tkáňové perfuze a tím k úměrnému snížení extrakce kyslíku v aktivované oblasti. Změna v poměru oxyhemoglobin/deoxyhemoglobin má za následek zvýšenou signálovou intenzitu v MRI obraze (standard, echoplanar). S výhodou se používá při předoperačním plánování u tumorů lokalizovaných v eloventních oblastech, umožňuje definování maximální možné resekce při uchování eloventních zón mozkové tkáně.

U dětských pacientů s prokázaným tumorem v zadní jámě je vhodné před plánovanou operací provést MRI vyšetření páteře k vyloučení implantačních metastáz (pooperačně

možnost znehodnocení vyšetření přítomností arefaktů z krve v likvorových cestách).

Všechny uvedené zobrazovací metody vzhledem ke své relativní časové náročnosti, při omezené spolupráci a neklidu pacientů vě věkové skupině do cca 6 let a pacientů s kvalitativní poruchou vědomí, vyžadují k získání validních výsledků provádění vyšetření v celkové anestézii.

■ Biopické vyšetření tumoru

Definitivní histopatologická diagnóza je nevyhnutná k rozhodnutí o cílené onkologické léčbě. Jedinou výjimkou je difúzní gliom pontu, jelikož tuto diagnózu lze obvykle stanovit na základě typického MRI obrazu, a riziko neurologického poškození způsobeného biopsií převažuje nad možnou informační hodnotou biopsie.

Likvor je v některých případech zdrojem nádorových buněk vhodných k histopatologickému vyšetření ještě před plánovaným operačním výkonem. Jedná se zejména o tumory se současným leptomeningeálním rozsevem. V případě podezření na primární lymfom CNS je vyšetření likvoru přínosem díky identifikaci lymfomových buněk, které indikují potřebu biopsie mozku. Imunohistochemie B-lymfocytů je užitečná vzhledem k tomu že většina primárních lymfomů CNS jsou B-buněčné lymfomy, kdežto T-lymfocyty v likvoru obvykle souvisí se zánětlivými procesy. Extraaxiální tumory (meningeomy, schwannomy, neurofibromy) uvolňují nádorové buňky pouze v extrémně zřídka případech maligních variant těchto tumorů s leptomening. rozsevem.

Neuropatolog by měl vyšetřit všechny dodané vzorky nádorové tkáně, v indikovaném případě vyšetřit část vzorků jako zmrazené peroperačně, a co největší zbylou část ponechat k definitivnímu vyšetření. Důležité doplňující informace pro neuropatologa: věk pacienta, klinický nále, výsledek zobrazovacího vyšetření, předchozí léčba včetně předoperační embolizace, která může být důvodem fokální nekrózy tumoru. Tyto informace můžou být rozhodující pro interpretaci patologického nálezu a spolurozhodují o výběr vhodných imunohistochemických vyšetřovacích metod či jiných specializovaných vyšetření (např. elektronová mikroskopie).

Klinická korelace získaných výsledků je důležitá při interpretaci jak zobrazovacích tak histopatologických vyšetření. Žádoucí je týmové posouzení výsledků ošetřujícím lékařem společně s radiologem a neuropatologem.

■ Intraaxiální infratentoriální expanze (mozeček, mozkový kmen)

nejčastěji se vyskytující buněčné typy nádorů (s přibližně stejným zastoupením): astrocytom, PNET vč. medulloblastomu (nejčastěji rostoucí ze stropu IV.komory), gliomy kmene. Následují ependymom, papilom chroid. plexu, a MTS postižení (neuroblastom, rhabdomyosarkom, Wilmsův tumor).

■ Nádory mozečku

Nejčastějším nádorem je pilocytický astrocytom, fokální gliový nádor, který představuje 12 až 18% všech nádorů CNS a 25 až 35 % nádorů zadní jámy u dětí. Jedná se o benigní nádor WHO grade I., vyskytující se nejčastěji ve skupině dětí do 10 let. Nádor je dobře ohraničený, typickým nálezem na MRI je cystický nádor se solidním nádorovým uzlem ve stěně, může nahrazovat velkou část mozečkové hemisféry, někdy je polycystický. Po podání kontrastu se sytí solidní část nádoru, stěna cysty se sytí pouze tehdy, obsahuje-li nádorovou tkáň, častěji je ale tvořena komprimovanou gliotickou mozečkovou tkání. Solidní nádory se objevují ve vermis cerebelli, při operaci a následném histopatologickém vyšetření se prokáží drobné cysty v nádoru.

Solidně cystický nádor mozečku, vyšetření MRI v T2w a T1w v axiální a sagitální rovině (obr. 1., 2.) Enhancement solidní části nádoru, T1w s kontrastem, bez sytění stěny cysty (obr. 3)

Prognóza: Jedná se o léčebně nejpriznivější intraaxiální typ nádoru CNS v dětském věku, u více jak 90% je možná radikální resekce a vyléčení bez následné onkologické terapie. Při užití mikroskopické operační techniky, moderní anestezii a intenzivní péči je kolemoperační mortalita prakticky nulová. Morbidita závisí na extenzi nádoru, u části operovaných je přítomen trvalý neurologický deficit.

Maligní gliomy mozečku (difúzní gliové nádory) jsou vzácné, anaplastické astrocytomy tvoří pouze 3-5% a glioblastomy 1-2% diagnostikovaných tumorů. Onkologická léčba následuje i po makroskopicky radikálním odstranění, při reziduálním nádoru se průměrné přežití udává kolem 8 měsíců.

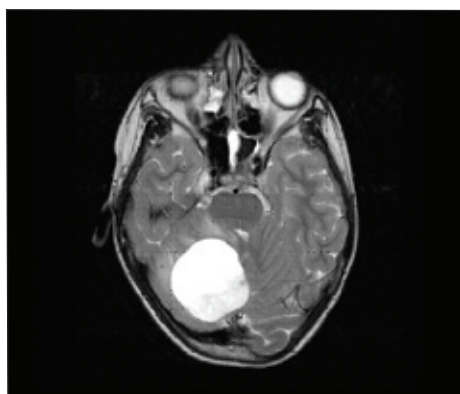
Hemangioblastom mozečku - benigní nádor WHO grading I, nejasné histogeneze, vyskytuje se jako sporadický nádor nebo v rámci vzácného autosomálně dominant-

Česká spořitelna

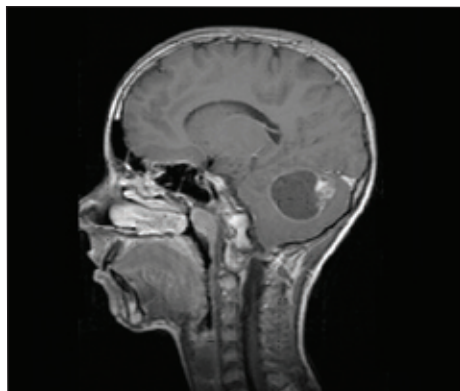


ního postižení s vysokou penetrancí – onemocnění von Hippelovo-Lindauovo (kapilární hemangiomy sítnice, cysty ledvin a pankreatu, feochromocytom, karcinom). Mozečkovou expanzi tvoří cysta s murálním nodulem, který se výrazně sytí po podání kontrastu při CT či MRI a v arteriální fázi při angiografii.

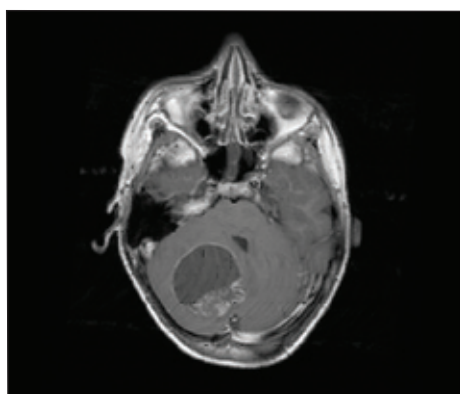
Onemocnění se častěji diagnostikuje po 20. roce věku, ale je prokázáno, že riziko výskytu je u 50% dětí postižených pacientů. Proto je nutný podrobný screening postižených rodin. Operace má minimální riziko. Odstranění kapilárního hemangiomu je prevencí eventuálního krvácení, radioterapie či radiochirurgie se doporučuje u recidiv



Obr. č. 1



Obr. č. 2



Obr. č. 3

nádoru u dospělých, nikoliv u dětí.

Ependyom je nádor vznikající z ependymálních buněk ve stěně (obvykle stropu) IV. komory, u dětí představují 2/3 všech intrakraniálních ependymomů, maximum výskytu je u dětí ve věku 5-15 let, představuje třetí nejčastější intrakraniální neoplastický proces u dětí. Histologická klasifikace odpovídá podle WHO grade II. Ačkoliv se řadí histopatologicky mezi benigní nádory, patří mezi nejobtížněji léčitelná nádorová onemocnění. Snahu o radikální resekci nádoru často doprovází významná morbidita vzhledem k extenzi nádoru a leptomeningeálnímu rozsevu. Nádor vyrůstá nejčastěji z obexu, odliškovitě vyplňuje dilatovanou IV. komoru, šíří se do laterálních recesů, často prorůstá do mostomozečkového úhlu a obrůstá kraniiální nervy.

Ependyom IV. komory, MRI v T1 váženém obraze, po podání kontrastu enhancující nádor IV. komory zasahující do úrovně týlního otvoru, zatím bez hydrocefalu (obr. 4 - 6):

Prognosticky nejvýznamnějším faktorem je radikalita operačního výkonu, nejnovější studie ukazují na význam cytogenetických nálezů. U dětí do třech let věku v prognosticky horší skupině se indikuje chemoterapie, doplněná radioterapií po dosažení tří let. Pětiletý relaps se udává v rozmezí 36 až 50% s nejpozdějším relapsem po 8 letech.

Indikuje se pravidelné sledování magnetickou rezonancí, která umožní časný záchyt klinicky asymptomatické recidivy.

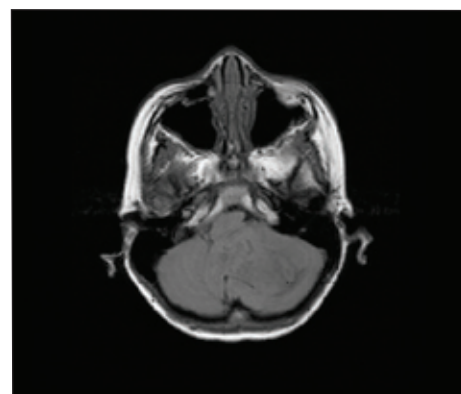
Anaplastický ependyom či maligní ependyom WHO grade III. (nutné odlišit od ependyoblastomu patřícího mezi embryonální nádory) tvoří pouze 7% ependymomů. Jeho růst je rychlejší, histopatologický nález prokazuje zvýšenou buněčnost a cévní proliferaci a mitotickou aktivitu.

Biologické chování ependymomů je nepředvídatelné – jak anaplastické, tak i diferencované histologické typy mohou klinicky vystupovat jako maligní. Primární léčbou těchto tumorů je chirurgická léčba, a radikální resekce může být kurativní. U maligních forem, či recidivujících tumorů po chirurgické léčbě je většinou indikována radioterapie. Role chemoterapie je v léčbě těchto nádorů jen obtížně definovaná. Má pouze omezený účinek a podává se v případě selhání chirurgické a radioterapeutické léčby.

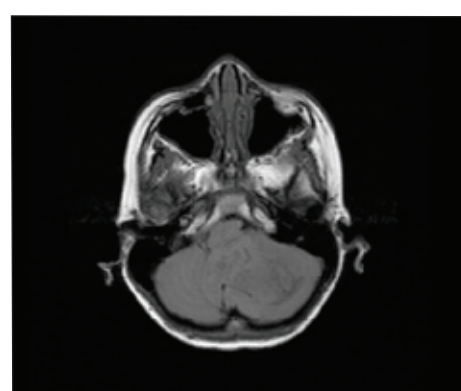
Meduloblastom - WHO grade IV. - je vysoce maligní, invazivně rostoucí embryonální nádor

v dětském věku, s incidencí 0,5 na 100 000 dětí do 15 let věku, s maximálním výskytem kolem sedmi let. Je nejčastějším maligním solidním nádorem u dětí a představuje až 30% expanzivních procesů v oblasti zadní jámy lebny a až 10 % solidních nádorů CNS u dětí. Vyskytuje se častěji u chlapců v poměru 2:1, typický věk pacienta je od 5 do 8 let.

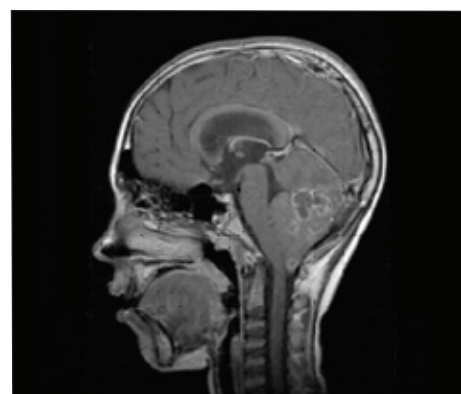
80% meduloblastomů se diagnostikuje do 15 let věku. Vzniká z primitivních buněk neuroepiteliální vrstvy (pluripotentních germinálních buněk) ve IV. komoře. Klinicky se většinou projeví příznaky obstrukčního hydrocefalu, který je přítomen v 90% případů. Anamnesticky se nedá odlišit od ostat-



Obr. č. 4



Obr. č. 5



Obr. č. 6

InPharm - Paranit

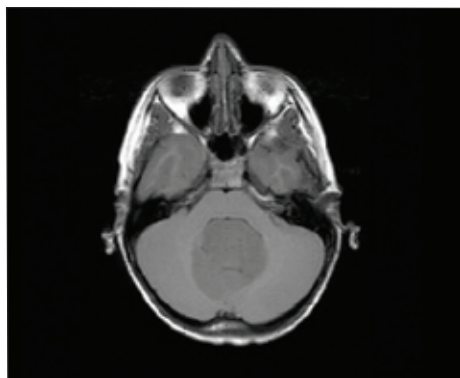


ních nádorů zadní jámy. Na MRI se zobrazí jako izointenzní či hypointenzní expanze v T1 váženém obraze. Výrazně se sytí po podání kontrastní látky. Vyplňuje odlitkovitě IV. komoru. Vyrůstá nejčastěji z vermis, u starších dětí může vycházet z mozečkových hemisfér.

