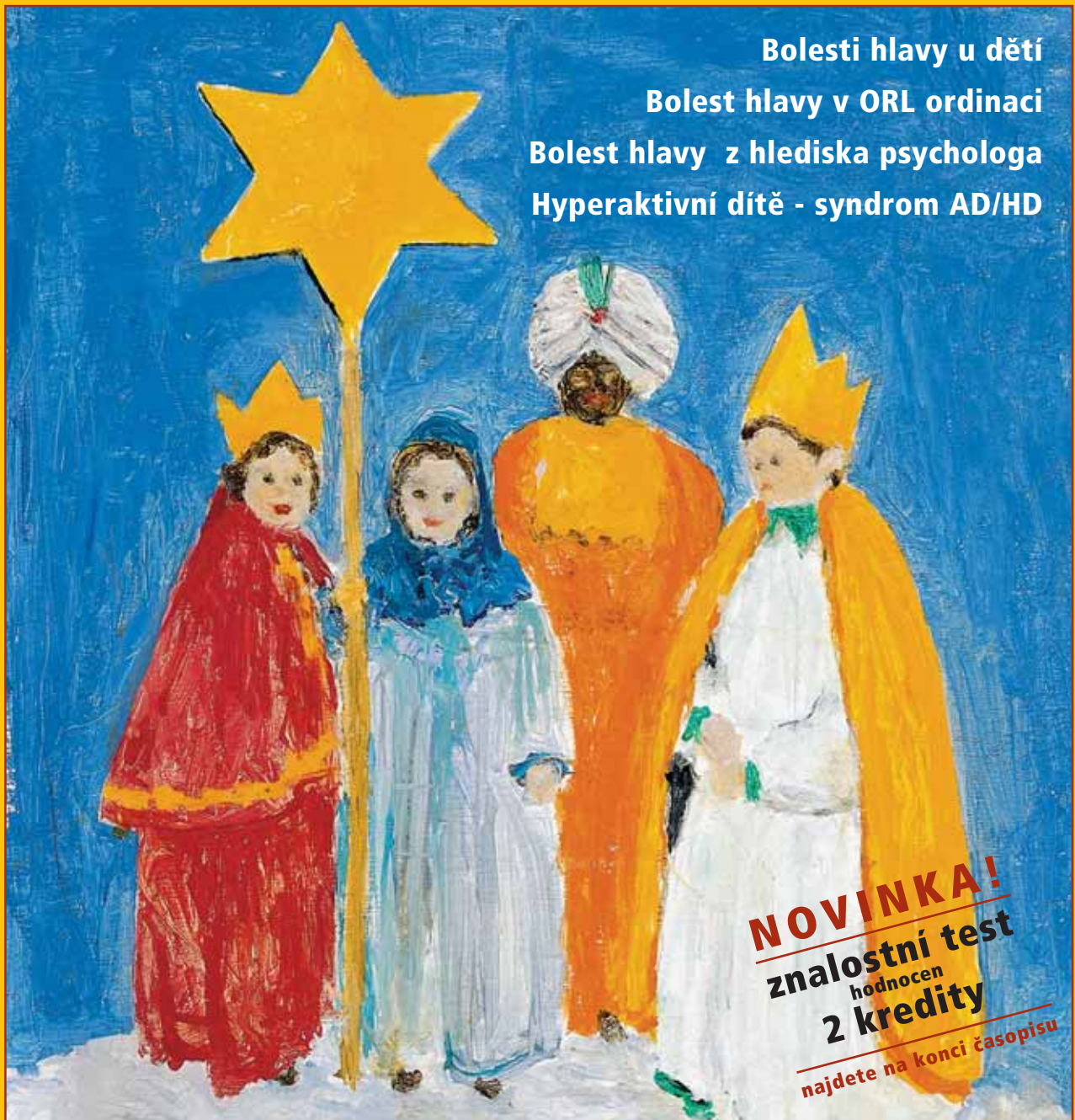


VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

leden 2006 ■ číslo 1 ■ ročník 6



Bolesti hlavy u dětí

Bolest hlavy v ORL ordinaci

Bolest hlavy z hlediska psychologa

Hyperaktivní dítě - syndrom AD/HD

NOVINKA!
znalostní test
hodnocen
2 kredity

najdete na konci časopisu



ČESKÁ
SPORITELNA

ZENTIVA



OSPDL ČLS JEP

nejčtenější časopis
dětských lékařů
(Promediamotion,
Medical Research
2005)

Inzerce SANOSTOL PROBIOTIKUM

Inzerce MULTI - SANOSTOL

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

Časopis garantován

**Sdružením praktických lékařů
pro děti a dorost ČR**

**zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem
ve spolupráci s Odbornou společností
praktických dětských lékařů ČLS JEP
zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.**

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.
Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.
Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 065, GSM: 605 281 665 - jen pro inzerenty

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

vydavatelství

MEDIX Branická 141, 147 00 Praha 4

tel.: 261 260 412, e-mail: vox@imedix.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc prosinec 2005	5
Koalice soukromých lékařů a další události	6
Některé novinky v dani z příjmů pro rok 2006	12
Prodej lékařské praxe - vybrané problémy	15
Umíráček plurality pojišťoven	16
Kam až je ochotna zajít česká vláda s podporou komunistů	17



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP	18
MUDr. D. Palyzová, CSc. Bolest hlavy v dětském věku	20
MUDr. D. Šišková Bolesti hlavy u dětí	22
PhDr. M. Koutková Bolest hlavy u dětí z hlediska psychologa	25
Mgr. I. Holubcová Bolesti hlavy jako příznak psychického dyskomfortu	26
MUDr. J. Tomáš Bolesti hlavy u dětí v ORL ordinaci	28
MUDr. A. Marková Bolesti hlavy a oční refrakční vady	29
Prof. MUDr. Z. Broukal, CSc. Fluoridace kuchyňské soli	31

MUDr. J. Matýs Hyperaktivní dítě - syndrom AD/HD	33
--	-----------

MUDr. P. Biskup Sociálně právní poradna pro PLDD - 3. část	40
--	-----------

MUDr. Z. Adamová Čtvrtý světový kongres WSPID - Varšava	41
---	-----------

Zajímavosti ze světa odborné literatury	46
--	-----------



Aktuality	47
Řádková inzerce	53
Znalostní test č. 1/2006	54



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrazek na titulní straně namalovala ústy Doris Mauser



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

tak tu máme nový rok a možná mnohý z nás se zamýšlí, co bude vlastně dělat. Nový rok nám totiž začal velmi netradičně. Zatímco v minulých letech většina z nás přemýšlela, jaká předsevzetí bude reálně schopen dodržet, nyní možná vystupují do popředí otázky - jak to bude dál s mou praxí, jak mám vlastně léčit, mám, a v jakém rozsahu, vyšetřovat své pacienty, jak to bude vypadat s platbami od pojišťoven, jak zaplatím svou zdravotní sestru a další pohledávky atd. atd.

Ano, je pravdou, že celý zdravotnický systém se dostal do takového stavu, že náprava bude asi bolet. Koho a kdy, to je také jedna z otázek, kterou je nutno si klást. Ministr zdravotnictví vyhlásil nucenou správu nad VZP a zatím jediný důsledek, který pociťujeme je, že zpoždování plateb se opět blíží k padesáti dnům. Ministr se také rozhodl, že vezme otěže zdravotnictví do svých rukou a činí tak s nebyvalou důrazností, která leckdy hraničí s ..., ale to raději nebudu uvádět, abych se nedostal do problémů. Žalob tady bylo podáno již dost.

Co se tedy vlastně děje, jaké postupy ministr vlastně volí? Za prvé je třeba ovládnout zdravotní pojišťovny. Na tu největší již byla uvalena nucená správa, je jedno jestli odůvodněně či neodůvodněně. Vždyť účel světlí prostředky. Co ale jestli to bude stačit, a co ostatní pojišťovny? Je třeba změnit příslušné zákony. Tak Poslaneckou sněmovnou prošly takové návrhy, které konstatují, že Správní rady jednotlivých pojišťoven, orgány, které mají rozhodující pravomoc ve zdravotních pojišťovnách, již nebudou ve složení, které by „neposlouchalo“ ministra. Zástupci zaměstnavatelů a zaměstnanců, kteří tvořili 2/3 jejich složení (1/3 jmenovalo i v minulosti ministerstvo), budou nahrazeni těmi, které zvolí Poslanecká sněmovna a to podle klíče poměrného zastoupení politických stran, dle výsledku voleb. A je to. Vítězná politická strana tak ovládne zdravotní pojišťovny.

Co dál je třeba? Dnes již cca 58% prostředků zdravotního pojištění plyne do ústavní péče. A na ty je přeci také třeba dohlédnout. Takže na programu dne je návrh zákona o veřejných neziskových nemocnicích. Těm bude ministerstvo určovat, v jakém rozsahu a za kolik budou poskytovat zdravotní péči. A že některé již mají jiný statut? Tak se buď podřídí, nebo nedostanou smlouvy se zdravotními pojišťovnami. A je vystaráno. Jistě vnímáte v médiích, jak je tato skutečnost vnímána především pravicovými stranami.

Na o už zbývají ti odbojní soukromníci ve svých ambulancích. Ale i na ty se něco najde. Začne se například „úhradovou“ vyhláškou. Stanovené limity, chtě nechtě, dříve či později, povedou k vytvoření konfliktního prostředí mezi lékaři a pacienty. Zatímco ministr placenou inzercí v novinách ubezpečuje občany, že jim zajišťuje více péče a léků, pacienti narážejí v ordinacích a lékárnách na pravý opak. Tak kdo má vlastně pravdu? Je to jen krůček k tomu, aby ministr vystoupil na stupínek a začal hřmít směrem k občanům - vidíte, ti soukromníci se na Vás chtějí jenom obohacovat, já Vám zajistím kvalitní a dostupnou péči s minimální zátěží pro Vás.

Zdá se Vám to všechno neuvěřitelné? Pak pozorně pročtěte další stránky našeho časopisu a sledujte pozorně média. Možná pochopíte, že pokud se nepostavíme proti těmto snahám, svobodný výkon našeho povolání nejspíše vezme za své.

Přeji Vám hodně štěstí při Vašem rozhodování, jak se k této situaci postavíte, já už jsem se rozhodl.

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Popáleninový úraz
- přednemocniční péče

Očkování proti
pneumokokovým infekcím

Očkování proti chřipce

Očkování proti tetanu

Čínská medicína

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

únor 2006 ■ číslo 2 ■ ročník 6



seznam inzerujících firem

ALTANA PHARMA
BOIRON
HERO
HIPPI
MD ACCESS
MEDICAL TRIBUNE
NCO NZO
ORION DIAGNOSTICA
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00

Středa 10,00 - 17,00

Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla
zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

8,00 - 12,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

15,00 - 18,00 - MUDr. Eva Vitoušová

Středa

16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnová

13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn

17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Čtvrtek

11,00 - 14,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc prosinec 2005

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc prosinec se nesl především v duchu velké „aktivity“ ministerstva zdravotnictví. Tiskové konference a prohlášení střídaly různé obviňování a následné žaloby, pokračovala nucená správa VZP, jejíž oprávnění nebylo uspokojivě vysvětleno, byly vydány dvě vyhlášky mající značný dopad do systému poskytování zdravotní péče. Zatímco vyhláška vydávající seznam výkonů s navýšením indexů práce lékaře láká k optimismu, „úhradová“ vyhláška jakýkoliv optimismus rychle brzdí.

6.12. - na MZ ČR proběhla schůzka na podnět LOK-SČL s cílem otevřít problematiku Rámcových smluv, pro mnoho otázek bylo toto jednání nakonec uzavřeno s tím, že bude svoláno nové, jako řádné dohodovací řízení k této problematice

6.12. - na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů

14.12. - jednalo Předsednictvo sdružení, hlavním tématem bylo hodnocení aktuální situace, řešena byla i problematika jednotlivých regionů

15.12. - schůzka ministra zdravotnictví MUDr. Davida Ratha se mnou a MUDr. Šmatlákem na pozvání ministra. Schůzky se dále zúčastnil náměstek ministra a současně nucený správce VZP MUDr. Antonín Pečenka a MUDr. Michal Sojka. Podrobněji se touto schůzkou zabýváme na dalších stránkách časopisu.

20.12. - ustavení expertního týmu pro přípravu strategie reformy zdravotnictví v ČR, svolavatel: MZ ČR, dr. Fiala - poradce ministra, pozváni byli zástupci politických stran, profesních organizací, pacientů, ekonomové...

22.12. - spolu s dr. Šmatlákem jsme byli pozváni ministrem zdravotnictví k jednání nad aktuální problematikou a možnými dopady na primární péči, o jednání informujeme na jiném místě

28.12. - na MZ ČR proběhlo setkání zástupců profesních organizací a ZP s ministrem zdravotnictví, tématem byla „úhradová“ vyhláška.

Koalice soukromých lékařů a další události

Nástup MUDr. Davida Ratha na post ministra zdravotnictví způsobil, že se ve zdravotnictví v prosinci rozhodně nikdo nenudil. Média plnila různá prohlášení a žaloby, kanceláře profesních sdružení vydávané normy. Z nich aktuálně zejména ta, řešící úhrady v 1. pololetí 2006, vyvolala a dosud vyvolává mnoho otázek a emocí. Ale i diskuse kolem nových zákonů, zejména toho, který zavádí nový pojem „veřejná nezisková nemocnice“, nenechává mnoho zainteresovaných chladnými. Ani v novém roce se asi opravdu nebudeme nudit.

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 6. 12. 2005

1. Směrnice EU o uznávání kvalifikací

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES vstoupila v platnost po zveřejnění v Úředním věstníku Evropské unie (platnost od 27. 9. 2005). Dr. Pekárek upozornil ostatní na její velkou důležitost.

2. Kongres ODS - vystoupení Dr. Pekárka

Dr. Jiří Pekárek přijal pozvání ODS a jako zástupce České stomatologické komory a Koalice soukromých lékařů vystoupil v sobotu 26. 11. 2005 spolu se zástupci dalších organizací v programovém bloku hostů na 16. sněmu Občanské demokratické strany v Brně.

3. Jednání Unie zaměstnavatelských svazů

Dr. Jojko informoval o výsledcích jednání Unie zaměstnavatelských svazů dne 5. 12. 2005.

4. Zákon o veřejných neziskových zdravotnických zařízeních

2. čtení návrhu zákona je zařazeno na program 51. schůze PSP ČR dne 9. 12. 2005 (sněmovní tisk 810). V této chvíli není jasná jeho současná podoba, neboť se údajně neustále mění.

5. Úhrady na 1. pololetí 2006

Úhradová vyhláška nebyla dosud předložena

Legislativní radě vlády. Členové Koalice uvažují o koordinovaném mediálním vystoupení proti jejímu přijetí, neboť současná podoba jejího návrhu budí oprávněné obavy z významného omezení zdravotní péče pro občany ČR.

6. Dohodovací řízení o Rámcové smlouvě

Na dnešní odpoledne svolal LOK-SČL DŘ k Rámcové smlouvě pro segment praktických lékařů a ambulantní specialisty. Řádné jednání dohodovacího řízení k Rámcové smlouvě je svoláno Svazem zdravotních pojišťoven na úterý 3. 1. 2006. Vzhledem k potencionální velké nejistotě plynoucí z blízkosti par-



lamentních voleb, zvažuje ČSK návrh raději prodloužit stávající smlouvy např. o půl roku nebo o rok a její definitivní novou podobu řešit až po těchto volbách. Současně varuje před unáhlených rychlým přijímáním nové

Rámcové smlouvy bez řádné a pečlivé přípravy a projednání.

7. Vývoj situace v českém zdravotnictví

Dr. Pekárek informoval o záměru vytvořit do

voleb širší uskupení soukromých zdravotnických organizací a dohodnout s nimi jednotný postup proti současné snaze vlády omezit pravomoci privátních zařízení.

II. Schůzka s ministrem zdravotnictví dne 15.12.2005

Na schůzce byla projednána následující témata:

1. Problematika úhradové vyhlášky

- ministr navrhl změnu v obecném textu na: „Základní kapitační sazba bude navýšena o 3% oproti hodnotě uvedené v poslední době uveřejněné ve Věstníku MZ ČR.

Komentář: tato změna fakticky znamená základní kapitační sazbu ve výši 35 Kč, tedy navýšení o 1 Kč

- platí limitace celkové úhrady ve výši 103% srovnatelného období

Komentář: vše co uděláte nad, nedostanete zapláceno

- platí 100% regulace při překročení limitu 98% na léky za srovnatelné období, léková vyhláška znamená průměrné snížení cen léků o 5%, marže lékáren bude snížena o 3%

Komentář: co vedlo k celkovému snížení cen léků nevíme, je možné, že nejfrekventnější s cenou nehýbaly, jde o průměr, podstatné však je, že není žádný způsob vyvinění, tzn. pokud bude dopad ze strany specialistů a nemocnic, pak to zaplatíme

- platí 100% regulace na překročení indukované péče

Komentář: asi bude velký problém s předoperačními vyšetřeními, tato připomínka, obdobně jako celá řada dalších nebyla akceptována

2. Problematika seznamu výkonů

- ministr bude prosazovat vydání

Komentář: navýšení cen výkonů povede k významnému snížení objemu péče v nemocnicích a u ambulantních specialistů, odhad se pohybuje kolem 20%. Toto povede k přesunu péče směrem do péče primární, ale tam regulace!!! Dále i u nás dojde k navýšení mimokapitačních výkonů, což znamená, že za cca polovinu prevencí dosáhnou finančního stropu 103%. Ani tento argument nebyl brán v potaz.

3. Problematika rámcových smluv

- byl přednesen problém s nasmlouváním fakultativních výkonů, především v oblasti rehabilitace, což vedlo k vypovězení dohody s VZP o automatickém nasmlouvání výkonů fakultativních

Komentář: podle všeho nebyly dodržová-

ny podmínky pro nasmlouvání a došlo k průlomům v těchto podmínkách. Za tuto skutečnost nezodpovídají naše Sdružení, ale je to na VZP, na tuto skutečnost jsme nuceného správce upozornili

- byli jsme požádáni o podporu při prodloužení platnosti smluv na dobu neurčitou, nicméně toto téma bylo diskutováno spíše ve filosofické rovině

4. Info o projednávané legislativě

- z projednávané legislativy jsme byli požádáni o podporu návrhů změn tzv. pojišťovacího zákona, kde by mělo dojít k navýšení úhrad za státní pojištění, oproti původnímu návrhu dokonce navýšeno o další procento, což by pro systém přineslo další 4 mld.

Komentář: je problematické, neboť nejde o izolovanou novelu, nýbrž komplex dalších změn, mimo jiné i ve složení správních rad ZP. Dnes 10 zástupců státu, 10 volí Parlament za pojištěnce a 10 zaměstnavatelé, navrženo na - 10 stát a 20 Parlament.

III. Prohlášení Konfederace zaměstnavatelských a podnikatelských svazů ČR k chystané právní úpravě zákona č. 280/1992 Sb. o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách

Poslanecká sněmovna ČR právě projednává novelu právního předpisu, zákona č. 48/1997 Sb.. V rámci legislativního procesu jsou předloženy pozměňovací návrhy, zejména návrh poslance ČSSD Jaroslava Krákoru ze 7. prosince 2005, který likviduje samosprávný charakter zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven jako samosprávy zaměstnavatelů a pojištěnců.

Ve všech zemích Evropské unie, ke které se hlásíme svými kulturními tradicemi, historií, ale i hospodářskými vazbami, ve kterých existuje veřejné zdravotní pojištění, jsou zdravotní pojišťovny chápány a právními předpisy

upraveny jako samosprávné fondy zaměstnavatelů a pojištěnců, kteří hradí drtivou většinu prostředků určených k financování zdravotní péče a prostřednictvím volených zástupců v orgánech zdravotních pojišťoven spravují tyto prostředky k prospěchu pojištěnců. Návrh předložený poslancem Krákorou hrubě odporuje legislativním úpravám v zemích EU, likviduje roli zaměstnavatelů a přímo volených pojištěnců na správě veřejného pojištění, a postátníuje veřejné pojištění.

Nesouhlasíme, a to zásadně, s tím, aby zejména:

■ zákon násilně ukončoval volební období

řádě zvolených zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců v orgánech zdravotních pojišťoven,

■ zákon rušil, či jakkoli omezoval paritní zastoupení zvolených zaměstnavatelů a pojištěnců v orgánech zdravotních pojišťoven,

■ zákon ukončoval výkon funkcí statutárních orgánů zdravotních pojišťoven, ředitelů, které jsme jako volení zástupci vybrali ke správě pojištěnců placených příspěvků

■ zákon vstupoval do kompetencí volených zástupců pojištěnců a zaměstnavatelů při výběru ředitele pojišťovny a svěřoval tuto kompetenci státu.

Zdůrazňujeme, že předmětný návrh obsa-



huje bezprecedentní úpravu veřejného pojištění v porevolučním období existence českého státu, úpravu v přímém rozporu s obdobnými úpravami v zemích EU, úpravu posilující roli státu na úkor samospráv. S tím nelze souhlasit. Upozorňujeme v této souvislosti, že samosprávná úprava a existence veřejného zdravotního pojištění je významným příspěvkem k sociální soudržnosti a spolupráci tripartitních partnerů.

Vyzýváme tedy premiéra Paroubka, aby se osobně zasadil o to, že pozměňovací návrh poslance Krákory, jakož i obdobné návrhy, nebude přijat.

Vyzýváme a naléhavě žádáme poslance Krákory, aby stáhl svůj pozměňovací návrh a dále spolupracoval úžeji se zástupci zaměstnavatelů při tvorbě návrhů na úpravy veřejného zdravotního pojištění.

Vyzýváme všechny poslance, aby bez ohledu na politickou příslušnost odmítli všechny návrhy, potlačující samosprávný charakter zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a veřejného zdravotního pojištění vůbec, potlačující roli volených zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců.

Zdůrazňujeme, že právě příspěvky za-

městnavatelů jsou hlavním a dominantním zdrojem prostředků k úhradě zdravotní péče poskytované občanům ČR a byli to právě zaměstnavatelé, kteří iniciovali vznik veřejného zdravotního pojištění, financovali vznik zdravotních pojišťoven a z těchto důvodů dosud tolerovali to, že sociální a zdravotní pojištění je v ČR jedno z nejvyšších v Evropě.

Jan Wiesner
předseda

IV. Tiskové prohlášení Ministerstva zdravotnictví

Vláda včera večer rozhodla o zlevnění léků pro občany. Zlevnění je způsobeno snížením maximální obchodní přírážky u léků a dietních potravin pro zvláštní lékařské účely z 32% na 29%. Opatření současně sníží i náklady zdravotních pojišťoven a také sníží dluh VZP. Dále zajistí, aby lékaři mohli předepisovat léky dle potřeby pacientů. Toto zlevnění zároveň představuje snížení celkové cenové úrovně pro konečné spotřebitele o cca 1,5 mld Kč. Cílem tohoto

kroku je, aby pacienti dopláceli na léky méně než dosud, případně vůbec. Snížení marží lékárníků nevidí vláda jako problém, který by existenčně ohrožoval provozovatele lékáren. Česká republika má v této oblasti jednu z nejvyšších marží v zemích EU. ČR se tímto krokem přiblíží evropskému standardu, ale i tak zůstávají marže vyšší než v některých ostatních evropských zemích. Současný počet lékáren v ČR je dvakrát vyšší než například v Rakousku. Jejich zisky bu-

dou i po tomto snížení nadstandardní a nehraní, že by lékárny zanikaly.

K realizaci tohoto opatření vydalo dnes Ministerstvo financí rozhodnutí s termínem účinnosti od 1.1. 2006.

V Praze dne 15.12.2005

V. Stanovisko Koalice soukromých lékařů k přijetí rozhodnutí o snížení obchodní přírážky u léčiv a k připravovanému systému úhrady zdravotní péče v 1. pololetí 2006.

Koalice soukromých lékařů (dále jen Koalice) považuje za nepřijatelné, aby jakákoli významná změna v regulaci zdravotní péče včetně regulace cen léků s možným negativním dopadem na řadu subjektů byla přijata pouze na návrh ministra zdravotnictví bez předchozího řádného projednání s dotčenými subjekty nebo jejich zákonem vyjmenovanými zástupci.

Koalice požaduje, aby jakékoli takovéto změně kromě jednání předcházela solidní analýza jejích možných dopadů nejen na zdravotnická zařízení, ale i na občany - pacienty.

Jiný postup považuje Koalice za nesystémový, resp. nebezpečný pro zachování potřebného rozsahu a kvality zdravotní péče pro občany ČR.

Koalice soukromých lékařů podporuje snahu České lékařské komory zachovat tyto postupy při jednáních o cenách léků, žádá zachování standardního systému projednání i pro ostatní vyhlášky Ministerstva zdravotnictví včetně té, která má řešit hodnotu bodu a výši úhrad pro 1. pololetí 2006.

VI. Ustavení expertního týmu pro přípravu strategie reformy zdravotnictví v ČR dne 20.12.2005

V úvodu informoval ministr Rath o hlavních záměrech

- jednání možné v plénu i po sekcích
- nevyloučena ani diskuse na téma spolu-

účasti pacientů

- základní požadavek - evoluce, ne revoluce
- snaha vytvořit širokou koalici tzv. krizového managementu, přičemž nejsou am-

bice řešit problémy legislativně, obdoba Bezděkovy koncepce penzijní reformy

- současné kroky pouze snahou o transparentnost, „nic radikálního se přeci neděje“



■ kontaktní osobou p. Mutafová z kanceláře ministra.

Také zaznělo:

Chudoba - nutno definovat cíle skupiny, aby ne jen matení veřejnosti

Střítecký - nutná aplikace ekonomické teorie do zdravotnictví, tržní zdravotnictví jako významný regulátor zdravotnictví, v současnosti selhání zainteresovaných institucí

Schlanger - pro studii fiskální udržitelnosti českého zdravotnictví, vyjít z již známých materiálů (různé koncepce, závěry expertů Světové banky apod.), podnět k antimonopolní-

mu úřadu pro nesterilní přístup k financím ve zdravotnictví (navyšuje se práce lékařům, ostatním ne)

Šmatlák - nutno definovat, kdo objednatel péče, pokud stát, pak národní zdravotní systém, pokud pojišťovny, pak systém zdravotního pojištění, ale co je zadáním této komise?

Kunová - nutno vytvářet expertní stanoviska k jednotlivým problémům

Šubrt - nejasnost v zadání práce týmu, t.č. moc široké

Bošková - nutno propojit všechny typy pojištění

Čihář - narovnat Sazebník, aby za stejnou práci stejná odměna, nutno stanovit kritéria krize, sjednotit lékovou politiku (t.č. dvojkolejnost MZ a MF)

Friedrich - do systému se přidávají miliardy, ale narůstá kumulativní dluh, což je jasně příznak špatně nastaveného systému, chybí sebereflexe účastníků systému

Fiala (AČMN) - nutnost konsensuálních závěrů, pak ne extrémů, ani politikum

VII. Setkání zástupců profesních organizací a ZP s ministrem zdravotnictví dne 28.12.2005 na MZ ČR

Téma: „úhradová“ vyhláška.

Definitivní znění vyhlášky obdrželi všichni účastníci z MZ e-poštou 23.12.2005. Většina účastníků měla tak jen minimální časový prostor se s jejím definitivním zněním seznámit.

Cílem setkání bylo, dle ministra Ratha:

- vyjasnit interpretační nejasnosti vyhlášky MZ o úhradách na 1. pol. 2006
- dohodnout se se ZP na překlopení vyhlášky do dodatků ke smlouvám tak, aby byly včas (max. do 15.1.06) k dispozici ZZ.
- převést řeč legislativy věci do srozumitelného jazyka

Z úvodního projevu ministra:

- VZP má v současnosti dluh 14 mld., ale např. v roce 97-98 byl deficit VZP 8 mld.
- MZ zaujalo vstřícný postoj k nemocnicím: vše je agregováno do paušální platby
- dtto k PL: základní kapitace je Kč 34,- navýšena o 3%, text umožňuje zachování bonifikací
- dtto k AS: zachování platby a limitací na 1 RČ
- společným záměrem je vykazat více péče, ale uspořit na lécích
- žádá ředitele ZP, aby se z textu vyhlášky nesnažili vyklíčovat

Poté následovaly otázky přítomných, zpravidla směřované na textové nejasnosti. Některé formulace vyhlášky umožňují i několikový výklad. Výkladu se ujal sám ministr, občas vypomohla Ing. Nikoličová, pověřená přípravou textu. Za předsednickým stolem seděl dále Dr. Dryml, ten však za celý průběh jednání nepromluvil. Bylo evidentní, že ani ministr si

nebyl v celé řadě odpovědí zcela jist.

Otázky PL (Neugebauer):

1) Výpočet kapitační platby?

Citace textu vyhlášky:

Výše kapitačně výkonové platby podle odstavce 1 písm. a) se vypočte podle počtu registrovaných pojištěnců násobeného základní sazbou smluvně dohodnutou se zdravotnickým zařízením pro 2. pololetí 2005 navýšenou o 3%.

Ministr: Text umožňuje výpočet stejně jako dosud.

Náš komentář: nadále bude zohledněna věková indexace registrovaných pojištěnců

2) K jakému průměru se vztahuje regulace při převýšení 98% preskripce resp. 100% na vyžádanou péči komplementu? K nákladům na ZZ, na celý segment PL, na unikátního pojištěnce...?

Citace:

Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, se zohledněním věkových skupin, převýší 98% průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

předepsané v referenčním období nad 98%.

Pokud průměrná úhrada v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006 za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823 na jednoho unikátního pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší 100% průměrné úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení nad 100% průměrné úhrady za vyžádanou péči v referenčním období. Pro účely stanovení výše celkové úhrady podle věty první se pro výkony vyžádané péče v referenčním i hodnoceném období použije cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

Ministr: Na konkrétní ZZ

Náš komentář: Od ZP budeme požadovat, aby byl zohledněn kmen pojištěnců, tj. počet pacientů, ke kterým se příslušná limitace vztahuje (zohlednit rozdíly aktuálního stavu a stavu v referenčním období), pak tedy asi zprůměrovat absolutní náklady na léky a na péči komplementu na 1 RČ se zohledněním věkových indexů. V opačném případě by nárůst počtu zaregistrovaných pojištěnců znamenal překročení limitů i při zachování průměrných nákladů na 1 RČ. (V segmentu AS bude počítán průměr na 1 RČ.)

3) Bylo počítáno se zohledněním posunu pacienta z jedné věkové skupiny do druhé, tedy se změnou věkového indexu, ke kterému dojde ve sledovaném období 1. pol. 2006 oproti referenčnímu 1. pol. 2005? Náklady na pacienta se liší podle věkových skupin ze-



jména na léky a na prevence.

Ministr: odpověď vyhýbavá a nejasná.

Náš komentář: mz s touto skutečností vůbec nepočítalo. Pokusíme se řešit se ZP při konkretizaci dodatků.

4) (Šmatlák)

a) Text vyhlášky obsahuje mnoho nejasností a umožňuje více interpretací. Bylo by vhodné jej doplnit prováděcím návodem, který by ji vysvětloval.

b) Požádáno o vysvětlení §5 odst.7 Vyhł.

Citace:

Celková úhrada za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 3, která bude činit nejvýše 103% celkové úhrady za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

Komentář: Bude-li uplatněno zastropování nákladů na mimokapitační výkony a neregistrované pojištěnce (103%) pro každou pojišťovnu zvlášť, bude lékař trestán regulační srážkou, dojde-li k většímu přesunu pojištěnců mezi ZP. Sám toto však nemůže a ani nesmí ovlivňovat. (Význam to má zejména v přímých nákladech na prevenci, nepřímě však i nákladech na léky a vyžádanou péči komplementu.) Mohl by to být důvod

k další demonstraci PL.

Aniž by bylo podáno vysvětlení podobně jako u jiných dotazů, následovala naprosto nečekaná reakce ministra, který začal mávat plakátem, jež je určen k informování našich pacientů o situaci, kterou pro ně i pro nás ministr od 1.1.2006 připravil. Postupně zvyšoval hlas:

„...Vydali jste leták a asi v tom máte jasno!... Nemám vás rád!!! Přiveďte si třeba 30 tisíc doktorů, a třeba 3x, mně je to jedno!...“

(Aniž bychom si činili nároky na doslovnou interpretaci ministrova květnatého projevu, smysl je zachován.)

Reakce (Šmatlák): ... na poslední schůzce s Vámi (15.12.), kde jsme Vás na naše výhrady k regulacím v oblasti základní péče upozornili, jste vyjádřil pochopení pro naše případné protesty. Nyní vám vadí....

Dále nebyli již zástupci PL vyvoláni!

Otázka z pléna na včasné sdělení limitů a informování o jejich naplnění.

Ministr: Limity budou dopředu stanoveny a oznámeny ZZ. ZP není schopna průběžně kontrolovat plnění limitů a informovat o něm ZZ. V oblasti léků a materiálu se chovejte stejně jako v roce 2005 a nemůžete se dostat do potíží. Je třeba se chovat pudově. Jen se přetlačujeme mezi sebou o to, kdo dostane o procento víc! Systém je v deficitu a je třeba to brát jako fakt...(opět postupně zvýšen hlas na adresu PL) ... nejdříve chtějí platit včas, my sháníme peníze, kde to jde, i na

úkor nemocnic, a dohadujeme pro vás úlevy!..... Oceňuji přístup nemocnic a soukromých ambulancí?(asi specialistů?), ale s vámi jsem skončil!!! ...Vy chcete psát stále více!!!... Víte, že PL dostávali od VZP peníze za stabilitu kmene pojištěnců ! ...

Otázka zástupkyně soukromých gynekologů:

Bude mamografický screening zahrnut do nákladů indukujícímu ZZ?

Ministr: Neví, ale poptá se u ZP.

Výpomoc z pléna: odbornost 806 (pracovníštvě s osvědčením pro provádění screeningu nádoru prsu) není zahrnuta ve vyjmenovaných odbornostech regulované vyžádané péče

Prezident Svazu ZP Kotera k dodatkům: Navrhuje, aby mz zpracovalo komentář k vyhlášce. Na jeho základě ZP připraví dodatky, které předloží ZZ k podpisu.