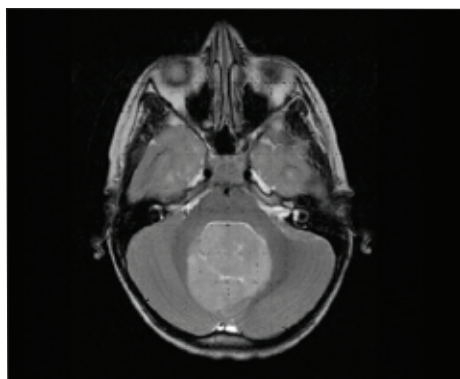
Meduloblastom ve IV. komoře, MRI nativně (obr. 7, 8)

Meduloblastom ve IV. komoře, syčení po podání kontrastní látky (obr. 9, 10)

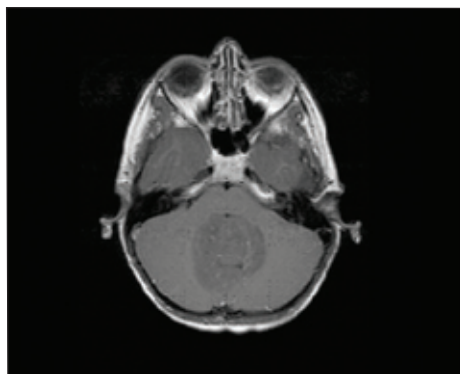
Léčba spočívá v odstranění nádoru se snahou o maximální radikalitu a následně onkologické terapii s ozářením celé kraniospinální osy a chemoterapií podle příslušného protokolu. Rizikovým faktorem je nižší věk pacienta, reziduální nádor, pohlaví paci-



Obr. č. 7 - T1W/SE



Obr. č. 8 - T2W



Obr. č. 9 - T1W

enta (chlapci) a nálezy molekulární genetiky - amplifikace N-MYC onkogenu. Pooperační mortalita je nízká, méně než 2%, neurologická morbidita kolísá kolem 20%. Pětileté přežití se udává podle rizikových skupin a typu nádoru v rozmezí 35 až 75%.

■ Nádory kmene

Představují jednu z nejsložitějších oblastí neurochirurgie a dlouho se považovaly za inoperabilní. Vyšetření pomocí MRI umožnilo rozdělení nádorů kmene na subtypy, které jsou vhodné pro chirurgické řešení a na nádory inoperabilní. Z celkového počtu nádorů CNS u dětí se vyskytují v rozmezí 10 - 20% a představují kolem 25% infratentoriálních dětských nádorů. Vyskytují se od novorozeneckého věku do adolescence s maximem mezi 7. - 9. rokem. Podle MRI obrazu resp. dle lokalizace ve vztahu k anatomickým strukturám mozkového kmene se rozdělují na difúzní, fokální, exofytické a cervikomedulární.

Difúzní nádory kmene jsou nejčastěji fibrilární astrocytomy, šíří se v oblasti prodloužené míchy, pontu i kranálně do diencefala. Histopatologicky se jedná o heterogenní skupinu nádorů WHO grade od II. po IV. Jsou prognosticky nejméně příznivou skupinou s krátkou délkou přežití, nejsou operabilní a biopse je na některých pracovištích prováděna pouze z důvodů přesného zařazení do terapeutického protokolu. Na základě zkušeností z porovnávacích studií výsledky hovoří proti operačním výkonům a u pacientů se indikuje pouze onkologická léčba a jako paliativní výkon zkratová operace pro hydrocefalus nebo endoskopická ventrikulostomie III. komory.

Astrocytom kmene /cerebrálního pedunklu, WHO gr. I (obr. 11 a 12)

Fokální nádory se mohou vyskytovat v různých částech mozkového kmene, s neurologickými příznaky odpovídajícími lokalizací nádoru. Velmi často je přítomen obstrukční hydrocefalus, poruchy funkce kranálních nervů a postranního smíšeného systému s nebo bez projevů postižení pyramidové dráhy. Histopatologicky se jedná o nádory od zcela benigních až po maligní léze WHO klasifikace IV. Mohou být pouze solidní nebo s cystickou složkou. Operační přístup se volí cestou s nejmenším rizikem neurologického postižení s využitím peroperační neuromonitorace (kmenové evokované potenciály), u cystických lézí přes stěnu cysty.

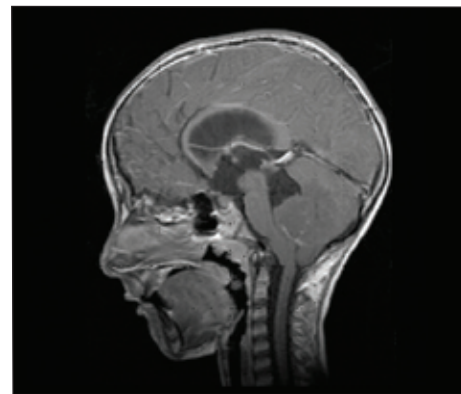
Exofytické nádory kmene jsou většinou

benigní expanze s pomalým růstem, nejčastěji dorzálně exofytické s extenzí do IV. komory nebo s růstem laterálně od kmene s MRI obrazem jako u nádorů mostomozečkového koutu. Mohou penetrovat pouze pod ependym spodiny IV. komory nebo jako intrinsické nádory s exofytickou částí zasahovat větší částí do kmene. Operační přístup vede přes exofytickou část nádoru a většina autorů varuje před nepřiměřenou radikalitou v intramedulární části nádoru vedoucí k těžké morbiditě.

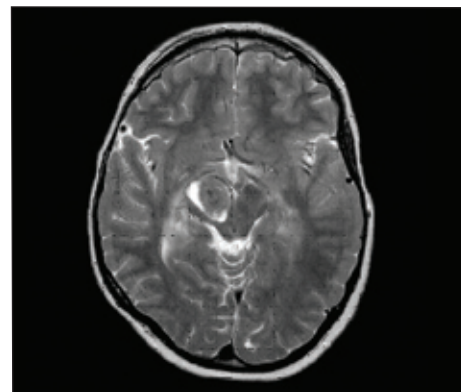
Tumor kmene, histologicky neverifikovaný (obr. 13 - 15)

Cervikomedulární nádory jsou z celé skupiny kmenových nádorů prognosticky nejpríznivější a vhodné k neurochirurgickému řešení. Operace se indikuje před rozvojem ložiskových neurologických příznaků.

Operační řešení kmenových nádorů bylo možné až po zavedení mikroskopické operační techniky, pokroku v anestézii a cílené pooperační péči s ventilační podporou. Nutnou podmínkou pro operace v oblasti mozkového kmene je peroperační neuromonitoring a peroperační stimulace kmenových struktur, umožňující cílenou volbu operačního přístupu do nádoru a sledování kmenových funkcí při resekci.

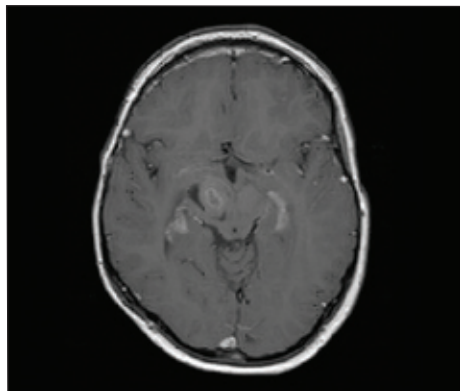


Obr. č. 10 - T1W

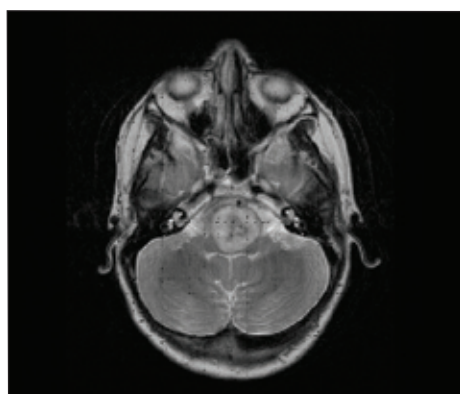


Obr. č. 11 - T2W

Zentiva - Mucosin



Obr. č. 12 - T1W + k.I. i.v.



Obr. č. 13

Extraaxiální infratentoriální expanze (léze mostomozečkového koutu)

Nejčastější typy: dermoid/epidermoid, MTS, arach. cysta, aneurysma, extenze tumorů z okolí (kmen - gliom, hypofýza - adenom, kraniofaryngeom, chordom, tumor IV. komory - ependymom, medulloblastom), papilom choroidálního plexu, glomus jugulare tumor, primární tumor tempor. kosti, schwannom akustiku, meningeom, schwannom jiného nervu (n.trigeminus, n.IX.-XII.)

V dětském věku jsou extrémně zřídka, zastoupeny především schwannomy n.VIII v rámci onemocnění neurofibromatózou II. typu. V klinické praxi jsou častější extenze tumorů vycházejících z okolních anatomických struktur - gliomy kmene, kraniofaryngeomy či adenomy hypofýzy, tumory IV. komory - ependymom, medulloblastom, které prorůstají do oblasti mostomozečkového koutu, s klinickými projevy postižení nervů postranního smíšeného systému.

Léčba schwannomů je rozdělena mezi chirurgickou léčbu a stereotaktickou radiochirurgii s výrazně nižším procentem recidiv ve prospěch chirurgické léčby.

Chirurgická léčba tumorů koutů které jsou extenzí tumorů rostoucích z okolí probíhá

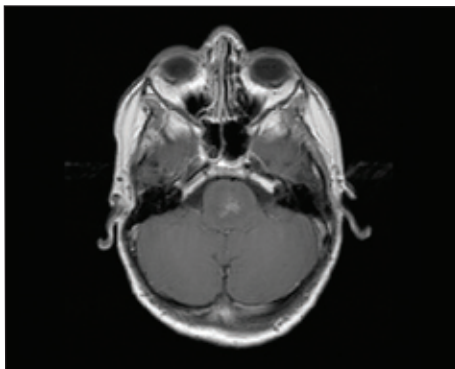
většinou současně s resekcí origa tumoru a tyto expanze podléhají shodným léčebným protokolům dle svého histologického typu jako původní tumor.

Chirurgická léčba infratentoriálních expanzí je i navzdory šetrnému a plánovanému chirurgickému přístupu častým zdrojem dalšího neurologického deficitu, zejména u radikálních resekčních výkonů, které jsou v indikovaných případech jedním ze základních předpokladů úspěšné léčby onkologických pacientů. Bez včasné a cílené diagnostiky by neurologické postižení pacientů nebylo možné ovlivnit ani sebešetrnějším chirurgickým přístupem a část původně kuraibilních pacientů by byla odsouzena pouze k paliativní léčbě. Navíc - pacienti se závažným neurologickým deficitem jsou schopni resocializace jen díky intenzivní specializované rehabilitační péči. V celkovém léčebném úspěchu je proto nevyhnutná úzká meziproborová spolupráce všech specialistů podílejících se jak na diagnostickém, tak na léčebném i rehabilitačním procesu.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem
MZO 00064203/6308



Obr. č. 14



Obr. č. 15

Lékaři dnes zavrou ordinace

Neprotestujeme proti reformě, ale na její podporu, tvrdí praktičtí lékaři. Terčem jejich kritiky jsou zdravotní pojišťovny.

Pokud se nezmění podmínky pro naši práci, hrozí systému primární péče v dohledné době kolaps. To chtějí praktičtí lékaři pro dospělé a pro děti vzkázat kompetentním osobám dnešním protestním uzavřením ordinací.

Nejdůležitější část zdravotní péče je podle představitelů praktických lékařů dlouhodobě podfinancovaná, neatraktivní pro nové lékaře. Chybí peníze na jejich postgraduální vzdělávání a na další rozvoj oboru. Průměrný věk v oboru se povážlivě zvyšuje, lékaře v důchodovém věku ale nemá kdo nahradit.

„V civilizovaných státech jde do primární péče zhruba deset procent peněz vložených do zdravotnictví. V našich podmínkách tvoří tyto platby zhruba pět procent,“ upozornil Tomáš Křiklán, praktický lékař z Dolní Bělé.

Proti špatnému finančnímu ohodnocení protestovali praktičtí lékaři už několikrát. Rozbuškou současné akce je neúspěšné vyjednávání se zdravotními pojišťovnami o cenách péče na příští rok. Zatímco lékaři žádali paušální, tzv. kapitační platbu na jednoho zaregistrovaného pacienta ve výši 55 korun, pojišťovny přišly s navýšením o pouhou korunu, z 36 na 37 korun měsíčně.

Praktiky rozložil i způsob, jakým se pojišťovny k vyjednávání postavily. „My jsme jim svůj návrh dali koncem března.

Pojišťovny se svým přišly až 3. září, poslední den přípravné fáze jednání. Podaly ho v podstatě jako ultimátum, o kterém se dál nebude jednat. Takový návrh byl ale pro nás zcela nepřijatelný,“ řekl předseda Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák.

Teprve uspořádání protestní akce podle něj přimělo protistranu jednat dál. Do hry se vložil i ministr zdravotnictví Tomáš Julínek a výsledkem bude zřejmě kompromis někde mezi 42 až 45 korunami. „Těch 45 korun by pro nás bylo akceptovatelných,“ usoudil místopředseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Milan Kudyn. Obě sdružení lékařů se shodují, že akce není namířena proti Julínkovým změnám.

„Náš protest je o tom, že sebelepší koncepce nepomůže, pokud bude primární péče zdravotními pojišťovnami dál tak mizerně hrazena jako dosud,“ konstatoval Šmatlák.

Převzato z LN, 19.9.2007



Nádory III. komory a supraselární oblasti

Tichý M.¹, Cháňová M.², Schwab J.¹, Kynčl M.³

¹ Oddělení neurochirurgie FN Motol a UK 2. LF, ² Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2. LF

³ Klinika zobrazovacích metod UK 2. LF

■ Nádory v oblasti III. komory a selární a paraselární krajiny jsou v dětském věku expansivní procesy, které se prezentují podobnou klinickou symptomatologií. III. komora je fyziologicky šterbinovitý prostor mezi oběma thalami. V přední části a laterálně komunikuje s postranními komorami přes foramina interventricularia Monroi, dozadu je spojena přes mokovod se IV. komorou. Anatomicky má intimní vztah k oblasti selárních a paraselárních struktur, přední a zadní části zrakové dráhy, chiasma opticum, III. hlavovému nervu (n. oculomotorius) a dorzálně k oblasti pineální krajiny. Významné cévní struktury rizikové při chirurgickém výkonu jsou arterie karotis interna (ICA), zadní komunikanta (PCA), přední chorioideální artérie, arteria cerebri anterior (ACA), arteria pericallosa a arteria recurrens Hubneri. Uvedené anatomické struktury mohou být tangovány rostoucím expansivním procesem nezávisle na tom, jakého je nádor původu histopatologicky a z které struktury vychází. Nejčastějším klinickým příznakem bývá syndrom nitrolební hypertenze při obstrukčním hydrocefalu, poruchy zraku s poškozením vizu jednostranně či oboustranně, strabismus, a především endokrinní projevy. Rozvoj příznaků může být velmi pozvolný nebo naopak akutní při dekompenzaci hydrocefalu, poruchy zraku zvláště u malých dětí jsou často obtížně zjistitelné a dětským pacientem jsou dlouho dobře tolerované. Anamnéza je sice důležitá, ale ne vždy vypovídá o typu onemocnění.

V uvedené oblasti se mohou nacházet kraniofaryngeomy, gliomy optiku, gliomy chiazmatu a zrakové dráhy, koloidní cista III. komory, subependymální gliomy, astrocytomy, ependymomy, papilomy či karcinomy chorioideálního plexu a v zadní části III. komory skupina nádorů pineální krajiny.

Suverénní diagnostickou metodou je magnetická rezonanční tomografie (MRI), počítačová tomografie (CT) má význam při záchytu onemocnění. Angiografie (DSA) je indikována pouze výjimečně u vybrané skupiny tumorů pro indikaci operačního postupu, u dětí je dávana v případě potřeby přednost neinvazivní metodě - magnetické rezonanční angiografii a CT angiografií.

Cílem chirurgického výkonu je odstranění nádoru, pokud je to možné, stanovení histopatologické diagnózy, zajištění průchodnosti mozkových cest v jedné době nebo jako první operační výkon, eventuálně drenážní operace. U výrazné ventrikulomegalie a dekompenzace hydrocefalu je výhodou využití endoskopické techniky, prove-

dení ventrikulocisternostomie III. komory, eventuálně biopsie intraventrikulární expanze. Operační strategie se liší podle typu nádoru, jeho umístění a velikosti, přítomnosti cystických komponent a jeho histopatologického řazení (například biopsie či parciální resekce u germinálních tumorů s následnou onkologickou léčbou místo snahy o radikální operační výkon).

Pravé intraventrikulární nádory III. komory - ependymomy, nádory z chorioideálního plexu a gliální tumory vyklenující se do III. komory z bazálních ganglií a z postranních komor patří spíše do kapitoly supratentoriálních nádorů. V této části uvedeme proto kraniofaryngeomy, gliomy zrakové dráhy, koloidní cistu III. komory a pineální expanze.

■ Kraniofaryngeom

Kraniofaryngeom je nejčastější nongliální intrakraniální nádor u dětí, představuje 6-9% nádorů CNS a asi 50% nádorů chiazmatické a selární krajiny u dětí. Výskyt nejčastěji se udává v rozmezí 5-10 let věku. Klinické příznaky se projevují často až když nádor dosahuje velkých rozměrů. Endokrinní příznaky se vyskytují u 60-90% případů, hypopituitarismus, diabetes insipidus, poruchy zraku jsou přítomny asi u poloviny nemocných a podobně jako u gliomu optiku čato u dětí dlouho unikají pozornosti. Kraniofaryngeom je benigní epiteliální nádor, WHO grade I, který vzniká z ektoblastických zbytků v kterékoliv části Rathkeho výchlípky (ductus nasopharyngicus) jako invaginace primitivního stomatodea.

Rozenávají se dvě klinickopatologické formy - adamantinózní a papilární kraniofaryngeom. Adamantinózní kraniofaryngeom (obr. č. 1.) se na MRI zobrazí jako solidní nádor sycitý s nehomogenně po podání kontrastu s často objemnou cystickou komponentou s enhancujícím lemem cystal, na CT

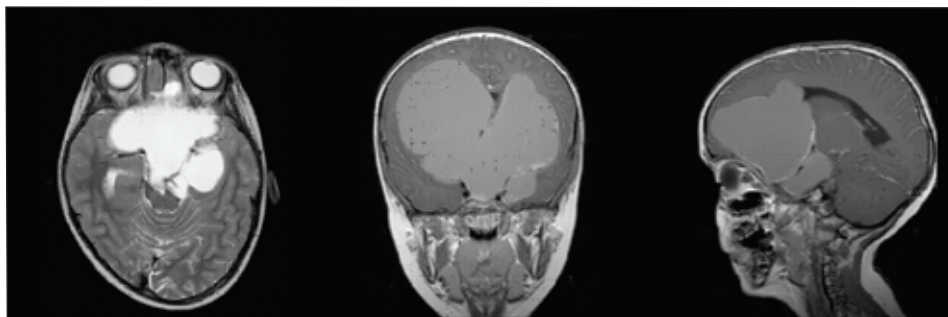
s kalcifikacemi. Papilární kraniofaryngeom je na CT a MRI obraze více homogenní a neobsahuje kalcifikace.

Operace kraniofaryngeomů patří k nejobtížnějším výkonům v neurochirurgii. Radikální odstranění je často obtížně dosažitelné a provádí je vysoká morbidita, především endokrinními deficity. Řada pracovišť proto doporučuje subtotalní odstranění s minimalizací pooperačních komplikací doplněné radioterapií. Podle našich zkušeností vznikají recidivy i u nádorů makroskopicky radikálně odstraněných s opakovanou negativní kontrolou na MRI. Další terapeutickou možností je intracystická aplikace radioizotopů - intrakavitární brachyterapie, která vede k fibróze a destrukci stěny cystal a jejím následnému sraštění. Podobně se užívá v limitovaných seriích intracystická aplikace bleomycinu.

Perioperační mortalita je relativně vysoká, udávaná v rozmezí 2-10%, s vyšším rizikem při reoperacích. Recidivy se udávají v rozmezí do 20%. 10-leté období bez známek progresu onemocnění bývá v rozmezí 50-79% a přežití 10 let v rozmezí 79-93% podle typu operací s překvapivě lepšími výsledky u neradikálních operací.

■ Nádory zrakové dráhy

Jedná se o heterogenní skupinu gliomů, které mohou postihovat zrakovou dráhu za očním bulbem (gliom optického nervu), dále chiasma (gliom chiazmatu) a optické trakty, hypotalamus až po corpora geniculata (opto chiazmato hypotalamické gliomy - OCHGs). Představují 4-6% nádorů CNS u dětí. 10% postihuje izolovaně jeden optický nerv, ve 30% oba optiky a 50 až 80% vychází z hypotalamu či chiazmatu. Nádory zrakového nervu jsou astrocytomy nízkého stupně WHO grade I, (obr. č. 2.), gliomy chiazmatu a hypotala-



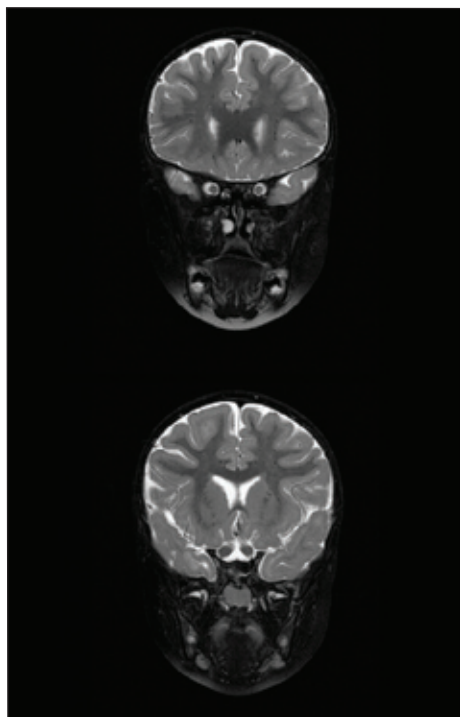
Obr. č. 1 - Kraniofaryngeom supra- a retroselárně, solidně cystický, gigantická cystická komponenta s šířením do obou postranních komor



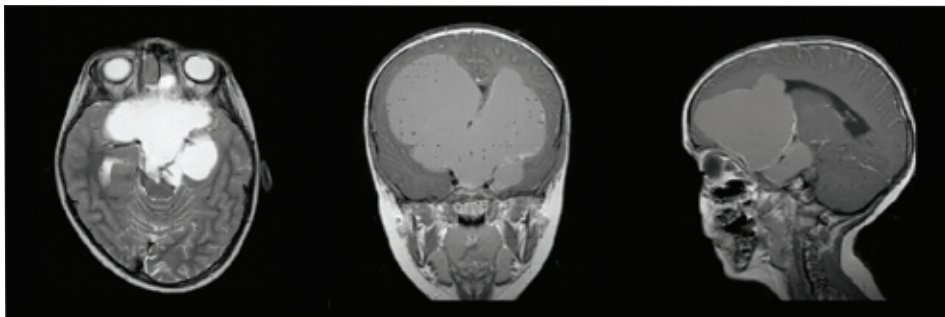
mu mohou mít agresivnější biologické chování. 75% gliomů zrakové dráhy postihuje pacienty do 10 let věku. OCHGs jsou nejčastěji u nemocných s neurofibromatózou I. Klinicky se projevují poruchou zraku a nystagmem, u malých dětí obtížně zpočátku diagnostikovatelnou, dále endokrinními příznaky a nitrolební hypertenzí při rozvoji hydrocefalu. Radikální operační řešení je proveditelné u gliomů optického nervu, s odstraněním nádoru retrobulbárně v orbitě a v optickém kanálu a před chiazmatem. U rozsáhlých nádorů postihujících chizma a hypotalamus je možná operace exofytické a cystické části nádoru, u rezidua nádoru doplněná chemoterapií a radioterapií (obr. č. 3.)

■ Pineální nádory

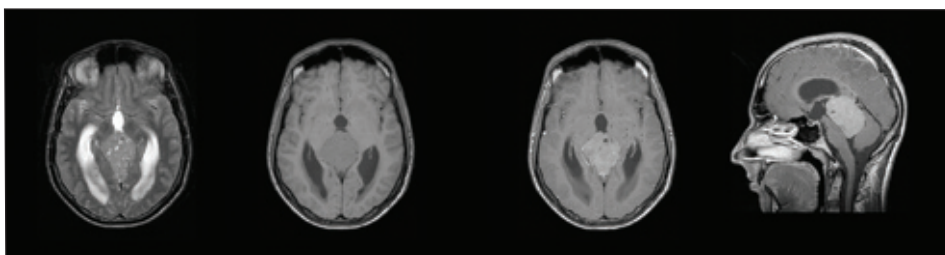
Pineální žláza je neuroendokrinní orgán inervovaný sympatickými vlákny z horního cervikálního ganglia, je místem syntézy melatoninu a jeho uvolnění z pinealocytů, má vliv na cirkadiální rytmus a psychické ladění organismu, přesná funkce je ale dosud předmětem výzkumu. Jedná se o drobný útvar 5-10 mm v průměru, někdy s cystou, v dospělosti s kalcifikací. Nachází se v zadní části III. komory, sousedí s řadou struktur v této oblasti - čtverohrbolím (tectum), hlubokými žilními strukturami, ependymem komory. V této malé ohraničené oblasti vzniká celá řada nádorů různého histologického typu. Extrapineální nádory vznikají z okolních neurálních a mesenchymálních struktur - astrocytomy, ependymomy, meningeomy, papilomy chorioideálního plexu. Z pineální žlázy vznikají germinální nádory a pineální parenchymové nádory. Nádory v pineální oblasti se vyskytují ve 2-8% z celkového počtu



Obr. č. 2 - Gliom optického nervu, MRI T1 a T2 vážený obraz



Obr. č. 1 - Gliom chiazmatu a hypotalamu



Obr. č. 4 - Pineální expanze, izointenzní na T1 a výrazně se sytíci po podání kontrastu, T2/TSE - T1/SE nativně - po k.l. i.v.

intrakraniálních nádorů u dětí, s největším výskytem u japonské populace. Germinální nádory (obr.č. 4.) představují 40-70% všech pineálních expanzí. Klinické příznaky jsou nejčastěji způsobeny hydrocefalem při obstrukci mokovodu a zadní části III. komory. Kompresi oblasti čtverohrbolí způsobuje Parinaudův syndrom, dále mohou být přítomny mozečkové poruchy a endokrinní změny (při extenzi do hypotalamické oblasti). MRI zobrazí dobře rozsah nádoru, vztah k okolním strukturám, rozsah hydrocefalu a může prokázat, zda je zachovaný tok likvoru mokovodem do IV. komory.

Důležitá je laboratorní diagnostika s určením nádorových markerů beta-HCG a alfa-fetoproteinu v séru a likvoru, jak u primární diagnózy nádoru, tak jako příznak recidivy procesu. Léčba je na řadě pracovišť rozdílná, provádí se histologická verifikace stereotaktickou biopsií, endoskopickým přístupem se současnou ventrikulostomií III. komory nebo otevřenou operací z subokcipitálního přístupu. Řada nádorů je vysoce citlivých na ozáření a na chemoterapii, indikováno je i ozáření Gama nožem. Germinální nádory s negativním vyšetřením markerů mají velmi dobrou prognózu s přežitím v 80-100%. Nádory s pozitivním nálezem markerů a pineoblastomy mají špatnou prognózu. Třileté přežití se udává kolem 60%. Radikální resekce je nutná u benigních nádorů jako jsou teratomy, dermoidy, papilomy chorioideálního plexu, cystické astrocytomy a meningeomy. Mortalita operačních výkonů je v posledních letech pod 1%.

■ Koloidní cysta III. komory

Koloidní cysty jsou pomalu rostoucí léze, pravděpodobně endodermálního původu. Většinou se

nachází v přední části III. komory a oblasti foramen Monroi. Fibrózní stěna cysty je ohraničena kuboidním epitelem a obsahem cysty je mukoidní nebo hustá hyaloidní substance, produkovaná epiteloidní vrstvou. Vyskytují se velmi vzácně, u dětí méně než 1% z intrakraniálních tumorů.