Ministr na adresu ředitelů ZP: Nový termín pro předložení dodatků ZZ do 20.1.06. Předtím pošle ZP dodatek mluvčímu segmentu a mz, které ho zkontroluje, zda je v souladu s vyhláškou, příp. není-li jiný výklad. Pak bude jednání se segmentem a buď se shodnou, nebo bude arbitrálně rozhodnuto. Takto schválený dodatek bude předán ZZ k podpisu.

(Pozn: mz není zákonem zmocněno k této činnosti)

Jednání bylo po 2 hodinách ukončeno.

VIII. Praktičtí pediatři píší předsedovi vlády

Vážený pane premiére,

jménem Předsednictva Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky se na Vás obracím v naléhavé záležitosti. Tímto dopisem Vás chci informovat o důvodech, které nás, praktické dětské lékaře, poskytující komplexní léčebně preventivní péči dětem a dospívajícím v ČR, vedly k vyhlášení krizového stavu. Dosavadní jednání na MZ ČR vyzněla naprázdno. I když se nebráníme úsporným opatřením vlády, resp. MZ ČR, považujeme za nepřijatelný fakt, že možné

dopady regulačních opatření nebyly v předstihu konzultovány se zástupci praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost. Dle našeho názoru, který, bohužel, není totožný s názory ministra zdravotnictví, aplikace a dopady „úhradové“ vyhlášky v praxi mohou znamenat výrazné omezení dostupnosti a kvality poskytování péče dětem, mládeži i seniorům, a to vč. péče preventivní.

Bohužel, stejným způsobem je veden ze strany ministra Ratha proces vzniku cenových dodatků, který nás, lékaře, jako smluvní part-

nery zdravotních pojišťoven, doposud zcela eliminuje. V praxi to nejspíše bude znamenat, že „úhradová“ vyhláška, na které jsou cenové dodatky postaveny, i přes navyšování ceny práce lékaře v novém seznamu výkonů, s největší pravděpodobností způsobí omezení objemu poskytované péče pacientům, bez zohlednění její skutečné individuální potřebnosti. Velmi pravděpodobně zdravotnická zařízení obdrží objem finančních prostředků, který nebude dosahovat výše roku 2005 a nebude zohledňovat reálné navýšení provozní režie nestátních zdravotnických zařízení. Tato sku-



tečnost vyvolá mezi praktickými dětskými lékaři pocit ekonomické nestability a prohloubení krizového stavu.

Existenční nejistotu provozovatelů dětských nestátních zdravotnických zařízení vyvolává také současná diskuse nad obnovou smluvních vztahů mezi zdravotními pojišťovkami a lékaři primární péče po červnu 2006.

I když vnímáme snahu Vaší vlády řešit problém se zpožděním plateb od VZP ČR (tzv. předsunutou platbou a zvýšením odvodů za tzv. státní pojištění), nedomníváme se, že jde o dlouhodobé řešení. Určitě nevyvrátí obavy praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost o další ekonomickou existenci

v systému zdravotnictví.

Z těchto důvodů vnímáme situaci v českém zdravotnictví jako krizový stav. Za východisko považujeme začít neprodleně jednat o možnosti zásadní změny přístupu MZ ČR k poskytovatelům primární péče, která je základním článkem poskytování zdravotní péče a přicházejí tam pacienti se svými problémy nejdříve.

Stejně tak nechápeme, proč na jednu stranu vláda vymýšlí, jak finančně přilepšit rodinám s dětmi, či jak zavést nové preventivní programy a na druhou stranu je stejnou vládou schválena „úhradová vyhláška“ a stanoveny administrativní regulace na poskytování zdravotní péče dětem (preventivní, diagnostické a léčebné).

Vážený pane premiére,

věříme, že zvážíte z pozice předsedy vlády naše obavy a argumenty a pomůžete nám řešit možné omezení dostupnosti a kvality zdravotní péče o děti a mládež v ČR. O vzniklé situaci chceme jednat a zajistit takovou zdravotní péči, která by odpovídala úrovni země Evropského společenství.

V úctě

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

V Praze dne 13.1.2006

IX. Základní požadavky na definici příslušných ustanovení dodatků smluv pro odbornosti 001 - praktický lékař a 002 - praktický lékař pro děti a dorost

Výše kapitačně výkonové platby se vypočte podle počtu registrovaných jednicových pojištěnců násobeného základní sazbou ve výši 35,02 Kč na měsíc (před uplatněním degressního koeficientu.

Komentář: odpovídá souhlasnému vyjádření ministra o zohlednění věkových indexů základní kapitační sazby

Úhrada výkonů hrazených mimo kapitační platbu, výkony za neregistrované pojištěnce včetně LSPP hrazené ze zdravotního pojištění a doprava v návštěvní službě a LSPP bude realizována podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č.134/1998 Sb., v platném znění, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kdy hodnota bodu je 0,97 Kč.

Komentář: soulad se zněním vyhlášky

Celková úhrada za výkony mimo kapitační platbu, vyjma výkonů prevence a očkování (pro odbornost 001 - 01021, 01022, 01193, 01195, 01120 resp. 15120 a 01121 resp. 15121 a 02110, pro odbornost 002 - 02021, 02022, 02031, 02032 a 02110, 02120) a výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 3,

kteřá bude činit nejvýše 103% celkové úhrady za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č....

Komentář: nevyjmutí uvedených výkonů prevence a očkování by zásadním způsobem ovlivnilo jejich praktické provádění - již jen navýšení bodové hodnoty výkonů způsobí redukci jejich počtu proti srovnatelnému období o cca o 30% (pokud by byly provedeny nad stanovený limit, nejen že by je ZZ nedostalo uhrazeno, ale navíc by hradilo ze svého režijní náklady s nimi spojené). Regulace preventivní péče s přímým dopadem i na onkologické preventivní programy propagované ministrem. Jedním z dalších důsledků by bylo, že pro cca 4 000 narozených dětí (průměrný nárůst porodnosti) by nebylo zajištěno hrazení preventivní péče z veřejného zdravotního pojištění. Navíc není zohledněn rozdílný kmen pojištěnců v důsledku dvoule-

tého intervalu preventivních prohlídek ani možné přesuny pojištěnců mezi ZP. Tyto dopady jistě nejsou smyslem této vyhlášky.

Způsob dorovnání kapítace a regulační omezení

A) Způsob dorovnání kapítace:

1. Dorovnání kapítace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců, než je 70% celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.

2. Jednicovým registrovaným pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec věkové skupiny 15 až 19 let, který je považován za jednotku z hlediska spotřeby zdravotní péče. Počet jednicových registrovaných pojištěnců se vypočte vynásobením počtu re-



gistrovaných pojištěnců věkovým indexem dané skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

3. Dorovnání kapítace lze poskytnout až do výše 90% kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný praktický lékař uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto praktického lékaře.

Regulační omezení

1. Na základě vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti zdravotní péče poskytnuté registrované klientele a porovnáním s obdobnými náklady na zdravotní péči u jiných zařízení praktických lékařů (resp. praktických lékařů pro děti a dorost) může být

- a) základní sazba smluvně upravena nebo
- b) celková výše úhrady upravena po skončení období.

Při vyhodnocování komplexní finanční nákladovosti pojišťovna zajistí vyloučení nákladů, které praktický lékař nemůže ovlivnit (zejména stomatology, gynekologie, mimořádně nákladná péče), zohlední především nehomogenitu čerpání nákladů jednotlivými věkovými skupinami. Pro zajištění transparentnosti tohoto opatření jsou zdravotní pojišťovny oprávněny předávat a zdravotnická zařízení přejímat potřebné datové soubory.

Komentář: začlenění tohoto ustanovení umožní pokračovat v systému sledování a vyhodnocování celkových nákladů a formou pozitivní motivace vede praktické lékaře k racionálnímu poskytování zdravotní péče a šetření nákladů ZP.

2. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsa-

né zdravotnickým zařízením v 1., resp. ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převyší 98% průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období..

Komentář: uvedené znění odpovídá základní filosofii deklarované ministrem, že lékař není nucen zásadním způsobem měnit svůj dosavadní přístup k léčbě pacientů. Dále zohledňuje možné změny kmene pojištěnců jednotlivých ZP a jejich věkovou strukturu. Regulace preskripce v nepravdělné péči je řešena v bodě 5 a je obsažena v předmětné vyhlášce.

3. Pokud celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce převyší 5% celkové úhrady za registrované pojištěnce v 1., resp. ve 2. čtvrtletí 2006, je zdravotní pojišťovna oprávněna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradit částku odpovídající jedné polovině z překročení nad 5% celkové úhrady za registrované pojištěnce. Tento regulační mechanismus se netýká péče pro neregistrované ošetřené pojištěnce v rámci řádného zástupu a nebude uplatněn v případě úhrady zdravotní péče podle § 5 odstavce 1 písm. c).

Komentář: toto ustanovení se oproti minulosti nemění a je obsaženo i ve vyhlášce.

4. Pokud průměrná úhrada v 1., resp. ve 2. čtvrtletí 2006 za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823 na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, vyjma výkonů prováděných z rozhodnutí orgánů ochrany veřejného zdraví (hygienické služby) a výkonů mamografického screeningu, převyší 100% průměrné úhrady v referenčním období, zdra-

vatní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení nad 100% průměrné úhrady za vyžádanou péči v referenčním období. Pro účely stanovení výše celkové úhrady podle věty první se pro výkony vyžádané péče v referenčním i hodnoceném období použije pro odbornost 809 hodnota bodu 1,04 Kč a v ostatních odbornostech hodnotou bodu 0,86 Kč.

Komentář: uvedené znění odpovídá základní filosofii deklarované ministrem, že lékař není nucen zásadním způsobem měnit svůj dosavadní přístup k vyšetřování pacientů. Dále zohledňuje možné změny kmene pojištěnců jednotlivých ZP a jejich věkovou strukturu. Nelze akceptovat ekonomický dopad nařízení státní instituce, bez možnosti ovlivnění praktickým lékařem. Regulace vyžádané péče komplementu v nepravdělné péči je řešena v bodě 5 a je obsažena v předmětné vyhlášce.

5. Pokud průměrná úhrada za poskytnutou zdravotní péči na jednoho ošetřené neregistrované pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převyší o více než 10% průměrnou úhradu v referenčním období a zároveň o více než 20% konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za zdravotní výkony, nebo za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, nebo za vyžádanou péči, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823), může zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradit částku odpovídající jedné čtvrtině z uvedeného překročení.

Komentář: toto ustanovení se oproti minulosti nemění a je obsaženo i ve vyhlášce.

Poznámka: Do textů dodatků smluv požadujeme zahrnout ustanovení umožňující v individuálních odůvodněných případech obhajobu zvýšených nákladů.

*Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer*



Některé novinky v dani z příjmů fyzických osob pro rok 2006

Ing. František Elis

daňový poradce, evidenční č. 56

Stávající novela zákona o daních z příjmů je třetí velkou vládní novelou během současného volebního období Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR 2002 - 2006.

První velká vládní novela přinesla mj. následující změny:

- zavedla institut minimálního základu daně pro podnikající fyzické osoby
- postupné snižování sazby daně z příjmů právnických osob z 31% do roku 2003 na 28% pro zdaňovací období kalendářního roku 2004, 26% pro zdaňovací období kalendářního roku 2005 a 24% pro zdaňovací období kalendářního roku 2006
- zavedla 6. odpisovou skupinu s dobou odepisování 50 let
- zavedla limit pro uplatnění daňových výdajů na pořízení osobního automobilu v částce 900 tisíc Kč
- zvýšila tehdy ještě existující nezdanitelnou část základu daně na vyživované dítě o 2 040 Kč
- zvýšila limit pro podávání daňového příznání fyzickými osobami z 10 tisíc Kč na 20 tisíc Kč.

Tab. č. 1:

Činnost	Dosud platný paušál	Paušál dle novely ZDP
Příjmy ze zemědělské výr., lesního a vodního hosp.	50%	80%
Příjmy z řemeslných činností	25%	60%
Příjmy z ostatních činností	25%	50%
Příjmy z jiného podnikání podle zvláštních předpisů	25%	40%
Příjmy z pronájmů	20%	30%

Tab. č. 2:

Základ daně v Kč	Sazba daně v%	Základ daně v Kč	Sazba daně v%
0 - 109 200	15	0 - 121 200	12
109 200 - 218 400	20	121 200 - 218 400	19
218 400 - 331 200	25	218 400 - 331 200	25
331 200 a více	32	331 200 a více	32

Druhá velká vládní novela, týkající se zejména zdaňovacího období kalendářního roku 2005, přinesla mj. následující změny:

- nahradila nezdanitelnou část základu daně za vyživované dítě daňovým zvýhodněním ve výši 6 tisíc Kč na vyživované dítě
- zavedla institut společného zdanění manželů vyživujících alespoň jedno dítě
- zkrácení dob odepisování některého hmotného majetku zatříděného do odpisových skupin 1a až 3 a zavedení nové odpisové skupiny 1a (např. pro osobní automobily)
- zrušení tzv. reinvestičního odpočtu, částečně kompenzované možností uplatnit zvýšený odpis v prvním roce odepisování
- zvýšení limitu na uplatnění daňových výdajů pro pořízení osobního automobilu z 900 tisíc Kč na 1 500 000 Kč.

Třetí, poslední, velká vládní novela přináší opět celou řadu změn. Mj. mění způsob odpočtů, rozsah daňových pásem i daňové sazby v nejnižších dvou pásmech, zvyšuje významným způsobem paušální výdaje u fyzických osob.

Některé z novinek si přiblížíme podrobněji.

1. Nové daňové paušály

Neuplatní-li poplatník výdaje prokazatelně vynaložené na dosažení, zajištění a udržení příjmů, může uplatnit výdaje v tzv. paušální výši. Jejich výše uvádí tabulka č. 1:

V případě uplatnění výdajů v paušální výši se má za to, že ve výdajích jsou uplatněny některé výdaje vynaložené v souvislosti s podnikáním, vyjma pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, které může uplatnit poplatník navíc a to v prokázané výši.

Nové, vyšší paušální výdaje lze použít již pro zdaňovací období kalendářního roku 2005. Znamená to však aby poplatník podal dodatečné daňové příznání za rok 2004 (pokud v roce 2004 uplatňoval výdaje ve skutečné výši). V tomto dodatečném daňovém příznání upraví v souladu se zákonem o daních z příjmů základ daně o pohledávky a závazky evidované k 31.12.2004.

Protože lze předpokládat, že se daňová povinnost tímto postupem za rok 2004 oproti původnímu daňovému příznání zvýší, bude poplatník povinen doplatit daň z příjmů ale rovněž i počítat s vyměřením penále z rozdílu daně. Pokud nebude ze strany ministerstva financí udělen na toto penále generální pardon, je výsledek při podání individuální žádosti o prominutí penále zcela v rukou správce daně.

Nelze proto než doporučit důkladné zvážení využití zvýšeného paušálu již pro zdaňovací období roku 2005, dle individuálních podmínek každého jednotlivého poplatníka. Pro úplnost je třeba uvést, že při uplatnění paušálu se připočítává uhrazené sociální a zdra-

Inzerce MD ACCESS - A4



Tab. č. 3:

	Nezdanitelná částka daně v Kč (rok 2005)	Sleva na dani v Kč (rok 2006)
Na poplatníka	38 040	7 200
Na manželku	21 720	4 200
Na manželku ZTP/P	43 440	8 400
Částečný invalidní důchod	7 140	1 500
Plný invalidní důchod	14 280	3 000
Držitel průkazu ZTP/P	50 041	9 600
Studium	11 400	2 400

Tab. č. 4:

	2005	2006
Základ daně	120 000	120 000
Nezdanitelné minimum	38 040	X
Základ daně	81 960	120 000
Daň před slevou	12 285	14 400
Slev na dani	X	7 200
Daň po slevě	12 28/5	7 200
Daňová úspora	X	5 085

Tab. č. 5:

	2005	2006
Základ daně	400 000	400 000
Nezdanitelné minimum	38 040	X
Základ daně	361 960	400 000
Daň před slevou	76 244	83 228
Slev na dani	X	7 200
Daň po slevě	76 244	76 028
Daňová úspora	X	216

voťní pojištění, uhrazené nejen za poplatníka ale i uhrazené poplatníkem za zaměstnance (zdravotní sestru).

V případě, že provozovatel NZZ podniká souběžně i na základě živnostenského oprávnění (např. prodává jako doplňkovou činnost dětskou výživu) bude z příjmů z provozu NZZ uplatňovat paušální výdaje 40% z příjmů z prodeje dětské výživy paušální výdaje ve výši 50%.

2. Úprava daňových pásem pro výpočet daně z příjmů fyzických osob a náhrada nezdanitelných částí základu daně, slevou na dani.

Novela určitým způsobem snižuje daňové

zatížení fyzických osob - viz. tabulka č. 2.

Přestože z pohledu na tabulku by se mohlo zdát, že k jisté daňové úspoře dochází u každého poplatníka, novela zákona žádné zásadní snížení daňové zátěže pro většinu fyzických osob nepřináší.

Důvodem je skutečnost, že současně došlo ke zrušení nezdanitelných částí základu daně a jejich nahrazení slevami na dani - viz. tabulka č. 3.

Nyní se pokusíme na dvou co nejjednodušších příkladech provést porovnání úspory na dani z příjmů fyzických osob.

Příklad č. 1.

Poplatník má základ daně 120 000 Kč. Pro rok 2005 může uplatnit pouze základní

nezdanitelnou část daně ve výši 38 040 Kč. Pro rok 2006 uplatní slevu na dani ve výši 7 200 Kč. Viz. tabulka č. 4.

Příklad č. 2

Poplatník (provozovatel NZZ) má základ daně 400 000 Kč. Pro rok 2005 může rovněž uplatnit pouze nezdanitelnou část základu daně ve výši 38 040 Kč. Pro rok 2006 uplatní slevu na dani ve výši 7 200 Kč.

U provozovatele NZZ se bude roční daňová úspora pohybovat někde mezi těmito krajními případy, lze však důvodně předpokládat, že nebude nikterak zásadní.

Zatímco změna daňových pásem bude pro většinu provozovatelů NZZ nezajímavá, změna paušálních výdajů může výrazně snížit administrativu i riziko neuznání některých konkrétních výdajů jako daňově uznatelných, ze strany správce daně při případné kontrole. Z tohoto důvodu uvádím ještě porovnání skutečných a paušálních výdajů, z podkladů konkrétního NZZ praktického lékaře pro děti a dorost.

A. Uplatnění výdajů ve skutečné výši

Příjmy z NZZ	1 300 000 Kč
Výdaje	700 000 Kč
Základ daně	600 000 Kč
Daň	140 263 Kč

B. Uplatnění výdajů paušálem (40%)

Příjmy z NZZ	1 300 000 Kč
Výdaje(40%)	520 000 Kč
Pojištění	210 000 Kč
Základ daně	570 000 Kč
Daň	130 664 Kč

Způsob využití paušálních výdajů by v tomto konkrétním případě představoval roční daňovou úsporu ve výši cca 9 600 Kč a alespoň některou z následujících výhod:

- výrazné zjednodušení při vedení daňové evidence a tím i finanční úspora na její zpracování
- praktické vyloučení doměrků daně při daňových kontrolách prováděných správcem daně
- dodatečné daňové úspory při obměně osobního automobilu (automobil by nebyl zařazen v podnikání a jeho prodej by nepodléhal dani z příjmů).



Prodej lékařské praxe - vybrané problémy

Ing. František Elis

daňový poradce, evidenční č. 56

Lze více než důvodně předpokládat, že i v roce 2006 bude pokračovat realizace programu generační výměny praktických lékařů pro děti a dorost. Od okamžiku jeho spuštění již uplynula určitá doba. Za tuto dobu došlo mj. i k některým podstatným změnám daňových zákonů. To si však účastníci programu ne vždy zcela uvědomují a aplikují dřívější daňová doporučení, která dnes již nemusí být aktuální. Proto považuji za prospěšné informovat potencionální ale i stávající, či minulí účastníky programu, o daňových změnách, které v průběhu času nastaly.

U prodávajícího, pokud se rozhodne ukončit svoje podnikatelské aktivity a prodat svoji lékařskou praxi jako podnik, zpravidla nebývají, z daňového pohledu, problémy. Termín ukončení podnikání a celková struktura transakce, s ohledem na optimalizaci, mu budou navrhovány vždy v zásadě shodně. I když bude získávat informace z různých zdrojů, lze předpokládat, že si nebudou nijak odporovat. Pouze, dle fundovanosti těch na něž bude své dotazy směřovat, se mu bude dostávat více či méně vyčerpávajících odpovědí.

Tato problematika u poplatníka, který vede daňovou evidenci, byla poměrně vyčerpávajícím způsobem řešena na stránkách časopisu VOX PEDIATRIAE-září/2005 - č.7 - ročník 5, včetně ilustrativních příkladů.

Pokud však shání v předstihu informace o tom, jaké mu z koupě lékařské praxe vyplý-

nou povinnosti kupující, ohledně toho jak výdaje s jejím pořízením uplatní do daňově uznatelných výdajů ve své daňové evidenci, nedochází ke shodě v názoru na řešení, nejen mezi jednotlivými daňovými poradci ale ani mezi jednotlivými správci daně. Rovněž v odborné literatuře nejsou názory na řešení jednotné.

V dalším se pokusím nastínit, dle mého názoru, v současné době jediné správné řešení na konkrétním příkladě.

Předpokládejme, že:

■ lékařka podnikající podle zvláštních předpisů kupuje ordinaci (nestátní zdravotnické zařízení) za 800 000 Kč na základě kupní smlouvy o prodeji podniku. Jedná se o smluvní cenu vycházející ze zpracovaného znaleckého posudku. Posudek byl zpracován metodou kapitalizovaných čistých výnosů. Součástí kupní ceny je jmenovitý seznam majetku - vybavení, zařízení a zásob, ale bez uvedení jakékoliv ceny (cena pořízení, sjednaná.....). Předmětem převodu (prodeje) nejsou nemovitosti, majetková práva, peníze a cenniny. Nepřecházejí pohledávky, neboť při prodeji nestátního zdravotního zařízení nepřecházejí smlouvy se zdravotními pojišťovnami (mají veřejnoprávní, nikoliv obchodně právní charakter). Proto nepřecházejí ani pohledávky, které se k těmto smlouvám váží. Závazky se předpokládají v nulové výši.

Pominu-li některé, zcela zcestné názory,

pak se nejčastěji objevovala doporučení:

a) převzít hmotný majetek v cenách dle daňové evidence prodávajícího a zbytek do 800 000 Kč bude goodwill, který se bude do daňově uznatelných výdajů promítat formou odpisů po dobu 60 měsíců.

Tento postup považuji za zcela neobhajitelný. Goodwill se po dobu 60 měsíců odepisuje účetně, daňově však po dobu 180 měsíců. Navíc odepisovat daňově rovnoměrně po dobu 180 měsíců se může týkat pouze těch poplatníků, kteří vedou účetnictví, a nikoliv těch, kteří vedou daňovou evidenci.

b) nechat ocenit hmotný majetek a zbytek do 800 000 Kč bude kladný oceňovací rozdíl při koupi podniku, a ten bude zahrnut do výdajů, rovnoměrně během 180 měsíců. Tento postup by byl nepochybně správný, kdyby lékařka byla účetní jednotkou a vedla účetnictví.

Při vedení daňové evidence jej však nelze uplatnit.

Za jediný správný postup lze (dle mého názoru) považovat pouze postup v souladu s §7 b odst. 3 (předposlední věta) zák.č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů. Tzn. nechat ocenit hmotný majetek a zbytek do 800 000 Kč v poměrné výši mezi tento majetek rozpočítat.

Výsledek může mít např. následující podobu:

Poř.č.	Název oceňovaného majetku	Počet ks	Cena dle znalce v Kč za 1 ks	Cena dle znalce v Kč celkem	Přepočtená cena v Kč za 1 ks	Přepočtená cena v Kč celkem
1.	Sterilizátor horkovzdušný	1	6 500	6 500	34 450	34 450
2.	Lampa bakteriocidní	1	5 700	5 700	30 210	30 210
3.	Stojanová lampa speciální vyšetřovací, halogenová	2	8 500	17 000	45 050	90 100
79.	Odběrové zkumavky	200	2	400	10,6	2 120
80.	Ekologický čistící přístroj	1	12 000	12 000	63 600	63 600
85.	Papír do glukometru	1	1 000	1 000	5 300	5 300
	Celkem			151 535		800 000



Ocenění movitého majetku (provedeno držitelem koncese na oceňování majetku pro podnik) - viz. tabulka.

Dle znalce při stanovení výše ceny jednotlivých shora uvedených položek bylo přihlédnuto především k časovému, fyzickému a morálnímu opotřebením, aktuálním cenám stejného nebo obdobného zařízení a vybavení i výjimečnosti některých speciálních nástrojů a jejich dostupnosti na trhu. Oceňovatel při určení ceny vycházel, mimo jiné, i ze skutečnosti, že se jedná o prodej komplexního zařízení, vybavení a takového objemu a skladby zásob, které umožňují okamžité pokračování činnosti ordinace bez jakéhokoliv omezení.

Pro stanovení přepočtené ceny jednotlivé-

ho hmotného majetku bylo použito koeficientu 5,2793084, po zaokrouhlení 5,28 (800 000 : 151 535). Přepočtená cena stojanové lampy vyšetřovací a ekologického čistícího přístroje přesáhla částku 40 000 Kč. Tento majetek bude daňově odepisován a odpisy za jednotlivé kalendářní roky budou zahrnuty do daňově uznatelných výdajů v daňovém přiznání jako tzv. „započtené výdaje“. Protože přepočtená cena tohoto majetku činí celkem 153 700 Kč, bude zbytek do 800 000 Kč, tedy 646 300 Kč, zahrnut do daňově uznatelných výdajů jednorázově v roce pořízení pokud bude skutečně uhrazen. V případě splátek se bude jednat o daňový výdaj v okamžiku každé jednotlivé splátky. Majetek nad 40 000 Kč může být odepisován bez ohledu

na to zda byl uhrazen či nikoliv, neboť na základě smlouvy o prodeji podniku se kupující lékařka stane vlastníkem v okamžiku podpisu smlouvy. Je na jejím zvážení zda začne odepisovat v roce pořízení, případně v roce následujícím.

Je na každém jednotlivém poplatníkovi, jaký postup zvolí a na základě jakých argumentů. Protože lze předpokládat, že při realizaci tak závažného kroku, jakým bezpochyby koupě lékařské praxe je, se neobejde bez pomoci odborníka, nelze než doporučit aby si vybral takového, který bude ochoten a schopen, v případě potřeby, zvolený postup obhájit před příslušným správcem daně.

Umíráček plurality pojišťoven

MUDr. Pavel Vepřek

předseda sdružení Občan, bývalý ředitel FN Motol

Návrh zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, který pod nátlakem neziskovosti připravoval návrat státního zdravotnictví a demontáž pluralitního pojišťovenského systému, byl vrácen k dalšímu projednávání do výborů a zdá se, že z tohoto mraku už nezaprší. Zato zapršelo jinde, a pořádně.

Polskou cestou k mizérii

V gejíru radosti gayů a lesbiček z naděje na uzavírání registrovaných partnerství zcela zaniklo přijetí novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, kterou stát, rozuměj parta lidí, která je právě u moci, přebírá přímou kontrolu nad pojišťovnami a penězi jejich pojištěnců. Je vymalováno, polská cesta mizerného státního zdravotnictví pro chudé a nemocné a lepšího soukromého pro zdravé a bohaté dostala ve zdravotnictví zelenou. Při zpětném pohledu se zdá, že evidentně špatná a nestravitelná předloha zákona o VNÚZZ byla jenom šťavnatou návnadou, která měla odvést pozornost od místa hlavního úderu nacionalizační pěsti. Dobře vymyšleno.

Jakmile sněmovna převálcuje pravděpodobný odpor Senátu a prezidenta, dostanou všechny pojišťovny nové správní a dozorčí rady. Ve správních radách obsadí třetinu míst vláda a o zbývající dvě třetiny se podle politického klíče podělí v Poslanecké sněmovně. Do dozorčích rad nadeleguje vláda tři členy a sněmovna si jich navolí deset, opět podle stranické legitimity.

Současní ředitelé pojišťoven zamáčknou slzu, pobalí osobní věci a uvolní místa lidem nominovaným v případě VZP vládou a v zaměstnaneckých pojišťovnách Davidem Rathem. Pro případ, že by se některé z nových košťat přece jen protivilo pokynům jednotného velení, jsou rozšířeny pravomoci nuceného správce. Ten se již po vstupu do pojišťovny nemusí omezovat na kontrolu činnosti dosavadních statutářů, ale může místo nich sám vládnout.

Nikdo nezapláče. Až časem

Pojišťovenské škatule, škatule hejbejte se zřejmě nechají veřejnost chladnou. Užitečnost současného pluralitního pojišťovenského systému nebije do očí a pošlapání práv zkladatelů tlustých pijavic, které se navíc za naše peníze rozvalují v honosných palácích, nikoho příliš nedojímá. Navíc existuje poptávka po nastolení pořádku a jednoduchá řešení lákají. Ovšem dopady změn, které nový zákon přináší, pocítíme všichni a nejen ve zdravotnictví.

Touto novelou končí evoluce zdravotních pojišťoven v agentury, které by nás zastupovaly na trhu zdravotních služeb a zajišťovaly je pro nás podle našich potřeb, a začíná návrat ke státnímu přidělovému systému. Zákon vrací pojišťovny ze samosprávného vandru zpět pod státní křídla a obnovuje moc státní byrokracie nad všemi zdravotníky. Pro vedení pojišťoven se místo občana stává zákazníkem nadřazený politik a jeho politické seskupení.

Strany si rozdělí, podle svého zastoupení ve sněmovně, posty nejen ve VZP, ale ve všech zdravotních pojišťovnách. Představa, že se do takových pojišťoven pohnou ti nejlepší manažeři, je opravdu legrační. I kdyby nás stát vedli andělé, zcela oddaní službě veřejnosti, tak si neporadí s problémem, jak přidělit každému občanovi přesně tu péči, jakou potřebuje. Po padesáti letech hledání kvadratury kruhu nemusíme znovu bolestivě zjišťovat, že jedinou alternativou k přidělovému systému je trh, v případě zdravotnictví regulovaný. Cesta k efektivnímu zdravotnictví vede přes posílení postavení občanů, nikoli ministera zdravotnictví.

Polévka už téměř hotová

Nejsem příznivcem vytahování komunistického bubáka pokaždé, když není lepší nápad po ruce, ale tady není čas na hrdinství. Ano, integrace komunistů do politického života je politologickým oříškem a jedním z posledních nedodělků polistopadového vývoje, ale takto plošně se přihlásit k jejich ideologii a posílit jim ekonomický vliv, to je silné kafe.

Polský literát Geremek kdysi napsal, že uvařit z akvária rybí polévku jde snadno, naopak že je to těžší. V našem zdravotnictví jsme se dostali na cestě od polévky k akváriu už hodně daleko, ale právě přijatá novela pod ním znovu zapaluje hořák.



Kam až je ochotna zajít současná vláda s podporou komunistů

Ing. Jaromír Gajdáček

výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven ČR

Poslední dění okolo veřejného zdravotního pojištění může budít v někom pocit, že kroky, které se dějí, jsou ve prospěch lépe fungujícího zdravotnictví, a tedy občanů tohoto státu.

Obviňování VZP ze špatného hospodaření teď z úst Davida Ratha doplňují další obvinění, tentokrát i zaměstnaneckých pojišťoven. Rath mluví o neprůhledné činnosti správních orgánů zdravotních pojišťoven složených ze zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců. Zaměstnanecké pojišťovny jsou však pravidelně kontrolovány MZ i NKÚ a kontroly nikdy nic z těchto ministrových tvrzení nepotvrdily.

To je ale Rathovi úplně jedno, je zvyklý očernit bez důkazů kohokoliv. Za podpory komunistů se mu nyní podařilo prosadit zákon, který zásadně mění složení statutárních orgánů zaměstnaneckých pojišťoven. Díky němu budou tyto orgány napříště v podstatě

ovládat nejsilnější politické strany včetně komunistů.

Část veřejnosti si dokonce myslí, že kroky ministra Ratha jsou v jejich prospěch. Ale prospěch pacientů Rath nikdy neměl na mysli ani jako prezident ČLK, kdy mu zákon ukládal konat vůči zdravotnickým zařízením, nebyla-li péče poskytnuta kvalitně (část těch občanů, která se svými podněty obrátila na ČLK ví své). A o pacienty mu nejde ani teď, kdy je na vytouženém místě ministra. To jednoznačně prokázal také vydáním vyhlášky o financování, kterou omezil právo pacientů na včasnou léčbu. Pacienti si přece na operaci mohou počkat déle, jejich osud totiž ministra příliš nezajímá.

Kuriózní je také další vyhláška, kterou se zvyšují ceny práce lékařů na trojnásobek současné odměny. Pro srovnání: meziroční nárůst platů se běžně pohybuje mezi 3 až

7%. Zdravotnictví bude díky růstu platů spotřebovávat mnohem rychleji peníze od zdravotních pojišťoven, což ve svém důsledku bude znamenat další omezování péče pro nemocné.

V těchto dnech se rozhoduje zcela zásadně o budoucnosti zdravotnictví u nás. Ministr Rath usiluje o neomezenou moc nad všemi jeho složkami. Aktuálně se jedná o zdravotním pojištění. Přestože správní rady zdravotních pojišťoven na opakovaných schůzkách pravidelně informovaly premiéra o současné situaci a uzavřely s ním dohodu, Rath ji ve všech směrech porušuje. A premiér k tomu mlčí.

Čím dříve si veřejnost uvědomí jaké nebezpečí hrozí, tím méně lidí bude poškozeno na svých právech dostávat kvalitní zdravotní péči.

V Praze 21.12.2005

Lékaře vede Rathův člověk

Novým prezidentem České lékařské komory se stal opět odborář - Milan Kubek

České lékařské komory se už ministr zdravotnictví David Rath nemusí bát. Sobotní sjezd komory totiž zvolil za Rathova nástupce jeho dlouholetého přítele a bývalého spolupracovníka z Lékařského odborového klubu Milana Kubka. Šéf lékařských odborů doktorům slíbil, že je bude hájit vždy, za všech okolností a proti všem.