Koloidní cysty III. komory jsou benigní léze, které se ale mohou projevit náhlými příznaky (do 10%) až náhlým úmrtím, nebo naopak dlouhou anamnézou s intermitentními příznaky nitrolební hypertenze, cefaleou v závislosti na poloze hlavy, poruchami chůze, poškozením zraku, nauzeou, syndromem kývavé panenky apod. Dříve prováděná chirurgická léčba zavedením zkratu pro hydrocefalus z obou postranních komor není vhodná, nezabraňuje tlaku expanse na fornixy a hypothalamus, při malfunkci drenáže dochází k dramatickému zhoršení. Stereotaktická aspirace cysty vede pouze k dočasnému zmenšení objemu, je zatížena operačním rizikem a ve 100% vede k recidivě vzhledem k pokračující produkci mukoidní substance. Mikrochirurgický přístup do III. komory se může volit transkalózní cestou interhemisferálně, nebo transventrikulárně z kortikotomie frontálně. Cysta je patrna skrze dilatované foramen Monroi. Je vhodné nejprve otevření stěny cysty, vyprázdnění jejího obsahu a pak separace od stěn komory. Je nutné šetřit cévní struktury a především oba fornixy. Při oboustranném poškození hrozí trvalá ztráta krátkodobé paměti. Endoskopická technika je v posledních letech užívána na většině pracovišť jak k fenestraci cyst, tak i odstranění obsahu a stěny.

■ Operační přístupy

Pro léze v oblasti sedla jsou tradičně v dětské neurochirurgii používány subfrontální přístupy. Z frontální kraniotomie jednostranné či



oboustranné je dobrý přístup k oblasti chiazmatu a zrakovým nervům, přes lamínu terminalis dále do přední části III. komory. Tento přístup je vhodný u gliomů zrakové dráhy a u kraniofaryngemů se supra a retroselární extenzí, především u objemných tumorů. Pterionální přístup pohledem ze strany lépe umožní odstranění porce tumoru pod chiazmatem. Transnazální transfenoidální přístup je využíván u dospělých pacientů při operacích adenomů hypofýzy, které jsou v dětském věku extrémně vzácné. U menších dětí jsou pro transnazální přístup limitujícím faktorem anatomické podmínky - malá přístupová cesta a velikost sfenoidální dutiny. Většina dětských nádorů má velkou extenzi para a retroselárně, což užití této operační techniky omezuje. Na řadě pracovišť je užívána kombinace endoskopického přístupu přes bazi lební s mikrochirurgií.

Jiní dávají přednost interhemisferálnímu přístupu z malé kraniotomie z minimálního přístupu z řezu v obočí.

Transkalózní přístup se provádí z kraniotomie, která přesahuje 2 cm přes střední čáru a je situována 2/3 před a jednou 1/3 za koronární šev.

Přístup je volen mezi falxem a nedominantní hemisférou, po rozrušení adhezí je pod mikroskopem dobře patrné bělavé corpus calosum s perikalózními arteriemi. Po jeho limitovaném protěti pomocí bipolární koagulace je získán přístup do postraní komory a k foramen interventriculare nebo přímo do III. komory. Tento přístup je vhodný u tumorů ve střední a horní části možno použít i bez dilatovaných komor.

Transkortikální přístup je vhodný při nálezu hydrocefalu, objemném tumoru III. komory ve střední a horní části. Z frontální kraniotomie před koronárním švem je provedena kortikotomie ve středním frontálním závitu a přes čelní roh postraní komory získán přístup do foramen Monroi a do III. komory.

K nádorům v zadní části III. komory je možné použít transkalózní přístup a nebo raději extracerebrální cestu, subtentoriální přístup nad mozečkem do kvadriginální cisterny nebo suokcipitální přístup nad tentoriem. Výhodou je výkon bez porušení nervových struktur.

Pro zvolení správné operační a další terapeutické strategie je nutné posoudit rizika výko-

nu vzhledem k lokalizaci procesu, typu nádoru, velikosti hydrocefalu a pod. Ačkoliv je cílem chirurgického výkonu odstranění patologického ložiska, snaha o maximální radikalitu je v řadě případů provázána nepřiměřenou morbiditou a případně mortalitou. Tam kde je odstranění tumoru možné bez nepřiměřeného rizika, je metodou volby. V ostatních případech je vhodnější subtotalní výkon eventuelně s reoperací v druhé době, nebo kombinace s onkologickou terapií. V případě recidivy procesu je indikována většinou reoperace a onkologická léčba. Vzhledem k odlišnému chování nádorů CNS v dětském věku je vhodné, aby léčba byla prováděna na pracovištích s dostatečnou zkušeností s danou problematikou a s možností interdisciplinární spolupráce.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MZO 00064203/6308

Poruchy spánku u dětí

MUDr. Miriam Kabelková

Dětský lékař, homeopat

Nespavost dětí můžeme rozdělit do několika skupin podle toho, zda se jedná o poruchy usínání nebo vlastní probouzení během noci, vyvolané známou příčinou (např. růst zubů, větry) nebo nejasné etiologie. Při potížích novorozenců a kojenců je pro lékaře-homeopata důležitý i režim matky v těhotenství, protože tím je ovlivněn i denní rytmus dítěte po narození.

Homeopatické léky se vybírají podle pravidla podobnosti - tzn. záleží na popsání potíží, nikoliv na věku dítěte. Stejně léky užívá i dospělý, pokud trpí stejným typem nespavosti. Síla léku (CH) i počet granulí je stejný jak pro dítě, tak pro dospělého - homeopatie patří mezi reakční terapie, není zde závislost na hmotnosti pacienta. Doporučené množství je 5 granulí na jednu dávku, u kojenců se doporučuje připravit roztok z 1 dcl vody, do které se rozpustí 10 granulí léku - podává se po lžičkách.

Níže následuje přehled léků, které zlepšují spánek dětí.

■ Obrácený režim spánku:

Coffea cruda 9 CH, 15 CH: dítě matky, která měla v graviditě obrácený režim. Dítě spí přes den a v noci je vzhůru. Pomáhá i dětem, jejichž matky pijí v graviditě nebo při kojení kávu a dítě je následně excitované. U starších dětí se užívá tehdy, když je dítě rozrušené velkým množstvím lidí a zážitků.

Dávkování: 5 granulí večer před spaním.

Lachesis mutus 9 CH, 15 CH: dítě je ospalé, ale nemůže usnout. Ráno spí dobře, ale večer nemůže usnout a je vzhůru dlouho do noci. Často se jedná o dítě horkokrevné, živé. **Dávkování:** 5 granulí večer před spaním.

■ Potíže s prořezáváním zubů:

Chamomilla vulgaris 15 CH, 30 CH: neklid až vztek při růstu zubů, dítě se uklidní chováním. Objektivně můžeme vidět jednu tvář rudou, druhou bledou a vnímáme přecitlivělost na bolest, kterou vyvolávají rostoucí zuby. Tento lék řeší i případnou teplotu, spojenou s denticí a průjem. **Dávkování:** 5 granulí večer před spaním nebo 1 lžičku roztoku po hodině při neklidu dítěte.

■ Poruchy usínání:

Nux vomica 9 CH, 15 CH: dítě špatně usíná, budí se mezi 2.-4. hodinou ránní, nespavost vyvolaná nadýmáním, průjmy, křečemi v břiše. Toto dítě je vzteklé, hypertonické až apnoické pauly z pláče. **Dávkování:** 5 granulí večer před spaním.

Borax 9 CH: usíná na rukou a budí se při ukládání do postýlky, vadí změna polohy těla. **Dávkování:** 5 granulí večer před spaním.

Sulfur 15 CH: horkokrevné dítě, které nemůže usnout vedrem. **Dávkování:** 1 lžička roztoku večer před spaním.

■ Probouzení v noci:

Calcarea carbonica 9 CH, 15 CH: buzení po 1 - 2 hodinách při začátku každého spánkového cyklu.

Silicea 9 CH: opakovaně nemocné dítě s hnisavými hleny, ucpaným nosem, hnisá i očkávání na tbc, v noci potřebuje pít - vypije až 3 láhve čaje za noc. Může mít i neklidné spaní se sny. **Dávkování:** 5 granulí večer před spaním.

Pulsatilla 15 CH: potřebuje kontakt s matkou, budí se pokud je samo v posteli a chodí k rodičům do postele. Snadno plačtivé dítě, rychlé změny nálad během dne. **Dávkování:** 5 granulí večer před spaním.

Stramonium 15 CH: potřebuje světlo při usínání, v noci má noční děsy, při děsu není k probuzení, ráno si na nic nepamatuje. **Dávkování:** 5 granulí večer před spaním.

Kalium bromatum 15 CH: neklidné dítě, stále si musí s něčím hrát rukama, v noci také noční děsy, „škaredé sny“, bojí se ve spánku. **Dávkování:** 5 granulí večer před spaním.

Arsenicum album 15 CH: probouzení kolem 1.-3. hodiny ránní, úzkost. Často i somatické potíže - astmatický záchvat, zhoršení svědění ekzému. Citlivé na změny režimu (dítě pedant) a chlad. **Dávkování:** 5 granulí večer před spaním.



Kazuistiky:

Závažná diagnóza

MUDr. Jarmila Kavanová

Praktická lékařka pro děti a dorost, Praha 9

■ Chlapec H.H. narozen 26.7.02

RA: Matka opakované operace pro ovariální cysty, atopický ekzém, bratr: ročník 94 alergie pyl, prach, peří, srst, bakterie, sledován v odborné poradně pro somatoasthenii (jeho současná váha stále kolem 25 kg)

OA: Chlapec z II. těhotenství IVF, porod v termínu, PH 3400/49, nekříšen, bez ikteru, kojen 6 měsíců plně.

Ve věku tři a půl měsíce, první zahlenění s produktivním kašlem, znovu kašle již s obstrukčním poslechovým nálezem v 5 měsících, nutnost nasazení betamimetik inhalačně, přistupují febrilie až 39 st., nasazena ATB. Při kontrole doma týž den již dušný, odeslán k hospitalizaci, během níž se přidal průjem. Propuštěn na víkend domů na "propustku". Pro zhoršení dušnosti jsem k pacientovi přivolána, výrazný obstrukční poslechový nález, k Ventolinu přidán ještě Aldecin. Chlapec k hospitalizaci již nenastoupil, stav zvládnut ambulantně, do týdne v pořádku.

Za měsíc proběhlo alergo - imunologické vyšetření, zjištěno lehké snížení IgM, další parametry včetně humorální imunity v normě, negativní i specif. IgE (peří, pyl, roztoči), doporučena udržovací dávka Aldecinu 2 x 50 g.

NO: Od 15.3.03 ve věku necelých

8 měsíců se objevily febrilie do 39 °C, stále udržovací léčba Aldecin, 18.3.03 vyšetřen v ordinaci: výtěr krku negativní, FW 20/41, CRP 55 mg/l, KO +diff: 17,1 leuko, 643 trombo, bez anemie, ostatní hodnoty v normě, moč: ery 21-40, leuko 0-4, bílkovina na kříž.

Pro erytrocyturií, vyšší zánětl. parametry, febrilie odeslán k hospitalizaci pro vyjasnění diagnózy týž den.

Druhý den hospitalizace, při čekání na vymočení, si maminka všimla asymetrie ve vyklenutí břicha. Ihned provedena sonografie s nálezem: resistance v pravé polovině břicha, kulovitý útvar velikost 9 cm, vycházející z pravé ledviny, následně 20.3.03 chlapec odeslán na kliniku dětské onkologie FN Motol.

Zde provedeno vyšetření CT břicha s nálezem: objemná tumorózní expanse z pravé ledviny, v.s. TU Wilms, generalisace neprokázána.

Zahájena chemoterapie, operace 28.3.03 - nefrektomie l.dx., zahájena pooperační chemoterapie, 7.4.03 zaveden centrální žilní katetr, od 9.4.03 zahájena radiotherapie, v květnu 2003 zavedena nasogastrická sonda pro malý p.o. příjem, 3.6.03 zvrací krev po 3. serii CHT, 20.6.03 febrilie,

rozvoj DIC při sepsi, vše onkology zvládnuto, dále ponechána nasogastrická sonda, odmítal pít, radikální terapie ukončena.

Nazogastrickou sondu se podařilo odstranit po cca 1 roce, odmítal tekutiny, nabízeny byly všemi způsoby, všechny druhy, byl konzultován i psycholog. První tekutinu, kterou okusil dobrovolně, byl lok piva, psycholog i onkologové doporučili použít i tuto "tekutinu" k nácviku perorálního příjmu tekutin.

Rehabilitoval řeč i motoriku, je stále sledován, v současné době je v remisi, celkově psychomotoricky již odpovídá vrstevníkům.

Závěrem: přestože chlapec byl celkem podrobně sledován (nebo možná právě proto), pro opakovanou nemocnost zejména dýchacích cest, otázkou snad zůstává, zda k odhalení tumoru mohlo dojít dříve. Onemocnění dýchacích cest mě nevedlo k vyšetřování moče, pravda je, že chlapec byl dva měsíce před onemocněním hospitalisován bez nálezu v moči.

Přimlouvala bych se na zavedení povinného vyšetření moče alespoň jedenkrát do prvního roku věku, i když si plně uvědomuji obtížnost odběru moče u kojence.

Všichni víme, že při onemocnění odběr musí být zvládnut v každém případě. ■

Odložená operace

MUDr. Vladimíra Karasová

Praktická lékařka pro děti a dorost, Kladno

■ **Simonka**, narozena. 12.9.2005, po narození umístěna v Dětském domově.

RA: Z nesledované gravidity, zátěž neuvedena

OA: Porod spont., záhlavím ve 40.TT, p.hm.3 320g, 46 cm, AS 9-9-9, bezprostřední adaptace v normě, první dny po porodu neklidná, neprospívá, po převedení na HA mléko stav zlepšen.

Jedenáctý den života přeložena do kojenického ústavu s hmotností 3080 g.

Prospívala dobře, občas nasální stridor, lehce zahleněná. Od převzetí sledována pro umbilikální hernii, od 2 měsíců pro inkuinální vpravo.