S nástupem dalšího odboráře do čela ČLK padla naděje především soukromých lékařů, že se lékařská komora oprostí od nálepky pseudoodborové organizace a naplní své práce se přiblíží standardu lékařských komor v Evropské unii.

Zveřejní-li nějaký novinář informaci o pochybení lékaře, aniž by ten už byl pravomocně odsouzen, Česká lékařská komora na něj podá žalobu. Objeví-li se napříště uvnitř komory nějaký problém, třeba pochybnosti, zda staré či nové vedení netuneluje její pokladnu, veřejnost se o tom nedozví. Protože co se doma uvaří, má se tam i sníst a lidem (pacientům) do toho nic není.

I tak si představuje činnost stavovské organi-

zace lékařů její nově zvolený prezident Milan Kubek. Alespoň to zmínil ve svém emotivním předvolebním projevu a většina lékařů s jeho premisami souhlasila, protože mu následně dala svůj hlas.

Jediným vážným protikandidátem byl soukromý lékař Martin Jan Stránský. Nepomohlo mu však ani to, že se v jeho prospěch podle očekávání ještě před volbami vzdali kandidatury tři ze čtyř dalších uchazečů - viceprezidenta komory Helena Fousková, soukromý lékař Miroslav Havrda a bývalý ředitel nemocnice v Břeclavi Miroslav Janulík.

O novém šéfovi lékařů zřejmě rozhodl právě Kubkův plamenný projev a následná diskuse. Do té doby se totiž z výsledků dílčích hlasování zdálo, že poměr sil mezi zastánci bývalého prezidenta Ratha, symbolizovanými Kubkem, a jeho odpůrci, jejichž lídrem se nakonec stal Stránský, je přinejmenším vyrovnaný či spíše většinouvě příkloněný na stranu rathovské opozice.

Delegáti totiž přes velkou snahu části pléna opakovaně odmítli umožnit vystoupení ministra zdravotnictví Ratha, který na sjezd přijel jako host.

Stránského „ugřilovali“

Devadesáti minut, vyčleněných na „grilování“

kandidátů, však daleko lépe využili Kubkovi přívrženci. Zaspali Stránského řadou nepřijemných dotazů a zčásti i invektiv, na které dotyčný nepříliš přesvědčivě odpovídal. „Možná jsem dal delegátům málo najevo, že problematiku českého zdravotnictví dobře znám,“ připustil po volbě Stránský.

Nový prezident hned po zvolení naznačil, že lékařská komora bude i pod jeho vedením dál zasahovat do kompetencí odborových organizací a zájmových sdružení lékařů a že bude velmi vstřícná přinejmenším k současnému ministru zdravotnictví. Ten také Kubkovu volbu přivítal se širokým úsměvem. „Jsem velmi spokojen, protože pana doktora Kubka znám deset let a jsme přátelé.“ konstatoval Rath spokojeně.

Večer se pak Kubek sešel s premiérem. Jiří Paroubek po schůzce prohlásil, že chce, aby se platy českých lékařů během několika příštích let výrazně přiblížily evropskému standardu. To proto, aby lékaři neodcházeli do zahraničí. Jak konkrétně toho chce dosáhnout však neřekl.

Nový prezident hned po zvolení naznačil, že lékařská komora bude velmi vstřícná k ministru zdravotnictví.



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP

■ V roce 2006 budou zasedání výboru OSPDL probíhat vždy **první středu v měsíci** od 18,00 hod.

■ MUDr. Roškotová byla výborem pověřena k zahájení jednání s **Českou asociací sester** s cílem vzájemného se informování o možnostech vzdělávání dětských sester a s nabídkou spolupráce při pořádání odborných vzdělávacích akcí pro dětské sestry.

■ Výbor schválil zveřejnění **databáze školitelů PLDD** z řad členů OSPDL. Tento seznam bude zveřejněn v příštím čísle časopisu VOX, v případě nejasností se prosím obraťte s dotazem na adresu sekretariátu, případně na www.detskylekar.cz.

■ Na posledním zasedání výboru OSPDL byly odsouhlaseny požadavky pro **akreditovanou pracoviště PLDD**, která pro nejvyšší stupeň akreditace - ordinace lékaře školitele PLDD- byla již zveřejněna v časopise VOX. Pro nižší stupeň akreditace platí následující:

Pobyt v ordinaci PLDD v rámci postgraduálního vzdělávání probíhá alespoň 3 měsíce na akreditovaném pracovišti lékaře školitele PLDD, zbytek vzdělávacího curricula může probíhat v jiné ordinaci pracující ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou. Tuto ordinaci doporučí školitel a bude dohlížet na školence v souladu s požadavky vyhodnocení kvality výukového programu (předané MZČR).

■ Výbor doporučuje, aby **setkání školitelů** v roce 2006 proběhlo v termínu víkend **16.6.-18.6.2006**.

■ MUDr. Procházka vypracoval návrh studie: **Primární prevence ICHS u dětí**. Jedná se o prospektivní studii od 1.4.2006. Tento dotazník bude rozeslán do jednotlivých regionů k vyplnění.

■ OSPDL zahájila spolupráci při přípravě **Pediatrického kongresu** v červnu 2006 a navrhla spolkoodinátoři z řad PLDDD pro jednotlivé sekce.

■ Spolupráce nad **doporučenými postupy** s ČPS dále pokračuje, první vydaný doporučený postup je „Horečka“. Příště bude nutně konečný materiál ponechat schválit i výborem OSPDL (zajistí zástupci OSPDL v pracovní skupině - Roškotová, Procházka, Marek).

■ Výbor OSPDL doporučuje ponechat v roce 2006 **stejnou výši členských příspěvků** jako v roce předchozím. Trvá možnost prominutí členských příspěvků u nově vstupujících členů ve druhém pololetí roku (složenky se

rozesílají vždy jen 2x ročně v lednu a v červnu). Tito by v lednu dostali složenku na zaplacení ve výši dvou členských příspěvků za rok minulý i následující. Proto jim bude jeden prominut.

■ Výbor OSPDL podporuje práci na **znalostních testech pro časopis VOX**, tyto budou garantovány OSPDL a úspěšným respondentům budou přiděleny 2 kredity.

■ Zástupci OSPDL (Cabrnchová, Vurmová) se zúčastnili spolu s Dr. Neugebauerem a Dr. Holubem pracovního jednání CESP/EAP v Bruselu. Tématem zasedání bylo především pravidelné setkání zástupců jednotlivých členských zemí z oblasti pediatrie, a to včetně zástupců za primární pediatrickou péči. Diskutovány byly otázky etické, problematika pediatrických léků. **Přijatou směrnicí EP, týkající se pediatrických léků, vzniká povinnost pro farmaceutické firmy zajistit pediatrické verze nově vyvíjených léků, provádět studie, které by ověřily použitelnost pro pediatrické indikace.** V budoucnu by tak nemělo docházet k situacím, kdy příbalový leták neobsahuje informace a možnosti použít konkrétní lék u dětí a jeho dávkování. Dále jsme se zúčastnili jednání pracovní skupiny pro očkování, předali jsme připravenou přednášku informující o situaci v ČR v oblasti očkování, předali dotazník týkající se situace v oblasti BCG vakcinace v ČR. Mnoho cenných informací o tom, jak vypadá situace s očkováním v ostatních státech EU, přineseme v článku věnovanému této problematice v příštím čísle časopisu VOX.

■ Proběhlo jednání **Komise péče o dítě** v ČR na MZČR. Tuto komisi vede náměstek ministra MUDr. A. Pečenka, který jednání nebyl přítomen, jednání vedl MUDr. J. Štrof. Témata byla následující:

1. Diskutována problematika reakcí po primovakcinaci BCG se závěrem, že jednání na toto téma proběhne na půdě Komise pro preventabilní nákazy v únoru 2006 za účasti neonatologů s cílem verifikovat počty reakcí a spolupracovat případně na řešení situace, v budoucnu nutné i úvahy, zda bude zachována plošná primovakcinace. Zatím diskuse pouze na téma zrušení revakcinace v 11 letech a ponechání pro rizikové skupiny. Všichni přítomní zatím v otázce primovakcinace trvají na zachování stávajícího stavu do dalšího rozhodnutí. ČPS ve svém stanovisku

má shodný názor s OSPDL, neposouvat primovakcinaci do druhého půlroku života. Stanovisko ČPS zveřejníme v příštím čísle časopisu VOX, které bude celé věnované problematice očkování u dětí.

2. MUDr. Paulová, CSc. informovala o problematice kojících matek a užívání léků kojící matkou, kdy často dochází k ukončení kojení z neznalosti účinku léků na kojící ženu a možného přenosu mateřským mlékem. Doporučuje zveřejnit informace k této problematice na stránkách SÚKL, kde bude dostupná informace, které léky jsou pro kojící ženy a jejich dítě bezpečné.

3. Projednávány možné dopady regulačních opatření na jednotlivé segmenty, konstatován negativní dopad na kvalitu péče o dítě v ČR. Všichni zástupci ambulantních i lůžkových zařízení nesouhlasí s uplatňovanými regulacemi na rok 2006. Rovněž tak bylo poukázáno na negativní dopady zastavení centrálního nákupu léků pro pojišťovny VZP (doc. Hoza).

4. Byl předložen návrh prof. MUDr. J. Nevoralu na provedení screeningu celiakie u dětí v ČR, který byl projednán výborem OSPDL. Záležet bude na dalších připomínkách a reakci MZČR. Je třeba zajistit finance na tento projekt.

5. K překvapení všech účastníků jednání byla předložena příloha ZOP (zdravotní a očkovací průkaz) na rok 2006 s reklamou České pojišťovny na každé stránce. Zástupce OSPDL a SPLDD a i další účastníci jednání se přiklání k tomu, aby ZOP žádnou reklamu neobsahoval. Nebude-li možné zajistit finanční prostředky, je třeba o tom v předstihu jednat.

6. MUDr. Cabrnchová poukázala na skutečnost, že nedošlo ke změně očkovacího kalendáře tak, jak bylo přislíbeno, není také zajištěno očkování proti pneumokokovým nákazům pro rizikové skupiny dětí.

■ Nově přijatými členy OSPDL jsou: MUDr. M. Kovářová (Skuteč), MUDr. M. Mareš (Sebranice)

Zapsala: MUDr. Hana Cabrnchová



Dětské klimatické pobyty, ob. prosp. spol.
Ve spolupráci s Čedokem, Výborem dobré vůle-Nadací
Olgy Havlové a Magistrátem města Plzně pořádají

8. ročník léčebných klimatických pobytů

pro rodiče s dětmi trpícími onemocněním
dýchacích cest, asthmatem a ekzémy.
V roce 2006 podruhé s cestovní kanceláří Čedok.

TERMÍNY POBYTŮ/CENY

Chorvatsko - Istrie - 8 denní s polopenzí

Hotel Adriatic, Umag-Punta

30.6. - 9.7. 2006

7.7. - 16.7. 2006

Termín 14.7.-23.7.2006 bude dán do prodeje pouze v případě obsazení předchozích dvou termínů.

14.7. - 23.7.2006

Slovenská republika - 13 denní s plnou penzí

19.8. - 31.8. 06, chata OPALISKO

19.8. - 31.8. 06, chata LIMBA

Informace pro rodiče: školní rok 2006/2007 začíná v ČR až v pondělí 4.9.2006.

Informace pro pobyty:

Pobyty v Chorvatsku se konají pro děti po 2. roce věku se svými rodiči, případně prarodiči. Pobyty ve Slovenské republice se realizují v oblasti Liptovského Jána u Liptovského Mikuláše v Nízkých Tatrách pro děti od 4 let věku. Nejedná se jen o ozdravné, ale především léčebné pobyty s lékaři a dalším personálem. Případné výjimky z věku jsou možné jen po dohodě s lékařskou radou.

Kontaktní adresa pro informace o nadačních pobytech z hlediska lékařského a ve Slovenské republice i místně provozního a dotačního:

MUDr. J. Liška, CSc. , ved. lék. rady nadace

Mulačova nemocnice s. r. o., Dvořákova 17, 320 02 Plzeň

tel.: 377 677 191, 190 všední dny mezi 12,30 - 13,30, fax: 377 677 207, e-mail:liska.jiri@atlas.cz

Pozvánka na XVIII. Plzeňské pediatrické dny

ve dnech 3. 3. - 4. 3. 2006, konané v Šafránkově pavilonu LF UK, Přednáškový sál, Alej Svobody 31, Plzeň

Téma:

**Bolest - nejčastější příznak onemocnění v dětském věku
Interpretace a přínos laboratorních metod v klinické praxi
Problematika primární péče**

Přihlášky na Sekretariát XVIII. PPD:

Zuzana Legátová, Renata Kejzlarová, Dětská klinika FN a LF UK Plzeň, Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň

Tel.: 377 104 692, Fax: 377 10 4 694, E-mail: legatova@fnplzen.cz



Bolest hlavy v dětském věku

MUDr. Daniela Palyzová, CSc.

Klinika dětí a dorostu FNKV a 3. LF UK, Praha

Souhrn

Bolest obecně je označována jako 5. znak života, přesto teprve v druhé polovině 20. století poodhalil rozvoj neurofyziologických věd tajemství vzniku, trvání a nových možností kontroly bolesti. Dlouhodobě neuspokojivé však byly, a v mnoha ohledech ještě stále jsou, poznatky o bolesti v dětském věku. Především byly mylné domněnky o tom, že nezralý nervový systém u nejmenších dětí nesplňuje základní podmínky pro vznik bolesti. Existence dětské bolesti byla donedávna popírána, podceňována jako symptom nemoci nebo důsledek řady diagnostických či léčebných procesů. S tím souvisela nízká úroveň léčebných kroků nefarmakologických i farmakologických.

Poznatky posledních let nejen potvrdily existenci bolesti a diskomfortu již v období intrauterinního vývoje, ale pomohly také pochopit rozdílnost kvality i kvantity vnímané bolesti v jednotlivých stadiích vývoje dítěte od narození po dospívání. Překvapivým bylo zjištění, že odpověď na identické algické podněty je největší u nezralých novorozenců. Zdá se, že tento fakt lze zobecnit jako stoupající práh pro vnímání bolesti od dětství do dospělosti.

Praktický pediatr se v ordinaci setkává nejčastěji s bolestí břicha, hlavy a pohybového aparátu. Ve všech těchto případech je přítomnost bolesti signálem somatického, orgánového či systémového onemocnění, nebo známkou dekompenzace při psychické zátěži, případně kombinací obou hlavních skupin. V posledních desetiletích je pozorována tendence ke stoupající frekvenci zvláště bolestí hlavy. Vysvětlení lze spatřit do značné míry v současném životním stylu: nevyvážený pohybový režim, nedostatek přirozeného pohybu a sportovních aktivit, jednostranná zátěž při nadměrném počtu hodin trávených u počítačů, televizních pořadů, ale i ambicióznost dospělých, kteří kladou na dítě větší nároky než jsou jeho reálné předpoklady, vedoucí k neurotizaci dítěte.

Diagnostika vlastní přítomnosti bolesti hlavy nečiní potíže u dětí schopných verbálně komunikovat a popsat vlastní potíže. Problematické je určení, zda pouze neverbálně komunikující novorozenec, kojeneček nebo malé batole trpí bolestí hlavy. Lze předpokládat, že křik, pláč, dráždivost nebo naopak apatie, únavnost, změny svalového tonusu, zvracení atd. mohou být symptomem této potíže. Při posuzování frekvence bolestí hlavy u dětí těchto věkových kategorií je však nutno zohlednit, že kromě vlastního mechanismu snížení intrakraniálního tlaku mírným rozestupem nesrostlých lebních švů se ještě neuplatňuje řada níže popsaných spouštěcích mechanismů.

Následující text přináší základní přehled etiologie dětských bolestí hlavy.

■ Etiologická klasifikace bolestí hlavy v dětském věku

1. Akutní bolest hlavy

1.1. Běžná onemocnění dětského věku, jako nejčastější příčina akutní a krátkodobé bolesti, jsou spojena s bolestí hrdla, ucha, zubů a hlavy (horečnatá respirační onemocnění, sinusitida, otitida, tonzilitida, stomatitida, lymfadenitida, kariesní chrup, puplitida). Bolest vychází ze závažných postižených struktur nebo je lokalizována do vzdáleného místa. Léčba základního onemocnění vede k vymizení bolesti, podle potřeby je možné krátkodobé užití mírného analgetika (nesteroidní antiflogistika-analgetika, NSA).

1.2. Úraz hlavy nebo krční páteře, aktuální únava, stres, vyčerpání, změny krevního tlaku, stav zevního prostředí (nevětraná, přetopená místnost, přehřátí při vysokých klimatických teplotách) atd. jsou také obvykle následovány akutní bolestí hlavy. Rovněž v těchto situacích mají příznivý účinek opatření, odstraňující příčinu bolesti (odpočinek, spánek, úprava prostředí, hydratace atd.).

1.3. Závažná onemocnění CNS (meningitida, encefalitida, nádory, krvácení, obstrukce liquorových cest, cévní malformace, úrazy), **onemocnění páteře** (těžké úrazy, tumory a záněty, spojené s destrukcí obratlů a/nebo přetlak v páteřním kanále), **metabolické komplikace** u nově diagnostikovaného nebo již známého onemocnění (hypoxie-cystická fibróza, hypoglykemie-diabetes mellitus, uremie a hepatální selhání) se podílejí významně méně často na celkovém výskytu akutní bolesti hlavy. Odhad závažnosti základního onemocnění obvykle nečiní potíže, protože jsou vyjádřeny další závažné symptomy (nausea, zvracení,

poruchy hybnosti, chování, vědomí, svalového napětí, vidění, celkového prokrvení, hydratace, vegetativní doprovodné symptomy), jejichž přítomnost je indikací k neodkladnému transportu zajištěného dítěte do specializovaného zařízení.

1.4. Frekvence akutních bolestí hlavy podmiňovaných psychogeně není zcela jasná.

2. Chronická a rekurentní bolest hlavy

Z pohledu rodiče a posléze i pediatra se jako závažnější a zneklidňující jeví chronické nebo rekurentní bolesti hlavy, se kterými podle statistik má zkušenost až 10-20% dětí mladších než 10 let. Vyšší frekvenci bolestí hlavy udávají děti ze slabších socioekonomických poměrů, dysfunkčních rodin a děti s úzkostí a depresí.

2.1. V této kategorii jsou obvykle zařazeny **migrény, tenzní bolesti** (detailněji viz dále), **důsledek chronické únavy a dlouhodobého vyčerpání, déle trvající změny krevního tlaku, dětské spánkové apnoe, ortostatické kolapsy, psychologický stres ze školní i mimoškolní zátěže, dysfunkce rodiny** atd. Léčba je podobně jako u akutní bolesti v důsledku podobně působících stresorů kauzální. U dětí se stresem indukovanou bolestí hlavy lze uplatnit efekt kognitivních a behaviorálních technik (hypnóza, relaxace, biofeedback, individuální i rodinná psychoterapie) a rehabilitační-fyzikální terapii. Při neuspokojivém efektu je vhodná kombinace s NSA.

Do uvedené skupiny potíží je možno zařadit i tzv. benigní chronické denní bolesti hlavy: mají obvykle podobu mírné až středně těžké bolesti, nejčastěji v souvislosti s úrazem, stresem, subdepresivním stavem, event. je jejich příčina neznáma. Léčba spočívá v odstranění příčiny, úpravě denního režimu s dostatečným odpočinkem a spánkem, event. analgetika (NSA).

2.2. Poruchy a dysfunkce extrakraniálních struktur:

2.2.1. Nekorigované refrakční vady, astigma-



tismus, porucha konvergence provokují bolest charakteristicky lokalizovanou ve frontální nebo temporální krajině, prokazatelná je časová souvislost s délkou a intenzitou zatížení zraku. Přídrženými symptomy jsou pálení očí, hyperemie spojivek, slzení atd. Potíže se upraví po korekci oční vady brýlemi.

2.2.2. *Cervikální vertebropatie* indukuje bolest hlavy u dětí s vadným držením těla, blokovým postavením krčních obratlů, paravertebrálními spasmy, při nevhodné pozici související s čtením, psaním, prací s osobním počítačem. Účinná léčba je rehabilitační a režimová.

2.2.3. *Stomatologické příčiny* bolestí hlavy mohou i v dětském věku být důsledkem dysfunkce temporomandibulárního kloubu, dostávají se denně, ale mohou být i trvalé. Obvykle jsou provázeny otalgii a klapavým zvukovým fenoménem. V orofaciální oblasti mohou být zdrojem bolestí hlavy i atypické postavení zubů a čelistí (vadný skus), korekce zubními rovnátky. Jednoznačně je účinná léčba kauzální.

2.2.4. *Post-traumatické bolesti hlavy*, zvl. po komoci či kontuzi mozku, mají podobu tzv. posttraumatického syndromu, jehož hlavním příznakem jsou dlouhodobé bolesti hlavy (měsíce až roky), společně s únavností, dráždivostí, nervozitou, poruchou spánku, koncentrace. V těchto případech je třeba vyloučit subdurální hematom. Vlastní posttraumatický syndrom je obtížně ovlivnitelný, vyžaduje režimová opatření, eliminaci podmínek provokujících zhoršení stav, podání mírných sedativ a analgetik.

2.3. **Tenzní bolest hlavy** je starším dítětem, preadolescentem či adolescentem obvykle popisována jako tupá, difuzní bolest s neobvyklejší lokalizací v okcipitální nebo frontální krajině, intenzity mírné až střední a přirovnávaná k „obruči svírající hlavu“ nebo výraznému zevnímu tlaku na hlavu. Bolest, která je vzácně provázena nauzeou a zvracením, je obvykle provokována stresem, úzkostí, depresí, vycházející z rodinných nebo mimorodinných konfliktů, dostává se většinou během dne. Pozorné fyzikální vyšetření obvykle odhalí izometrické svalové spazmy podél jednotlivých úseků páteře, nejčastěji v oblasti krku včetně žvýkacích svalů, ramen a záhlaví. Bolest je provázena sebedoceňováním, změnami nálady, nechutenstvím, poruchami spánku. Bolest může trvat řádově minuty, dny i týdny a výrazně omezuje aktivity trpícího dítěte. Léčba zahrnuje *relaxaci, rehabilitaci, úpravu denního režimu, psychoterapii, slabá analgetika*. Podstatné je vysvětlit dítěti i jeho rodičům podstatu potíží, případně navrhnout krátkou hospitalizaci s očekáváním příznivého účinku změny prostředí a podpůrné komunikace s perzónám.

Podobný charakter má i *okcipitální neuralgie*, jejímž podkladem je však porucha dynamiky i sta-

tiky prvních krčních obratlů.

2.4. **Vaskulární etiologie bolestí hlavy** zahrnuje především migrény (incidence 2-4,5% dětské a dospívající populace, nejčastěji u prepuberálních a pubertálních dívek, může se však vyskytnout u mladších dětí obojího pohlaví). Podobně jako u dospělých lze u dětí rozlišit několik typů migrény. U nejmladších dětí (předškolní věk) převažují projevy difuzní, bifrontální nebo bitemporální bolesti a cyklické zvracení. Vlastnímu záchvatu mohou předcházet prodromy, například dráždivost, únavnost, nauzea, fotofobie, bolest břicha, bledost, změny nálady. Ataka migrény může mít podobu pouze tzv. migrenózních ekvivalentů (cyklické zvracení, bolesti břicha, benigní paroxysmální vertigo).

U starších dětí nastupuje již *klasická forma* unilaterální či retrobulbární, pulzující bolesti s/ bez aury, v trvání 2-3, ale i 48 hodin, někdy provázené opět bolestí břicha. Provokujícími stimuly mohou být dietní chyby (sýr, čokoláda, citrusové plody, uzeniny, alkohol, zmrzlina), únava, nedostatek spánku, silné světlo, sledování televizních programů.

Vzácnými formami v dětství jsou *oftalmoplegická* (bolest + posléze porucha hybnosti bulbu, bolest oka, nauzea, jednostranná ptóza víčka, trvající hodiny až dny) a *hemiplegická migréna* (bolest + hemiparéza, afázie, parestézie).

Léčba migrenózního záchvatu vyžaduje zajištění *klidu bez světelné či zvukové stimulace* a podání *analgetik* (ibuprofen, acetaminofen). Kombinované léky (metoclopramid, kofein, barbiturát, acetaminofen) nejsou pro děti vhodné. Příznivé jsou *profylaktické účinky behaviorální intervence* (biofeedback, relaxační techniky, hluboké dýchání). V případě známého spouštěcího stresoru je nutno zajistit jeho eliminaci (dietní, režimová opatření atd.).

2.5. **Epileptický záchvat** ve svých mnoha podobách bývá spojen s následnou bolestí hlavy, nejčastěji tzv. generalizovaný záchvat křečí s poruchou vědomí. V některých případech je odlišení od migrény těžké. Základní léčba je korekce farmakologické léčby *antiepileptické a režimová opatření*.

2.6. **Trakční bolesti hlavy** jsou důsledkem trakce za intrakraniální, především cévní struktury. Lze je označit jako *bolest hlavy ze zvýšeného intrakraniálního tlaku*, vyskytující se při manifestaci hydrocefalu, tumoru, subdurálního hematomu, centrálních arteriovenózních malformací, vzácné ruptury intrakraniálního aneuryzmatu, infiltrace mozkových plen např. u centrálních komponent leukemie. Tumor CNS u nejmenších dětí obvykle bolest hlavy nevyvolává, neboť otevřená fontanela a lební švy dovolují spontánní dekompresi a snížení intrakraniálního tlaku, výjimku snad tvoří tumory mozečku. Tumor CNS u dětí vyvolá tupou, „hlubokou“ bolest časně ráno po pro-

buzení nebo v noci, event. při akutním zvýšení intrakraniálního tlaku při kašli, kýchání, defekaci atd. Bolest je často provázena explozivním zvracením bez nauzey a neurologickou (poruchy chůze, rovnováhy, hybnosti, vidění, diplopie, strabismus) nebo psychologickou (změny chování, agresivita, dráždivost, neschopnost soustředit se) symptomatologií. Léčba je specializovaná - kauzální a analgetická.

Zvláštní kategorií je tzv. *pseudotumor cerebri* s velmi širokým spektrem vyvolávajících příčin (např. hypochromní anemie, podání kortikoidů, tetracyklinu nebo orálních kontraceptiv, hypervitaminóza A, adrenální insuficience atd.). Hlavním symptomem je intermitentní bolest hlavy střední až vysoké intenzity, provázená dalšími neurologickými příznaky ze zvýšení nitrolebního tlaku (nauzea, zvracení, diplopie, edém oční papily, poruchy vidění). Pojem „pseudotumor“ vyjadřuje přechodnost změn a nepřítomnost strukturálních abnormalit při použití zobrazovacích metod.

Základem **dobré diferenciatní diagnostiky bolestí hlavy** je důkladná anamnéza, zaměřená na trvání potíží, jejich charakter, provázející symptomy a předcházející nebo současně probíhající další onemocnění. Neopominutelnou součástí jsou i data rodinné anamnézy (výskyt obdobných potíží u dalších členů rodiny) a osobní anamnézy (předchozí onemocnění, data růstu a vývoje, denní režim a zvyklosti dítěte, míra školní a mimoškolní zátěže, intrafamiliární vztahy, změny chování, pátrání po „šikaně“ atd.).

Anamnestická data a poznatky z důkladného **fyzikálního vyšetření** (včetně TK, statiky a dynamiky páteře) umožní orientaci a správnou volbu individuálního vyšetřovacího schématu.

Základní **vyšetřovací program** se řídí závažností intenzity, frekvence a vzájemně kombinace symptomů. U chronických, nepříliš vyjádřených příznaků bez patrné progresy je možné v rámci primární péče zahájit *laboratorní vyšetření, zaměřené na detekci zánětlivých a metabolických markerů a vyloučení extrakraniální příčiny bolesti* (vyšetření oftalmologické, stomatologické, rehabilitační, zobrazovací zacílené na oblast ORL a krční páteře). V případě déletrvajících potíží by dítě mělo být vyšetřeno *neurologem*, který bude dále podle topického nálezu a vlastní diferenciatně diagnostické úvahy indikovat vyšetření EEG, případně detailní zobrazovací vyšetření (CT, NMR). Významné místo v diagnostickém procesu zaujímá *dětský psycholog, event. psychiatr*.

Základem správného přístupu k dítěti s bolestí hlavy a k jeho rodině je však *nebagatelizovat a nepodceňovat* stížnosti dítěte a pozorování dospělých členů rodiny.

Literatura u autorky



Bolesti hlavy u dětí

MUDr. Dana Šišková

Oddělení dětské neurologie FTN, Praha 4 - Krč, a IPVZ, Praha

Souhrn

Bolesti hlavy u dětí jsou obecným problémem jak v ordinaci pediatra, tak v ambulanci dětského neurologa. Byla publikována řada prací, které se zabývají epidemiologií bolestí hlavy a potvrzují jejich vysoký výskyt. Prevalence všech typů bolestí hlavy do 7 let věku je zhruba 40-50% a od 7 do 15 let věku je to 60-80%. Předkládaný článek by měl napomoci orientovat se v těchto velmi častých stescích, prodiskutovat jejich závažnost a diferenciální diagnostiku, dle toho ordinovat pomocná vyšetření a navrhnout léčbu.

Klasifikace bolestí hlavy

Bolesti hlavy dělíme z různých hledisek. Pokud vezmeme v úvahu časový průběh a tíži bolestí hlavy, pak můžeme charakterizovat pět vzorců: akutní, akutní opakovanou, chronickou progredující a neprogredující bolest hlavy a smíšené typy. U každého typu bychom měli odlišit, zda se jedná o bolest hlavy primární či sekundární, způsobenou jiným onemocněním, ať již CNS anebo chorobou systémovou. Primární bolesti hlavy se dále dělí na základě mezinárodní klasifikace (International Headache Society Classification) na migrény s auro a bez aury a na jejich podtypy a dále na epizodické a chronické tenzní bolesti hlavy a další specifické syndromy.

Akutní cefalea přivádí dítě k lékaři většinou je-li bolest silně intenzivní, v anamneze podobné obtíže nejsou udány. Může se jednat o prvou ataku migrény z okruhu primárních bolestí hlavy nebo je sekundární, tzn. může mít celou řadu dalších příčin. Pokud je dítě febrilní, jedná se nejpravděpodobněji o akutní systémové onemocnění virové či bakteriální etiologie. Samozřejmě musíme myslet i na neuroinfekci, zvláště tam, kde jsou přítomny známky intrakraniální hypertenze: zvracení, spavost, dráždivost či apatie. Lokalizovaná bolest bývá způsobena sinusitidou, otitidou s mastoiditidou a podobně. Při afebrilním průběhu může být krutá cefalea způsobena subarachnoidálním krvácením, mírnější bolest hlavy systémovou hypertenzí či hypoglykemií. Diagnostické obtíže nečiní bolest hlavy po úrazu hlavy či po lumbální punkci v rámci tzv. postpunkčních obtíží, kde je přítomno ještě i zvracení a stav je způsoben intrakraniální hypertenzí po vypuštění likvoru.

Dítě s akutní rekurentní bolestí hlavy je v mezidobí zcela bez obtíží. Nejpravděpodobněji se jedná o migrény, zvláště tam, kde se vystopuje rodinná zátěž a v atace se přidružuje nausea, zvracení atd. Pokud jsou bolesti spíše mírné až střední intenzity, může se jednat o epizodické

tenzní bolesti hlavy, které mají nejčastěji psychosomatický podklad. Nutno vyloučit i chronický zánět paranasálních dutin, stavy hypoglykemie například po námaze, systémovou hypertenzi či oční vadu.

Pozornost si zaslouží chronické progredující bolesti hlavy, které nabývají na intenzitě. Musíme si všimnout zvláště známek zvýšeného intrakraniálního tlaku: zvracení, letargie, někdy se střídající s dráždivostí a zvýšená spavost, změny nálady i osobnosti. Zde navíc bývá maximum obtíží v horizontální poloze, po ránu. V takovém případě musíme mít podezření na organický proces jako je mozkový nádor, hydrocefalus, subdurální hematom a podobně. Chronické, neprogresivní bolesti hlavy bývají svojí intenzitou mírné nebo střední a nejsou sdružené se známkami zvýšeného intrakraniálního tlaku. Většinou se jedná o tenzní bolesti, ale mohou být způsobeny i systémovou hypertenzí, refrakční vadou, astigmatismem, depresí či v rámci postkomočního syndromu.

■ Vyšetření pacienta a klinické pomocné vyšetřovací metody

Vzhledem k tomu, že anamneza nám velmi pomůže ve stanovení diagnózy a v rozhodování o ordinování pomocných vyšetření, musí nám pacient a rodič zodpovědět řadu otázek. Ptáme se, kdo z rodiny má bolesti hlavy a jaké, pozitivní rodinnou anamnezu má 70% migreniků. V rodině nás však zajímají i ostatní onemocnění, zvláště ta, jež jsou podezřelá z psychosomatizace. Dítě může mít jeden, ale i více typů bolestí hlavy. Chceme vědět, kdy a jak bolest hlavy začala, zda začíná za určitých okolností, zda je typicky v určité době (denní či během týdne, zda je například i o víkendech nebo jen o víkendech, menses), jak často (vhodný je kalendář bolestí). Dá-li se vystopovat nějaký provokační moment (jídlo, medikace, po jaké aktivitě). Předchází bolesti hlavy nějaké prodromy, tzv. aura, či se přidru-

žují další symptomy (vertigo, nausea...)? Jaká je síla, charakter a lokalizace bolesti, zda je dítě schopno běžné činnosti, či zda ulehne a vyhledává šero a ticho, co bolest zhoršuje a co naopak pomůže (například jaká medikace). Důležitá je situace v rodině (narození sourozence, rozvod, nepřiměřené nároky, vyjímečně, ale obtížně odhalitelné zneužívání) či ve škole (specifické poruchy učení, šikana). Ptáme se i na režim dítěte (stravovací, pitný, spánek, sporty, kroužky, zájmy), charakter a nálady (deprese?).