Přijata k operaci hernie 1.12. 2005, ale pro respirační infekci neoperována. Přeobjednána na 18. 12., po přijetí zhoršení stavu, zahleněná, kašle. Pro dlouhodobý kašel proveden 23.12. 2005 RTG plic, kde i při negativních. zánětlivých známkách popsána pravostranná pneumonie s atelek-

tázou (obr. 1). Holčička předána na JIP, léčena ATB a kortikoidy parenterálně, po celou dobu klinicky v dobrém stavu, prospívá. Kontrolní RTG 27.12. 2005 popisuje mírné zlepšení ložiskových změn, na dalších snímcích 2. až 18. ledna je stav týž, přetrvává atelektáza v pravém plicním poli stejného rozsahu i sytosti s mírným přitažením horního mediastina doprava (obr. 2).

5.1. 2006 provedeno první bronchoskopické vyšetření, které potvrzuje stenozu



Obr. č. 1, 2, 3

předního segmentálního ústí (B3) vpravo. 19. ledna závěr stejný, stav bez významnějších zánětlivých změn. Uvažuje se o chirurgickém řešení, ale vzhledem k věku dítěte a klinickému stavu je Simonka dále zajištěna ATB, kortikoidy a bronchodilatancií a přeložena 6.2.2006 zpět do kojeneckého ústavu.

Další hospitalizace 6.2. až 17.2. k posouzení stavu a provedení dalších vyšetření.

CT plic: Atektasa zadního segmentu horního laloku vpravo, RTG beze změny.

Alergologické vyšetření, chloridy v potu - vše v normě.

Po další bronchoskopii se stejným nálezem 28. 2. zajištěna Sumetrolimem ve večerní dávce, Prednison postupně vysazován. Následně léčena Beroduaelem, Inflamidem, dechovou rehabilitací a inhalacemi s mukolytiky. V červnu 2006 proveden kontrolní RTG se závěrem: Výrazná regrese nálezu, drobná rezidua atelektázy, čerstvé ložiskové změny nejsou patrné.

Uvažováno o lázeňské léčbě, jediná léčeb-

na pro kojence je pouze Dolný Smokovec, který by holčičku léčil, ale průtahy s pojišťovnou rozhodly. Po dosažení jednoho roku mohla být Simonka přijata na dvouměsíční pobyt do Dětské léčebny Cvikov. Prováděny odhlehovací techniky, míčkování, masáže zad a hrudníku. Podáván Budair 1 -0-1 vdech.

Po návratu proveden kontrolní RTG, kde je nález na plicích zcela v normě (obr. 3).

Postupně snižovány dávky inhalačních kortikosteroidů až k úplnému vysazení.

Tímto vhodným užitím inhalačních kortikosteroidů, bronchodilatancií a dechovou rehabilitací má Simonka dvě úplné, zdravé plíce.

Dokonce v dubnu t.r., kdy v kojeneckém ústavě několik dětí prodělalo bronchopneumonie, Simonka neonemocněla.

Mimořádně, mezitím obě kýly spontánně vymizely. ■

Nebyla to angína, byl to kašel...

MUDr. Jitka Gregušová

Praktická lékařka pro děti a dorost, Dolní Loučky

■ Pacientka ke mně přišla v pátek 1.6.2007 s akutními potížemi - horečkou a bolestí v krku k posouzení, zda nemá angínu.

RA: Otec se léčí pro Crohnovu chorobu. Matka je zdravá. Tři starší sourozenci mají hypermetropii, nejstarší sestra byla operována pro makroglosii a léčena pro Morbus Perthes bilat.

OA: Dítě ze 4. gravidity, porod spontánní záhlavím ve 40. týdnu, 3250g/50cm. Ortopedie v normě. Očkování dle očkovacího kalendáře s výjimkou 3. dávky DITEPE, která byla nahrazena pouze DITE z indikace neurologa. Šlo o diferenciální diagnózu febrilních křečí při tonzilitidě v 1 roce věku a pavor nocturnus, který byl potvrzen. V předškolním věku byla hospitalizována pro popáleninu III. stupně pravého předloktí a mívala opakovaně angíny. Ve školním věku prodělala plané neštovice a infekční mononukleózu s postižením jater. Je sledována na oční ambulanci s hypermetropií a na endokrino-

logii pro difúzní eufunkční strumu.

NO: 16-letá pacientka přišla s 1 den trvajícím potížemi - horečkami a bolestmi v krku k posouzení, zda nemá zase angínu. Jen okrajově zmínila 2 měsíce trvající kašel někdy následovaný zvracením, který nepovažovala za důležitý a léčitelný, neboť ve třídě všichni spolužáci od února 2007 opakovaně kašlou a předávají si nějakou infekci, která se jim nelepší ani po přeléčení antibiotiky.

SP: Somatický nález byl fyziologický: hrdlo klidné, tonzily bez obsahu, lymfatické uzliny nezvětšeny, kardiopulmonální poslechový nález v normě.

Vyš.: Provedla jsem odběr krve na pertusis a parapertusis. Vycházela jsem z dokonalého popisu epidemiologických souvislostí a klinického obrazu kašle u spolužáků jedné třídy, který trval několik měsíců, léčen či neléčen.

Dívce jsem nasadila Klacid na 14 dnů

léčby a následně byla serologicky potvrzena diagnóza pertusse metodou aglutinace: B.pertussis 1:256, B.parapertussis 1:512 a Elisa: B.pertussis IgA negativní, B.pertussis IgG 42,878 - silně pozitivní, B.pertussis IgM negativní. Hodnocení z laboratoře: silná intenzita protilátek proti pertusovému toxinu v období delším než 1 rok po očkování podporuje podezření na probíhající / proběhlé onemocnění. Konečné hodnocení musí být v souladu s klinickým stavem pacienta a čtyřnásobným vzestupem/poklesem titru protilátek v aglutinační reakci.

Nyní pacientka ještě kašle, ale méně a po přeléčení antibiotiky již není infekční a nešíří nemoc dále. Je léčena symptomaticky antitusiky a inhalacemi Vincentky. ■

Závěr: Je známé, že i očkované děti mohou prodělat černý kašel, který je pro ně nepříjemnou nemocí. Smrtelnou nemocí však může být pro dosud neočkované kojence, proto na tuto nemoc musíme myslet a léčit ji.



Polarizované světlo a jeho použití na jednotce intenzivní a resuscitační péče

MUDr. Olga Černá

Jednotka intenzivní a resuscitační péče, Klinika dětského a dorostového lékařství,
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze



Obr. č. 1



Obr. č. 2



Obr. č. 3

■ Fototerapie je moderní léčebná metoda, která využívá ten nejpřirozenější zdroj energie – světlo. Léčebné využívání světla ve vědecké medicíně zaznamenáváme teprve v 19. stole-

tí. Po dlouhá léta, prakticky až do objevu antibiotik, byla tato terapie, společně s úpravou životosprávy a s podáváním kaloricky bohaté stravy, jedinou léčbou tuberkulózy plic.

Moderní fototerapie využívá několik typů zdrojů světla, lišící se jak svými fyzikálními vlastnostmi, tak i účinky na živý organismus. Zatímco některý z těchto typů se používá i desítky let a patří mezi neodmyslitelnou součást zdravotnických zařízení (např. fototerapie novorozenecké žloutenky), jiné využívá medicína teprve v posledních letech.

Lampa Bioptron® pracuje s polarizovaným světlem ve spektrálním pásmu 480-3400 nm. Odpovídá tak doporučení, aby světelný paprsek emitovaný lampou zahrnoval vlnové délky viditelného světla a k dosažení snadnějšího průniku paprsku a lepšího prokrvení ozařované tkáně i infračervenou oblast spektra. Tyto vlnové délky navozují v organismu především biostimulační, analgetický a protizánětlivý efekt.

■ Analgetický efekt polarizovaného světla na živou tkáň

Bolest je varovný signál o poškození organismu. Ve tkáních je bolestivý podnět vyvolán látkami uvolněnými z poškozených buněk a poklesem kyselosti v mimobuněčném prostoru. **Polarizované světlo "zavírá vrátka" tj. bolestivý podnět končí v míše a bolest není vnímána.** Světelná energie "zavře", nebo alespoň "přivře" míšní vrátka tak, že jeden ze dvou typů vláken vedoucích bolest – je-li podrážděn světlem, vrátka postupně přivírá. Bolestivý podnět se sice druhým typem vláken šíří, ale pouze do míchy.

■ Protizánětlivý efekt

Protizánětlivý efekt spočívá v aktivaci všech faktorů, které se podílejí na likvidaci zánětu. Fototerapie vede k vazodilataci, zlepšuje se tak prokrvení ošetřovaných míst, a následně se zvyšuje i jejich oxysličení, metabolismus a urychluje se odtok lymfy při otocích.



Obr. č. 4



Obr. č. 5



Obr. č. 6

■ Biostimulační efekt

Tento efekt polarizovaného světla byl v klinické praxi opakovaně potvrzen. Celá vrstva se v místě absorb-

ce záření labilizuje, tj. buňky se stávají zvýšeně mitoticky aktivní a po opakované stimulaci se rychleji dělí. Lépe se tak obnovují povrchové vrstvy kůže i sliznic, lépe se hojí tkáňové defekty, stimuluje se např. tvorba kolagenu. Je třeba zdůraznit, že nejde o přímý zásah do buněčného programu řízení mitózy, jde o změnu energetického potenciálu buněk.

■ Využití polarizovaného světla na Jednotce intenzivní a resuscitační péče (JIRP)

Na JIRP jsou hospitalizovány děti, u kterých hrozí nebo již došlo k selhání základních vitálních funkcí. Na JIRP Kliniky dětského a dorostového lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je ročně přijímáno kolem 300 dětí a novorozenců. Přibližně polovina z nich vyžaduje komplexní resuscitační péči, kam patří umělá plicní ventilace, oběhová podpora, parenterální výživa. Léčba pacientů se selháním základních vitálních funkcí je velmi náročná a přináší sebou celou řadu problémů a komplikací. Děti vyžadují kanylace žilního řečiště k podávání léků a parenterální výživy. Celá řada léků včetně antibiotik může vést k iritaci cévní stěny a snadno pak dochází ke vzniku flebitid, stejné problémy provází i nitrožilní výživu. Flebitidy ohrožují malého pacienta celkovou infekcí, jsou bolestivé, často znesnadňují manipulace s dítětem.

Dítě se selháním krevního oběhu vyžaduje kromě podávání vasopresorů a inotropik přesné měření krevního tlaku. To je možné pouze invazivní cestou, tedy kanylací arteriálního řečiště. Velká většina pracovišť kanyluje v těchto případech některou z periferních arterií, např. radiální, ulnární, brachiální tepnu, někdy se kanylují i arterie v oblasti nohy (a.dorzalis pedis či tibialis anterior). Může docházet k poruchám prokrvení dané oblasti, event. ke vzniku nekroz.

U dítěte v těžkém celkovém stavu často dochází vlivem regulačních mechanismů k centralizaci oběhu, kdy periferní části jsou hůře prokrvené. V těchto případech snadno vznikají i dekubity, které dále komplikují závažný stav pacienta.

Někdy lze těmto komplikacím zabránit či předcházet správnou ošetrovatelskou péčí. Bohužel ne vždy se to podaří a každá jednotka intenzivní péče tyto problémy velmi dobře zná. Řešení uvedených komplikací je často složité, kožní defekty se hojí dlouho a může docházet i ke vzniku jizev. Velkou pomocí je použití právě polarizovaného světla. Jak je uvedeno v úvodu článku, **má polarizované světlo účinky analgetické, protizánětlivé i biostimulační.** Všechny tyto účinky se uplatňují v léčbě flebitid, nekroz i dekubitů. Pomocí Bioptronové lampy se daří tyto komplikace zvládat rychleji a s větším efektem. Velkou výhodou Bioptronové lampy je i skutečnost, že ji lze použít pro děti všech věkových kategorií včetně novorozenců s nízkou porodní hmotností.

Samostatnou skupinou jsou invazivní meningokoková onemocnění, která mohou vést k velmi těžkým kožním změnám, které souvisí oběhovým selháním i diseminovanou intravaskulární koagulací při těžké sepsi či septickém šoku. Tyto kožní změny mohou být rozsáhlé, mohou postihovat všechny části těla a mohou vést ke vzniku mnohočetných defektů. Polarizované světlo jsme opakovaně používali k doléčování kožních změn u těchto dětí.

Zepter - Bioptron



Obr. č. 7



Obr. č. 8

Na JIRP Kliniky dětského a dorostového lékařství VFN se polarizované světlo dále používá jako součást léčby i jiných kožních afekcí. Např. u dětí s atopickým ekzémem dochází při závažném celkovém onemocnění ke zhoršení kožního nálezu. U těchto pacientů polarizované světlo mírní svědění, postižená místa se hojí rychleji a děti jsou pak méně ohroženy impetiginizací ložisek. Dobrý efekt byl pozorován i u některých vrozených vad kůže typu bulózních dermatitid, kdy polarizované světlo opět urychlovalo hojení postižené kůže.

Je potřeba ale zdůraznit, že polarizované světlo na našem pracovišti vždy pouze doplňovalo lokální či celkovou terapii. Velice důležité je správné načasování pro zařazení polarizovaného světla do léčby.

U otevřených defektů se polarizované světlo používá ve fázi proliferace a epitelizace. Je-li ložisko secernující či zánětlivě změněné, kdy je bakteriální kolonizace velmi pravděpodobná, nemá polarizované světlo význam. Naopak, někteří dospělí nemocní pak popisují nepříjemné pocity v ráně při použití polarizovaného světla. U flebitid s neporušeným kožním krytem byl nejvyšší efekt pozorován, pokud se polarizované světlo použilo až po odeznění akuktní fáze.

Velkou výhodou Bioptonové lampy je jednoduchost jejího použití. Děti léčbu polarizovaným světlem velmi dobře snášely, závažnější nežádoucí účinky jsme dosud nezaznamenali. Kladně hodnotila používání polarizovaného světla i většina rodičů našich pacientů. Rodiče zpočátku asistovali při aplikaci světla, postupně sami lampu Biopton používali a aktivně se tím podíleli na léčbě svých dětí.

Bioptonovou lampu používáme k léčení postižených míst, pokud to stav pacienta dovolí, 3x denně po dobu 10 minut. Ačkoli nejsou popisovány žádné vedlejší účinky při aplikaci světla na oči, vždy při používání polarizovaného světla dbáme na důsledné krytí očí a při léčbě afekcí v obličejí je lampa Biopton využívána jen výjimečně.

Obecně lze shrnout, že používání lampy Biopton je velmi bezpečné, není vázáno jen na zdravotnická zařízení, ale je velmi vhodné i v domácím prostředí. Má poměrně široké indikace, lze aplikovat u dětí i dospělých. V dospělé medicíně se hodně využívá jako doplněk léčby při onemocněních pohybového aparátu (při bolestech bederní páteře, u artritid a epikondylitidy), velmi dobrý efekt je popisován i při řešení bérco-vých vředů.

Ostrava, první „supermarket-ordinace“

Za pět let vybudoval Marek Potysz pro třineckou firmu Agel a jejího šéfa Tomáše Chrenka největší a zároveň nejdravější řetězec soukromých nemocnic ve střední Evropě. O něco podobného se teď na vlastní pěst Potysz pokouší i s ordinacemi praktických lékařů. První článek prvního soukromého řetězce ordinací praktických lékařů dnes otevírá v Ostravě.

Je to jen začátek

Od místních praktiků během posledního půl roku skupil Potysz čtyři ordinace, sloučil je v jedinou a umístil ji na úplně nové místo - do centra Ostravy hned vedle obchodního centra Karolína. Za jednu praxi dal tento podnikavý čtyřicátník soukromým doktorům 300 až 700 tisíc, udělal z nich své zaměstnance a slíbil jim, že už se nebudou muset dohadovat s pojišťovnami ani finančním úřadem. Kromě toho lékařům nabídl služební auto a plat 40 tisíc korun, což je zhruba o 10 tisíc víc, než si v Česku průměrný praktik vydělá.

Zhruba čtyři tisícovky pacientů, kteří chodili až do minulého týdne ke svému lékaři na čtyři různá místa v Ostravě, dostaly minulý týden od Potysze do schránky dopis, že jejich praktický lékař se o několik kilometrů přestěhoval.

Úplně stejně chce na Moravě během pár měsíců vybudovat další dvě sdružené praxe. Investovat do nich prozatím hodlá zhruba pět milionů. Pokud mu bude tenhle byznys vynášet, chystá se za další desítky milionů nakupovat ordinace po celé Moravě, ale i v Čechách.

“Ve světě je dnes běžné provozovat ambulantní péči formou sdružených praxí, v nichž na jednom místě působí několik lékařů. Ti využívají společného zázemí a můžou nabídnout kvalitnější služby pacientům,” tvrdí Potysz.

Potyszovy ordinace se budou od těch, na které jsou pacienti zvyklí, lišit hlavně mnohem delší ordinací dobou. Lékaři se budou střídát po šesti hodinách ve dvou pravidelných směňách. “Budeme mít otevřeno od sedmi ráno do sedmi večer,” říká Potysz. To bude vyhovovat hlavně lidem s delší pracovní dobou, kteří budou moci na preventivní prohlídku přijít třeba v šest večer. “Pacienti se budou objednávat na konkrétní hodinu pomocí internetu a zajistíme jim dobrou možnost parkování v areálu obchodního centra,” slibuje Potysz. Hlavně kvůli dlouhé otevírací době, blízkosti nákupního centra a pravidelného střídání lékařů překřtili někteří doktoři jeho projekt na “lékařské supermarkety”.

Doktoři: Nelíbí se nám to

Zároveň ale zástupci lékařů před Potyszovými ordinacemi varují. “Lékař, který praxi prodá, úplně ztrácí svou nezávislost. Navíc je otázka, jestli částky, které se jim nabízejí, budou platit i za několik let,” říká šéf Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák.

Prezident lékařské komory Milan Kubek pak varuje před tím, že Potysz, který je stále členem dozorčí rady Agelu, může ordinace nakupovat pro svého šéfa z Agelu Tomáše Chrenka. Praktičtí lékaři by pak mohli podle Kubka dostat příkaz od Potysze, aby posílali své pacienty výhradně do nemocnic a ambulancí, které ovládá Agel. Tím by se peníze vybrané na zdravotní dani pohybovaly jen v rámci jedné skupiny a podle Kubka to by mohlo znamenat krach mnoha soukromých specialistů, kteří nemají s Agelem nic společného. Potysz ale jakékoli spojení svého projektu s Agelem odmítá. “Budeme spolupracovat se všemi lékaři a nemocnicemi, které se budou kvalitně starat o naše pacienty,” hájí se Potysz



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Sedace a analgesie pro krátké diagnostické a terapeutické procedury u dětí

V posledních létech se zvyšují počty diagnostických a terapeutických výkonů mimo operační sály. V letech 1992 – 2002 publikovala Americká pediatriká akademie doporučení pro ošetřování dětí při těchto výkonech. Vycházela z dostupnosti neinvazivního monitoringu, krátkodobě působících opioidů a sedativ a dalšího postupně se rozšiřujícího spektra specifických opioidů a dalších antagonistů. Praktičtí lékaři se pak setkávají ve zprávách s léčebnými údaji mnohdy již následující dny a je nutné docílit u nich povědomí o možnostech následných reakcí. Sedace a analgesie pro naše dětské pacienty přispívá k toleranci nepříznivých, bolestivých procedur, na druhé straně musí příslušní odborníci zajistit neovlivňování kardiopulmonálních funkcí a co nejmenší dopad na stav vědomí a kognitivních funkcí v následné době.

Rozlišujeme minimální sedaci k odstranění úzkosti. **Moderovaná sedace** je stav, kdy tabletami indukovaná deprese vědomí ovlivňuje vnímání taktilních stimulů. **Disociativní sedace** je charakterizována hlubokou sedací a amnézií se zjištěním spontánní respirace a kardiopulmonální stabilitou. **Hluboká sedace** ovlivňuje vědomí, ale pacient ještě odpovídá na bolestivou stimulaci. Kardiopulmonální funkce jsou při tom udržovány, ale schopnost nezávislé ventilace může být narušena. **Generální anestezie** pak rozumíme stav, kdy pacient není při vědomí, vyžaduje asistenci při zajištění respiračních funkcí. Samozřejmě i při těchto malých výkonech je důležitá zručnost a zkušenost personálu. Několik velmi důležitých věcí je nutné brát v úvahu i při těchto krátkodobých anestéziích, t.zn. anamnézu, ze které vyjímáme. Jedná se o předchozí, nepříjemné události při anestéziích v rodině, stridor a spánkovou apnoe. Chromosomální abnormality, např. trisomie 21. Pak obezitu, krátký krk, limitovanou krční extenzi, onemocnění nebo trauma krční páteře, tracheální deviace, Pierre Robin syndrom. Z vlastních zkušeností pak ještě uvádím nedostatečný důraz na stav po operaci atresie oesophagu s píštělí. Také otevření úst menší než 3 cm!, makroglosie, dentální anomálie a tonsilární hyperplazie jsou důležitými nálezy stejně jako špatně viditelná uvula. Doporučení dané akademie

uvádí i povinná vybavení pro anesteziologii. Dále je nutné mít na paměti sledování pulsní oximetrie a kapnografie u dětí separovaných např. při nukleární magnetické rezonanci a radioterapii.

Pokud uvažujeme mezi sedací a generální anestézií, pak se druhá metoda jeví jako doporučovaná a bezpečná u dětí pod jeden měsíc věku, nezralých do roka věku, s anamnézou apnoe, GER s resp. epizodami nebo plicní infekcí a aspiracemi, kraniofaciálními abnormalitami, svalovou dystofií, kardinálními malformacemi a kardiomyopatiemi s vrozenými poruchami metabolismu (vedoucí k postižení svalů) a pacienti s asma-like syndromy.

Sedativně - hypnotické preparáty:

Chloralhydrát - je preferován pro neinvazivní diagnostiku u dětí pod 3 roky věku, sedativní efekt je indukován jeho metabolismem s poločasem 4-12 hodin. Je preferováno jeho používání per rektum, alternativně může být podáván nasogastrickou sondou.

Benzodiazepiny - midazolam je nejčastěji užívaný, cesta podávání je nejrůznější, jeho intranasální podávání může zapříčinit iritaci nasální sliznice. Má vliv na anxiolyku a je preferován před dlouhodobějším negativním účinkem diazepamu. Nemají analgetický efekt a proto je midazolam často kombinován s ketaminem nebo opioidy, kdy však je nutné mít na paměti možnost hypoxie a apnoe. Efekt midazolamu může být antagonizován flumazenilem.

Gama - hydroxybutyricová kyselina - má dobrý sedativní efekt, spontánní ventilace je neovlivněna. Jeho vedlejší účinek je popisována nausea a zvracení, které lze odstranit preventivním podáváním antiemetik.

Barbituráty - užívají se pro úvod do anestézie již tři desetiletí, zajišťují efektivní imobilizaci sedativním efektem. Z vedlejších efektů je nutné mít na paměti hypotenzi, hypoventilaci, zvracení a třes. Užívá se nejčastěji pentobarbital a thiopental.

Propofol - užíván pro sedativní efekt i pro uvádění do generální anestézie má rychlý sedativní efekt s navazujícím efektem hypnotickým. Je kontraindikován u dětí pod 17 rok věku, jeho podávání v infuzi je také možné spojit s kardiorenálními komplikacemi. Při jeho běžném podávání nutné kontroly TK.

Neuroleptika - nazývána také jako velké tranquilizéry mají sedativní i anxiolytický efekt. Řadíme sem fenothiaziny, dále chlor-

prothixen s nejrůznějšími cestami podávání a jejich užívání je především pro imobilizaci neinvazivních výkonů.

Analgetické preparáty:

Opioidy - modulují kortikální percepci bolesti vazbou na příslušné receptory a jejich smyslem je užívání pro bolestivé invazivní procedury (lumbální punkce a punkce kostní dřene). Z vedlejšího efektu je třeba upozornit na miosu a pohybovou diskoordinaci.

EMLA - lokální anestetikum, které je nutné aplikovat 1 hodinu před anestézií

Fentanyl - má rychlý začátek, krátké trvání, často mají pacienti emisí

Morphium - má delší trvání a dobrý analgetický účinek

Ketamin - velmi často užívané analgetikum bez ovlivňování kardiopulmonálních funkcí, jen poněkud zvyšuje TK a intravenosně podávaný indukuje kortikální disociaci. Jeho intravenosní podávání má být pomalé (2 min) k zabránění vedlejšího respiračního problému zvýšené tracheobronchiální sekrece a hypersalivace. Proto se někdy preventivně podává atropin. Po výkonu mohou pacienti ovlivňovat halucinace a abnormální agitovanost, zvláště v nočních hodinách!

Nitrous oxid - analgetický a anxiolytický efekt v koncentraci mezi 30 - 70%, s rychlým začátkem za 30 sekund a maximálním efektem po 5 minutách a následnou rychlou úpravou. Používá se často u dětí starších 3 let. Používá se při ošetřování malých traumat, cévních záležitostí a zubního ošetřování.

Eur.J.Pediatr. (2007)166: 291-302

Léčba s bakteriálními extrakty při onemocnění respiračního traktu

Autoři sledovali efekt imunomodulátoru Bronchovaxomu u dětí s akutním onemocněním respiračního traktu. Celkem se jednalo o 2 721 pacientů. Bezpečnost a tolerance preparátu byla dobrá. Celkově se však efekt Bronchovaxomu jevil jako slabý. Popisovali spíše jen trend ke zkrácení doby infekce a snížení spotřeby antibiotik. Tento trend ale nebyl statisticky významný. Studie popisované v práci se navzájem ve svých výsledcích velmi liší.

Eur.J.Pediatr. (2007) 166: 365-376

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

Oznámení všem členům SPLDD ČR

SPLDD za účelem plnění předmětu činnosti sdružení zpracovává osobní údaje svých členů za účelem jejich evidence v listinné i elektronické podobě. SPLDD je tedy správcem osobních údajů ve smyslu § 4 písm. j) zákona č. 101/2000 Sb. SPLDD zpracovává osobní údaje shromážděné od jednotlivých členů sdružení, tj. přímo od subjektů údajů, a to ve smyslu § 5 odst. 2 zákona č. 101/2000 Sb., s jejich souhlasem.

Správce je při shromažďování osobních údajů povinen subjekt údajů informovat o tom,

- v jakém rozsahu budou osobní údaje zpracovány
- pro jaký účel budou osobní údaje zpracovány
- kdo bude osobní údaje zpracovávat
- jakým způsobem bude osobní údaje zpracovávat
- komu mohou být osobní údaje zpřístupněny

nejsou-li subjektu údajů tyto informace již známy. SPLDD o většině z těchto údajů informovala ve svých Stanovách, v Příhlášce a

Správce musí subjekt údajů informovat o jeho právu přístupu k osobním údajům, právu na opravu osobních údajů, jakož i o dalších právech stanovených v § 21.

SPLDD zpracovává osobní údaje v rozsahu příjmení, jméno, datum narození, titul, vědeckou hodnost, rok a místo promoce, fakultu, dosaženou kvalifikaci atestace, adresu bydliště, včetně telefonu, adresu pracoviště, včetně telefonu, adresu pro zasílání korespondence, číslo mobilního telefonu a elektronickou adresu, údaje o současném pracovním zařazení, včetně IČ, resp. IČZ, jazykových znalostech a o členství v Lékařské komoře ČR, členské číslo, údaje o úhradě členského příspěvku a informaci o zařazení člena v některé z organizačních součástí SPLDD.

Z databáze členů byla odstraněna rodná čísla a dále nebudou SPLDD zpracovávána.

Shromažďování výše uvedeného rozsahu osobních údajů bylo stanoveno pro účely plnění předmětu a cílů SPLDD. Osobní údaje jsou zpracovány za účelem evidence, komunikace a přesné identifikace svých členů. Kromě „adresních“ osobních údajů využívá SPLDD informace o odbornosti člena k potvrzení jeho žádosti o bankovní úvěr (dle smlouvy uzavřené mezi Českou spořitelnou, a.s. a SPLDD), dále jsou tyto údaje využívány při přípravě školení, přednášek, pro zajištění odborné účasti svých členů v odborných komisích. Jazykové znalosti pak SPLDD využívá při zajišťování mezinárodních aktivit SPLDD.

Členské číslo, které je jedinečné pro každého člena, pak slouží k identifikaci platby členského příspěvku. Po přijetí obdrží nový člen členský průkaz, který je mimo jiné opatřen členským číslem člena a čárovým kódem, který eviduje členské číslo člena.