Důležitá je i obecná pediatrická anamneza: alergie, prodělané nemoci (například bolesti břicha v útlejším věku), komorbidita, dlouhodobá či přechodná farmakoterapie (nasazení antikoncepce u adolescentek). Podrobné klinické pediatrické vyšetření a měření krevního tlaku je samozřejmostí, důležitý je údaj o známkách meningeálního dráždění. Cíleně pak ordinujeme laboratorní vyšetření biochemizmu krve - zvláště glykemii, případně zánětlivé markery, stejně jako vyšetření oční - fundus i vyšetření zrakové ostrosti, ORL vyšetření se zaměřením na paranasální dutiny. Při akutní febrilní bolesti hlavy a známkách meningeálního dráždění je dalším krokem lumbální punkce, pokud nemáme podezření na intrakraniální hypertenzi. V této situaci je často požadováno vyšetření očního pozadí k vyloučení městnání, nutno však upozornit, že u malých dětí a při rychlém nárůstu nitrolebního tlaku se edém papil zrakového nervu objevuje až se značnou, i několikadenní, latencí! Takže při minimálním podezření na nitrolební expanzivní proces by lumbální punkci mělo předcházet vyšetření počítačovou tomografií (CT), které je již běžně dostupné.

Dalším krokem je pak vyšetření neurologické, často akutně při přijetí k hospitalizaci, anebo u chronických či rekurentních bolestí hlavy ambulantně. Při abnormálním neurologickém nálezu, tzn. jsou-li přítomny ložiskové příznaky či je podezření na nitrolební hypertenzi, je na místě

odeslat dítě k zobrazovacímu vyšetření mozku (CT nebo magnetická rezonance - MR). Někdy neurolog indikuje elektroencefalogram (EEG) - tam, kde je zmínka o poruchách vědomí, diferenciatně diagnosticky se uvažují např. ložiskové epileptické záchvaty a podobně.

■ **Specifické syndromy**

bolestí hlavy

Některé skupiny bolestí hlavy, které se v praxi vyskytují častěji, či jsou diferenciatně diagnosticky záladnějši, zmíním podrobněji.

Akutní generalizovaná cefalea

Zhruba 5% všech akutních návštív u praktického lékaře pro děti a dorost či na pohotovosti se týká akutní, střední či silné bolesti hlavy. U velkého procenta (cca 40% podle jedné práce) se jedná o akutní, systémovou infekci, zbytek tvoří jiné příčiny. Alarmující jsou další příznaky, jako je změna vědomí, zvracení apod. Pokud má pacient zároveň se zvýšenou teplotou či horečkou meningeální dráždění, pomýšlíme na neuroinfekci, pokud má lokalizovanou bolest hlavy, nutno při současné teplotě vyloučit sinusitidu, otitidu, případně s mastoiditidou, vzácněji orbitocelulitidu. Zde samozřejmě volíme pomocné vyšetřovací metody dle potřeby: zánětlivé parametry, KO s diferenciatlem, LP, RTG, ORL vyšetření.

Při afebrilním průběhu se může jednat o migrenozní záchvat, který bude zmíněn dále. Vzácné, ale závažné je subarachnoidální krvácení, kde je krutá bolest hlavy spojená se známkami meningeálního dráždění. Zde jsou namísto vyšetření zobrazovací a LP. Bolest hlavy následující po úrazu hlavy nečiní diagnostické obtíže, avšak vyžaduje rozvahu o dalším postupu, který se liší dle toho, má-li dítě příznaky komoce mozkové (bezvědomí či kvalitativní poruchu vědomí, zvracení, nebo ložiskové neurologické příznaky) či nikoliv.

Vzácněji v dětském věku je bolest zubů či temporomandibulárního skloubení interpretovaná jako bolest hlavy a stačí trpělivé rozebrání situace a klinické vyšetření.

Bolest hlavy často udávají epileptici po záchvatu, znepokojit nás může v případě, že se epileptik při záchvatu silně udeřil do hlavy. Můžeme mít podezření na subdurální krvácení, je sice vzácné, ale je nutné na něj myslet tam, kde pacient užívá léky, jež mohou ovlivnit krevní srážlivost, zvl. valproát. Dále pacienti po lumbální punkci mohou mít bolesti hlavy, jak bylo zmíněno výše.

Akutní rekurentní bolesti hlavy

Většinou se jedná o primární bolesti hlavy, klasickým příkladem jsou migreny, případně rekurentní tenzní cefalea. Migreny jsou silné až střední bolesti hlavy, s doprovodnými příznaky, tenzní cefalea je prostá bolest hlavy jen malé, nebo střední intenzity. Často se tyto dva typy kombinují u téhož pacienta.

U migren je v 70% pozitivní rodinná anamneza a 50% migreniků má začátek obtíží již v dětství. Udává se, že 3-7% dětské populace trpí migrenami. V dětství jsou postiženi více chlapci, po pubertě se poměr obrací na zhruba 3:1 ve prospěch žen.

Migreny a tenzní bolesti hlavy se řadí mezi tzv. primární bolesti hlavy, tzn. není přítomna jiná příčina. Patofyziologie migreny není jednoznačně objasněna, je několik hypotéz, které se vyvíjejí, teorie vaskulární a neurogení je v současné době integrována do neurovaskulární hypotézy. Ta vychází z toho, že aktivace kmenových struktur různými podněty z vyšších etází vede k mikrovaskulární vasokonstrikci, uvolnění serotoninu z destiček a parasympatickými vlákny navozuje vazodilataci extrakraniálního

Oscillococcinum



řečiště. Na některou z těchto etází jsou namířena i farmaka používaná k léčbě migren.

Diagnóza migreny vychází z anamnezy pacienta, neexistují žádné specifické testy nebo klinické markery, při nejistotě musí být vyloučena organická příčina (nejčastěji připadá v úvahu cévní etiologie - tranzitorní ischemická ataka). Podle mezinárodní klasifikace, která určuje i kritéria pro stanovení diagnózy, rozlišujeme migreny bez aury, migreny s aurou, další typy migren a dětské periodické syndromy, považované za ekvivalenty migreny.

Typický migrenosní záchvat může začínat prodromy - podrážděností nebo naopak depresí, smutkem, někdy „vlčím“ hladem apod. U migren s aurou následuje nejčastěji zraková aura v podobě skotomů až výpadu části zorného pole, jiskření. Přítomné mohou být i senzitivní příznaky - parestezie mimického svalstva, jazyka, končetin, většinou lateralizované, může se objevit slabost končetin a i fatická porucha (zde se někdy setkáváme s pojmem komplikovaná migrena). Tzv. familiární hemiplegická migrena s autozomálně dominantní dědičností má právě vyjádřenou hemiparezu a je způsobena poruchou kalciového iontového kanálu. Aura se rozvíjí během 5-20 minut, trvá většinou do 60 min., ale může být i protrahovaná. Dále se přidává silná nebo střední bolest hlavy. U dětí se nemusí jednat o typické hemikranie, někdy se udává maximum bolesti za okem, jindy frontálně či temporálně. Bolest se akcentuje námahou, bývá pulsující. Pacient má foto a fonofobii, většinou vyhledává klid na lůžku, ticho a šero. Častá je nevolnost, někdy zvracení, které může být i opakované a může komplikovat zaléčení záchvatu. Po vyzvracení a prospání následuje úleva, někdy ještě s letargií, poruchami koncentrace, někdy nápadnou chutí na sladké. Plně rozvinutý migrenosní záchvat znamená pro okolí dosti dramatickou situaci. A pro odborníky představuje nutnost diferenciatně diagnostické rozvahy zvláště tam, kde se jedná například o první záchvat hemiparetické migreny s fatickou poruchou, či o výjimečnou situaci aury bez cefaleje - zde je nutné vyloučit organickou příčinu a zajistit patřičná vyšetření jako je CT, případně MR mozku, někdy i zobrazení cévního řečiště.

U malých dětí se můžeme setkat s ekvivalenty migren: paroxysmální tortikolis v kojeneckém věku, paroxysmální vertigo a periodické bolesti břicha či zvracení u batolat a předškolních dětí. Tyto stavy se později mohou vyvinout do typických migren.

V terapii migren rozlišujeme léčbu jednotlivých záchvatů a léčbu profylaktickou. U středně silných bolestí hlavy bez zvracení vystačíme

s běžnými analgetiky jako je acetaminofen nebo ibuprofen, případně nimesulid či diclofenac v dostatečné dávce, vhodná je rychle vstřebatelná forma (suspenze, šumivý či rozpustný prášek), nebo forma čípková. U silné bolesti hlavy, většinou již na předpis neurologa, lze použít námelové preparáty a v současné době moderní léčbu takzvanými triptany, kterých je celá řada a jsou kromě perorálních forem i ve formě nosních sprayů či injekcí, pro případy se zvracením. Bohužel zatím není indikace pro malé děti, hodí se pro školní a adolescenty. Profylaktická léčba je vyhrazena pro pacienty s frekventními záchvaty (je nutné si vést kalendář bolestí hlavy) a používají se léky ze skupiny betablokátorů, blokátorů kalciových kanálů, antiepileptik, antidepresiv nebo antagonistů serotoninu. Někteří migrenici mají vyzpozorované spouštěcí mechanismy: například porušení spánkového režimu, ve smyslu minus, ale i plus, některá jídla - obviňuje se čokoláda, některé sýry, a hladovění. Toho se pak samozřejmě snaží vyvarovat. Jinak se však obecně doporučuje pravidelnost spánkového režimu, ale i v jídle, pití, pohyb venku, čas na odpočinek.

Cluster headache jako další typ primárních bolestí hlavy se u dětí prakticky nevyskytuje.

Rekurentní bolesti hlavy lehké až střední intenzity, které nemají kritéria migren, řadíme mezi tzv. tenzní bolesti hlavy a jejich problematiku zmíním později, u chronických neprogresivních bolestí hlavy.

Chronické progresivní bolesti hlavy

Pokud jsou bolesti hlavy trvalé a nabývající na intenzitě, a zvláště tam, kde se přidružují symptomy svědčící pro intrakraniální hypertenzi jako nevolnost, zvracení, letargie, poruchy rovnováhy, ložisková slabost, poruchy zraku, zhoršování intelektu, případně epileptický záchvat, pak tento stav vyžaduje podrobné a urychlené vyšetření. Na očním pozadí se může najít edém papil zrakového nervu. S největší pravděpodobností se jedná o mozkový nádor (druhý nejčastější typ neoplasmů v dětském věku), hydrocefalus z nejrůznějších příčin či chronický subdurální hematóm. Mezi vzácnější diagnózy patří mozkový absces (u dětí s cyanotickou srdeční vadou, na imunosupresi), zde bývají septické teploty. A dále tzv. pseudotumor cerebri, kde se neprokáže ani expanzivně se chovající masa ani hydrocefalus, a jehož podstata není zcela jasná a léčba není jednoduchá.

Chronické neprogresivní bolesti hlavy

Spolu s periodickými lehkými a středními bolestmi, jež nesplňují kritéria migrén, představují

skupinu primárních, tzv. tenzních bolestí hlavy. I u chronických neprogresivních bolestí hlavy musíme vyloučit organický podklad - záněty paranasálních dutin, refrakční vadu, systémovou hypertenzi, labilní glycidový metabolismus, systémové onemocnění pojiva atd.

Primární tenzní bolesti hlavy však organickou příčinu nemají. Většinou jsou spojené se stresem jakéhokoliv charakteru (i emocí pozitivní). Někdy jsou následkem nepravidelného a nezdravého životního režimu dítěte - nedostatek pohybu na čerstvém vzduchu, nevhodný spánkový, stravovací a pitný režim a podobně. Častější jsou u školních dětí a adolescentů, u dívek.

Bolest hlavy může být mírná, trvalá, vcelku dítě nevyrazuje z běžných činností, a občas se objeví bolest střední intenzity, nebo je v mezidobí dítě zcela fit. Není přítomna aura, bolest je většinou tupá, svíravá, bifrontální či bitemporální. Při bolesti někdy pacienti udávají únavu, vertigo. V anamneze poměrně často najdeme nevyjasněné bolesti břicha, nohou a podobně. Důležité je důkladné seznámení se situací v rodině (rozvod či hádky, narození sourozence, rivalita, nepřiměřené nároky ambiciózních rodičů, alkoholismus atd.), ve škole (špatný prospěch, šikana, podezření na specifické poruchy učení, poruchy pozornosti). Vhodná je spolupráce s psychologem, který někdy pomůže odhalit i závažnější problémy - konverzní poruchu, depresi, zneužívání, Muenchausenův syndrom. Léčba je často svízelná, při silnějších bolestech hlavy lze doporučit analgetikum, avšak farmakoterapie sama nestačí. Doporučujeme úpravu životního režimu - pravidelnost ve spánku, pobyt na čerstvém vzduchu, aktivní i pasivní odpočinek, správný pitný i stravovací režim. Někdy můžeme použít medikaci s předpokládaným placebo efektem - vitaminy, coenzym Q. Pokud s tímto neuspějeme, je na místě psychoterapie, někdy i rodinná, pomáhá relaxační trénink. Spíše vyjimečně je nutná i intervence psychiatra, případně medikace (antidepresiva).

Závěrem lze říci, že bolesti hlavy představují častý problém, vždy s určitým emočním zabarvením a úzkostí ze strany rodičů i většího dítěte, ale i s obavami lékaře z možnosti nesprávného zhodnocení. Správná diagnóza a včasné řešení situace u primárních i sekundárních bolestí hlavy vede většinou k úplnému uzdravení, zabrání chronifikaci obtíží. Často vyžaduje spolupráci pediatra s dětským neurologem a dalšími specialisty, případně i psychologem a psychiatrem. ■

Literatura u autorů



Bolest hlavy u dětí z hlediska psychologa

PhDr. Marie Koutková

Klinický psycholog, Praha 10

Souhrn

S bolestí hlavy přichází dětský pacient buď jako s jediným symptomem, nebo spolu s dalšími stesky jako jsou nevolnosti, bolesti břicha, poruchy spánku a celkově snížené ladění, většinou poté, co proběhla některá somatická vyšetření s negativním nálezem.

Před klinickým psychologem pak stojí úkol odpovědět na otázku, zda má tato bolest psychogenní etiologii. Znamená to pátrat jednak po emočním konfliktu, jednak po psychosociálních problémech, které emoční konflikty potencují a jejichž uchopení je důležité pro terapeutickou práci. Diagnostická složitost spočívá v tom, že psychosomatické obtíže se objevují zejména v situacích, kdy emoce jsou sice silné, rozporné, ohrožující, ale přitom nepřilíší reflektované ať už z ochranného důvodu nebo z důvodu skrytosti a nejednoznačnosti vnějších zdrojů, zejména v oblasti vztahů v rodině, ve škole, s vrstevníky. Omezené možnosti sebereflexe a verbalizace prožívání u dětí kompenzuje spontaneita jejich projevu a především schopnost pracovat s hrovým podnětem, projikovat do hrové aktivity a fantazijního obsahu svůj emoční materiál, který má cenou vypovídající hodnotu. Kromě projektivních metod, hry, rozhovoru a pozorování chování dítěte v situaci vyšetření, která v sobě zahrnuje momenty zkoušky, separace, reakce na cizí osobu, vzájemné interakce s doprovázejícími rodiči, jsou důležitým zdrojem informací rodiče, ať už tím, co o dítěti, jeho obtížích, jejich časových souvislostech a rodinné i celkové sociální situaci dítěte říkají, ale také jakým způsobem. Někdy jsou rodiče přístupni připuštění psychogenního zdroje obtíží a mají určitou hypotézu o jejich souvislostech již na začátku vyšetření. Bývá to při otevřených konfliktních rodinných nebo školních problémech, a to zejména při mnohočetnějších obtížích dítěte. Někdy potvrdí takové souvislosti teprve po sdělení závěru o pravděpodobnosti takových příčin. Bývá to v případech, že si sami určitý problém v rodin-

ných vztazích nebo v možnostech dítěte začínají uvědomovat, ale dosud s jeho přijetím mají nesnáz, nebo jim brání si takovou souvislost připustit v obraně proti pocitu, že by byli špatnými rodiči. Mnohdy se ale nahlédnutí některým skutečností sami rodiče brání, sami mají problém v projevení afektů pro dítě čitelným a také z hlediska jejich morálních norem povoleným způsobem. Pro dítě s bolestí hlavy podobně jako s jinými psychosomatickými obtížemi bývá obtížná zejména možnost vyjádřit ambivalence, hněv, žárlivost, obavy z hněvu důležité osoby, či prožívání přímé konfrontace s popíranými, skrytými ambivalentcemi v projevu rodičů vůči němu, či vůči sobě navzájem. Symptomy dítěte jsou mnohdy voláním rodinného systému o pomoc v řešení hlubokého problému, který rodina sama pojmenovat, komunikovat a řešit nedokáže. K úzdravě dítěte pak vede složitější a delší psychoterapeutická práce jak s dítětem, tak s rodinou. Někdy rodiče pro dítě připraví nejasnou, zatěžující situaci v dobrém úmyslu nezatěžovat je bolestnými zkušenostmi. Kazuisticky to lze ilustrovat případem osmileté dívky s bolestmi hlavy v situaci tenzního předrozvodového vztahu mezi rodiči, kdy jí rodiče zdůvodňují odchody otce pouze jeho pracovními záležitostmi.

Jiným poměrně častým zdrojem bolestí hlavy je emoční přetížení výkonovými nároky na dítě, ať už vyplývá z očekávání a požadavků rodiče nebo učitele, které přesahuje celkové intelektové možnosti dítěte nebo jeho výkonnost ve speciální oblasti, jak tomu bývá u specifických poruch učení. V těchto případech, podaří-li se přesvědčit rodinu, školu,

aby přijali charakteristiky dítěte a přizpůsobili jim nároky tak, aby dítě nebylo vystavováno prožívání pocitů vlastního selhání, nespokojenosti a zklamání důležitých osob, úprava obtíží bývá relativně rychlá, i když určité posilování změněných postojů výchovných autorit k dítěti bývá po nějakou dobu potřebné.

Bolest hlavy se může projevovat v souvislosti se školou i u dětí bez výkonnostního handicapu, a to při separačních obtížích s klasickými bolestmi hlavy event. i dalšími stesky v neděli večer a v pondělí ráno, nebo u dětí s pohotovostí k úzkosti vůči zkouškové situaci v obdobích náročnějších zkoušek. Terapeuticky to pak znamená trpělivě pracovat s úzkostí a osobností strukturou dítěte.

Dalším zdrojem stresu mohou být vztahy dítěte mimo rodinu. Jejich význam narůstá s věkem dítěte, pro prepubescenta a pubescenta mohou problematické vztahy s vrstevníky představovat značnou emoční zátěž. Tento případ můžeme opět kazuisticky ilustrovat bolestmi hlavy u jedenáctileté dívky, která si teprve po několika terapeutických sezeních mohla „postěžovat“ na skupinu spolužáků, kteří se jí posmívali pro její vzorost ve škole a kteří ji tlačili do izolace.

Tento případ dokládá důležitost získání rodičů i malého pacienta pro terapeutickou spolupráci, protože nezřídka se diagnostické a terapeutické zisky prolínají a otevírají si cestu navzájem.

Literatura u autorů



Bolesti hlavy jako příznak psychického diskomfortu z pohledu dětského psychologa

Mgr. Ivana Holubcová

Klinický psycholog, Dětská klinika FN Plzeň a Neonatologické odd. FN Plzeň

Život v současném světě je poznamenán složitostí vzájemných vazeb, proto je stále více prosazován bio - psycho - sociální přístup i v lékařství. Z hlediska tohoto pohledu je nutno u jakéhokoliv onemocnění prozkoumat uplatnění jednotlivých složek na vzniku onemocnění a jeho vývoji tak, aby výsledná diagnóza nevedla jen k pojmenování nemoci, ale též k cílené léčbě. Jedinec je brán jako jedinečná sebeřídící soustava s výraznými prvky individuality, ovšem též v mnoha pohledech stejně vybavená jako každý příslušník lidského rodu, která má schopnost autoregulace. Tato soustava je ovládána a zároveň působí na svoje ekologické a kulturní, případně politické prostředí, je determinovaná společností, ve kterém žije, svojí rodinou a osobností, zároveň však může svoje podmínky do jisté míry měnit na základě svého poznání. Výše uvedené aspekty a regulace špatné adaptace jedince na podmínky, které poskytují, lze v případě nemoci řešit s psychologem. Tzv. orgastická regulace jedince na úrovni celého organismu nebo jeho orgánových tkání a nižších úrovní je pak doménou péče lékařské.

Psychosomatický přístup ke zdraví a nemoci pak zkoumá:

1. Co se děje na každé ze sledovaných úrovní života (viz výše);

2. Jak se vzájemně ovlivňují dění na jednotlivých úrovních. Z těchto poznatků pak vyplyne diagnóza a prognóza onemocnění, ale též terapeutické zásahy. Z psychosomatického hlediska se nemoc často stává bludným kruhem, který může vést k existenciálním důsledkům - stát se způsobem života jedince, který sám sebe prožívá jako nemocného a tak se vztahuje i k okolí. Nemoc se stává jeho životní hodnotou (jak zápornou, proti které jedinec „bojuje“; tak kladnou - jedinec může „být hrdý, jak nemoc zvládá“).

Menší vývojová diferencovanost dítěte vede k tomu, že i poruchové vlivy tělesné, duševní nebo sociální povahy svými účinky dale-

ko snáze zasahují další úrovně jeho života. Děti snáze reagují celostně - psychosomaticky na rozdíl od dospělých, jejichž reakce jsou v oblasti patologie již vyhraněnější. Dítě snadno reaguje duševními i tělesnými příznaky na okolí, které mu může poskytovat rozporné informace nebo na ně vytvářet rozporné požadavky. Často může reagovat somatickým příznakem na situaci, která je pro ně obtížná, zatěžující, i když přímý prožitek strachu a úzkosti není u dítěte přítomen. I způsob prožívání a míra subjektivního utrpení bývá u dětí odlišná, utrpení jako újmu na svém životním komfortu začínají vnímat až děti prepubertální a pubertální, v mladší věku poukazuje zvýšená míra utrpení dítěte hlavně na nedostatky v jeho vztazích s významnými osobami. Děti v mladším věku trpí svými příznaky tak, jak jim odezva okolí na příznak brání v uskutečňování jejich přání.

Bolesti hlavy z napětí a migrény jsou řazeny mezi poruchy, u kterých je výše zmíněný bio- psycho- sociální přístup doporučován. Mechanismy vzniku těchto poruch nejsou dostatečně objasněny. U migrény jsou nejvíce uváděny změněné poměry v prokrvení mozku, při bolestech hlavy z napětí pak porucha v prokrvení svaloviny zátylku a ramen. Z psychosomatického hlediska lze toto napětí pokládat za konflikt očekávané a skutečné výkonnosti - tedy nadměrných nároků a očekávání jedince ve vztahu k jeho dosaženým úspěchům. Dospělí, trpící těmito příznaky, jsou často perfekcionista, hůře rozdělují svůj čas mezi práci a odpočinek, ve volném čase si často vytvářejí namáhavý program, své koníčky berou spíše jako závaznou povinnost. Migréna u dospělého může být výrazem neustálého shonu a napětí, známé jsou též problémy se vztahem k volnému času - tzv. „nedělní“ či „prázdninové“ bolesti hlavy, dále lze u pacienta předpokládat potíže s vlastním osobnostním růstem, přičemž bolest může být „překážkou“ blízkého sociálního a často i hodnotného sexuálního vztahu. Umožňují získat jedinci odstup od událostí; fungují však

též jako obraz vnitřní nespokojenosti a konfliktu mezi strachem a nutkáním k vlastnímu sebeuskutečnění.

K tomu, zda jedinec reaguje psychosomaticky přispívá:

1. Individuální somatická konstituční dispozice jedince, která je v určité míře genetiky podmíněná, podléhá však během života změnám, na kterých se podílejí způsob jeho života, jeho činnosti, přestálá onemocnění, na základě nichž se může v nepříznivém případě rozvinout větší pravděpodobnost somatického onemocnění. U dětí často zjistíme z rodinné anamnézy podobné příznaky u dalších členů nukleární či širší rodiny, v reakci rodiny na příznak dítěte pak můžeme sledovat větší pozornost, která je dítěti věnována spolu s ohledy, díky nimž se dítě může „vyhnout“ např. nepříjemné činnosti apod.

2. Přítomnost jinak nezvládnutého konfliktu: často jde o konflikt mezi protikladnými motivy (u dítěte například může jít o konflikt touhy vyniknout mezi vrstevníky a menší sebeúvěry), který je často neuvědomován a je citově závažný. Tento konflikt lze vyřešit zdravě (v našem případě např. snížením nároků na sebe, kladným sebehodnocením) nebo patologicky (např. neurotickou nadstavbou). Nabízí se však i „řešení“ tělesným selháváním, které často přinese úlevu. Takto se může vyvinout naucené chování směřující k dosahování úlevy (i „výhod“ např. v pozornosti okolí).

3. Podíl patologického učení nápodobou a zpeříváním: patologické příznaky mohou být vyprovokovány např. onemocněním a jsou následně zpeřívány - např. „odměnami“ (úlevami), které toto onemocnění přineslo. Toto učení probíhá na nevědomé bázi prostřednictvím biologické úrovně (viz výše).

Následná diagnóza z bio- psycho- sociálního hlediska je pak rekonstrukcí problému nejen jeho pojmenováním. Je nutné, aby lé-



kař především vyloučil přítomnost onemocnění, u kterých se bolesti mohou projevit jako jeden z provázejících příznaků (v případě bolesti hlavy např. onemocnění ledvin, vysoký krevní tlak, záněty vedlejších nosních dutin, oční choroby). Dále je nutné podrobně prostudovat rodinnou a osobní anamnézu dítěte - seznámit se s případným výskytem příznaků v rodině a širším příbuzenstvu a s tím, jak se s příznakem dítěti blízká osoba vypořádala. Vhodné je rovněž se zabývat rodinným klimatem - úplnost rodiny, vztahy mezi rodiči navzájem, prozkoumat hlavní vazby mezi rodiči a sourozenci. Vhodné je rovněž se seznámit se širším zázemím dítěte - jeho postavením a prospíváním ve škole (mateřské škole), jeho vztahy s vrstevníky a zájmy a aktivitami ve volném čase. Pokud vyšetřením a rozhovorem s dítětem a jeho nejbližšími lékaři nenajde vysvětlení, která by vysvětlila původ příznaků (je vyloučen původ biologický, nenašly se dostatečné odpovědi na výše zmíněné body 1-3), je indikováno psychologické vyšetření dětského pacienta. Psychologické vyšetření může díky svým specifickým metodám nejen rozpoznat dynamiku souvislostí onemocnění pacienta s jeho psychickým stavem a jeho sociálním prostředím, může však působit rovněž terapeuticky. V některých případech dochází u pacienta samého během vyšetření k tzv. „aha“ efektu, kdy sám rozpozná patogenní „bludný“ kruh onemocnění, jindy může pacient sám dojít k názoru, že je pro něj přínosná následná psychotherapeutická péče.

Psychologické vyšetření si pak klade tyto otázky:

1. Jaké emoční tlaky nyní působí na pacienta (aktuální stres, konflikt)

2. Jaká selhání se vyskytla v minulém životě pacienta a jaká byla tehdy jeho psychosociální situace - zda není současná situace opakováním jiné, která již proběhla

3. Jak pacient současné zdravotní problémy prožívá: v rámci svého sebepojetí (jaké jsou jejich záporné, ale zda nepřináší pacientovi i určité klady) a v rámci současných vztahů pacienta k důležitým osobám (rodiče) a institucím v jeho životě (škola) např. na ose závislost - nezávislost

4. Jaké mechanismy psychické povahy se v tomto případě uplatňují za touto formou potíží pacienta a jaké mechanismy se uplatňují za formou jeho reakce na potíže - subjektivní (ze strany pacienta) i objektivní (ze strany jeho okolí)

5. Subjektivní důsledky (prožívané „zisky“ a „ztráty“ pacienta z onemocnění) a objektivní (reálné) důsledky současného stavu pacienta

6. Hledání možnosti alternativního („zdravého“) řešení situace pacienta - snaha nezatížit pacienta tím, že mu „bereme“ nemoc a „nic mu za to nedáváme“

7. Příspěvek psychologa k návrhu na komplexní zdravotní péči o pacienta vzhledem k jeho problémům a terapeutickým možnostem

■ Dvě kasuistiky na závěr:

1. Děvče ve stáří 10 let přichází pro chronické bolesti hlavy bez úlevy o prázdninách a víkendech trvající více než jeden rok.

Z anamnestických údajů o rodině zjištěno, že děvče žije samo s matkou, starší sestra již žije mimo domov, matka je více než dva roky rozvedená. Jedná se o dítě bez rizikových údajů v osobní anamnéze, dříve nebyvalo nemocné, během docházky do mateřské školy občas ranní nevolnost. Rodinná anamnéza vzhledem k bolesti hlavy negativní.

Děvče bylo vyšetřeno psychologem v rámci celkového vyšetření pro cefaleu na dětském odd. nemocnice. Z rozhovoru s dívkou vyplynulo, že po rozchodu rodičů se přestěhovala do ložnice k matce /udány „objektivní“ důvody - ve svém pokoji bylo děvče rušeno chodem domácnosti/. Matka později brzy uléhala k dcerce, před spaním s ní probírala své problémy samoživitelky a další rodinné potíže.

Vyšetření prokázalo méně zralou osobnostní strukturu dítěte s větší závislostí na blízkých osobách.

Závěr vyšetření: výrazným stresorem jsou pro dívku společné večery před usnutím s matkou, které jsou spojeny se sdílením matčiných, pro dítě nepřiměřených, stesků, které však dívka „brala za své“ a „snažila se v nich matce pomáhat“.

Opatření: situace byla s matkou probrána, dostavil se „aha efekt“, matka podmínky v rodině změnila ve prospěch dítěte.

2. Dívka ve věku 17 let byla vyšetřována pro chronické dlouhodobé bolesti hlavy trvající více než 3 roky s postupným nástupem, které jí znemožňovaly aktivity ve volném čase, mezi nimiž též pokračování v prvním milostném vztahu.

Jednalo se o dívku třetím rokem zařazenou do učebního oboru, v rodině dívky vyrůstala mladší dvojčata, která nyní zahájila docházku do mateřské školy. Vyšetřovaná dívka byla vždy tichá, pracovitá, bezkonfliktní, své matce pomáhala s péčí o sourozence.

Z rozhovoru s dívkou vyplynulo, že vždy ráda pomáhala v domácnosti, velmi ji těšila pochvala matky. Sama se aktivně chápala některých činností tak, že již v rodině bylo počítáno s její pomocí. Po delším čase již dívka brala některé činnosti v domácnosti za své, ovšem již jí nepůsobily potěšení. Spíše se trápila, když bylo něco v nepořádku, určitým způsobem se též „trestala“ za chyby a opomenutí - např. se vyhnula procházce venku. Dostavilo se nutkavé hledání „chyb“ v práci, které dívka zastávala v domácnosti, ale děvče se též začalo trápit nad dalšími „maličkostmi“ ve svém vzhledu i v chování. Pro svého chlapce si nepřipadala „dost dobrá“.

Lze konstatovat, že děvče zprvu reagovalo na příchod sourozenců zaujetím dospělejší role - pomocnice matky. S pocity vlastní kompetence a důležitosti pro rodinu se však dostavily pochybnosti, které svědčí o nezralosti dívky pro tuto roli. To, že děvče nebylo na tuto roli dostatečně připravené, je patrné též z faktu, že upoutání na pomoc rodině dívku vyřadilo z jejích dalších sociálních vztahů, které jí ostatně příliš neuspokojovaly /další známka její nezralosti/. Dospělejší role byla určitou „zástupnou“ rolí, která dívku vzdalovala běžnému sociálnímu životu, kde si nepřipadala dobře zařazená. Dívce tedy ve skutečnosti současná role v rodině nevyhovovala, v rámci jejího psychického i tělesného zdraví bylo vhodné ji přivést k vhodnějšímu naplnění volného času a vyžití v něm a na pro ni přiměřenější pomoc rodině.

Dívka tuto interpretaci přijala, bylo však nutné další terapeutické působení, které by jí pomohlo nové postoje upevnit a obhájit. Po několika sezeních bylo přerušeno ze strany pacientky. Krátká psychotherapie však přinesla určité změny, dívka našla motivaci a podporu ke svým pokusům více se realizovat mimo rodinu, vhodněji rozložit svůj volný čas a rozvíjet svoje sociální vazby mezi vrstevníky.

Literatura u autora



Bolest hlavy u dětí v ORL ordinaci

MUDr. Jiří Tomáš

Ordinace ORL, Praha 10

Bolest hlavy a bolest v obličeji je jedním z nejčastějších symptomů, se kterými děti do ORL ordinace přicházejí. Obvykle je doprovázena dalšími příznaky, jejichž přítomnost spolu s objektivním ORL vyšetřením umožní stanovit jednoznačnou diagnózu. Méně často přichází dítě s bolestmi, které nejsou charakteristické pro obvyklá ORL onemocnění a následný objektivní nálezný může být i negativní. V tomto případě je nutné využít spolupráce s dalšími odborníky, hlavně neurologem, oftalmologem, stomatologem a rentgenologem, protože vzhledem ke složité a husté síti senzitivní inervace obličeje a hlavy není vždy snadné podstatu bolesti správně a včas objasnit.

A) Bolesti při onemocnění horních cest dýchacích a polykacích a při nemocech paranasálních dutin.

Nejčastější příčinou bolestí hlavy a bolestí v obličeji je, zvl. u větších dětí, akutní sinusitida. Při akutní maxilární sinusitidě je bolest spíše neuritická, zřídka neuralgická a je nejčastěji lokalizována do příslušné tváře. Často vystřeluje do zubů, čela nebo lícni kosti. Zhoršuje se při předklonu, smrkání a kašli.

Akutní ethmoiditida často doprovází akutní rýmu a obvykle nebývá ani diagnostikována. Projevuje se bolestmi při kořenu nosu, někdy vystřelujícími do orbity a temporální krajiny.