Další informace se týká toho, kdo uvedené osobní údaje zpracovává. Dle § 11 stanov SPLDD „Sekretariát sdružení vede databázi členů Sdružení, aktualizuje ji podle podkladů zasílaných předsedy regionálních členů Sdružení a Okresními zástupci Sdružení, eviduje placení členských příspěvků. O stavu členské základny a placení členských příspěvků informuje při jednáních Předsednictva Sdružení“. Podle provozního řádu kanceláře SPLDD vede databázi členské základny SPLDD, včetně evidence členských příspěvků, tajemnice SPLDD.

Informace jsou pak zpracovány následujícím způsobem: SPLDD vede evidenci svých řádných členů v databázi v elektronické podobě, v programu Microsoft Office – Excel. Zápis do databáze je prováděn tajemnicí SPLDD na základě listinné přihlášky. Ty jsou následně uchovávány v sekretariátu SPLDD. Elektronická databáze je uložena v PC tajemnice SPLDD. Elektronická databáze obsahuje osobní údaje pouze v rozsahu, tak jak jsou uvedeny na přihlášce člena SPLDD. Jedná se pouze o jejich přepis. V sekretariátu SPLDD

jsou celkem 3 PC, která jsou vzájemně propojena do vnitřní sítě. PC jsou napojena na internetovou síť přes Firewall. Přístup do PC je zajištěn prostřednictvím přístupového jména a hesla. Sdružení využívá dva stupně přístupových práv. Na základě první úrovně je umožněno provádět nové zápisy, opravy a mazání zápisu členů, na základě druhé úrovně je umožněno pouze nahlížení a čtení databáze. Všechna PC jsou umístěna v sekretariátu SPLDD a nejsou propojena s regionálními sdruženími. Sekretariát je standardně zabezpečen proti vstupu neoprávněné osoby.

Informace jsou zpracovány pouze pro účely SPLDD, nejsou tedy zpřístupněny nikomu jinému.

Požádá-li člen SPLDD o informaci o zpracování svých osobních údajů, SPLDD mu tuto informaci bez zbytečného odkladu předá. Obsahem informace pak vždy bude sdělení s náležitostmi uvedenými v §12 zákona o ochraně osobních údajů.

Každý člen SPLDD, který zjistí nebo se domnívá, že SPLDD provádí zpracování jeho osobních údajů, které je v rozporu s ochranou soukromého a osobního života subjektu údajů nebo v rozporu se zákonem, zejména jsou-li osobní údaje nepřesné s ohledem na účel jejich zpracování, může

- a) požádat SPLDD o vysvětlení,
- b) požadovat, aby SPLDD odstranilo takto vzniklý stav. Zejména se může jednat o blokování, provedení opravy, doplnění nebo likvidaci osobních údajů.

Je-li žádost shledána oprávněnou, SPLDD odstraní neprodleně závadný stav. V opačném případě má člen právo postupovat v souladu s ustanovením § 21 zákona o ochraně osobních údajů (to jest zejména obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů).

Výbor SPLDD ČR, o.s.



Aktuality

Lék Silomat výrobce stahuje

Lék Silomat ve formě kapek, sirupu a injekčního roztoku, který se užívá na suchý dráždivý kašel, může podle nejnovějších studií měnit rytmus srdce.

Proto jej výrobce, farmaceutická firma Boehringer Ingelheim, která přípravek vyrábí, dobrovolně stahuje z celosvětového trhu. Toto opatření se týká také České republiky, sdělil včera mediální zástupce společnosti Michal Kačírek.

„Počínáje středou 5. září až do konce října bude možné vrátit jakýkoli, i načatý nebo použitý lék Silomat do nejbližší lékárny. Pacientovi budou vráceny peníze v plné výši. Toto opatření se týká i přípravků zakoupených bez lékařského předpisu,“ uvedl v prohlášení pro veřejnost ředitel české pobočky společnosti Vladimír Starý.

Stažení léku vysvětlil tím, že předběžné závěry klinické studie naznačují možné riziko výskytu srdeční arytmie po jeho požití. Lék se užívá k léčbě od roku 1961, v Česku je užíván od roku 2002.

O způsobu stažení přípravku jsou informace na webových stránkách www.boehringer-ingelheim.cz a na bezplatné lince 800 733 733.

Informace poskytnou také praktičtí lékaři a lékárníci v místě jejich bydliště.

Ohledávače mrtvol má platit stát

K lidem, kteří zemrou doma, nyní většinou volají zbytečně záchranku. To má změnit nový zákon ministra Julínka.

České zdravotnictví si neví rady s nebožtíky, kteří zemřeli mimo zdravotnického zařízení.

Otázku, kdo má mít v popisu práce konstatovat smrt u zemřelých doma a jak a z čeho tento úkon zaplatit, chce vyřešit ministr zdravotnictví Tomáš Julínek v novém zákonu o zdravotních službách. Od roku 2009 hodlá zřídit krajské registry lékařů, kteří se k práci ohledavače mrtvol přihlásí. Stát by jim měl na tuto činnost přispívat.

Právní předpisy říkají, že ohledat mrtvolu je povinen ten lékař, který se jako první o smrti dozví. Obvykle se v takových případech volali hlavně praktičtí lékaři a lékaři pohotovostní služby. Jenže pohotovostí valem ubývá, protože jejich ztrátovou činnost nechťejí zřizovatelé (převážně kraje a obce) platit. Soukromí lékaři se během ordinační doby zdráhají vyjíždět za mrtvolami s poukazem na přeplněné ordinace a špatně zaplacenou práci.

Pozůstalí se proto naučili obracet na linky záchranné služby. Většinou přitom předstírají, že nebožtíci „ještě tak trochu žijí“.

„Spočítali jsme, že ročně vyjíždíme zhruba k 2400 případů ohledání mrtvol. V 80 procentech jsou ale tyto výjezdy nahlášeny jako bezvědomí,“ uvedl ředitel pražské záchranné služby Zdeněk Schwarz.

Záchranky by chtěly koronera

Problém zneužívání záchranky k cestám za zesnulými řešila i Asociace záchranných služeb. „Už před třemi lety jsme upozorňovali, že těchto případů přibývá a že to dělat nechceme. Navrhovali jsme vznik institutu koronera. Ale nikdo nás nevyšlyšel,“ řekl Schwarz.

Podle Václava Šmatláka ze Sdružení praktických lékařů je ale pro-

blém složitější. Současná právní úprava podle něj dělá z procesu ohledávání mrtvol málem neřešitelnou záležitost. „Podle vyhlášky třeba nesmí ohledání mrtvol provést ošetřující lékař zesnulého. Takže když příbuzní mého pacienta zavolají, že zemřel, musím shánět některého kolegu, aby jel úmrtní list sepsat. Teprve pak se musím podepsat já, protože na ohledacím listu musí být dvě razítka,“ podotkl Šmatlák.

Lékaři proto často „švindlují“: vyplní dokument sami a nechají si ho od kolegy jen podepsat. „Je v tom galimatyáš,“ řekl Šmatlák.

Řešením má být vznik krajských registrů. V nich by si pozůstalí sami našli, který lékař a kdy ohledání zesnulých v regionu provádí. „Zájem ze strany lékařů by byl. Poukazují ale na to, že zdravotní pojišťovny hradí jen ohledání. Nikoli už třeba náklady na dopravu. Chceme to ošetřit tak, že každý registrovaný lékař by měl nárok i na paušální úhradu, vyplácenou krajem ze státní dotace,“ uvedla náměstkyně ministra pro zdravotní péči Markéta Hellerová.

Pacienti mají právo na proplacení péče poskytnuté v EU

Evropský parlament ve středu odhlasoval zprávu, podle níž mají pacienti nárok na proplacení ambulantních služeb bez předchozího souhlasu pojišťovny kdekoli na území Evropské unie. U plánované hospitalizace je však třeba konzultace s pojišťovnou. Závěry se shodují i s některými rozhodnutími Evropského soudního dvora, europoslanci však žádají Evropskou komisi, aby závěry zahrnula i do evropské legislativy.....

“Tato práva některé země nerespektují - například Velká Británie svým občanům péči v zahraničí neproplácí v plné míře nebo vůbec,“ sdělila ČTK europoslankyně a bývalá ministryně zdravotnictví Zuzana Roithová. Podle ní je odstraňování překážek pro přeshraniční poskytování zdravotních služeb “červeným hadrem” pro ty politiky, kteří nevědí, jak zdravotní systémy fungují. Tvrzení parlamentních odpůrců zprávy, že jde o zásah do pravomocí států, však označila za nesmyslné.

Parlament rovněž volá po zvýšení důvěryhodnosti zahraničního zdravotnictví.

“Klíčem jsou akreditace nemocnic a ambulancí a právo na informace,“ řekla Roithová. Bude-li mít podle ní pacient informaci, zda zahraniční zařízení je akreditováno, a tudíž dodržuje národní či mezinárodní standardy kvality, získá tak prý větší jistotu, že bude bezpečně ošetřen i bez znalosti cizího jazyka.

Řešení současného legislativního “vakua” podle europoslanců spočívá v tom, aby byly zdravotní služby znovu zahrnuty do směrnice o službách, z níž byly vyloučeny.

Změny zdravotnictví provázejí zmatky

Ani poslanci nevědí, co vlastně schválili. Kdo za co bude platit?

Reformu zdravotnictví schválili poslanci před třemi dny, ale až teď postupně vychází najevo, co všechno obsahuje.

A kdo vlastně bude platit u lékaře, a kdo nakonec ne.

Leccos je překvapením i pro poslance, kteří pro změny zákona zvedli



ruku. Mnozí stále nevědí, pro co přesně ji zvedli. Například lidé s dlouhodobým onemocněním žijí v domněni, že patří mezi výjimky, které za návštěvu lékaře platit nebudou. „Já jsem přesvědčena, že chronicky nemocní neplatí. Nebo je to zase jinak?“ diví se Jana Petrenko ze sdružení Koalice pro zdraví, které zastupuje pacienty.

Jenže dlouhodobě nemocní platit budou. „Výjimkou jsou v tomto případě jen děti,“ říká náměstek ministra Pavel Hroboň. Které děti? To teprve určí vyhláška. „Typově půjde třeba o děti s leukémií,“ říká náměstek ministra Marek Šnajdr.

Naopak třeba těhotné ženy, které musí docházet na pravidelné kontroly ke svým gynekologům, původně platit měly. Teď se však ukazuje, že nebudou.

Stejně tak vyšlo najevo, že poplatek v lékárnách se bude platit jen za recepty s léky, které alespoň částečně hradí pojišťovny. Pokud si pacient platí lék v plné výši, poplatek se ho týkat nebude. „Jde třeba o recept na antikoncepci,“ vysvětluje Hroboň. „To, co jsme zavedli, jsou regulační poplatky. Mají za úkol regulovat, co odtéká z veřejného zdravotního pojištění, ne to, co si lidé hradí sami,“ říká Hroboň.

Některé věci nejsou jasné dodnes. Neví se, jestli pacienti budou muset platit 90 korun za návštěvu pohotovosti i v lékárnách, které slouží nonstop jako pohotovost. Zřejmě ano. Podobné záludnosti ještě budou zřejmě nějakou dobu vyplouvat na povrch. Proč kolem změn zdravotnictví panuje takový zmatek? Dosud neexistuje jediný výtisk zákona, ve kterém by byly zahrnuty všechny pozměňovací návrhy. Neměli ho ani poslanci při hlasování. Podrobnou publikaci a letáky pro pacienty, co všechno je čeká, se ministerstvo teprve chystá vydat.

Sociální demokracie se u soudu zastane lékařů

Sociální demokraté připravují ústavní stížnost na vládní reformu veřejných financí a v rámci ní napadnou i pokutu 50 tisíc korun, kterou má dostat lékař, když nebude vybírat poplatky od pacientů. Novinářům to oznámili v pátek Jiří Paroubek, předseda ČSSD, a Milan Kubek, prezident lékařské komory, po svém jednání.

„Poplatky ve zdravotnictví odmítáme, připravujeme ústavní stížnost. Pokuta 50 000 korun pro lékaře, kteří nebudou vybírat, je drakonické sankční ustanovení zákona. Může se obrátit proti lékařům i veřejnosti,“ prohlásil Paroubek.

Kubek řekl, že komora není proti poplatkům, ale je proti jejich výši a plošnému zavedení.

„Měly by být vyšší, ale se sociální kompenzací. Pokuta 50 000 korun, když nebudeme poplatky vybírat, je protiústavní. A to vzhledem k tomu, že nám ji má uložit zdravotní pojišťovna, ale té jsme obchodními partnery. Navíc pokuta má být příjmem pojišťovny. To je nesmyslné,“ prohlásil Kubek

Lékaře zaplatí všechny děti

Na úroveň toaletárek klesnou vybíráním peněz lékaři, tvrdí jejich profesní komora

Tak dlouho lidovecký poslanec Ludvík Hovorka lícitoval o zmírnění návrhu ministra zdravotnictví Tomáše Julínka na zavedení regulačních

poplatků za zdravotní péči, tak dlouho zatvrzele stál na svých požadavcích, až je nakonec výsledek k pacientům ještě tvrdší než původní návrh.

Hovorka požadoval, aby za návštěvu lékaře neplatili třicet korun všechny osoby mladší 18 let, a byl ochoten ustoupit nanejvýš na 15 let. Julínek do návrhu zapracoval hranici tří let a jako nejzazší míru kompromisu uváděl předškolní věk, tedy do 6 let.

Výsledkem koaličních tahanic je, že za návštěvu ordinace zaplatí všechny děti výměnou za mírnou úlevu rodinám s dětmi v daňové oblasti. Od poplatků mají být osvobozeny jen vážně chronicky nemocné děti a děti umístěné do ústavní péče. Platit nebudou ani za preventivní prohlídky a vyšetření vyžádaná lékařem, což ale platí pro všechny věkové kategorie.

„Tříletou věkovou hranici jsme do návrhu na zavedení regulačních poplatků zapracovali pod politickým tlakem jako reakci na první negativní ohlasy v připomínkovém řízení. I když se nám to nelíbilo, protože to nepovažujeme za systémové řešení. To, že nakonec žádná věková hranice nebude, proto považuji za daleko lepší variantu,“ konstatoval Julínek. Nulová varianta má i podporu pediatriů. „Představenstvo se jednoznačně postavilo za požadavek zavedení poplatků bez věkových rozdílů. Byla to naše závažná připomínka a jsme rádi, že byla nakonec akceptována,“ řekl místopředseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Milan Kudyn.