Bolest u frontální sinusitidy je zpravidla v čele. Při objektivním vyšetření zjišťujeme poklepovou bolestivost na čelní kosti. Vzhledem k vývoji pneumatizace paranasálních dutin se vyskytuje až u školních dětí a adolescentů.

Klinicky nejčastější komplikací akutní sinusitidy u dětí je orbitocelulitida. Vzniká nejčastěji z hnisavé periostitidy ethmoidální kosti. Bolest je spontánní a výrazně zesiluje při palpaci. Je lokalizována do vnitřního očního koutku, horního víčka a nadočnicového oblouku.

Chronické sinusitidy bývají u dětí méně časté a bolesti hlavy u nich nebývají v popředí klinického obrazu.

Sinogenní příčinu mají i tzv. dolores e vacuo, které svým charakterem i intenzitou připomínají akutní zánět. Vyskytují se při zhoršených ventilačních poměrech v nose a zbytnění tkáně v dutinových ostiích. Mohou být přítomny u akutní rinitidy či alergických rino-sinopatií.

Diferenciálně diagnosticky nám k odlišení

od sinusitidy pomůže chudší rinoskopický nálezný a vyšetření VND některou ze zobrazených metod. Nej přesněji stanovíme diagnózu z rentgenového snímku lbi v poloaxiální projekci. Boční snímek hlavy při běžném vyšetření obvykle neprovádíme. Při dostatečné zkušenosti je velmi cenné vyšetření VND ultrazvukem. Umožňuje suverénně odlišit normální nálezný od patologického. Dalšími výhodami sonografie je snadná opakovatelnost vyšetření a minimální zátěž vyšetřovaného dítěte.

Bolesti hlavy doprovázejí i některé záněty kůže obličeje, zvláště ty, které jsou lokalizovány v nosních vchodech, na nosním křídle či horním rtu. Z bakteriálních zánětů je nejčastější furunkl nosního vchodu či nosního křídla. U menších dětí se můžeme setkat i s impetigem, zvl. při dlouhotrvajícím výtok z nosu. Z virových infekcí je klinicky nejvýznamnější a nejčastější herpes simplex.

Bolest hlavy je přítomna i u nekomplikovaných akutních virových rinofaryngitid a celkových virových infekcí (dnes nejčastěji varicella). Na jejich vzniku se kromě celkových projevů virového infektu uplatňuje i zhoršená nosní průchodnost a nezřídka již zmíněná porucha ventilace paranasálních dutin. Nejčastěji jsou bolesti lokalizovány v nadočnicových obloucích a v hloubce orbity.

Na bolesti hlavy vyzařující do čela a očníce a na neurčitý pocit napětí v obličeji si též stěžují děti s většími zánětlivě změněnými adenoidními vegetacemi.

B) Bolesti při onemocnění ucha

Nejčastější příčinou bolesti ucha u dětí je akutní středoušní zánět. Bolest je obvykle intenzivní, často tepavá, horší se při smrkání a při kašli. Obvykle se objevuje v noci, při hnisavém zánětu je doprovázena teplotou a zhoršením celkového stavu dítěte. Silné otalgie bývají i u chřipkové otitidy, která často postihuje kromě středního ucha i zvukovod. Výtok má obvykle hemoragický charakter.

Méně intenzivní bolestivost ucha je přítomna i u onemocnění sluchové trubice. Akutní katar Eustachovy trubice často doprovází akutní rinofaryngitidu. Nemusí vždy skončit akutní otitidou a diferenciální diagnóza pomocí otoskopie je důležitá pro stanovení správné léčby. Prostý katar bez retence není indikací k para-

centéze ani k podání antibiotik.

Dlouhodobá ventilační porucha sluchové trubice vede ke změnám její sliznice i ke změnám sliznice středouší. Důsledkem těchto změn je produkce sekretu, který nahrazuje vzdušné prostředí ve středouší. Mluvíme o sektorické otitidě. V klinickém obraze dominuje nedoslýchavost, ale při výraznějších tlakových změnách v nosohltanu je přítomna i přechodná bolestivost. Etiologie sektorické otitidy je multifaktoriální. Podílí se na ní zvětšená adenoidní vegetace, opakované záněty paranasálních dutin, opakované nesprávné léčení otitidy a jistě i změněná reaktivita sliznice sluchové trubice a středouší. Přechodné bolesti ucha se často vyřeší adenotomií, normalizace sluchu však často vyžaduje dlouhodobou péči otolaryngologa.

Silně bolestivé bývají i záněty zevních zvukovodů. Častější jsou difúzní, vyskytující se v souvislosti s koupáním, zvl. v bazénech. Ohraničené záněty (folikulitidy a furunkly) se objevují méně často. Na rozdíl od středoušní otitidy není přítomna nedoslýchavost a bolesti se často zhoršují při kousání.

Velkou skupinu otalgí tvoří bolesti mimoušního původu. Z ORL příčin se uplatňují akutní záněty hltanu, zvl. angíny či jejich komplikace (paratonsilární absces). Při negativním objektivním ORL vyšetření jsou nejčastější příčinou otalgie vertebrogenní změny, kariézní chrup nebo změny v temporomandibulárním kloubu (Costenův sy.). Příčiny otalgie u celkových infekčních onemocnění se mohou kombinovat.

Přehled příčin bolestí hlavy a bolestí v obličeji není v tomto sdělení vyčerpávající. Zaměřili jsme se pouze na nejčastější a klinicky nejvýznamnější onemocnění. Závěrem bychom chtěli zdůraznit nutnost pečlivého komplexního a často i opakovaného vyšetření u všech bolestivých stavů, a to i s vědomím, že naše námaha nebude vždy plně finančně ohodnocena ze strany zdravotních pojišťoven.

Literatura u autora



Bolesti hlavy a oční refrakční vady

MUDr. Alice Marková

Oční klinika, FN Plzeň; přednosta: Doc. MUDr. R. Říčařová, CSc.

Souhrn

Bolesti hlavy u dětí jsou poměrně časté, maximální výskyt je mezi 10.-12. rokem. Můžou mít celou řadu důvodů. Působí je buď oční poruchy (refrakční vady, iridocyclitida, orbitocelulitida, myositida, glaukom) nebo mimooční příčiny (hypertenze, nedodržování pitného režimu, vertebrogenní příčiny, neurologické příčiny - tumor, záněty mozku, onemocnění vedlejších dutin).

Příčinou bolesti hlavy dětí v oční ambulanci bývají:

- nekorigované refrakční vady (hypermetropie, astigmatismus)
- akomodační spasmus
- insuficience konvergence
- insuficience akomodace

■ HYPERMETROPIE (dalekozrakost)

Nejvíce dětí, které přicházejí do ambulance s bolestí hlavy, má nekorigovanou dalekozrakost.

Hypermetropické oko se vyznačuje tím, že rovnoběžné paprsky dopadající do oka, které je v akomodačním klidu, mají své ohnisko za sítnicí a na sítnici vzniká neostrý obraz. Hypermetrop tak musí akomodovat do dálky a ještě více do blízka.

Nejčastější příčinou je kratší předozadní průměr oka (1 mm zkrácení představuje asi 3 D refrakční vady). V tomto případě se jedná o **axiální (osovou) hypermetropii**.

Kurvatorní hypermetropie vzniká při malém zakřivení některého z lomivých rozhraní. Častou příčinou je cornea plana (vrozená vada rohovky) nebo úraz, vzácně plochá čočka.

Indexová hypermetropie je způsobena snížením indexu lomu čočkové tkáně (fyziologická ve starším věku, patologická u nově zalečeného diabetu).

Při narození je normálním nálezem hypermetropie +2,0 až +3,0 D. Růstem dítěte a tím i jeho oka se hypermetropie zmenšuje. Kolem 5 let věku je ještě 90% očí hypermetropických.

Celkový rozsah hypermetropie se označuje jako **totální hypermetropie**. Část **totální hypermetropie** je korigována fyziologickým napětím ciliárního svalu. Tato složka je označována jako **latentní hypermetropie**. Zbývající část totální hypermetropie se označuje jako **manifestní**.

Mladší jedinci s nižší hypermetropií nemají obvykle žádné subjektivní potíže. Prvním příznakem bývá bolest hlavy v oblasti čela a astenopické obtíže při větší zrakové zátěži (nepohodlné vidění, slzení, spojivková injekce). Následuje pocit rozmazaného vidění do blízka, později i do dálky. Usilovná akomodace může vést až k ciliárnímu spasmu. Snaha o maximální akomodaci je spojena s uplatněním akomodačně-konvergenčního reflexu. Důsledkem může být manifestní konvergentní strabismus.

Korekce není indikována v případě, že dítě má malou hypermetropickou vadu, dále má normální zrakovou ostrost a nemá astenopické potíže nebo strabismus.

U dětí předškolních předepisujeme brýle jen u vyšší vady nebo strabismu.

U dětí školního věku se brýle zpravidla předepisují u vad vyšších než +3,0 D, při nižší hypermetropii je důležitá míra obtíží a zraková ostrost. U mladších pacientů je aktivnější akomodace a tím lépe je přijímáno podkorigování. Pokud má dítě spasmus akomodace nebo latentní strabismus, předepíše se plná korekce a doporučuje se její celodenní nošení.

U většiny mladých pacientů se hypermetropie věkem zmenšuje.

■ ASTIGMATISMUS

Těž nekorigovaný astigmatismus je častou příčinou bolesti hlavy u dětí. **Je to stav, kdy lomivá prostředí oka nejsou ve všech průměrech stejně lomivá. Pozorovaný obraz je proto nejen neostrý, ale i zdeformovaný.**

Kurvatorní astigmatismus je nejčastěji rohovkový. Malý stupeň astigmatismu je u většiny populace normální (kolem 0,25 D). Větší stupeň je zpravidla vrozený. Získaný kurvatorní astigmatismus vzniká u rohovkových onemocnění (důsledek zánětu či traumatu). Častý je i astigmatismus čočkový.

Astigmatismus z decentrace pozorujeme například u traumatické decentrace čočky.

Indexový astigmatismus vzniká při počínajícím kalení čočky.

Astenopické obtíže a bolest hlavy jsou přítomny zejména u malých a středních vad, kdy akomodační úsilí přináší zlepšení. U vyšších astigmatismů se tyto obtíže nevyskytují.

Astigmatismus korigujeme asferickými čočkami, které mají v různých meridiánech odlišnou lomivost. Vlivem nestejnomyerného zvětšení zvyšují tyto čočky deformaci obrazu na sítnici. Proto je třeba tuto většinou vrozenou vadu korigovat co nejdříve. Děti se totiž rychle tomuto zkreslení obrazu přizpůsobují. Koriguje se plně rozdíl v lomivosti dvou kolmých ploch s maximálně odlišnou lomivostí. Tento rozdíl není schopna vykorigovat ani maximálně pružná čočka.

Malý astigmatismus do 0,5 D se zpravidla nekoriguje. Nutné je ale postupovat individuálně a vždy subjektivně vyzkoušet optimální korekci. Někdy vykorigování i malého astigmatismu vede k výraznému zlepšení zrakové ostrosti a ústupu bolesti hlavy a astenopických obtíží. Brýlovou korekci mají děti nosit celodenně.

■ AKOMODAČNÍ SPASMUS

Méně často se v naší ambulanci setkáváme s bolestí hlavy při spasmu akomodace. Je to vlastně neschopnost relaxovat ciliární svaly. Tento stav se vyskytuje zejména u dětí v pubertě a u adolescentů ve stresových situacích a u dětí s funkčními neurózami. Potíže mají zejména po delší zrakové zátěži zejména do blízka.

Přicházejí s bolestí hlavy, se zhoršeným viděním do dálky, kolísavým viděním a únavou očí při čtení.

U těchto dětí je nutné změřit naturální refrakci na automatickém refraktometru či skiaskopicky a poté refrakci v cykloplegii (far-



makologické uvolnění ciliárního svalu). Refrakce v cykloplegii odhalí podstatně větší hypermetropii nebo podstatně menší myopii než bylo naměřeno naturálně.

Při spasmu akomodace je blízký bod fixace abnormálně blízko.

Léčba spočívá v korekci refrakční vady, vytvoření klidné atmosféry v rodině a vyhýbání se stresovým situacím, jen výjimečně je nutné podávat cykloplegika delší období.

■ INSUFICIENCE KONVERGENCE

Nejčastěji se vyskytuje v pubertě a u adolescentů. Pacienti si stěžují na bolest hlavy, neostře vidění při zrakové zátěži do blízka, oční nepohodlí.

Příčinou insuficience konvergence může být únava, nemoc, heteroforie (latentní šilhání), porucha binokulárního vidění, nekorigovaná myopie. Mohou ji působit například i parasymptomatika.

Často může zůstat příčina neznámá.

Jedinec není schopen zachovat fúzi do blízka. Fúze je druhý stupeň binokulárního vi-

dění. Jednoduché binokulární vidění má 3 stupně: superpozici, fúzi a stereopsi. Šíře fúze je u těchto dětí menší. Měříme ji pomocí prizmat a na speciálním přístroji - troposkopu. Toto se provádí v očních ambulancích specializovaných na pleopticko-ortoptický výcvik.

U pacienta též nalézáme daleko blízký bod konvergence (norma je kolem 7-8 cm) a sníženou akomodační šíři.

Při podezření na insuficienci konvergence je nutné vyšetřit naturální refrakci, dále zjistit blízký bod konvergence (dítě zaostří na špičku tužky, kterou pomalu přibližujeme ve střední čáře k očím a udá, kdy začíná vidět dvojité). U dětí dále provádíme zakrývací test a pátráme po šilhání do dálky a do blízka. Dále změříme šíři fúze a provedeme měření refrakce v cykloplegii.

Léčba insuficience konvergence spočívá v korekci refrakční vady, nácviu konvergentního souhybu, v dodržování dostatečného osvětlení při práci do blízka, dodržování přestávek při delší zrakové zátěži do blízka.

■ INSUFICIENCE AKOMODACE

Funkční slabost akomodace postihuje stejnou věkovou skupinu jako insuficience konvergence. Obtíže vznikají při delší zrakové zátěži do blízka (zhruba po půl hodině) zvláště u nekorigovaných refrakčních vad. Mohou trvat několik minut, ale i hodin. Tito pacienti mají normální schopnost fúze.

Pacientům s insuficiencí akomodace většinou pomáhají brýle na čtení.

U většiny dětí přicházejících do oční ambulance s bolestí hlavy není diagnostikováno život či zrak ohrožující onemocnění. Vzhledem k tomu, že ale bolest hlavy může být i symptomem závažného stavu, jak bylo zmíněno v úvodu, je vždy nutné provést celkové oční vyšetření včetně vyšetření očního pozadí. Jen tak je možné vyloučit méně časté příčiny bolesti hlavy u dětí, například nitrolební hypertenzi.

Literatura u autorů

R E C E N Z E

Trendy soudobé pediatrie, svazek 4. „Dětská hematologie“, Jan Starý et al., první vydání, Galén Praha, 2005.

Pod vedením hlavního autora a pořadatele této monografie prof. MUDr. J. Starého, DrSc., přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. lékařské fakulty UK a Fakultní Nemocnice v Motole, dostává se čtenářům do rukou velmi aktuální a z praktického hlediska mimořádně cenné zpracování závažných oblastí dětské hematologie. Témata jsou zpracována předními odborníky dětské hematologie v ČR, kteří mají hluboké vlastní zkušenosti v klinické problematice a současně široké vědecko-výzkumné zázemí ve specializovaných ústavech a laboratořích. V jednotlivých kapitolách shrnují etiopatogenetickou podstatu, přínos genetiky, molekulární biologie, imunologie, moderní diagnostické prostředky a racionální terapie. Obsah a rozsah jednotlivých kapitol odpovídá hlavnímu záměru autorů a nakladatelství Galén podat zasvěcený a výstižný pohled do daných oblastí dětské hematologie. Tím plnit též hlavní cíl postgraduální výchovy a trvalého vzdělávání lékařů.

Zahrnut je současný stav poznatků a zkušeností s terapií vrozeného selhání kostní dřeně, dědičných poruch metabolismu provázených megaloblastickou anémií, autoimunitních hemolytických anémií, benigních lymfoproliferativních stavů, trombocytopenie, hemofilie a von Willebrandovy choroby, vrozených a získaných trombofilních stavů.

Lze vyjádřit díky pořadateli monografie, autorům jednotlivých kapitol a nakladatelství Galén, že tato kniha vynikajícím způsobem rozšiřuje dosavadní publikace zabývající se dětskou hematologií. Recenzent je přesvědčen, že kniha nalezne své uplatnění u všech pediatriů a hematologů, kteří se setkávají s dětmi postiženými hematologickými chorobami nebo i hematologickými projevy u jinak primárně nehematologických onemocnění.

Monografie má 251 stran, 8 tematických okruhů, zahrnuje vysvětlení zkratk a věcný rejstřík.

Prof. MUDr. Otto Hrodek, DrSc., Praha



Fluoridace kuchyňské soli jako součást fluoridového programu prevence zubního kazu

Prof. MUDr. Zdeněk Broukal, CSc., MUDr. Edgar Organessian

Výzkumný ústav stomatologický, 1. LF UK a VFN, Praha

Referát zpracovává abstrakta konference pořádané v říjnu v Curychu u příležitosti padesátého výročí zavedení fluoridace kuchyňské soli ve Švýcarsku.

Efektivní, plošná a dlouhodobá prevence zubního kazu není, vedle dalších preventivních opatření, v současnosti myslitelná, bez té či oné formy adice fluoridu.

Preventivní účinek fluoridu projevující se zvýšenou odolností zubu vůči kariogenní атаce v ústech je výsledkem sumace řady mechanismů uplatňujících se v období organogeneze zubů, zejména však v posteruptivním období jejich vývoje a jejich další přítomnosti v ústech. Bez ohledu na aplikační formy jsou jednotlivé mechanismy působení fluoridu společné a vzájemně se prolínají.

Připomeňme si tuto situaci na časovém schématu vývoje zubů a jejich dalšího osudu s ohledem na dostupnost fluoridu z přirozených zdrojů nebo z jednotlivých forem fluoridové prevence. Na začátku pátého měsíce intrauterinního vývoje začíná maturace a mineralizace korunek dočasných zubů a končí krátce po narození. U stálých zubů tento proces začíná ke konci prvního půlroku života a probíhá až asi do dvanácti let u jednotlivých zubů v pořadí, jak budou prořezávat.

Důležité je, že kritická vývojová perioda vývoje stálých frontálních zubů, které tvoří hlavní kosmetickou markantu chrupu, zabírá období mezi 6. měsícem až počátkem čtvrtého roku života. **V průběhu intrauterinního vývoje je fluorid přiváděn placentární krví. Placentární bariéra propouští fluorid ale „odřezává“ vrcholy plasmatických koncentrací fluoridu v matčině krvi, které souvisejí s jeho kolísajícím příjmem.** Expozice plodu fluoridu je zřejmě nižší než expozice matky. V řadě studií se ukázalo, že koncentrace fluoridu ve sklovině dočasných zubů novorozenců např. v oblastech s fluoridovanou a nefluoridovanou vodou se liší jen minimálně.

Expozice novorozence fluoridu je v prvním období života ještě nižší. **V mateřském mléce kolísá koncentrace fluoridu v závislosti na jeho koncentraci v plasmě matky ale pohy-**

buje se na její poloviční až třetinové výši. Další fluorid do organismu přivádí až novorozenecká výživa a v ní rozhodujícím zdrojem bude voda, ze které se připravují mléčná výživa, nápoje a zeleninové a masové vývary.

Příjem tekutin a solí se postupně zvyšuje, strava se zpestřuje a k možným zdrojům fluoridu **přibude i fluorid ze spolykané zubní pasty,** tak jak se dítě postupně zmocňuje stereotypu čištění zubů a vyplachování úst.

Za předpokladu, že je k dispozici fluoridovaná **sůl, přichází v úvahu jako zdroj fluoridů až v období, kdy se strava dítěte začíná přisolovat,** tedy kolem třetího roku života.

Pro prořezané zuby je pak jedinou cestou přívodu fluoridu cesta lokální, tedy potravou a slinou. Koncentrace fluoridu ve slinách kolísá zhruba na stejných hladinách jako v plasmě.

Je nutné si uvědomit, že vývoj zubů pod vlivem optimálního příjmu fluoridu není žádným významným vkladem pro jejich odolnost po erupci do dutiny ústní, pokud se nepokračuje tou či onou formou fluoridové prevence. Lokální expozice povrchu skloviny fluoridu je v dalším období odvislá od expozice organismu jako celku nebo od uměle zvyšované expozice lokální.

V povlaku nebo v získané pelikule je koncentrace fluoridu vyšší než ve slinách. I při bazální koncentraci v pitné vodě a ve slinách kolem 0,2 ppm se v povlaku nachází až 1,0-1,5 ppm fluoridu. Při obnově pelikuly a povlaku po vyčištění zubů se fluoridové depo rychle obnovuje. Je-li přívod fluoridu do ústního prostředí optimální, dosahuje v povlaku koncentrace, která ovlivňuje sacharidový metabolismus ústních mikroorganismů a jejich adhezenční schopnosti. Takto deponovaný fluorid navíc reguluje fyzikálně-chemické pochody vedoucí k saturaci povrchu skloviny fluoridem, vápenatými a fosfátovými ionty a tedy k její mineralizaci a remineralizaci. Je

zřejmé, že z výčtu jednotlivých mechanismů působení fluoridu tak rozhodující význam má její zejména posteruptivní děje odehrávající se v ústním prostředí přímo na povrchu zubů.

Z toho plyne, že **pro dosažení plného účinku fluoridové prevence je nutné volit takový způsob přívodu fluoridu, nebo lépe, takovou kombinaci způsobů přívodu fluoridu,** které zajistí pokud možno konstantní a dlouhodobou přítomnost fluoridu v ústním prostředí.

Globální data z počátku 21. století ukazují rozšíření fluoridové prevence v celosvětovém měřítku. **Vedle fluoridovaných zubních past a upravované pitné vody je třetí nejrozšířenější formou přidávání fluoridu do kuchyňské soli.**

Přísně kontrolované pilotní studie preventivního účinku fluoridované soli a její zdravotní bezpečnosti byly prováděny ve Švýcarsku, Maďarsku a postupně v dalších zemích. Výsledky ukázaly, což je velmi důležité, že při dodržení určitých podmínek zavedení tohoto preventivního programu a po určité době jeho trvání **může mít fluoridovaná sůl téměř srovnatelný účinek s optimálně fluoridovanou pitnou vodou.**

U fluoridované soli, stejně jako u každého jiného způsobu fluoridové prevence, jsou ve hře dva okruhy problémů. Jedním je optimální dávka a doba přívodu fluoridu do organismu z hlediska maximálního preventivního účinku a bezpečnosti. Druhý okruh problémů tvoří organizační otázky související s nasazením fluoridované soli jakožto preventivního programu v populaci.

Nejdelší zkušenosti s fluoridovanou solí má Švýcarsko, kde byla sůl obohacena 60 mg F-/kg zavedena v několika kantonech již v roce 1955, tedy před padesáti lety. Množství fluoridu v soli bylo postupně zvýšeno na 250 mg/kg.

V současné době je pokryto fluoridovanou



solí 75% švýcarského obyvatelstva a autority švýcarské preventivní stomatology přikládají fluoridované soli rozhodující význam v hlubokém a všeobecném poklesu kazivosti, který se v posledních letech ukazuje a dosahuje podle jednotlivých dílčích studií až 60% výchozího stavu.

Zavedení fluoridované soli v Maďarsku, Německu a ve Francii přineslo redukcí kazivosti, kterou autoři dílčích studií uvádějí mezi 35 až 50 procenty. V zemích střední Ameriky a Karibika byla sůl zavedena ve druhé polovině osmdesátých a na začátku devadesátých let, ještě později pak ve Španělsku, v Mexiku a v Číně.

K objasnění těchto překvapivě pozitivních výsledků je nutné vzít v úvahu, že se zde **účinek fluoridované soli zcela jistě sčítal s účinkem fluoridových zubních past.** Ty v posledních třech desetiletích mezi prostředky ústní hygieny zcela převládly a svou roli se hrála v řadě zemí také intenzivní zdravotní výchova mladé generace ke zdravým hygienickým a dietetickým návykům.

V zemích mírného pásma kontinentální Evropy se denní spotřeba kuchyňské soli na hlavu pohybuje v průměru kolem 8-10 g, z toho 1,5-2,5 g činí přísolování v domácnosti a zbytek připadá na vrub potravinářských technologií. Vzhledem k této spotřebě se má účinná a zároveň bezpečná koncentrace fluoridu v soli pohybovat mezi 200 - 400 mg/kg soli. V dolní části tohoto rozmezí by se mělo, podle doporučení SZO, nacházet obohacování kuchyňské soli fluoridem pro použití jak v domácnostech tak i v některých potravinářských výrobních a stravovacích provozech, v horní části pásma by pak mohla být sůl distribuovaná pouze pro použití v domácnostech.

Denní příjem fluoridu z takto upravené soli a eventuálně z potravinářských výrobků představuje 0,4 - 0,8 mg. U dětí je pravděpodobně denní příjem nižší i když existuje řada studií které dokazují, že se denní příjem soli u dětí a dospělých zásadně neliší. U těhotných žen a u dospělých vyššího věku může být denní příjem soli omezen dietními režimy.

Podobně jako v pitné vodě, je fluorid v kuchyňské soli nepředávkovatelný. Fluorid přijímaný jako suplement kuchyňské soli se částečně uplatní přímo v ústech při dosycování hladin v povlaku nebo pelikule, a alimentární cestou se dále dostává do organismu. Odtud se slinou, po případě sulkulární taktivou dostává opět do ústního prostředí. Proti jiným formám alimentárního přívodu fluoridu do organismu má fluoridovaná sůl prokazatel-

ně nejmenší riziko nežádoucího účinku v podobě vzniku přechodných nebo trvalých sklovinných opacit na stálých zubech. Obohacovaná sůl přichází do organismu totiž prakticky až po skončení vývoje jejich skloviny.

Nyní se dostáváme k podmínkám, které je třeba splnit, aby se fluoridovaná sůl prosadila, byla plošně akceptována obyvatelstvem a přinesla maximální preventivní efekt.

Kuchyňská sůl je z hlediska vhodnosti použití jako vehikula pro podávání fluoridu nejbližší pitné vodě. Fluoridovanou sůl je tedy možné zavést všude tam, kde je příjem fluoridů suboptimální, kde není dostatek komunálních zdrojů pitné vody, nebo tam, kde není z kulturně politických nebo jiných důvodů akceptována fluoridace pitné vody.

Je nutné zajistit dostatečnou zdravotně-výchovnou kampaní informovanost obyvatelstva o výhodách této formy prevence zubního kazu. V kampani nelze spoléhat jen na výrobce a distributory, ale je nutné pro ni získat i zdravotnický a stomatologický personál.

V distribuční síti musí být k dispozici sůl fluoridovaná i nefluoridovaná, a to pokud možno za stejnou cenu, aby bylo zajištěno svobodné rozhodování o přijetí tohoto preventivního opatření. K tomu se samo sebou váže i nutnost viditelně označovat výrobky obsahující nebo neobsahující fluoridovou složku a příslušnou koncentraci.

Dále je nutné rozhodnout, zda fluoridovaná sůl bude k dispozici pouze pro domácí použití a nikoli také v potravinářských technologiích, nebo zda bude také používána v některých potravinářských provozech a ve kterých. Podle tohoto rozhodnutí se pak nastaví příslušná koncentrace fluoridového supplementu.

Součástí preventivního programu má být monitorování příjmu fluoridů a také stavu chrupu v jednotlivých věkových kategoriích obyvatelstva. Nezbytné je i monitorování obchodní sítě z hlediska prodeje soli a potravinářských výrobků obsahujících sůl.

Důsledná výstupní kontrola při výrobě fluoridem obohacené soli a dodržování příslušných výrobních technologií se musí provádět se stejným důrazem, jaký je kladen na její obohacování jodem.

Dodatečné výrobní náklady na fluoridovanou kuchyňskou sůl jsou minimální. V některých evropských zemích (Německo, Francie, Švýcarsko) je i tak rozdíl v maloobchodní ceně dotován, aby se zvýšil zájem populace o fluoridovanou kuchyňskou sůl.

Pro náš maloobchodní trh byla v roce

1994 schválena Státním zdravotním ústavem kuchyňská sůl obohacená fluoridem sodným v rozmezí 190-250 mg fluoru na 1 kg. Všechny uvedené výrobky jsou zároveň obohaceny jodem, v rozsahu 15 - 45 mg/kg. Státní zdravotní ústav schválil používání fluoridované kuchyňské soli pouze pro domácnosti a nikoli pro provozy společného stravování a potravinářské technologie.

Vrátíme se nyní zpět k podmínkám zavedení fluoridované soli jakožto plošného preventivního programu. První podmínku Česká republika splňuje. Až na malé výjimky mají naše izolované i komunální zdroje pitné vody suboptimální koncentraci fluoridu pohybující se v rozsahu 0,1-0,3 mg/l a ani další naše potravní zdroje nejsou bohaté na využitelný fluorid. Tento fakt je znám nejen z přímých měření množství fluoridu v potravinách, ale i z hodnocení exkrece fluoridu močí jakožto ukazatele bilančního příjmu.

Pozadu však zůstává informační kampaň, která by u poskytovatelů preventivních informací i u koncového spotřebitele zvýšila zájem o používání fluoridované kuchyňské soli.

Na závěr je možné problém fluoridované kuchyňské soli shrnout do několika bodů:

1. Fluoridace kuchyňské soli je účinnou a bezpečnou alternativou fluoridace pitné vody.
2. Pokud je začleněna do plošného, neustále dolaďovaného a monitorovaného programu, může přinést téměř stejnou redukcí zubního kazu, jako fluoridace pitné vody.
3. Od tří let věku je jí možno bezpečně kombinovat s ústními hygienickými prostředky obohacenými fluoridem.
4. V dospělosti může být její preventivní účinek omezen u osob s redukováným příjmem soli.
5. U dětí i dospělých je třeba zajistit, aby se fluoridovaná sůl nekombinovala s jinými způsoby alimentární fluoridové prevence.

Je nutné si uvědomit, že bez důsledného naplňování podmínek pro nasazení fluoridované soli jako plošného preventivního opatření (intervenční program), není žádná velká naděje, že by se fluoridovaná sůl v naší populaci projevila v dohledné době nějakým rozpoznatelným snížením kazivosti chrupu.

Práce je podporována grantem IGA MZ ČR č. NR/8331-3.

Literatura u autorů



Hyperaktivní dítě - syndrom AD/HD

MUDr. Jaroslav Matýs

Ambulance dětské a dorostové psychiatrie, Ostrava-Poruba

Souhrn

AD/HD je porucha pozornosti a aktivity u pacienta na podkladě diskrétních morfologických a funkčních změn CNS. Neurovývojové opoždění CNS, ztráta fyziologické pravolevé asymetrie dysfunkce dopaminergního a noradrenergního systému jsou podkladem poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity, základní triády symptomů u AD/HD. Následné poruchy chování a školní selhávání vedou k překrývání a k maskování problémů ve výchově. Proto je důležité včas syndrom AD/HD diagnostikovat a navrhnout další postupy. Prvním odborníkem, který by měl tuto poruchu včas odhalit a poradit rodičům dítěte je ambulantní pediatr. V terapii AD/HD je nejefektivnější kombinovaná terapie psychofarmaky a kognitivně-behaviorální přístup, behaviorální management.

Žijeme v době obrovského pokroku vědy a techniky. Zásadním způsobem se rozvíjejí diagnostické, vyšetřovací a terapeutické technologie v medicíně. Právě moderní technologie umožňují psychiatrii postupně odhalovat příčiny duševních poruch. Podobně je tomu tak i u syndromu poruchy pozornosti a aktivity. Symptomy jako hyperaktivita, ne-soustředěnost, impulzivita a nezdrženlivost u některých dětí a dospělých byly a jsou známy od nepaměti. V minulosti a často i dnes jsou tyto symptomy připisovány na vrub temperamentu, nevhodné nebo nedůsledné výchovy.

Pod vlivem objevů a znalostí se vyvíjela terminologie v celé psychiatrii, tak i u syndromu poruchy pozornosti a aktivity. Upřesňovala se diagnostika v souvislosti s poznatkami o funkci mozku, upřesňuje se topografická a funkční lokalizace jednotlivých duševních kvalit a poruch. V dnešní době má i psychiatrie medicínské důkazy o změnách na anatomické, funkční a neurotransmiterové molekulární úrovni nejenom u závažných duševních poruch jako je schizofrenie a deprese, ale i u poruchy pozornosti a aktivity s velice diskrétními změnami chování na začátku, ale s velice rozsáhlými celoživotními důsledky pro život jedince. I když bylo o hyperaktivně a poruše pozornosti hodně napsáno, pokusím se částečně shrnout poznatky o této poruše a dát je do kontextu se zkušenostmi, k vzájemnému pochopení se a ke spolupráci pediatrů a pedopsychiatrů.

První odborné medicínské zmínky o tomto trsu symptomů jsou spojovány s poruchami chování, morálky. V roce 1902 je první zmínka o „morbid defekt of moral control“. V dal-

ším průběhu se termíny vyvíjely s přihlédnutím na kontext poznatků a symptomů, kterým byl přisuzován největší význam. Terminologie byla nejednotná a nepřesná. Historicky se proto mluvilo o „minimal brain damage“ (1930-Amatruda, Gesel), „brain disorders“ ve 40. letech. V 50. letech se uvádí „brain damage syndrom“ (Straus,Lehtinen), nebo „minimal brain dysfunctions“ (1960). V tomto období u nás poprvé Kučera použil termín „lehká mozková encefalopatie“. V 60. letech minulého století se diagnosticky oddělily od poruchy aktivity a pozornosti „specifické poruchy školních dovedností“, které jsou dodnes samostatnou diagnostickou kategorií v systému MKN 10, jako „specifické vývojové poruchy učení“. Třesohlavá použila termín sice historický, a ještě do dnes používaný, „lehká mozková dysfunkce“. V roce 1968 se poprvé objevil název „hyperkinetic reaction of children“, u nás „hyperkinetický syndrom“. V roce 1980 se v americkém diagnostickém manuálu duševních poruch DSM-III objevuje diagnosa ADD - „Attention deficit disorder +/- hyperaktivita“. Tímto se stává hyperaktivita a nepozornost problémem psychiatrie a psychiatrie přebírá část zodpovědnosti za osudy pacientů s ADD. Dalším výzkumem docházelo k upřesnění diagnostiky a terapie. Odrazem toho je zařazení „specifických vývojových poruch“ do MKD 9. v roce 1987. V americkém manuálu duševních poruch DSM - IV. revize z roku 1987 je uveden současný název „Attention deficit/hyperaktivita disorder“ - AD/HD. Následně v poslední MKN 10 z roku 1993 je skupina diagnos hyperkinetických poruch uvedena samostatně a je oddělena od specifických vývojových poruch.