Dětská lékařská komora, že v opačném případě by byli finančně diskriminováni ve srovnání s lékaři pro dospělé. Proti poplatkům se naopak velmi ostře vymezila Česká lékařská komora, která tvrdí, že jejich výběrem lékaři klesnou „na úroveň toaletárek“. Komoře se velmi nelíbí i to, že k výběru bude lékař tlačen hrozbou až padesátitisícové pokuty, což včera velmi ostře zkritizoval i zdravotnický expert ČSSD David Rath.

Nově se v reformním balíčku na poslední chvíli objevila i změna stanovování příspěvků pojišťoven na léčiva. Namísto ministerské vyhlášky, vydávané obvykle dvakrát do roka na základě výsledků jednání odborné, tzv. kategorizační komise, by měl výši úhrad stanovovat formou běžného správního řízení Státní ústav pro kontrolu léčiv. Změnit stávající ostře kritizovanou praxi nejpozději do konce roku nařídil Ústavní soud.

Co změní reforma ve zdravotnictví

1. zavádí regulační poplatky v souvislosti s poskytováním zdravotní péče: 30 korun za návštěvu praktického lékaře, pediatra, ambulantního specialisty, gynekologa, stomatologa, klinického psychologa a logopeda (neplatí pro preventivní prohlídky a lékařem vyžádaná vyšetření, hemodialýzu, vyšetření na transfuzní stanici, pro osoby se závažnou chronickou chorobou, v hmotné nouzi a pro klienty dětských domovů a školských ústavních zařízení), 30 korun za položku receptu, 60 korun za den hospitalizace v nemocnici, 90 korun za využití lékařské pohotovosti bez následné hospitalizace
2. zavádí roční limit na regulační poplatky a na doplňky za zákonem stanovené druhy léčiv ve výši 5000 korun na osobu
3. mění způsob odvolávání a volby ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny z kompetence sněmovny na správní radu VZP
4. mění systém tvorby cen léčiv z rozhodnutí (vyhlášky) ministra zdravotnictví na základě jednání kategorizační komise na správní řízení vedené Státním ústavem pro kontrolu léčiv
5. lékárna může na požádání dát jiný lék se stejnou účinnou látkou



Pojišťovny ohlídá nový úřad

Zdravotním pojišťovným chybí účinný dozor. Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek proto chce navrhnout vznik nového kontrolního úřadu.

Klienti zdravotních pojišťoven by měli v blízké budoucnosti nabýt větší jistotu, že jejich správce pojistného nezkrachuje. A že kdykoli bude potřebovat, najde v blízkém okolí smluvně zajištěného lékaře, který bude včas a správně zaplacen, a tudíž spokojený.

To vše by měl podle představ ministra zdravotnictví Tomáše Julínka a jeho spolupracovníků ohlídat nově vzniklý Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. „Zákon především mění vztah mezi státem a systémem veřejného zdravotního pojištění. To je na něm to úplně nejdůležitější,“ konstatoval Julínkův náměstek pro zdravotní pojištění Pavel Hroboň.

Nový úřad totiž převezme všechny kontrolní mechanismy ministerstev zdravotnictví a financí i Poslanecké sněmovny. „Dojde k posílení nezávislosti systému zdravotního pojištění a jeho oddělení od státu. Stát jen nastaví pravidla hry, která tu zatím chybí,“ podotkl Hroboň.

Předsedu úřadu, který by měl mít podle představ ministerstva zhruba 40 zaměstnanců, bude jmenovat a odvolávat prezident republiky na návrh vlády.

Jeho funkční období má být pětileté a nejvýš deset let v kuse. Předseda nebude smět být členem žádné politické strany. „To by mělo zaručit stabilitu a apolitičnost celé instituce,“ usoudil Hroboň.

Úřad bude pravidelně kontrolovat finanční zdraví zdravotních pojišťoven. Bude schvalovat jejich roční plány i kontrolovat účetní uzávěrky. Má dohlížet i na to, jak plní své závazky vůči klientům, například jak mají zajištěnu dostupnost péče v regionech a kolik stížností na ně lidé podali.

Nový druh soukromé praxe: lékaři na telefon

Zavolat si domů praktického lékaře podobně jako instalatéra či jiného řemeslníka? Pro většinu českých pacientů je něco takového na úrovni sci-fi. V případě náhlých zdravotních obtíží jsou odkázáni na řídnoucí síť lékařských pohotovostí nebo musejí zatěžovat záchrannou službu. Přitom by kolikrát stačila jen konzultace po telefonu či dostupnost „obyčejného“ praktického lékaře.

Lékařských služeb první pomoci v posledních několika letech rapidně ubylo a dále ubývá. Stejně jako mizejí praktičtí lékaři, kteří za svým pacientem po ordinanční době vyjedou domů. Ani jedno se totiž kvůli nízkým úhradám ze zdravotního pojištění nerentuje.

Přitom možnost mít lékaře po ruce na telefonu a udržovat návštěvní službu u pacienta doma patří podle nedávného průzkumu občanského sdružení Koalice pro zdraví mezi nejčastěji zmiňovanými službami, kterými by lidé chtěli české zdravotnictví vylepšit.

Této vzniklé díry na trhu se snaží využít komerční projekt, který se před čtyřmi měsíci rozjel v Praze a do budoucna hodlá expandovat i do Brna a dalších krajských měst. Soukromá společnost pod hlavičkou Doktor nonstop provozuje nepřetržitou čtyřadvacetihodinovou výjezdní službu praktického a dětského lékaře. Stačí zavolat na linku do call centra a podobně jako řemeslníka či taxi si lékaře domů ob-

jednat. Službu konající lékař by měl na místo dorazit do devadesáti minut. **Zdravotní pojišťovny tuto aktivitu nehradí. Za jednorázový výjezd včetně potřebných léků pacient zaplatí 2310 korun.**

„Nesuplujeme záchrannou službu. Lékař se vždy s pacientem nejprve telefonicky spojí a zjistí, jaké má potíže. Když usoudí, že to může být závažné, doporučí dotyčnému, aby si zavolal záchranku,“ vysvětluje předseda představenstva společnosti Doktor nonstop Rudolf Foglar.

Bolest cítíme už před narozením

Mohou vědci zkoumat, zda lidský plod cítí bolest? Křičí novorozenec z radosti, že je na světě? Odpovídá profesor Richard Rokyta z 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

* Bolí nás ještě něco předtím, než se narodíme?

Tato otázka se řeší už několik desítek let. Dřív se většinou myslelo, že nenarozeného nemůže nic bolet. Dokonce i křik při porodu se považoval za projev radosti z toho, že se dítě dere na svět. To je veliký omyl. Je myslím nedostatkem medicíny, že zatím neumí ulevit dítěti. Naproti tomu umíme velice dobře tlumit bolest matky, například v USA asi 43 procent všech porodů probíhá v epidurální anestézii.

* A jak jsme se tedy dozvěděli, že už v bříšku maminky máme svá trápení?

Dozvěděli jsme se to především při porodech nedonošených dětí. Děti, které se narodí v sedmém měsíci nebo i dříve, mají také znaky bolesti. O opravdové bolesti můžeme mluvit už od zhruba 26. až 28. týdne. To už dozrává aktivita mozkové kůry a můžeme snímat EEG, jehož průběh odpovídá projevům skutečné bolesti. Protože jsme opatrní, mluvíme u plodu raději o nocicepci, vnímání bolestivých stimulů. Není to stejná bolest jako v dospělém věku. K té totiž patří i mozková interpretace, individuální pocíťování bolesti a tak dále.

* Jak se dozvíme, zda bolest při porodu je pro dítě snesitelná, nebo nesnesitelná?

Tak to se nedozvíme. Snad jenom podle intenzity toho křiku, což se také skutečně měřilo. Víme, že děti, které prošly při porodu a těsně po něm nějakou bolestí, si takový zážitek pamatují hodně dlouho. Proto bychom už u těch nejmenších dětí měli bolest co nejdříve odstranit, a ne ji přidělovat. Což se děje třeba při takových zákrocích, jako je obrázka. To platí i v pozdějších obdobích života. Nejhorší je strašit dítě bolestí: Půjdeš k panu doktorovi, když budeš zlobit, a on ti píchne injekci. Mělo by se spíš na dítě psychologicky působit. A to už v době, kdy ještě nemluví - hladit ho, konejšit ho, aby bolest nepocíťovalo tak negativně.

Vědci dokázali škodlivost marihuany

Požívání hašiše nebo marihuany zvyšuje riziko psychických onemocnění až o 40 procent. K tomuto závěru došla skupina britských vědců pod vedením Stanleyho Zammita z univerzity v Cardiffu. Výsledky jejich práce zveřejnil v nejnovějším čísle lékařského časopisu The Lancet.

Vědci kromě vlastního výzkumu analyzovali 35 dalších studií k problematice kanabису. „Máme nyní dostatek důkazů, abychom mladé lidi varovali, že konzumace konopí zvyšuje riziko, že je v pozdějším věku postihne nějaká forma psychického onemocnění,“ prohlašují britští vědci.



Hašíš, který se vyrábí z pryskyřice samičích květů konopí, a marihuana ze sušených lístků stejné rostliny se většinou konzumují v podobě jointů, v dýmce nebo jsou polykány. Často jsou obě substance označovány jako relativně neškodné drogy, to ale není pravda, tvrdí vědci. Jejich výzkum prokázal závislost na dávkování: kdo bere drogu častěji, je psychózou ohrožen více. U silných uživatelů je toto riziko až dvojnásobné oproti příležitostným.

Pod pojem psychóza vědci zahrnují četná středně závažná až vážná psychická onemocnění. Jejich společným jmenovatelem je ztráta reality, lišící se povahou a průběhem. Jako příklad lze uvést poruchy vědomí, paměti, orientace, nebo pak přeludy, halucinace a maniodepresivní choroby. V doprovodném komentáři upozorňuje Merete Nordentoftová z univerzitní nemocnice v dánské Kodani, že společnost nebezpečí podceňuje. „Ve veřejných diskusích bývá kanabis v porovnání s alkoholem nebo opiáty považován za víceméně neškodnou drogu. Zdá se, že dlouhodobé vlivy kanabisu na psychózy jsou přehlíženy, a veřejnost proto musí být o těchto hrozbách zpravena,“ uvádí Nordentoftová.

Zammit poukazuje v časopise The Lancet na to, že v zemích jako USA a Británie má zkušenosti s kanabidem na 20 procent mladých lidí. V Německu je to podle spolkové ústředny pro zdravotní průzkum 26 procent. Obecně je kanabis nejrozšířenější drogou v řadě zemí, a znalosti konzumentů o něm zůstávají minimální.

Chrenkova firma Agel požádala o registraci zdravotní pojišťovny

Společnost Agel, jejímž významným akcionářem je ocelářský magnát Tomáš Chreněk, podala žádost o registraci zdravotní pojišťovny.

Agel už provozuje nemocnice na severní a střední Moravě a nedávno získala dlouhodobý pronájem tří nemocnic v Olomouckém kraji. Pokud bude žádost o registraci pojišťovny schválena, Agel významně posílí svůj vliv v českém zdravotnictví. Uvedl to zpravodajský server Aktuálně.cz.

„Důvodem založení zdravotní pojišťovny jsou téměř čtrnáctileté zkušenosti Agelu s řízením a provozem zdravotnických zařízení včetně důvěrného poznání prostředí nemocnic, ambulantní sféry a potřeb pacientů,“ uvedl Tomáš Želazko z Agelu.

Žádost nyní musí posoudit ministerstva zdravotnictví a financí. Na posouzení mají zákonnou lhůtu šest měsíců. „Vedení společnosti Agel očekává vyjádření ministerstva nejdříve koncem letošního roku,“ potvrdil serveru Želazko.

Resort zdravotnictví zatím nechce hodnotit, jakou má žádost Agelu šanci na úspěch. „Ze zákona je vytvoření nové pojišťovny možné,“ připustil mluvčí ministerstva Tomáš Cikrt. Obavu z Chrenkova zdravotnického monopolu zatím ministerstvo nemá. „Důležité je, aby byla zachována konkurence jak mezi zdravotními pojišťovnami, tak mezi zdravotnickými zařízeními,“ prohlásil Cikrt.

Podle předsedy Svazu zdravotních pojišťoven Jaromíra Gajdáčka souvisí žádost Agelu s připravovanou reformou systému pojišťoven, kterou od roku 2009 chystá ministr zdravotnictví Tomáš Julínek.

„Možnosti pojišťoven se otevírají, vznikne konkurenční prostředí. Nevylučuji, že vzniknou i další nové pojišťovny,“ řekl Gajdáček, který věří, že ze vzniku nové pojišťovny by pacienti mohli profitovat. „Současné pojišťovny budou mít větší míru starostí o své klienty, aby jim neutekli ke konkurenci,“ odhadl.

I N Z E R C E

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

**Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.
Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.**

Převezmu praxi v Českých Budějovicích

Pediatr s licencií převezme nebo odkoupí zavedenou pediatrickou praxi v Českých Budějovicích a okolí. Možno ihned nebo i výhledově.

Kontakt: tel. 774 230 170, email: trncad@seznam.cz, Ev.č.: 94-06-07

Prodám ordinaci v Praze 9

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

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

Fakultní nemocnice v Motole přijme

Fakultní nemocnice v Motole přijme - lékaře/ku pediatra do směnného provozu pro Urgentní příjem dětí a dětskou pohotovost. Nabízíme: velmi dobré platové podmínky, zajímavou práci ve směnném provozu umožňující další aktivity, zaměstnanecké benefity, pro mimopražské ubytování. Písemné nabídky s CV zasílejte: Prim. MUDr. Marie Mikulecká, CSc., Centrální příjmové odd. pro děti, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo Mikuleckamarie@hotmail.com. Informace: 22443 3696,7, Ev.č.: 96-07-07

Odkoupím praxi praktického lékaře

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

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

Výběrové řízení: Klinický pediatr

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

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

Ev.č.: 98-07-07

Nabízím zástup

Lékařka s atestací ze všeobecné pediatrie nabízí zástup v ordinaci PLDD jeden pracovní den v týdnu. Praha a okolí. Tel: 724 501 285, Ev.č.: 99-07-07

Nabízím zástup

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

Johnson & Johnson - Baby bed time

MSD - Silgard