I. Hyperkinetické poruchy

- Porucha pozornosti a aktivity - F 90.0
- Hyperkinetická porucha chování - F 90.1
- Jiné hyperkinetické poruchy a nespecifikované - F 90.8.-9.

II. Specifické vývojové poruchy:

- Řeči a jazyka (artikulace, expresivní a receptivní porucha řeči) - F 80
- Školních dovedností (čtení, psaní, počítání) - F 81
- Motorické funkce (dyspraxie, syndrom nemotorného dítěte) - F 82

Tento historický exkurz o AD/HD je důležitý pro objasnění současného chápání poruchy pozornosti a aktivity a komorbidních poruch. Má to význam jak medicínský, tak praktický pro samotného pacienta.

V praxi dětských pacientů přijímají označení „hyperaktivní dítě“ podstatně lépe, než když je pacient označen za „elemďáka“. Termín „LMD“ má mezi dětmi i rodiči dehonestující a pejorativní podtext. Děti se jím cítí zne-schopněny, narušuje primárně alterované sebevědomí. Podobně jako se změnila terminologie z „hysterie“ na „dissociativní-konverzní poruchu“, „psychopatie“ na „poruchu osobnosti“ i tady, u LMD, vítám změnu terminologie a upřesnění na „hyperaktivitu a nepozornost“. Toto označení je „milosrdnější“ k těmto pacientům. Je výstižné a jasně deklaruje, že se nejedná o postižení intelektu, nejedná se o neschopnost pacienta nebo rodičů. Přimlouvám se proto o používání v současnosti terminologicky správného a přesného označení „hyperaktivita a nepozornost“, nebo „porucha aktivity a pozornosti“. Mělo by to být běžné v široké pediatrické a neurologické, respekti-



ve medicínské i psychologické obci tak, jako terminologicky přesně označujeme jiná onemocnění nebo poruchy, kupříkladu asthma bronchiale. Jedině tak se toto názvosloví ujme i v široké veřejnosti a postupně vystřídá nevhodné a deklasující „LMD“ u laické veřejnosti, u dětských pacientů, jejich spolužáků, rodičů nebo i u dospělých trpících touto poruchou.

U ambulancích pediatriů děti s touto poruchou často unikají diagnostice a terapii. V ambulancích dětských lékařů je z pochopitelných důvodů podstatně více pozornosti věnováno somatickým nemocem. Problematice AD/HD je rodiči a pediatrii často věnována pozornost až v případě, když dochází ke školnímu selhávání se závažnými poruchami chování. Přitom první projevy AD/HD jsou zřetelné už v předškolním věku, nebo hned ze začátku školní docházky.

V popředí jsou neposednost, nepozornost, rušení v programu mateřských škol. Ruší výkon ve třídě, provokují a mají časté konflikty. Poměrně často si učitelky a rodiče stěžují, že děti jsou neunavitelné. Ve školce nebo doma odmítají odpoledne spát, večer nechťejí do postele a ráno se zase brzo budí a po celý den jsou „neustále v pohybu“. Hyperaktivní dítě se vrtí na židli, manipuluje s tělem, končetinami, je neklidné, opouští místo na židli, nedokáže si hrát jednu hru, je „stále na pochoodu“. Impulzivita a nezdrženlivost je příčinou, že skáče do řeči, přerušuje jiným řeč, obtěžuje své okolí. Ihned vše vrací, vykřikuje odpovědi v hodinách. V předškolním věku a v raném školním věku se někdy objevují „krádeže“, ale ještě s puncem nezdrženlivého dětského „já to chci teď a hned“. U dětí s poruchou pozornosti je základním příznakem roztěkanost, rychlé a neustále rozptylování se. V rámci poruchy pozornosti jsou děti roztržité, nedokončují hry a úkoly, dělají množství různých činností najednou. Často střídají činnosti a tak ruší jiné děti a své okolí. Nedokáží navazovat a udržet kvalitní sociální vztahy, jsou sociálně neobratné. Velice často nerespektují pravidla, výchovná opatření. Tento stav vede dříve nebo později k sociální alienaci. Jsou odmítáni nejdříve souvěkovci a nezřídka i svou vlastní rodinu pro „roztěkanost, neposlušnost, neschopnost si cokoliv zapamatovat“. Inicuje se tak porucha chování. Rodičům těchto dětí je pediatrii nebo psychologi doporučován odklad zaškolení z důvodů „nezralosti dítěte“. Taková situace je prvním a zásadním doporučujícím signálem, aby pe-

diatr alespoň informoval rodiče o AD/HD u jejich dítěte. Měl by doporučit další možnosti řešení situace. Je to minimálně vyšetření u dětského psychologa, ještě lépe u dětského psychiatra a s eventuálním zahájením včasné komplexní terapie, včetně účelné farmakoterapie.

Děti s více či méně vyznačenou AD/HD v 1. ročníku ZŠ je 3-7% (APA 2000). Více jsou postižení kluci než děvčata, v poměru 4:1. V projevech jsou u chlapců v popředí hyperkinetika, poruchy chování spojené v dalším vývoji hlavně s agresivitou. U děvčat je dominující nejčastěji školní selhávání nezodpovídající intelektu dítěte, protože v popředí psychopatologie AD/HD je nejčastěji převaha poruchy pozornosti. Dle struktury osobnosti, kvality rodiny a dle závažnosti AD/HD se může i u děvčat objevit porucha chování s agresí a naopak.

Etiologie vzniku AD/HD je jako u všech duševních poruch multifaktoriální. Dnes jsou jasné důkazy o genetickém přenosu. Velice často jeden z rodičů má nediodagnostikovanou AD/HD. Při kontaktu s dětským psychiatrem rodiče spontánně popisují, že „stejná jsem byla já.... stejný byl-je i tatínek“. Na rozsáhlých studiích je prokázáno, že AD/HD zůstává do dospělosti a uváděná čísla se pohybují od 50 do 70%. V dospělé populaci je tedy cca 2-4% hyperaktivních jedinců. Přitom v minulosti tato diagnosa u rodičů nebyla zachycena z výše uvedených historických důvodů. Druhým, velice významným etiologickým faktorem jsou perinatální rizika novorozence. Jsou práce, které popisují, že již 2 minutová ischemie mozku u novorozenců potkanů způsobuje ireverzibilní poškození dopaminergních receptorů. U AD/HD je právě dysfunkce dopaminergního systému v mozku společně s noradrenergím stěžejní funkční poruchou CNS. K takové ischemii může často i nepozorovaně dojít u protrahovaného nebo komplikovaného porodu. Velice často v anamnézách pacientů s AD/HD jsou údaje o aspiraci plodové vody, o poporodní resuscitaci a umělé plicní ventilaci, o oxygenoterapii nebo o umístění v inkubátoru. V poporodním období některé děti překonaly těžké infekce. Často jsou to děti s nízkou porodní hmotností, respektive nezralí novorozenci. V odborné literatuře se k rizikovým faktorům uvádí také nesprávná a nevhodná výživa, výživová karence. Tento údaj v našich podmínkách i přes veliké sociální rozdíly považují za velice výjimečný a týká se více rozvojových krajín. Nicméně je možné se

setkat i u nás s tímto faktorem. V těchto případech u nás dominuje spíše sociální problematika. Významným rizikovým faktorem jsou matky-narkomanky aktivně užívající jakékoliv drogy, včetně kouření a alkoholu v období těhotenství a laktaci. Z environmentálních vlivů jsou uváděny také těžké kovy, nátěry z barev na bázi olova.

To, že u AD/HD se nejedná o prostou „medicinizaci-psychiatrizaci“ sociálního nebo výchovného problému prokazují jak morfologické, tak funkční nálezy na mozku. Je prokázáno, že u AD/HD chybí fyziologická pravolevá asymetrie mozkových struktur. Při maturaci mozkové tkáně v dětském věku dochází k poruše neurovývojového „přešívání“ neuronálních map, dochází k neurovývojovému opoždění. Výsledkem jsou nálezy diskrétního zmenšení objemu mozku, mozečku, bazálních ganglií a corpus calosum hlavně vpravo. Je prokázáno, že u AD/HD je nižší denzita mozkové kůry frontálně vpravo. Tyto změny vedou k již zmíněné absenci fyziologické pravolevé asymetrie mozku. Jestli zjištěná hypoperfuze mozku a snížená metabolická aktivita prefrontálně kortikálně a frontálně v limbickém systému je následkem nebo příčinou morfologických změn CNS, není jasné.

Diskrétní morfologické nálezy korelují s nálezy funkčními. Podstatou AD/HD z funkčního hlediska je narušení inhibičních reakcí z limbického systému do mozkové kůry. Je narušena funkce kortiko-striato-thalamo-kortikálního okruhu. Porucha se týká dopaminergního a noradrenergního neurotransmiterového systému. Bush a kolektiv v roce 1999 pomocí PET prokázali, že u jedinců s AD/HD je nižší aktivita metabolismu bilaterálně ve frontostriální insulární síti. Nedostatečně se aktivuje přední cingulum v mozku, které má význam pro kognitivní funkce. Zemetkin a spol. v r. 1987 prokázali abnormity ve fronto-parietálním propojení. Tento nálezy byl potvrzen Pilszkou a Mc Crackenem v r. 1996. Byla prokázána dysregulace ve frontokortikální aktivitě, kde je predominantní noradrenergní systém. Tato abnormita vede ke snížení inhibice frontokortikálně a tím k deficitu exekutivních funkcí. Ve striálních okruzích je zase dysregulace v dopaminergním systému. Z těchto poznatků pak vychází účelná farmakoterapie AD/HD, zasahující více či méně selektivně právě do dopaminergního okruhu a nové preparáty selektivně do noradrenergního systému.

Zmíněné diskrétní morfologické a funkční



nálezy na CNS mají své koreláty ve specifickém oslabení některých psychických funkcí.

V kognitivním procesu je narušena selekce. Je narušena analýza a syntéza informací. Myslí se tím informace nejenom školní, ale informace důležité pro sebereflexi, sociální signály a učení sociálních dovedností. Selhávají exekutivní funkce, jako je tvorba plánu, krokování a realizace plánu. Objektivně je narušena schopnost analýzy i vlastního chování v dětství, ale i v dospělosti. Proto je oslabena schopnost poučit se z vlastní chyby a dítě pak působí jako „nepoučitelné, hloupé, neschopné“. Oslabena je motivace, úsilí a vytrvalost. Je narušena vizuospaciální porucha (prostoroová představitost). Je narušena pracovní paměť dítěte. Dítě pak „vše rychle zapomíná, i když se doma vše naučí, tak ve škole si na nic nevzpomene, za chvíli si nic nepamatuje.“ Tyto deficity jsou pak příčinou školního a sociálního selhávání. V tomto místě je důležité zdůraznit, že uvedené obtíže nejsou spojeny s poruchou intelektu. Prostá AD/HD tedy není postižení intelektu! V drtivé většině se jedná o děti s intelektem průměrným a často nadprůměrným, i když nevyváženým mezi verbální a neverbální složkou.

Motoricko percepční dysfunkce se projevuje tak, že děti jsou neobratné v jemné i hrubé motolice, mají narušenou vizuomotorickou koordinaci. Ta je příčinou častých drobných úrazů u dětí, neobratnosti a nemotornosti. Ve škole pak děti selhávají v tělovýchově, nebo ve výtvarné výchově. Jsou přítomny neurologické tzv. „soft symptomy“. Ty ale patří do diagnostiky dětských neurologů a psychiatrů.

U AD/HD má 44% dětí dysfunkci i v afektivní složce. Jsou afektivně labilní, jako je sklon k agresivitě, k afektivním raptům. Dvě poruchy najednou má 33% dětí, afektivní poruchu má 32% a anxiety je u 33% dětí (Paclt).

Diagnostická kritéria MKD 10 pomáhají odlišit problematiku medicínsko-terapeutickou od problematiky výchovně-sociální. Není účelem tohoto sdělení, abych vyjmenovával všech 14 diagnostických kritérií. Musím ale uvést, že hlavní symptomy musí trvat minimálně 6 měsíců, první symptomy se musí objevit již před 7 rokem života. Nástup může být pozvolný a postupně expandující, nebo se náhle demaskuje vlivem zátěže ve škole, v nemoci a podobně.

Hlavním rysem AD/HD je triáda hyperaktivita, impulzivita a nepozornost. Ke stanovení diagnosty AD/HD musí být přítomno alespoň

8 příznaků. Tady není rozhodující, jestli symptomy byly nebo nebyly diagnostikovány. V ambulancích pedopsychiatrů se až podrobnou anamnesou na předškolní a ranní školní věk dětí tyto symptomy rodičům vybavují a jsou pedopsychiatrem zachyceny jakoby „ex post“. Rozhodující je tedy reálná přítomnost uvedených symptomů. Chování dětí s AD/HD z vývojového pohledu prochází fázemi dle věku, zátěže a dle korekce, respektive výchovné „nekorekce“.

U kojenců s AD/DH maminky popisují typické narušení diurnálních rytmů. Kojenec „nerespektuje“ noční hodiny, spí méně než jiní kojenci, spí kratší intervaly než jiné děti. V batolecím věku je neposedný, neustále v pohybu, potřebuje neustálý dohled dospělých, jinak hrozí zranění dítěte samotného. V předškolním věku je velice často výrazně akcentované fyziologické opozičnictví. Děti se vztekají, nejsou ochotny se podřizovat. U některých dětí je reálné riziko ubližování souvěkocům, nebo ničení věcí kolem sebe. Prosažují se i přes počáteční výchovná opatření. Mají tendenci chovat se dominantně a expanzivně. Takové dítě narušuje vztahy v rodině. Hyperprotektivní rodič ustupuje, snaží se vysvětlovat a objasňovat. Ten druhý naopak se snaží výchovu zpříšňovat. Oba výchovné přístupy selhávají. Tehdy dostává dítě s ADHD nálepku „zlobivého dítěte“. Dítě se začíná prosazovat alternativním způsobem. Je to agresivita, neposlušnost, nerespektování pravidel ve škole, doma, mezi dětmi, nerespektuje autority. Pro sociální vývoj v klíčovém předškolním věku se nenaučí ani základním sociálním dovednostem, ke kterým patří navazování a udržování kvalitních sociálních vztahů. V tomto období někdy napodobuje algoritmy expanzivního a někdy až agresivního chování jednoho z rodičů. Při nejednotnosti výchovy je tyto situace ještě složitější o konflikt rodičů mezi sebou. V nejednotném výchovném vedení dítě selže postupně zcela jistě. Ve školním věku nástupem povinností ve škole dítě selhává jak v chování, tak v učení. Je to jednak uvedenými symptomy AD/DH a pak nevhodným výchovným vedením. Při adekvátní jednotné a přiměřené výchově má dítě ve škole problémy s prospěchem. I přes snahu rodičů a dítěte nedosahuje takových výsledků, které by odpovídali intelektu a vynaložené snaze. Nevydrží udržet pozornost při učení, rychle se unavuje a postupně odmítá školní povinnosti. I když se snaží, tak výkony jsou značně nevyrovnané. Je velice časté, že

dostane současně v jednom dni jedničku a pětku z jednoho předmětu. Z hromady neúspěchů dítě s nezvládnutou AD/HD rezignuje a „realizuje“ se v dissociálních aktivitách. Inklinuje k záškoláctví, ke krádežím, lhaní, potuluje se, dostává se do závadových part.

Zkráceně se dá říct, že věkem se mění největší problémy. Do 7 let je to symptomatika AD/HD a z toho plynoucí poruchy sebehodnocení. Od 7 do 11 let se rozvíjí disruptivní chování, selhávání v učení a jsou sociálně insuficientní. Mezi 11. a 13. rokem je to vzdorovitost, zhoršení chování a nastupuje dissocialita, kriminální činnost. Od 13 let do dospělosti je už realitou vysoké riziko přerušování studia, vyhození ze školy, nebo návykové nemoci.

U AD/DH jsou různé průběhové stupně závažnosti. Od mírné, která nepostihuje sociální fungování zásadním způsobem, přes střední, kde jsou už zřejmé sociální, školní problémy. Ve vážném stupni je zřetelná sociální a školní insuficience. Z praktických důvodů někteří pedopsychiatři i u nás využívají americkou klasifikaci DSM - IV se zdůrazněním převažujících symptomů. Popisují tak průběhové varianty s převahou nepozornosti, nebo hyperaktivně impulzivní typ, respektive kombinovaný typ. V praxi je v drtivé většině nejčastější kombinovaný typ.

Výše bylo uvedeno, jakou cestou se prostá AD/HD vyvine k poruchám chování. S přihlédnutím vývojového kontinua jsou dle MKD-10 další projevy „hypertrofované AD/HD“ vedeny jako samostatné diagnosty. V přehledu uvádím následující diagnostické kategorie:

Hyperkinetické poruchy chování

- Socializovaná - F 91.1
- Nesocializovaná - F 91.2

Charakteristickým pro tyto diagnosty je dissocialita v partě (socializovaná porucha chování), nebo jedinec není schopen sociálních vztahů ani v dissociální partě a dissocialitu provádí samostatně (nesocializovaná porucha chování). Většinou je to už období puberty a adolescence, kdy náprava v chování a v sociálních dovednostech je velice obtížná a složitá. V tomto období pozorujeme přechod do poruch osobnosti nebo do komorbidity s návykovými a impulzivními poruchami.

- Dissociální porucha osobnosti - F 60.2
- Emočně nestabilní porucha osobnosti (impulzivní typ-hraniční typ) - F 60.3

Návykové a impulzivní poruchy

- Patologické hráčství - F 63.0
- Poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních



látek - F 10.

Je nutno si uvědomit, že zařazením těchto diagnos, jedná se hlavně o socializovanou a nesocializovanou poruchu chování, do MKD-10. je výsledkem dvou protichůdných tendencí. První směr je ten, který respektuje medicínské a vývojové hledisko o AD/HD, z kterého plynou poruchy chování a jsou výsledkem biologicky determinované poruchy mozku. Na druhé straně stojí oprávněna obava o možnost medicinizace sociálně společenských patologických jevů. Výsledkem je zařazení těchto poruch do MKN s tím, že v terapii jsou akcentovány režimová opatření jak doma, tak ve škole. Ze soudně znaleckého pohledu nejsou osoby s AD/HD zbavovány trestně-právní zodpovědnosti za své jednání, na rozdíl od u schizofreniků nebo u mentálně retardovaných.

Problematika terapie AD/HD je problémem dlouhodobým, medicínsky a celospolečensky závažným. Na mezioborové konferenci organizované Národním institutem zdraví (NIH) ve Spojených státech amerických v roce 1998 rokovali společně pediatři, psychiatři, neurologové, psychologové, epidemiologové, biostatikové, pedagogové. Kromě jiného bylo konstatováno, že jedinci s AD/HD jsou i velkým zdravotnickým problémem. Ročně spotřebují zdravotní péči s několikanásobně vyššími náklady na léčbu. V devítiletém sledování u dětí s AD/HD byly průměrné náklady 4306 dolarů oproti 1944 dolarů dětí bez AD/HD (JAMA 2001). Děti s ADHD mají podstatně větší obtíže se společenským uplatněním. Mají horší výsledky při vzdělávání, nejsou v zaměstnání tak úspěšní. Jsou jakoby „nastavení“ a „očekávají“ předem nepříznivé výsledky ve vzdělání, v pracovní kariéře a selhávají v sociálně emočním vývoji. Přitom podle závěrů této konference neexistuje a není nám známá žádná jednotná strategie prevence vzniku AD/HD.

Dnes se v moderní terapii AD/DH uplatňuje jak psychofarmaka, tak psychotherapeutická a režimová opatření - behaviorální management. Základem terapie AD/HD jsou režimová opatření ve škole i doma v kombinaci.

Neustále se vedly a vedou spory na farmakoterapii u AD/HD, zvláště pak jsou rozporuplné postoje k terapii stimulancii. Stimulancia jsou tzv. lékem volby u AD/HD. U nás je k dispozici **methylfenidát (Ritalin)**. Methylfenidát zasahuje do metabolismu dopaminergního systému. V této indikaci vede ke „zklidnění“ pacienta. Je mimo rozsah tohoto

sdělení uvádět přesný mechanismus účinku a jaký je rozdíl od psychostimulancí z oblasti drogové scény. Medikací metylfenidátem dochází mimo jiné k navýšení zdroje vlny P 300 u EvP (evokovaných potenciálů), což se dá interpretovat, že standardní podnět se stane z hlediska elektroaktivity mozku významnějším. (Anderer P et al. : *Methods Find Exp. Clin. Pharmacol. 2002:24 Suppl C:121-37 Perceptual and cognitive event-related potentials in neuropsychopharmacology; Dep. of Psych. University of Vienna*). Subjektivně děti popisují, že si při medikaci methyphenidátem více a rychleji zapamatují, a to co se naučily si pamatují delší dobu. Methylphenidát má tedy pozitivní vliv na pozornost a na zlepšení pracovní paměti, zlepšuje kognitivní funkce. Hlavní nevýhodou je rychlý biologický poločas rozpadu a nutnost medikace metylfenidátem několikrát denně. Proto se chystá vstoupit na náš trh preparát s prodlouženým uvolňováním **methylfenidát-Concerta** a dává možnost jednorázové dávky na den. Další stimulancia nejsou na našem trhu dostupná. Všechna stimulancia spadají do zvláštního režimu, jsou vázána na recepty pro opiáty a může je předepisovat jenom psychiatr a neurolog.

Druhou základní skupinou medikamentů jsou antipsychotika, zasahující dopaminergní systém CNS. Děje se tak v jiných strukturách a jiným mechanismem. **V současnosti se jedná hlavně o risperidon**, který má jednu velice dobrou vlastnost. Svým účinkem blokuje taky agresivitu. Z antidepresiv se u nás někdy využívají klasická tricyklická antidepresiva typu amitryptilin, zasahující dopaminergní a noradrenergní systém, nebo antidepresiva typu SSRI. Úplně novým preparátem, který je v USA už k dispozici, je atomoxetin. Tento preparát účinkuje selektivně na druhý dysfunkční systém u AD/HD, a to na noradrenergní. Do České republiky bude distribuován v příštích nejbližších letech po vyřešení ceny a po registraci v EU. Jeho největší výhodou je, že se nejedná o stimulans a tím jsou eliminovány nežádoucí účinky a rizika spojená se psychostimulancii jako je nechutenství, nespavost, možné poruchy růstu. Žádné z psychofarmak při terapii AD/HD není možno volně předepisovat a mají proskripční omezení pro psychiatry a neurology.

Jak jsem uvedl, v terapii AD/HD jsou důležitá režimová opatření v kombinaci s účelnou farmakoterapií. Podle tří pediatrických randomizovaných 14 měsíčních studií, sledujících efektivnost různých typů terapie v letech

1994-1995, je neefektivnější kombinace psychofarmakoterapie v kombinaci s behaviorálním managementem. Ze závěrů těchto studií taky plyne, že k ADHD je nutno přistupovat jako ke chronické poruše. (*American Academy of Pediatrics: Three Pediatrics studies emphasize important in better understanding ADHD (1999-5/2004)*).

V terapii by mělo tedy jít vždy o komplexní přístup. Je prokázáno, že medikace upravuje činnost CNS, zlepšují se alterované psychické funkce. Redukuje se hyperaktivita, impulzivita a roztěkanost, zlepšuje se pozornost. Následně se zlepšuje školní výkonnost a tím i subjektivní motivace k povinnostem. V konečném důsledku medikace zlepšuje schopnost CNS vytváření nových a dobře fixovaných paměťových stop ve školních vědomostech a sociálních dovednostech, kognitivní funkce. Adekvátní komplexní terapií se umožňuje uvolnit potenciál dítěte při učení na samotný problém učení, bez nutnosti část úsilí vyčleňovat na sebekontrolu a korekci nepozornosti a hyperaktivity. Způsoby jak se učit, jak zvládat zkoušení, jak se „nenechat vyprovokovat spolužáky, jak naložit se vztekem, co mám dělat, abych se nepral“, medikace nemůže objektivně zajistit. Tady jsou nesmírně důležitá režimová opatření a vzory chování nejbližších autorit jak doma, tak ve škole, nastavení morálních hodnot a pravidel chování v kmenové rodině. V terapeutických opatřeních se doporučuje jasně pojmenovat jednotlivé cílové symptomy, které budou předmětem terapie, sestavit priority postupných změn. Proto v ambulanci postupujeme cestou částečných úkolů. Osvědčilo se například dohoda s dítětem do kontroly v ambulanci nedostat poznámku za nevhodné chování za rvačky, pak být bez poznámek za „zapomínání“ úkolů a pomůcek do školy. V dalším kroku je to zlepšení známek, (jedna pětka na jedné stránce v ŽK). K těmto cílům jsou směřována opatření v režimu dne dítěte, adekvátní zařazení ve škole. Podmínkou úspěšnosti terapie je komplexní přístup a pravidelné vyhodnocování monitoringu pozitivních výsledků terapie a selhávání v terapii. V behaviorálním managementu jsou doporučována tato pravidla pro školy:

1. Pravidla a složení třídy
2. Pochvaly za dobré chování a opatrný výběr střetů
3. Přiměřené a jasné příkazy a kárání
4. Odebrání privilegií a sankce za selhávání
5. Individuální přizpůsobení strukturování pro děti



6. Aktivní vstupování do zvýšení vzdělávání
7. Školní deníček
8. Zásah celé třídy
9. Přestávky- dítě je odlišné, dále je v pohybu
10. Celoškolní programy

AAP; *Pediatrics* 10/2001, No 4: *Clinical practice Guideline: Treatment of the Scholl-Aged Child With ADHD*

V našich podmínkách se jedná o programy ve školách pro děti s poruchami chování, nebo v programech integrovaného přístupu na běžných školách. Velice často jsou takové děti vedeny se specifickými vývojovými poruchami učení ve třídách nebo školách pro dyslektiky a pracuje se s nimi dle metodiky Ministerstva školství ČR. V praktické realizaci na různých školách mají rodiče různé zkušenosti. Pro terapii AD/HD jsou tyto informace pro rodiče i děti velice důležité. Srovnatelně i u somatických nemocí učíme své pacienty různá režimová opatření. Při AD/HD se jedná o režimová opatření zajišťující kompenzaci hendikepu, jako je nácvik adekvátních strategií chování, sebeovládání, sebekorekce, nácviky a fixace adekvátních sociálních dovedností. Tato část sice nepatří do medicíny, je ale neméně, ne-li důležitější než farmakoterapie.

V terapii pacientů se moderní medicína posunula směrem k partnerství pacienta s lékařem v terapeutickém procesu. Pacient je informován o své nemoci, jsou mu doporučovány postupy terapie, je mu vysvětlováno jaké výhody a nevýhody má ten který postup, respektive jaké jsou možné následky nezačínání terapie. V chirurgických i interních oborech se v nemocnicích na modelech ukazuje pacientům co se s nimi bude činit při diagnostickém nebo terapeutickém zásahu. Děje se tak i u dětských pacientů. V dětské psychiatrii je ještě více důležité získat ke spolupráci dítě, které na svém stupni vývoje psychiky nemůže postihnout komplikovanost a perspektivu léčby duševních poruch. Proto všechny kroky v pojmenování problémů, v režimové terapii a terapii jsou nutné za spoluúčasti dítěte. Podmínkou je, aby dítě bylo adekvátně schopnostem a věku spolupodpovědné za své zlepšení nebo zhoršení v chování nebo ve školních výsledcích. Děti i jeho rodičům upřesňujeme celé diagnostické spektrum problémů s oddělením symptomů AD/HD s eventuálními komorbidními poruchami jako jsou například tikové projevy, úzkostnost, enuresis nocturna, poruchy intelektu, vývojové poruchy učení. Jasně mu-

tab. č. 1

The ADHD Iceberg: More Problems than We Expected		Modifikace
1.	ZASTAV SE	Co se děje?
2.	Co je problém?	Na co si stěžují, co ti vyčítají.
3.	Jaké jsou možnosti?	Co se dá změnit?
4.	Kterou možnost jsem si vybral?	Co změním jako první?
5.	Jak to udělám?	Jak to změním?
6.	ODMĚNA.	Co z toho budu mít.

síme oddělit tyto biologicky podmíněné dysfunkce a predispozice od výchovné nedůslednosti rodičů, prostou neposlušnost a povahového hrubáctví dětí. V druhém kroku je důležité upřesnit prioritu a hierarchii jednotlivých poruch. Pedopsychiatr je víc než jiný odborník nucen zhodnotit socioekonomické poměry rodiny, schopnosti rodičů ke spolupráci a schopnost compliance dítěte. Cílem intervence terapeuta - pedopsychiatra je rozhybat dysfunkční systém tak, aby došlo ke změnám v pohledu na poruchu pozornosti a hyperaktivity, motivace ke změnám výchovným a vzdělávacím v rodině i doma. Rozhybat rodiče v aktivitě, zajistit vyšetření u klinického psychologa, v pedagogicko-psychologických poradnách. U běžné AD/HD pak pokusit se o „přerámování problému“ z neposlušnosti a neschopnosti na hyperaktivitu a nepozornost. Je nutné ukázat jasný terapeutický plán s neustálým upozorňováním rodičů na to, že terapie AD/HD je dlouhotrvající v intencích několika let, s možností projekce do dospělosti. Velice často v ambulantní práci jsme pedopsychiatři nuceni mimo rámec medicínských kompetencí edukovat širší rodinu, učitele.

I když následující terapeutické kroky nejsou přímo medicínského charakteru byla práce „The ADHD Iceberg: More Problems than We Expected“ od autorů M.L.Kutscher et.al publikována v pediatrické a neurologické odborné literatuře. Proto ji uvedu i tady a formuluje konkrétní kroky k nácviku korekce impulzivity dětí. V praxi, pro děti, jistou změnou výše uvedených formulací je možno použít v rámci terapie následující otázky (viz tab. č. 1).

Ve Spojených státech je vypracována metodika, Evidence - Based Psychosocial Treatment for Children. Pro názornost ji zde ve zkrácené formě uvádím a dá se říct, že v běžné pedopsychiatrické praxi je u nás i modifikovaně aplikována.

1. Pedagogicko psychologické poradny: výběr změna místa ve třídě, změna třídy, školy

2. Edukace rodičů-pochvaly
3. Ukázka jasných instrukcí, neurázlivého napomenutí
4. Edukace rodičů v sankčním systému a privilegí
5. Dynamická změna terapeutických cílových symptomů
6. Dle ŽK ocenění zlepšení známek
7. Probrání zápisů v deníčku
8. Medikace
9. Edukace rodičů o medikaci, vztah medikace a výchovy
10. Zopakování „nových úkolů“ pro děti i rodiče

V terapii AD/HD jsme limitováni ze strany pacienta, rodičů-rodiny pacienta, i samotným terapeutem. Hlavní počáteční limitací je společenské stigma psychiatrie, dětské psychiatrie ještě více. Málokdy má pedopsychiatr kontakt s oběma rodiči. **Do ambulance chodí v drtivé většině děti s maminkami, které zpočátku objektivní informace z pochopitelných důvodů cenzurují.** Obecně ale lze říct, že rodiče zpočátku hyperprotektivně vše psychologizují a „snaží se o omlouvání“, bagatelizují symptomy. **Později rezignovaně vidí vše už jenom černě a vše vzdávají, jsou neadekvátně odevzdaní nebo přísní.** V rodině je pak patologická „nerovnováha“. V té jsou zafixovány nevhodné stereotypy chování rodičů i dětí. Tato situace komplikuje navázání terapeutického vztahu tak, aby všechny strany byly schopny a ochotny akceptovat informace o stavu a následně terapeutický plán. Není nutné rozvádět všechny limity lékaře v terapeutickém procesu. Na jeden bych přece jenom upozornil, a tou je pohlaví lékaře. V terapii je důležité, aby si pedopsychiatr uvědomil svoji roli mužské nebo ženské autority. Pedopsychiatr-muž by neměl reagovat konkordantně v případě neadekvátních reakcí nadměrné přísnosti u otce a měl by u těchto klást důraz na pochvaly dítěte za drobné úspěchy. Stejně tak pedopsychiatr-žena, by v terapeutické intervenci neměla reagovat na poruchy chování dítěte a selhávání u učení jako matka, tedy hyperprotektivně. Měla by se



vyhnout technice „mateřské domluvy“. Je důležité, aby terapeut reagoval v první řadě citlivě, ale zároveň jednoznačně čitelně a principiálně. Měl by mít jasný plán tak, aby dokázal pojmenovávat a dávat doporučení jak pro děti, tak pro rodiče. Dítě v rámci terapeutického procesu může dostat korektivní zkušenost s jiným typem mužské nebo ženské autority, které se mu v rodinných podmínkách nedostává. Oba, muž i žena terapeuti, jsou pak i vzorem pro rodiče jak měnit postoje a techniky řešení problémů ve výchově. Pomáhají odhalovat nevhodné skryté koalice proti jednomu z rodičů, měly by vést ke změně komunikaci v rodině. Hlavně ale terapeut vede rodiče k důslednosti a k jednotnosti výchovného systému v rodině, k vytvoření vyváženého a přiměřeného systému sankcí a odměn pro dítě.

U dětí zase pedopsychiatr koriguje dožadování se svých domnělých práv a musí jasně deklarovat u hyperaktivních dětí s agresí, že je nepřijatelné týrán rodičů, sourozenců, souvěkovců. Pedopsychiatr musí často udělat přítrž vyhrožování dětí nahlášením rodičů na policii, linku důvěry, linku bezpečí nebo na odbory sociálně právní ochrany dětí při adekvátním výchovném vedení, při oprávněných a přiměřených sankcích. Pedopsychiatr pomáhá ve výchovném procesu ve spolupráci s klinickými psychology, aby děti byly zodpovědné za své chování. I hyperaktivní dítě musí být zapojeno do „provozních povinností“ chodu rodiny. Tak se totiž upevňuje sounáležitost a spoluzodpovědnost za rodinu a upravuje to vztahy. Je nabíledni, že takové změny ve výchově se neobejdou bez konfliktů. Nemělo by to ale terapeuta a ani rodiče odradit od změny. Taky je důležité, aby napáchané škody hyperaktivním agresivním dítětem, jak materiální, tak vztahové, samy děti napravovaly. V těchto nápravách by mělo být dětem pomozeno. V denodenním životě je nutné jim ukazovat, jak situace řešit jinak a předcházet jim. Rodiče jsou v ambulantních vedení, aby trvali na dodržování pravidel, dodržování sankcí i odměn. Ve výchově rozhodně má své místo „morální apel“, v žádném případě ne moralizování!

Pedopsychiatři se často setkávají s názorem u odborné i laické veřejnosti, že léčba je neúčinná. Z výše uvedeného je vidět, že základem terapie AD/HD jsou režimová opatření doma i ve škole. Jenom pro názornost uvedu příčiny neúspěšné terapie AD/HD zpracované Asociací Amerických psychiatrů a publikované (Pediatrics 10/2001, No 4:

Clinical practice Guideline: Treatment of the Scholl-Aged Child With ADHD)

1. Neadekvátní cílové symptomy
2. Nízká informovanost rodičů o dětském chování
3. Špatná dg
4. Existence jiných - nových podmínek mající vliv na Th
5. Špatný denní režim a životospráva
6. Špatná terapie

V našich podmínkách bych téměř vyloučil špatnou diagnostiku u dětí vyšetřených pedopsychiatrem. V drtivé většině se jedná o nedostatečnou změnu v režimových opatřeních, ve vztazích rodiny, nebo zanedbávání dětí, až po agresivní vzorce chování jednoho z rodičů. Proto při selhávání v ambulantní péči jsme nuceni přistoupit k hospitalizaci dětí. Ta je centrována na nácvik sociálních dovedností, nácvik školních návyků a je tam zajištěna změna denního režimu. Limitující a omezující je separace od klíčových osob, od rodinného prostředí. Bohužel, jiná zařízení mimo psychiatrii, umožňující korekci přístupu k povinnostem, korekci chování, mají jenom represivní charakter.

Jak je vidět, terapie AD/HD je více než u jiných intervencí hlavně psychoterapeutická s podporou medikamentů. Je důležité, aby terapie probíhala pravidelně, jistou dobu, minimálně ale dva roky a dle mého alespoň jeden rok po vysazení medikace. Jistou ambulantní zkušeností je, že prvotní symptomy poruch chování při AD/HD a selhávání mají tendenci se „opakovat“ s různou intenzitou po roce od první intervence u pedopsychiatra. V praxi taky velice často vidíme zhoršení a selhávání kolem listopadu a dále v březnu a dubnu. To jsou období, kdy děti jsou školní zátěží vyčerpané po letních prázdninách, kdy do zimních prázdnin je ještě daleko. Březen a duben korelují s obecně uznávanou jarní únavou po zimě. Problematické je taky období puberty, kdy se symptomy AD/HD akcentují. To je taky další důvod, aby byla včasná, nejlépe už předškolní diagnostika a terapie dětí s AD/HD.

Dlouhotrvající zásady v přístupu k dětem s ADHD, které doporučuji rodičům, ale i učitelům jsem shrnul do následujících bodů.

1. **Laskavost** - Odměny i za maličkosti (hlavně).
2. **Důslednost** - Nenechat se manipulovat.
3. **Vzor** - Já vychovatel (rodič-učitel)
4. **Vytrvalost** - Nenechat se znechutit.
5. **Důvěra** - Dítě - rodič - pedagog - pediatr -

psycholog - psychiatr.

V závěru bych shrnul pro praxi v pediatrické ambulanci skupiny dětí, u kterých je možno předpokládat syndrom AD/HD a kde se dá předpokládat intervence pedopsychiatra. V pozornosti by měly být vždy riziková a nezralá novorozenci, novorozenci komplikovaných, protrahovaných porodů. Dále jsou to kojenci s narušeným diurnálním rytmem a děti celkově s nižší potřebou spánku. **Významným prediktorem pedopsychiatrické intervence je agresivita dětí v předškolním i raném školním věku. V raném školním věku jsou to dále děti rušící vyučování, s výrazně narušenými sociálními vazbami se souvěkovci, se školním selháváním. Markerem může být slabší úspěch i přes výraznou snahu hned v první nebo druhé třídě.** Vždy je nutno zvažovat minimálně psychologickou intervenci u dětí obtížně zvladatelných doma nebo ve škole a ve škole. Téměř bez výjimky by minimálně psychologické vyšetření měly absolvovat děti s odkladem zaškolení z důvodu nezralosti.

Pediatr je první profesionál, který může a měl by diagnostikovat AD/HD u dětí. Pediatr měl by být schopen podat kvalifikované informace rodičům o tomto syndromu. Měl by rodičům taky navrhnout adekvátní strategii včasné kompenzace tohoto hendikepu. Neměl by se spokojit s lapidárním konstatováním, bohužel i dnes často prezentovaném, „dítě z toho vyroste“. Dnes je zřetelné a vědecky podložené, že bez včasné intervence a pomoci tito jedinci jsou celoživotně stigmatizováni a selhávají ve společenském a pracovním uplatnění. Velice důležitá je i dobrá informovanost pediatrů a spolupráce s pedopsychiatry. Je obtížné udržet motivaci rodiny i pacienta k několikaleté medikaci a k režimovým změnám. Velice pomáhá, když pediatr ve své ambulanci přispívá k destigmatizaci psychiatrie a svým supportivním postojem se stává jedním z článků komplexní terapie. Diagnostika a terapie AD/HD je oprávněně i v kompetencích medicíny. Neřešena vede ke skutečným závažným sociálním problémům. Důležité je udržet medicínu a psychiatrii na hranici před medicinizací sociálně patologických jevů. Hranice je u AD/HD křehká a o to více musí pediatr odolat tlakům okolí, aby se dětská psychiatrie nestala článkem represivních opatření, nebo opačně aby neomlouvala disocialitu hyperaktivních dětí.

Literatura u autora

HIPP A4



Sociálně právní poradna pro PLDD - 3. část

MUDr. Pavel Biskup

konzultant oddělení péče o dítě a ženu, MZ ČR

Objevilo se několik dotazů praktických lékařů pro děti a dorost, **jak mají postupovat v péči o dítě po ohlášení z podezření na jeho zanedbávání, týrání či zneužívání** (dále jen sy. CAN) orgánu sociálně právní ochrany dítěte. Další postup praktického lékaře vyplývá ze zdravotního stavu dítěte a reálné situace. Doporučené postupy jsou tyto:

- vyšetří a ošetří dítě, poučí doprovod a pozve ke kontrolnímu vyšetření (dítě zařadí do dispenzarizace) anebo,
- zajistí hospitalizaci (dle situace a zdravotního stavu dítěte, vždy u dítěte, které vyhledalo lékařskou péči samo, u dítěte v doprovodu cizí osoby, která vyslovila podezření ze sy. CAN). V případě, že rodiče nedali souhlas s hospitalizací, je postupováno v souladu s § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdravý lidu, ve znění pozdějších předpisů,

V případě doprovodu dítěte cizí osobou, která vyslovila podezření ze sy. CAN, lékař znamená do zdravotnické dokumentace kontakt na tuto osobu (jméno, bydliště, telefon).

Vždy je třeba o výše uvedeném provést řádný zápis do zdravotnické dokumentace dítěte. Zápis by měl obsahovat datum a čas prvotního podezření ze sy. CAN, záznam vlastního šetření, ve kterém je třeba uvést subjektivní popis potíží vyslovený dítětem nebo doprovodem. Následně by mělo být popsáno komplexní vyšetření dítěte s popisem nálezu. Záznam dále musí obsahovat způsob, datum ohlášení a jméno pracovníka OSPOD, kterému praktický lékař své podezření nahlásil. Praktický lékař by měl záznam formulovat tak, aby jej mohl jako výpis ze zdravotnické dokumentace s popisem nálezu předat v kopii na vyžádání OSPOD (dle § 53 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů).

Upozorňuji, že v současné chvíli je již k dispozici metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR číslo 10 z října 2005 s názvem „Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy. CAN)“.

Ve spolupráci s PhDr. Lenkou Průšovou, vedoucí oddělení sociálně právní ochrany

děti Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, pokračujeme v odpovídání na dotazy praktických lékařů pro děti a dorost, které se týkají sociálně právní ochrany dítěte:

Za jakých podmínek mohou sama vstoupit do bytu, když mám podezření, že jsou tam děti zanedbávány?

Lékař svá podezření oznamuje orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Po společném vyhodnocení známých skutečností může být požádán orgánem sociálně-právní ochrany dětí o spolupráci a společnou návštěvu místa, kde se děti zdržují (většinou domácnosti, případně je mohou společně navštívit i ve škole). O výsledku takového šetření podává zprávu orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Je praktický lékař pro děti a dorost kompetentní se vyjadřovat soudu k vlivu prostředí na dítě po rozpadu manželství?

Každé rozvodové řízení, které vede k rozpadu rodiny, je pro své negativní psychosociální aspekty spolupůsobícími proti zájmům dítěte ve svém důsledku stresující. Zde se pak dále projevují neblahé vlivy špatných rodičovských příkladů na celkový zdravotní stav dítěte. Jestliže se lékař domnívá, že zhoršení zdravotního stavu dítěte je způsobeno rozvodovými dramaty, může ve svém vyjádření soudu doporučit znalecký posudek, který by zhodnotil výchovné schopnosti a možnosti obou rodičů. Tato doporučení by však měla být směřována především k orgánu sociálně-právní ochrany dětí, neboť v rámci řízení o úpravě poměrů před a po rozvodu právě tento orgán zastupuje děti a hájí jejich zájmy.

Pokud však soud svým rozhodnutím neomezí styk rodiče s dítětem, jsou rodičovská práva obou symetrická.

Má praktický lékař pro děti a dorost právo dávat jednomu z rozvádějících se rodičů stanovisko ke zdravotnímu stavu dítěte?

Praktický lékař pro děti a dorost, ač z odborného hlediska zná a řeší důsledky dlou-

hotrvajících rodičovských konfliktů nefunkční rodiny na dítě, by měl být ve vztahu k oběma rodičům nestranný.

Pokud však praktický lékař pro děti a dorost zjistí, že je ohrožen zdravotní stav dítěte z důvodu nevhodného psychosociálního prostředí, což může být i střídáním péče o dítě, má povinnost se k tomu, příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dítěte vyjádřit. Tímto orgánem je zpravidla orgán sociálně-právní ochrany dětí příslušný podle trvalého bydliště dítěte.

Z praktických důvodů je vhodné, aby na začátku svého písemného stanoviska lékař uvedl na čí žádost toto stanovisko vypracoval. Rodiče je pak potřeba upozornit, že je věcí soudu jaká váha bude této zprávě v kontextu ostatních důkazů přikládána.

Co to je oznamovací povinnost lékaře?

Oznamovací povinnost je povinnost stanovená zákonem oznámit určité skutečnosti příslušnému orgánu (zpravidla orgánu činnému v trestním řízení či orgánu sociálně-právní ochrany dětí).

Klasickým případem oznamovací povinnosti lékaře je podezření z trestné činnosti spáchané na dítěti. Klasickým příkladem je podezření na týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte. Tato povinnost vyplývá z § 10 a § 53 zákona č. 359/1999 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Zároveň oznamovací povinnost je stanovena v § 168 trestního zákona.

Konkrétně je splněna tím, že při podezření z výše uvedeného lékař na základě subjektivních i objektivních údajů neprodleně telefonicky informuje orgán sociálně právní ochrany dětí (dále jen „OSPOD“). Dle reálné situace oznámí OSPOD svůj další postup a kam event. dítě odesílá. Zároveň však trvá oznamovací povinnost lékaře stanovená trestním zákonem.

Těšíme se na Vaše další podněty.

Pokračování příště.



Čtvrtý světový kongres WSPID

(Světové společnosti pro dětské infekční nemoci)

1. - 4. září 2005, Varšava

MUDr. Zdenka Adamová

PLDD, Brno

Hlavní osobností Kongresu byl prezident WSID a zároveň předseda jejího Vědeckého výboru, profesor Stanley Plotkin z USA.

Přednáškový program po celý den probíhal paralelně ve čtyřech sekcích. Hlavní myšlenka, která z přednesených prací na Kongresu vyplynula, je: „V současné době je hlavním řešením dětských infekcí prevence, opírající se zejména o očkování.“

Celý cyklus přednášek byl věnován pracem, zabývajícím se vzrůstající bakteriální rezistencí na antibiotika (prof. Yagupsky a prof. Dagan z Izraele, prof. Cohen z Francie...). Stále celosvětově stoupá počet bakteriálních patogenů rezistentních na antibiotika a také počet léků, na něž tyto mikroorganismy získaly odolnost. Není to již problém jen nozokomiálních kmenů, jako ještě donedávna, rozšířil se mohutně i mezi komunitní mikroorganismy. Narůstá spolu s nedostatkem nových účinných antibiotik, jejichž vývoj farmaceutickými firmami je v posledních letech pomalý. Pro omezení antibiotické rezistence je důležitá řada faktorů, které je třeba rozpoznat, porozumět jim a monitorovat je, aby se mohly formulovat postupy založené na důkazech. Jsou to: farmakokinetika antibiotika, biologie mikroorganismu, stav hostitelského organismu, podmínky okolního prostředí. Zkušenost praví, že redukce rezistence je možná, je to však problém extrémně komplexní a obtížný. My v první linii musíme umět rozlišit virovou nemoc od bakteriální (třeba i pomocí rychlých testů). Antibiotika bychom měli podávat ve vysoké dávce a co možná nejkratší dobu. Dlouhodobé podávání antibiotika vede k rozvoji rezistence. Neměli bychom používat antibiotika s vysokým selektivním tlakem na rozvoj rezistentních mikrobiálních kmenů, snažit se podávat antibiotika cíleně, dle výsledků kultivace a citlivosti. Na druhé straně, odběr biologického materiálu u dětí je často

komplikovaná záležitost a výpovědní hodnota drahého kulturačního vyšetření může být sporná. V případě tonsilofaryngitidy u dětí toto vyšetření nebývá ani nutné. Pokud se projeví náhle vzniklou bolestí v krku a horečkou, zvětšenými palpačně citlivými krčními uzlinami a faryngitidou, která není provázena hlenovou sekrecí a kašlem, jedná se s největší pravděpodobností o infekci pyogenním streptokokem a namísto je antibiotická léčba penicilinem nebo amoxicilinem. **Jiné než streptokokové faryngitidy většinou antibiotickou léčbu nevyžadují.** Práci na toto téma přednesl profesor Pichichero z USA.

Přednášky o chřipce, ptačí chřipce a SARS přednesl doktor Dowel z USA. Sezónní výskyt lidské chřipky v jednotlivých podnebných pásmech je dobře znám, ale není vůbec objasněn. Viry nové ptačí chřipky A (H5N1) nemají zřetelný sezónní výskyt. Tím máří možnost infekci předpovídat a v rámci možností ji mít pod kontrolou. Chybění sezónnosti bylo vlastností pandemických chřipkových virů v minulosti. Porozumění okolnostem, které ovlivňují sezónní návraty lidské chřipky by nám možná pomohlo předpovědět chování ptačí chřipky A (H5N1). Možnost, že by se oba viry setkaly, je stále větší.

Narozdíl od SARS, postihuje ptačí chřipka A často děti, zejména venkovské děti. Má zákeřný začátek: horečku a malátnost. V dalším průběhu se objevuje kašel a postupně narůstající dyspnoe až dechová nedostatečnost. V krevním obrazu je lymfopenie, na rtg plic obraz ARDS. Vždy je v anamnéze kontakt s nemocnou nebo mrtvou drůbeží.

Ještě poznámka k očkování proti lidské chřipce: děti do 12 let by neměly být očkovány subjednotkovými, nýbrž splitovými očkovacími látkami.

Rozsáhlý prostor byl věnován přednáškám o vakcinacích, prezentacím studií o účinnos-

ti nově zavedených vakcín (inaktivovaná poliovakcína, rotavirová vakcína, vakcína proti papilomavirům, tetravakcína proti morbillám, parotitidě, rubeole a varicelle, vakcína proti klíšťové encefalitidě, acelulární vakcína proti pertussi, konjugovaná meningokoková a pneumoková vakcína). Vakcinace APV (acelulární pertussi) je doporučována v 5 dávkách v dětství a adolescenci a pro lepší kontrolu nemoci boosterovat v dospělosti po 10 letech (stejně jako tetanus a difterii).

Profesor Rennles z USA referoval o zkušenostech s konjugovanou pneumokokovou vakcínou v USA. **Po rutinním zavedení konjugované HiB vakcíny se stal hlavním původcem invazivních onemocnění u malých dětí pneumokok.** Od zavedení očkování v roce 2000 poklesl počet invazivních pneumokokových infekcí u dětí do 2 let o 96% ! Zároveň poklesla penicilinová rezistence izolovaných pneumokoků (kmenů obsažených v Prevenaru) z 15% na 4%. Po zavedení vakcinace poklesl výskyt pneumokokových infekcí i mezi neočkovanou populací (tzv. efekt stáda).

Hovořilo se pochopitelně i o tuberkulóze. Doktorka Suvilienová z Litvy upozornila na nemalý výskyt dětské tuberkulózy v zemích bývalého „Východního bloku“. V roce 2003 bylo nejméně případů hlášeno z Maďarska (0.63 na 100 000 dětí), nejvíce z Kazachstánu (55,5 na 100 000 dětí).

Jediné dvě přednášky českých autorů přednesla na Kongresu mladá paní doktorka K. Šoltýsová: „PCR v diagnostice dětské neuroboreliózy“ a „Porušená sezonalita - bouřlivý zimní výskyt enterovirové meningoencefalitidy u dětí“.

Na 160 prací autorů z celého světa bylo prezentováno v podobě posterů.

Příští, 5. kongres World Society for Pediatric Infectious Diseases, se bude konat za 2 roky v Bangkoku.

OPRAVA

Tabulka uveřejněná v listopadovém čísle 9/2005 na str. 32, která se vztahuje ke kasuistice Poruchy příjmu potravy na str. 30 téhož čísla, je nesprávně označena. Správné označení tabulky zní takto:

„Antropologická data během dětství a dále nemoci (hmotnost, výška, BMI, poměr hmotnosti k výšce, poměr výška k výšce)“.

Za nedopatření se čtenářům i autorce omlouváme.

Redakce



Přehled odborných seminářů

428/261

VÍKENDOVÝ KURZ - NEODKLADNÁ PÉČE V PŘEDNEMOCNIČNÍ PRAXI

Určení:

pro praktické lékaře, lékaře - pediatry, všeobecné sestry, dětské sestry pracující v ordinaci PL

Místo:

NCO NZO Brno

Počet účastníků: 25

Termín:

10.3.2006 - 11.3.2006

Odborný garant:

MUDr. Danuše Borková,
územní záchranná služba v Brně

Vedoucí kurzu:

MUDr. Marcela Bradáčová

tel. +420 543 559 545, e-mail: bradacova@nconzo.cz

Program:

KPR, šok,
nejčastější otravy,
akutní příhody kardiovaskulární,
akutní příhody plicní, polytraumata.
Praktické nácviky resuscitace a intubace.

Poznámka:

Součástí kurzu bude seminář
Praktické nácviky resuscitace a intubace.
Kurz se bude konat v časovém rozmezí
pátek cca 13.30 hod až sobota cca 16.00 hod.
Akce je garantována ČLK.
Lékaři obdrží Certifikát, zdravotní sestry 4 kredity.

Předpokládaná cena: 900,- Kč

429/261

VÍKENDOVÝ KURZ - NEODKLADNÁ PÉČE V PŘEDNEMOCNIČNÍ PRAXI

Určení:

pro praktické lékaře, lékaře - pediatry, všeobecné sestry, dětské sestry pracující v ordinaci PL a další lékaře se zájmem o tuto problematiku

Místo:

NCO NZO Brno

Počet účastníků: 25

Termín:

10.11.2006 - 11.11.2006

Odborný garant:

MUDr. Danuše Borková,
územní záchranná služba v Brně

Vedoucí kurzu:

MUDr. Marcela Bradáčová

tel. +420 543 559 545, e-mail: bradacova@nconzo.cz

Program:

KPR
šok, nejčastější otravy,
akutní příhody kardiovaskulární,

akutní příhody plicní, polytraumata.

Praktické nácviky resuscitace a intubace.

Poznámka:

Součástí kurzu bude seminář

Praktické nácviky resuscitace a intubace.

Kurz se bude konat v časovém rozmezí

pátek cca 13.30 hod až sobota cca 16.00 hod.

Akce je garantována ČLK. L

ékaři obdrží Certifikát, zdravotní sestry 4 kredity.

Předpokládaná cena: 900,- Kč

430/261

VÍKENDOVÝ KURZ - NOVINKY V NOVOROZENECKÉ CHIRURGII

Určení:

pro lékaře - pediatry

Místo:

Brno

Pracoviště:

FN Brno - klinika dětské chirurgie,
ortopedie a traumatologie

Počet účastníků: 10

Termín:

18.2.2006

Odborný garant:

MUDr. Otakar Teyschl, CSc.

Vedoucí kurzu:

MUDr. Jiří Dušek, CSc.

tel. +420 543 559 540, e-mail: dusek@nconzo.cz

Program:

Prenatální diagnostika v dětské chirurgii.
Nové trendy v novorozenecké chirurgii.
Miniinvazivní chirurgie v novorozeneckém věku.
Akce je garantována ČLK.
Kurz je hodnocen 7 kredity.

Předpokládaná cena: 800,- Kč

431/261

VÍKENDOVÝ KURZ - MODERNÍ TRENDY V OBORU DĚTSKÉ ORTOPEDIE

Určení:

pro lékaře - pediatry

Místo:

Brno

Pracoviště:

FN Brno - klinika dětské chirurgie,
ortopedie a traumatologie

Počet účastníků: 30

Termín:

bude určen - duben 2006

Odborný garant:

doc. MUDr. Jan Poul, CSc.

Vedoucí kurzu:

MUDr. Jiří Dušek, CSc.



tel. +420 543 559 540, e-mail: dusek@nconzo.cz

Program:

Endoskopické operační metody.
Multioborová péče o pacienty s maligními kostními nádory.
Diagnostika a léčba vrozených vad pohybového systému.
Možnosti chirurgické léčby dětí s mozkovou obrnou (DMO).

Akce je garantována ČLK.

Kurz bude hodnocen 7 kredity.

Předpokládaná cena: 800,- Kč

432/261

**VÍKENDOVÝ KURZ - SOUČASNÉ DIAGNOSTICKÉ
A LÉČEBNÉ POSTUPY V DĚTSKÉ TRAUMATOLOGII**

Určení:

pro lékaře - pediatry

Místo:

Brno

Pracoviště:

FN Brno - klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie

Počet účastníků: 30

Termín:

bude určen - září 2006

Odborný garant:

MUDr. Vladimír Bartl, CSc.

Vedoucí kurzu:

MUDr. Jiří Dušek, CSc.

tel. +420 543 559 540, e-mail: dusek@nconzo.cz

Program:

Problematika první lékařské pomoci.

Moderní diagnostické vyšetření.

Současné léčebné postupy.

Význam rehabilitační léčby a léčebných pomůcek.

Akce je garantována ČLK.

Kurz bude hodnocen 7 kredity.

Předpokládaná cena: 800,- Kč

433/261

**SEMINÁŘ - LÉČBA CHRONICKÉ BOLESTI
NEONKOLOGICKÉHO PŮVODU**

Určení:

pro praktické lékaře a další lékaře se zájmem o tuto problematiku

Místo:

NCO NZO Brno

Počet účastníků: 25

Termín:

bude určen - březen 2006

Odborný garant:

MUDr. Olga Haklová, doc. MUDr. Lubomír Hakl, CSc.,

FN Brno-Bohunice, Centrum léčby bolesti

Vedoucí kurzu:

MUDr. Jiří Dušek, CSc.

tel. +420 543 559 540, e-mail: dusek@nconzo.cz

Program:

Všeobecný úvod. Léčba bolesti neopiodními analgetiky.

Léčba opiodními analgetiky.

Neuromodulační metody.

Poznámka:

Odpolední seminář bude probíhat v časovém rozmezí

cca 16.00 - 19.00 hod.

Akce je garantována ČLK.

Seminář bude hodnocen 3 kredity.

Předpokládaná cena: 300,- Kč

434/261

SEMINÁŘ - NEMOCI PŘENÁŠENÉ KLÍŠTATY

Určení:

pro praktické lékaře a další lékaře se zájmem o tuto problematiku

Místo:

NCO NZO Brno

Počet účastníků: 30

Termín:

bude určen - květen 2006

Odborný garant:

doc. MUDr. Petr Husa, CSc.,

přednosta kliniky infekčních chorob FN Brno-Bohunice

Vedoucí kurzu:

MUDr. Jiří Dušek, CSc.

tel. +420 543 559 540, e-mail: dusek@nconzo.cz

Program:

Klíštová meningoencefalitida.

Lymfská borelióza. Ehrlichioza.

Poznámka:

Odpolední seminář se bude konat v časovém rozmezí

cca 16.00 - 19.00 hod.

Akce je garantována ČLK.

Seminář bude hodnocen 3 kredity.

Předpokládaná cena: 300,- Kč

435/261

SEMINÁŘ - CHŘIPKA - STÁLÉ NEBEZPEČÍ!!!

Určení:

pro praktické lékaře a další lékaře se zájmem o tuto problematiku

Místo:

NCO NZO Brno

Počet účastníků: 30

Termín:

bude určen - listopad 2006

Odborný garant:

doc. MUDr. Petr Husa, CSc.,

přednosta kliniky infekčních chorob FN Brno-Bohunice

Vedoucí kurzu:

MUDr. Jiří Dušek, CSc.

tel. +420 543 559 540, e-mail: dusek@nconzo.cz

Program:

Epidemiologie chřipky. Ptačí chřipka. Vakcinace proti chřipce.

Poznámka:

Odpolední seminář se bude konat v časovém rozmezí

cca 16.00 - 19.00 hod.

Akce je garantována ČLK.

Seminář bude hodnocen 3 kredity.

Předpokládaná cena: 300,- Kč

436/261

**CYKLUS SEMINÁŘŮ - SPRÁVNÁ INDIKACE
ZOBRAZOVACÍCH METOD, I. - III.část**

Určení:

pro praktické lékaře a další lékaře se zájmem o tuto problematiku



Místo:

NCO NZO Brno

Počet účastníků: 25

Termín:

bude určen - I. pololetí 2006

Odborný garant:

prim. MUDr. Marek Mechl, Ph.D.,

Radiodiagnostická klinika FN Brno-Bohunice

Vedoucí kurzu:

MUDr. Jiří Dušek, CSc.

tel. +420 543 559 540, e-mail: dusek@nconzo.cz

Program:

CT, MR, skiografie, skiaskopie, angiografie
a intervenční radiologie, mamografie, ultrazvuk, pals
a feleradiologie, virtuální realita.

Přehled od nejjednodušších zobrazovacích metod po nejsložitější,
jejich správná indikace, pozitiva a negativa.

Poznámka:

Jedná se o tři na sebe navazující odpolední semináře.

Celý cyklus seminářů je hodnocen CERTIFIKÁTEM.

Odpolední seminář se bude konat v časovém rozmezí
cca 16.00 - 19.00 hod.

Akce je garantována ČLK.

Předpokládaná cena: 300,- Kč za jeden seminář

437/261

SEMINÁŘ - CO BY MĚL VĚDĚT LÉKAŘ O RADIČNÍ OCHRANĚ

Určení:

pro praktické lékaře a další lékaře se zájmem o tuto problematiku

Místo:

NCO NZO Brno

Počet účastníků: 30

Termín:

bude určen - II. pololetí 2006

Odborný garant:

prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc.,

přednosta Radiodiagnostické kliniky FN Brno-Bohunice

Vedoucí kurzu:

MUDr. Jiří Dušek, CSc.

tel. +420 543 559 540, e-mail: dusek@nconzo.cz

Program:

Přehled zobrazovacích metod.

Rizika záření.

Ochrana před zářením.

Radiační zátěž.

Patogenní poškození nemocného.

Poznámka:

Odpolední seminář se bude konat v časovém rozmezí
cca 16.00 - 19.00 hod.

Akce je garantována ČLK.

Seminář bude hodnocen 3 kredity.

Předpokládaná cena: 300,- Kč

440/261

SEMINÁŘ - OŠETŘOVÁNÍ A LÉČBA CHRONICKÝCH RAN

Určení:

pro praktické lékaře a další lékaře se zájmem o tuto problematiku,

všeobecné sestry pracující v ordinaci PL

Místo:

FN Brno - dermatovenerologická klinika

Počet účastníků: 30

Termín:

bude určen - I. pololetí 2006

Odborný garant:

prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.,

přednosta kožní kliniky FN Brno-Bohunice

Vedoucí kurzu:

MUDr. Marcela Bradáčová

tel. +420 543 559 545, e-mail: bradacova@nconzo.cz

Program:

Hojení ran. Místní léčba.

Moderní terapie. Komplexní péče o chronickou ránu.

Poznámka:

Odpolední seminář bude probíhat v časovém rozmezí
cca 16.00 - 19.00 hod.

Akce je garantována ČLK.

Seminář bude hodnocen 3 kredity.

Předpokládaná cena: 300,- Kč

441/261

KURZ - NOVÉ POZNATKY Z DIAGNOSTIKY A LÉČBY KOŽNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Určení:

pro praktické lékaře a další lékaře se zájmem o tuto problematiku

Místo:

NCO NZO Brno

Počet účastníků: 30

Termín:

bude určen - II. pololetí 2006 (1 den)

Odborný garant:

prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.,

přednosta kožní kliniky FN Brno-Bohunice

Vedoucí kurzu:

MUDr. Marcela Bradáčová

tel. +420 543 559 545, e-mail: bradacova@nconzo.cz

Program:

Autoimunita v dermatologii.

Chronická žilní insuficience.

Acne vulgaris a současná léčba.

Kožní nádory a prekancerózy.

Bércový vřed.

Akce je garantována ČLK.

Kurz bude hodnocen 7 kredity.

Předpokládaná cena: 800,- Kč

442/261

SEMINÁŘ - PRÁVNÍ ASPEKTY OCENĚNÍ PRAXE PŘI PRODEJI

Určení:

pro praktické lékaře

Místo:

NCO NZO Brno

Počet účastníků: 25

Termín:

bude určen - I. pololetí 2006 (1 den)

Odborný garant:



MUDr. Renáta Novotná,
Sdružení praktických lékařů ČR

Vedoucí kurzu:

MUDr. Marcela Bradáčová
tel. +420 543 559 545, e-mail: bradacova@nconzo.cz

Program:

Právní předpisy při prodeji ordinace, podklady a údaje
pro stanovení ceny, daňová problematika.

Poznámka:

Jedná se o jednodenní sobotní seminář.

Předpokládaná cena: 1 300,- Kč

443/261

**SEMINÁŘ - PROBLÉM NEPLODNOSTI
MANŽELSKÝCH PÁRŮ**

Určení:

pro praktické lékaře a další lékaře se zájmem o tuto problematiku

Místo:

NCO NZO Brno

Počet účastníků: 25

Termín:

bude určen - I. pololetí 2006

Odborný garant:

prof. MUDr. Jan Malý, DrSc.

Vedoucí kurzu:

MUDr. Marcela Bradáčová
tel. +420 543 559 545, e-mail: bradacova@nconzo.cz

Program:

Příčiny neplodnosti žen.
Příčiny neplodnosti mužů.
Možnosti ovlivnění.
Řízená reprodukce.

Poznámka:

Odpolední seminář se bude konat v časovém rozmezí
cca 16.00 - 19.00 hod.
Akce je garantována ČLK.
Seminář bude hodnocen 3 kredity.

Předpokládaná cena: 300,- Kč
445/261

**SEMINÁŘ - CO BY MĚL VĚDĚT PRAKTICKÝ LÉKAŘ
O ANTIKONCEPCI**

Určení:

pro praktické lékaře a další lékaře se zájmem o tuto problematiku

Místo:

NCO NZO Brno

Počet účastníků: 25

Termín:

bude určen - II. pololetí 2006

Odborný garant:

MUDr. Marcela Bradáčová

Vedoucí kurzu:

MUDr. Marcela Bradáčová
tel. +420 543 559 545, e-mail: bradacova@nconzo.cz

Program:

Novinky v hormonální antikoncepci.
Rizika a kontraindikace.
Jiné možnosti antikoncepce.

Poznámka:

Odpolední seminář se bude konat v časovém rozmezí
cca 16.00 - 19.00 hod.
Akce je garantována ČLK.
Seminář bude hodnocen 3 kredity.

Předpokládaná cena: 300,- Kč

Zájemci o vzdělávací akce
se mohou hlásit na adresu:

NCO NZO

**Katedra vzdělávání lékařů a jiných vysokoškoláků
Hana Holešovská - organizační pracovník katedry
Vinařská 6, 603 00 Brno**

Inzerce - kupón MEDICAL TRIBUNE



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Levocetirizidin zlepšuje kvalitu života u dětí s alergickou rhinitidou

Alergická rhinitis je společné zánětlivé postižení nosní mucosy vystavené alergenům. Je charakterizované známými symptomy, nedostatečně je ale spojována s dalším vývojem v asthma bronchiale. Toto se následně vyskytuje ve 20% dospívajících a u 40% dětí. Současný levocetirizidin je indikován pro symptomatické léčení právě alergické rhinitidy, včetně persistentní rhinitidy a chronické idiopatické urticarie. U nás se podává od 6-ti let, ve Švýcarsku již od 2 let. Je popisováno, že při léčbě uvedeným preparátem byly symptomy redukovány na polovinu již během prvních 2 týdnů. Je vhodný pro věkovou skupinu mezi 6 - 12 lety. Očekává se, že léčba může redukovat procento výskytu asthmatu u těchto jedinců.

AnnAllergy Asthma Immunol
2005, 95,175 - 180

Nová metoda ohodnocující u dětí expozici k nikotinu

Expozice kojenců při kouření rodičů je asociována s nepříznivými zdravotními problémy. Účelem bylo nalézt snadno aplikovatelnou metodu sbíraného vzorku moče kojence a toto korelovat ke konitininové koncentraci. Proužek papírového filtru byl umístěn na šíji kojenců. Po namočení a usušení tohoto proužku byla laboratorně provedena extrakce s fosfátem a z tohoto eluátu byl analysován conitin Elisou a korelován ke kreatininové koncentraci. Vyšetření bylo provedeno u 93 kojenců při průměrném

věku 63 dnů, 10% dětí mělo vysoké hodnoty poměru cotininu ku kreatininu. Byla nalezena signifikantní korelace mezi kouřením matek a cotininovou koncentrací u kojenců.

Eur. J. Pediatr. 2005, 164, 188 - 189

Hladina plasmatického aldosteronu u nezralých novorozenců v prvním týdnu života

Aldosteron je hormon kůry nadledvin, který je integrální součástí renin-angiotensin-aldosteronového systému. Tento systém hraje důležitou roli v udržování krevního tlaku a homeostase sodíku a draslíku. Je známo, že tento systém je aktivní od 16 týdne fetálního života s relativní aldosteronovou resistencí, která se zmenšuje během prvního roku života. Většina těchto nezralých vyšetřovaných novorozenců se narodila mezi 30 - 32 týdnem života. Horní limit pro dospívající jedince je 970 pmol / l. Účelem studie bylo zjistit hladinu aldosteronu v prvním týdnu života a vazby na mineralogram. Vyšetřeno bylo celkem 50 novorozenců. Hladiny aldosteronu byly v minulosti vyšetřovány u zralých novorozenců. Tato studie ukázala, že hladiny jsou podstatně vyšší u nezralých novorozenců než u novorozenců zralých. Zde se hodnoty pohybovaly mezi 5700 - 18 000 pmol / l. Nebyla nalezena žádná korelace mezi plasmatickým aldosteronem, serovým kaliem a krevním tlakem. Tato studie podporuje předešlé práce demonstrující inverzní korelace mezi plasmatickým aldosteronem a zralostí dítěte. Fyziologickým zá-

kladem je zřejmě odpověď distálního renálního tubulu na aldosteron, redukce sodíkové absorpce v proximálním tubulu a další pochody.

Eur.J.Pediatr. 2005, 164, 141 - 145

Ibuprofen versus indomethacin pro uzávěr ductus arteriosus

Ibuprofen užívaný jako antipyretikum, analgetikum a protizánětlivý preparát je užíván pro uzávěr ductus arteriosus. PDA je asociován se zvýšením neonatální morbidoty, chronických plicních onemocnění, intraventrikulární hemorhagie nebo apnoe. Alternativním léčením pro uzávěr PDA je Indomethacin. Tento je však často spojen s nepříznivými událostmi jako nekrotizující enterocolitidou. Nynější dostupnost intravenosního Ibuprofenu byla základem pro srovnání vzájemné účinnosti. Uvádělo se mimo jiné také, že vysoká dávka Ibuprofenu zvyšuje hodnotu bilirubinu, toto ale se měřením neprokázalo. Neukázaly se žádné signifikantní diference mezi Ibuprofenem a Indomethacinem. Z hlediska zvýšení koncentrace sérového kreatininu jeho nižší zvýšení preferuje Ibuprofen a také vylučování moče vykazuje poněkud menší redukce po Ibuprofenu než po Indomethacinu. Poměr novorozenců, kteří vyžadovali postnatální oxygenovou terapii v 28 dnu byl ale vyšší u pacientů, kteří dostávali Ibuprofen.

Eur.J.Pediatr. 2005, 164, 135 - 140

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

Jen tamiflu na chřipku podle vědců nestačí

Středeční zpráva, že virus H5N1 si začal vytvářet odolnost vůči léku tamiflu, který dosud platil za nejúčinnější prostředek při léčbě ptačí chřipky, vyvolala řadu reakcí. Informace v časopisu *New England Journal of Medicine*, jež se odvolává na zkušenosti lékařů z Vietnamu, kde i po užití tamiflu zemřely dvě pacientky, je podle expertů znepokojivá. Podle výzkumníků není nicméně zjištěno o odolnosti viru vůči léku nečekané. Podle lékaře Jeremyho Farrara si všechny mikroby či viry mohou vytvořit odolnost proti lékům. Ačkoli Farrar připustil, že tento vývoj může způsobit velké problémy, dodal, že „je málo pravděpodobné, že by se pak takový virus snadno přenášel z člověka na člověka“. Čerstvě zveřejněné výsledky výzkumu podle

expertů rovněž podtrhují důležitost hledání dalších prostředků léčby místo spoléhání na jediný lék.

Britská agentura pro regulaci léků (MHRA) v noci na včerejšek uvedla, že objevila dvacítku internetových stránek, na kterých soukromníci nabízejí padělky tamiflu. Varovala před pokoutním šířením preparátu, neboť představuje hrozbu pro zdraví lidí. MHRA bez dalšího upřesnění zdůraznila, že pravý tamiflu je možné si v Evropě pořídit jen prostřednictvím oficiálních zdravotnických sítí, a to za jasně daných specifických podmínek.

V Indonésii další dvě úmrtí

Z Indonésie mezitím přišla zpráva, že na ptačí chřipku tu zemřeli další dva lidé. Světová zdravotnická organizace (WHO) potvrdila, že nákaze tento měsíc v Jakartě podlehl devětatřicetiletý muž a osmiletý chlapec.

„Právě jsme obdrželi potvrzení od laboratoře WHO v Hongkongu, že byli infikováni virem H5N1,“ sdělila mluvčí nemocnice nakažlivých chorob v Jakartě. Nákazu ptačí chřipkou u obou obětí potvrdilo také Středisko pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) v americké Atlantě, jehož testy WHO uznává.

Zatím není zřejmé, jak se nakazil zmíněný hoch, devětatřicetiletý člen bezpečnostní služby však údajně přišel do kontaktu s infikovanou drůbeží v místě bydliště. Obě oběti pocházejí z Jakarty, nejsou však v příbuzenském vztahu.

Počet obětí viru se tak v Indonésii vyšplhal na jedenáct. Ptačí chřipka dosud připravila od roku 2003 v Asii o život přes 70 lidí a vyžádala si vybití stovek milionů kusů drůbeže. Virus H5N1 se v posledních měsících dostal z Asie již i do Ruska, Turecka a do Evropy, kde se objevil na Ukrajině, v Chorvatsku či v Rumunsku.



Aktuality

■ **Lékárníci: Ať Rath doloží, že se na léky nebude doplácet**

Představenstvo České lékárnické komory žádá ministra zdravotnictví Davida Ratha, aby doložil své tvrzení, že občané opravdu nebudou od ledna příštího roku na vybrané léky více doplácet. „Na zpoždění ministerstva zdravotnictví opět zbytečně doplatí pacienti. Budou po určité období doplácet více, než je záměrem nové vyhlášky,“ uvedl prezident České lékárnické komory Lubomír Chodoba. „Ať pan ministr dokladuje, pokud a jak je u všech přípravků zaručeno, že firmy budou snižovat cenu léků tak, aby pacient nedoplácel. Případně ať jasně sdělí veřejnosti, proč si pacienti budou muset na některé léky připlatit. Chci by začal mluvit pravdu, nebo dokladoval, že ji mluví,“ řekl Právu Chodoba.

Zdravotní pojišťovny vydají ročně na léky asi 38 miliard, celkem se utratí za léky 55 miliard. Pacienti tedy na léky doplácet ročně přes 17 miliard korun.

Podle představenstva lékárníků Rath „lékovou vyhlášku“, která má od 1. ledna stanovit ceny jednotlivých léků hrazených ze systému veřejného zdravotního pojištění, dodnes nepodepsal. Lékárny tedy nebudou mít včas číselník, podle kterého přizpůsobí zásoby s ohledem na připravované změny v úhradách.

„Požadujeme, aby ministr minimálně o měsíc pozdržel její účinnost, tj. od 1. února. Pacienti by v lednu dopláceli i na léky, na které v únoru už doplácet nebudou,“ uvedl šéf České lékárnické komory.

■ **Vědci se rozhodli sestavit genetickou mapu rakoviny**

Projekt za 100 milionů dolarů slibuje nové postupy léčby

Genetickou mapu rakoviny, která by pomohla nalézt její spouštěcí mechanismy, a tím i nové druhy léčení, chtějí vypracovat američtí vědci.

„Je to smělý záměr,“ řekl v úterý o projektu v hodnotě sto milionů dolarů (asi 2, 5 mld korun) šéf genetického výzkumu v Národním ústavu zdraví (NIH) Francis Collins.

Zjistit genetický kód rakoviny je mnohem složitější, než zmapování lidského genomu. „Ale již nyní je k dispozici technologie, která může konečně vystopovat genetické změny nezbytné k tomu, aby propuklo asi 200 nemocí, které kolektivně označujeme jako rakovinu,“ řekl Collins. Tyto znalosti jsou nezbytné k vývoji lepší léčby, dodal.

V rámci projektu genomu rakoviny budou moci vědci nyní pracující odděleně sdílet své údaje v naději, že to urychlí objevy genetických mutací. Tříletý pilotní projekt, který financuje Národní ústav pro výzkum rakoviny (NIC) a Národní ústav pro výzkum lidského genomu, se bude zaměřovat na dva nebo tři typy rakoviny, na nichž se vědci ještě dohodnou.

Vědci již objevili mnoho genů, které hrají při vzniku rakoviny nějakou úlohu. Někdy může nádorové bujení spustit jediná genetická mutace, někdy vede jen k tomu, že její nositelé jsou k nemoci náchylnější. Další změny mohou určit, zda půjde o rychle bující nebo méně smrtící nádor, případně mají vliv na to, zda bude fungovat léčba.

■ **Lékařské pohotovosti u soudu**

Kdo bude platit pohotovosti - kraje, či stát? To rozhodnou ústavní soudci.

Kdo má zajišťovat a současně z velké části platit lékařské pohotovosti? Stát, kraje, nebo obce? Po dvou letech příprav se blíží chvíle, kdy ústavní soudci na návrh Jihomoravského kraje rozhodnou, kdo za noční a víkendové služby lékařů zodpovídá.

Měli by říci, zda mají fungování lékařských služeb koordinovat kraje, radnice v sídlech malých okresů, nebo stát. Nebo také, že je podle současného práva nemusí zajišťovat nikdo. „Rozhodnutí bude průlomové. Nebráníme se zajišťování služeb, ale v současném právním vakuu těžko můžeme dělat i nějaké vylepšení či optimalizaci sítě,“ podotýká jihomoravský krajský radní zodpovědný za oblast zdravotnictví František Adamec. Stejně jako většina ostatních krajů, i jižní Morava doplácí na fungování pohotovostí vysoké sumy. Přibližně dvacet milionů dělí v podobě dotací radnicím v sídlech malých okresů a ty s lékaři noční a víkendovou práci domlouvají. Na sousedním Zlínsku již se do změny sítě pohotovostí pustili, přesto i oni doplácet významné sumy.

„Snižili jsme počet stanovišť a pohotovost zajišťuje záchranná služba,“ upřesňuje mluvčí zlínského hejtmanství Patrik Kamas. Zástupci regionů by ušetřené prostředky použili například na nemocnice či dobovování sítě záchranné služby.

„Byla to mimořádně obtížná záležitost. Soudce zpravodaj předá plénu soudu všechny podklady v horizontu několika týdnů,“ potvrzuje mluvčí Ústavního soudu Michal Spáčil. „Obsahu nálezu ale samozřejmě nemůžeme předcházet,“ uvedl.

Pro pacienty je otázka financování pohotovostí zásadní. Zdravotní pojišťovny provoz zařízení fungujících mimo ordinaci dobu praktických lékařů hradí stejně jako běžnou službu - pohotovosti tedy na sebe nevydělají a jejich provoz je nezbytné dotovat. „Pokud povinnost připadne krajům, jsme připraveni snížit počet pohotovostí z nynějších patnácti na sedm. Všechny ale poskytnou komplexní služby podle jednotných kritérií,“ tvrdí radní Adamec. Nyní se u pohotovostí neshodují provozní hodiny ani rozsah služeb. Jen někde funguje například zubní či dětský lékař.

Rozhodnutí o pohotovostech se nedotkne práce záchranných služeb. Ty po zavolání na linku tísňového volání vyjíždějí na místa, kde jsou lidé v přímém ohrožení života.

Pojišťovny provoz zařízení fungujících mimo ordinaci dobu praktických lékařů nehradí.

■ **Zdravotnictví musí ušetřit 35 miliard**

Od ledna se bude přerozdělovat veškeré pojistné

Úspory až 35 miliard do dvou let měla českému zdravotnictví přinést krátkodobá opatření, která v červnu přijala vláda na návrh tehdejší ministryně Milady Emmerové.

Zdravotnictvím proteče za rok 200 miliard, dluh zdravotního pojištění dosáhl 14 miliard. Podle ministra zdravotnictví Davida Ratha by v příštím roce neměl dluh dále růst, možná by dokonce mohl zhruba o dvě miliardy klesnout.

Stát dá víc za děti a důchodce

Z krátkodobých opatření se zatím uskutečnil jednorázový odkup pohledávek zdravotních pojišťoven. Stát odkoupil dlužné pojistné za zkrachovalé státní podniky ve výši 3,8 miliardy korun.

Od ledna se mění systém přerozdělení pojistného. Dosud se přerozdělovalo 60 procent vybrané částky, do přerozdělení nyní půjde veškeré vybrané pojistné a zohlední se věková struktura pojištěnců. Péče o seniory je dražší.

Změnou přerozdělení získá Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) až tři



miliardy ročně navíc. Zaměstnanecké pojišťovny, které o tuto částku přijdou, varují, že se dostanou do podobných platebních potíží, v jakých je nyní VZP.

Vláda letos schválila i zvýšení plateb státu za děti, důchodce a další státní pojištěnce. Do systému to přinese příští rok zhruba tři miliardy navíc.

V oblasti správy zdravotního pojištění počítala Emmerová s omezením funkčního období členů správních a dozorčích rad a ředitelů pojišťoven. Zatím se to neuskutečnilo, Rath však ve sněmovně prosadil změny zákona o veřejném zdravotním pojištění, jimiž posiluje vliv státu v pojišťovnách.

Zvažuje se sestupná marže

O takzvané sestupné marži na léky, kdy by na dražší léky bylo nižší procento obchodní přírážky než na levnější, se uvažuje. Od ledna klesne marže na léky z 32 na 29 procent, lékárníci kvůli tomu vyhlásili stávkovou pohotovost. Podle nich tříprocentní pokles marže omezí jejich příjmy až o 15 procent a hrozí krach venkovských lékáren.

Vyhláška o úhradách léčiv, která je také součástí krátkodobých opatření, snižuje výdaje pojišťoven na léky v příštím roce na 98 procent letošního. Firmy zatím nedaly vědět, zda sníží ceny léků tak, aby se do úhrad pojišťoven vešly, podle lékárníků doplatky pacientů porostou.

Další úspory mají přinést vyhlášky o úhradách zdravotní péče. Zdravotnická zařízení mohou počítat jen s tříprocentním nárůstem příjmů od pojišťoven.

Ke krátkodobým opatřením se řadí i kroky v síti veřejných zdravotnických služeb. V pololetí 2006 končí smlouvy pojišťoven s lékaři a nemocnicemi. Pojišťovny začnou hned v lednu vyjednávat o podobě smluv, hodlají jejich počty omezit o 15 až 20 procent.

Krátkodobá opatření počítala také se zveřejňováním dat o výsledcích hospodaření zaměstnaneckých pojišťoven a nemocnic. Od ledna tento úkol zadal Rath fakultním nemocnicím.

10 novinek v marodění pro příští rok

Vyhnout se chorobám. To bude od poloviny příštího roku v zájmu každého.

Prvních deset pracovních dnů nemoci má totiž hradit zaměstnavatel. A ten si proto neschopenky svých lidí pohlídá.

Nový zákon začne platit v červenci roku 2006. Trend, že lidé s vyššími příjmy raději marodí „na dovolené“, se nezmění. I nadále právě oni budou přicházet v pracovní neschopnosti o nejvíce peněz. Praha s nejvyššími výdělky si tedy dál udrží statistické prvenství v nejmenší nemocnosti. Stejně tak bude platit, že lidé s nižšími příjmy mohou marodit bez větších obav - čím méně peněz berou, tím méně jich ze své výplaty během nemoci ztratí.

Avšak marodit bude více než dříve znamenat potrápít zaměstnavatele. Ten má totiž zaměstnanci prvních deset pracovních dnů nemoci vyplácet náhradu mzdy. Navíc, čím méně nemocných, tím méně bude firma odvádět státu na pojištění. „Současný systém je velmi nákladný a není motivující pro zaměstnance ani zaměstnavatele,“ vysvětluje důvody změn v zákoně Kateřina Beránková, mluvčí ministerstva práce.

Nemocenská od roku 2006

1. Od července 2006 vzrostou dávky v prvních třech dnech marodění. Důvod k radosti to není, pouze se tak vyrovnává dopad jiného opatření: první dva týdny marodění se vyplácí náhrada mzdy jen za pracovní dny, to jest ne 14 dní, ale deset.

2. Náhradu mzdy v těchto deseti dnech nemoci zaměstnancům vyplácí zaměstnavatel, ne stát.

3. První tři pracovní dny nemoci by měla náhrada mzdy činit 30 procent denního průměrného výdělku (nyní je to 25 procent). Od čtvrtého dne do konce druhého týdne pracovní neschopnosti pak 69 procent za pracovní dny (nyní je to rovněž 69 procent).

4. Dávky se vypočítávají z období 12 kalendářních měsíců.

5. Náhrada mzdy nepodléhá zdanění a nebude z ní placeno pojistné.

6. Za závažné porušení léčebného režimu zaplatí pacient pokutu až 20 tisíc korun. Zároveň mu může být nemocenské kráceno nebo i odňato.

7. V době nemoci bude možné získat nejvýše 15 tisíc korun. Na ně dosáhnou lidé se mzdou 30 tisíc korun hrubého. Všichni, kteří vydělávají víc, už na větší příjem nebudou mít nárok.

8. Nemocenské bude náležet od 15. kalendářního dne nemoci, a to od České správy sociálního zabezpečení.

9. Ruší se současné zvýhodnění při souběžných pracovních poměrech. To znamená, že náhradu mzdy a nemocenské lze uplatnit z jednoho příjmu.

10. Část pojistného, kterou na nemocenské pojištění odvádí za pracovníky zaměstnavatel, bude snížena ze současných 3,3 procenta na 1,4 procenta. Zaměstnavatelé s méně než 26 lidmi se budou moci dobrovolně pojistit: znamená to odvod vyššího pojistného za zaměstnance (3,3%). Část vyplacené náhrady mzdy jim pak dá Česká správa sociálního zabezpečení.

Prvních deset pracovních dnů nemoci bude hradit zaměstnavatel

Jak jsme dlouho nemocní?

Průměrná délka nemoci (počet dní)

1995	24,43
1998	27,88
2001	29,58
2004	36,46

Pozn.: Rekord v průměrné délce pracovní neschopnosti drží severomoravský region s více než 42 dny v roce 2004. Nejkratší dobu marodili Pražané - 33,44 dne.

Nemocnicím hrozí šílený zákon

Zisk pro mě není sprosté slovo. Nevadí mi ani to, když umí zisk vytvořit nemocnice. Ale nesouhlasím s tím, aby nemocnice financované z veřejných prostředků vytvářely zisk, který bude odváděn mimo zdravotnictví. Proto již od počátku devadesátých let prosazuji, že základní síť nemocnic by měla fungovat jako neziskové organizace, jejichž zisk není rozdělován k soukromému prospěchu, ale dál slouží poskytování zdravotní péče.

Nyní je na světě zákon, který cosi podobného slibuje. Měl bych tedy být šťasten. Jenže místo toho se děším. Vážně se obávám, co všechno by tento zákon dokázal napáchat v praxi. A domnívám se, že svými důsledky může myšlenku neziskových organizací u nás silně zdiskreditovat, možná i pohřbit navždy.

Otázkou neziskového sektoru se počátkem devadesátých let na ministerstvu financí zabývali američtí právníci. Cílem bylo vytvořit právní normy, které by umožnily dobré fungování neziskových organizací, nadací, občanských sdružení, obecně prospěšných společností a koneckonců i politických stran. Odborům byly tyto snahy velmi sympatické. Vždyť právě zaměstnanci a zaměstnavatelé platí drtivou většinu příjmů zdravotních pojišťoven. Proto jim záleží na tom, jak budou tyto peníze využity. Zkušenosti ze západoevropských a severoevropských zemí jasně říkají, že zdravotnictví má být veřejnou službou fungující v neziskovém režimu.

Jenže Václav Klaus neuznával nic jiného než stát a privat. Proto „jeho“ ministři variantu vzniku neziskových nemocnic vůbec nepřipouštěli. A daňový systém je dodnes nastaven tak, že každou iniciativu směřující k výdělku neziskového sektoru vysokým zdaněním doslova likviduje.



Sociální demokracie volání po neziskových nemocnicích vyslyšela a všechny její vlády s výjimkou této Paroubkovy je měly dokonce ve svém programu, ať už jako slib připravit a prosadit zákon o neziskových organizacích, nebo alespoň jako záměr připravit zákon o neziskových nemocnicích. Vždycky však zůstalo jen u slibů.

Namísto toho při reformě veřejné správy zadlužené nemocnice dostaly kraje. Když si uvědomily, že jako zřizovatelé těchto příspěvkových organizací jsou povinny dluhy uhradit, snažily se před touto hrozbou co nejrychleji utéci, oddělit nemocnice od rozpočtu kraje.

Protože v těchto nemocnicích pracují tisíce našich odborářů, navštívil jsem co nejdříve všechny kraje a vyslechl si jejich záměry. Otázka přitom nestála, jak nemocnice co nejrychleji zprivatizovat, ale co s nimi udělat, aby jejich dluhy nezdevastovaly rozpočet kraje. Víím, že někteří by přitom rádi sáhli po možnosti převést nemocnice na neziskovou společnost. Ale ta nebyla k máni.

Návrh, kolem kterého je nyní tolik povyku, přichází pozdě. Ale to by se dalo vyřešit. Kdyby totiž neziskové nemocnice byly výhodné, jistě by o ně byl zájem. Jenže předložený návrh takový není, je prostě špatný, a navíc se k problému přistupuje z pozice síly. Návrh nerespektuje vlastnická práva zaručená ústavou. Nevyhovuje požadavkům evropského soutěžního práva, protože hodlá některé subjekty zvýhodňovat. A v něm obsažené představy o tom, že nemocnici bude mocensky ovládat lékařská komora, považuji za šílené. Zvláště když si uvědomím, že právě na mocném vlivu lékařů neschopných adaptace v posledních letech ztroskotala nejedna snaha manažerů zefektivnit chod nemocnice. Být ředitelem nemocnice, odhodil bych klíče od ředitelny v momentě, kdy by zákon nabyl účinnosti.

■ **Pojišťovny zvažují žalobu kvůli úhradové vyhlášce**

Svaz zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven hodlá podat stížnost k Ústavnímu soudu na úhradovou vyhlášku ministerstva zdravotnictví. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, které ke konci září vykazovaly zisk, budou totiž muset podle návrhu nové úhradové vyhlášky převést asi tři miliardy korun nemocnicím.

S tímto příkazem pojišťovny nesouhlasí. Jde podle nich o porušení pravidel hospodářské soutěže. „Využijeme všechny právní možnosti. Pokud to bude nutné, obrátíme se i k Evropskému soudnímu dvoru,“ řekl Právu ředitel Svazu zdravotních pojišťoven Jaromír Gajdáček.

Návrh je podle zástupce všech zdravotních pojišťoven v rozporu s dohodou s premiérem o stabilizaci financování zdravotnictví pro příští rok. Zavádí podle nich nerovné podmínky v ceně za péči, protože neoprávněně stanoví jakýsi koeficient zvýhodňující nemocnice, především ty přímo řízené ministerstvem, na úkor soukromých zdravotnických zařízení.

Podle Gajdáčka vyhláška obsahuje řadu protiústavních a protiprávních kroků. Například pojišťovnám příkazuje, aby část peněz jejich klientů poslali fakultním nemocnicím řízeným ministerstvem. Obává se, že pokud vyhláška vstoupí v platnost, prohloubí se ještě více deficit ve VZP a dalších zdravotních pojišťovnách.

■ **Ve zdravotnictví musí od ledna všichni šetřit**

Výdaje z pojištění budou muset omezit lékaři, nemocnice, pojišťovny i pacienti.

Quick Read



Vlastní zpráva

Od ledna budou muset přísně omezit výdaje ze zdravotního pojištění všichni - lékaři, nemocnice, pojišťovny a v neposlední řadě i pacienti, kteří zdravotní péči spotřebovávají.

Češi jsou totiž v počtu návštěv u lékaře i počtu vydaných receptů na špičce evropského žebříčku. Loni utratili za léky 55 miliard korun. Ve spalovnách skončily podle údajů VZP léky na recept za 3,5 miliardy. Zdravotnictví spotřebuje za rok 200 miliard korun, více než 170 miliard zaplatí zdravotní pojišťovny. Dluh pojištění překročil již 14 miliard.

Co přinese nová léková vyhláška

Úspory výdajů zdravotního pojištění by měla zaručit nová léková vyhláška. Limity na výdaje budou i ve smlouvách pojištěn s lékaři a nemocnicemi. Lékárníci upozorňují, že doplatky pacientů stoupnou. Praktičtí lékaři omezí psaní receptů na léky, které jsou také volně prodejné, například léky na kašel, rýmu, virózy, teplotu, bolest v krku, paracetamol a podobné, aby se vešli do limitů. Nemocnice začnou sledovat kvalitu péče, a tak si pacienti poprvé budou vybírat zařízení, kde se lépe léčí.

Pojišťovny v příštím roce zaplatí lékařům a nemocnicím za léčení o tři procenta více než v roce 2005, lékaři budou moci předepsat 98 procent objemu léků, které předepsali letos. Podle ministra zdravotnictví Davida Ratha i tak dostanou pacienti o tři procenta léků více, protože ceny léků pro pojišťovny klesnou od ledna o pět procent.

Nemocnice mají sledovat kvalitu péče

V přechodném období si lidé možná připlatí i na léky, které by jim pojišťovna měla hradit v plné výši. Lékárný totiž musejí doprodat léky, které nakoupily za vyšší ceny. Firmy v té době začnou dodávat léky levněji, aby se vešly do úhrad pojištěn a udržely se na trhu.

Nemocnice budou muset v příštím roce zefektivnit provoz. Ze tříprocentního navýšení plateb by měly zajistit péči o pacienty a přidat na platech lékařům a sestřím. Ve fakultních nemocnicích k tomu motivuje ředitele sankční a bonusový řád. Podle něj musejí zařízení sledovat i kvalitu péče, například opakované operace a úmrtnost. Hodnocení kvality zavádějí i nemocnice v majetku krajů.

Omezení peněz napadly léčebny, jimž letos stouply příjmy o 13 procent. V příštím roce se budou muset spokojit stejně jako všichni ostatní jen s tříprocentním nárůstem příjmů. Léčebny varovaly, že nebudou moci zajistit péči všem, kdo ji potřebují.

Zástupci Asociace českých a moravských nemocnic upozorňují, že léčebny dostanou o 10 až 15 procent méně než ostatní nemocnice a považují to za nespravedlivé. Omezí to podle nich péči pro pacienty ve více než 100 zařízeních následné péče.

Vláda krátí příjmy lékárnám

Zdravotnictví podle Ratha - Útok na soukromý sektor a všudypřítomný dohled státu

Provozovat lékárnu bude méně výhodné než dosud. Vláda rozhodla snížit u většiny léků maximální marži. Lékárníci se bouří.

Vláda zasadila další úder soukromému sektoru ve zdravotnictví. Tentokrát si vzala na mušku lékárný. Ve středu v noci odsouhlasila návrh snížit o tři procenta maximální obchodní přírůžku (tzv. marži) u všech léčiv, na která přispívají pacientům jejich zdravotní pojišťovny. Takových je na trhu většina. Kabinet se tím rozhodl přenést na bedra obchodníků rozhodnutí ministra zdravotnictví Davida Ratha snížit od ledna úhrady zdravotních pojištěn na léčiva v průměru o pět procent. Jinak by totiž nejspíš museli doplácet více pacienti.

„Jestliže prezident (České lékařnické komory Lubomír) Chudoba říká, že snížením úhrad vyhláškou stoupne spoluúčast pacienta, tak my jsme na to reagovali tím, že jsme snížili marži lékáren,“ připustil Rath. Jeho argumentem je, že marže lékáren v Česku jsou jedny z nejvyšších v Evropě. Lékárníci ihned protestovali. Rozhodnutí označili za likvidační. Vláda čtyř-

rozhodla za jejich zády, v rozporu s evropskými směrnicemi. Žádají okamžité zrušení výnosu, jinak hrozí protiakcemi včetně výstražného uzavření lékáren.

„Každý si řekne, co to jsou tři procenta. Ale ve skutečnosti to znamená snížení celkových příjmů lékárný až o patnáct procent, a to dopadne na řadu lékáren velmi tvrdě,“ vypočítal Chudoba. Podle jeho odhadů se na pokraji krachu ocitne asi čtvrtina ze současných 2200 lékáren, především ty v malých obcích.

Rath prý mate veřejnost

O současnou marži 32 procent se totiž lékárný dělí s distributory. Ti inkasují pět až sedm procent. „Jasně řekli, že na další snížení už nepřistoupí,“ podotkl Chudoba. „Tím pádem se ukrojí tři procenta z našich dvaceti až pětadvaceti,“ dodal prezident komory.

Jeho varování potvrzují i provozovatelé lékáren. „Vypadá to, že lékárnou zavřu. Pokud jde o lékárnou provozovanou soukromým majitelem, jejíž hlavní složku prodeje tvoří léky, nic jiného jí nezbude, pokud nechce dělat špinavosti,“ konstatovala Olga Winklerová z pražské Lékařny u Zlatého lva. Rathovo tvrzení o výši českých marží ve srovnání s Evropou označila za lež.

Také Karel Hladík, lékárník z Polné u Jihlavy, se pozastavuje nad ministrovými argumenty. „Nejvíce mne pobuřuje, že pan Rath poukazuje na to, že lékárná má 32 korun ze stokoruny. My máme ze stokoruny 17,50 koruny. Nevím, jestli si to opravdu myslí, nebo jen mate veřejnost,“ zareagoval.

Všichni lékárníci se shodli, že snížení marží pocítí i sami pacienti. „Dodnes jsme měli prostor spoustu přípravků zlevnit. To teď skončí. Budeme muset hodně věcí přehodnotit, ale věřím, že přežijeme,“ upozornil Hladík.

Rath odhaduje, že snížení marží od 1. ledna 2006 ušetří pacientům a zdravotním pojišťovnám na výdajích za léčiva asi 1,5 miliardy korun ročně. Lékárný budou moci dál prosperovat prodejem jiného, volně prodejného sortimentu.

V minulosti už sáhla ke snížení marží vláda Miloše Zemana. I tehdy se jednalo o tři procenta z původních 35 procent.

Genetické hříchy rodičů

Kuřáci po sobě svým dětem zanechávají jako odkaz změny v dědičné informaci, tvrdí výzkum britských vědců. Stejný účinek na děti může mít i špatná životospráva rodičů.

Kouříte? ptají se lékaři pacientů. V budoucnu se zřejmě budou vždy ptát i na to, zda kouřili otcové a dědečkové, a jestli rodiče jejich pacientů nezačali s kouřením ještě ve školních škamnách.

Výzkum britských vědců vedených Marcusem Pembreyem z londýnské Imperial College dokazuje, že životospráva otců má na zdraví potomků nezanedbatelný vliv.

Kouřící otec, tlustý syn

Pembrey prozkoumal data získaná dlouhodobým sledováním 14 tisíců britských žen a jejich rodin. Ženy byly do výzkumu zařazeny během těhotenství a následně byl u nich a jejich rodinných příslušníků sledován po 15 let životní styl, růst dětí a výskyt chorob.

Pembrey našel mezi otci dětí 5600 kuřáků. Většina z nich propadla kouření v 16 letech nebo ještě později. Někteří ale začali kouřit ještě před dovršením věku 11 let. Pembreyův tým zjistil, že synové „časných“ kuřáků mají výrazně silnější sklon k obezitě. U dcer tento jev kupodivu nepozorovali.

Výsledky na první pohled nedávají smysl. Kdyby toxické látky z cigaret poškozovaly dědičnou informaci kuřáků, pak by narušené geny dědili stejně často potomci obou pohlaví.

Pembrey však nabízí nečekané vysvětlení.

Podle něj působí některé látky z cigaret u malých hochů na dědičnou informaci spermií a mění na určitých místech její „obal“ složený z malých



molekul vázaných přímo na písmena genetického kódu. Obalené geny jsou pak „líné“ a pracují na menší výkon.

Při tvorbě pohlavních buněk dochází u několika stovek genů k „obalování“ genů v závislosti na pohlaví. Jiné geny se „balí“ ve vajíčku a jiné ve spermii. Mnohé z těchto genů regulují metabolismus. Pokud jsou ve spermiích mladých kuřáků příslušné geny obaleny defektně, projeví se to až na potomcích. Například obezitou, jako ukázaly Pembreyho výsledky.

Strava matky rovná potomkům ocásek

Na aktivitu dědičné informace a následně i zdravý potomků má výrazný vliv i stravování rodičů. Zvláště nápadný je tento vliv u plodu, který se vyvíjí v těle matky.

Americký genetik Robert Waterland z Baylor College of Medicine v Houstonu to potvrdil při výzkumu genu axis myši, který musí být pro správnou funkci dostatečně „obalen“. Pokud gen nepracuje tak jak má, narůstá myším křivý ocásek s několika „klíčkami“.

Křivý ocásek dědí potomci po matce. Myšky se však mohou uzdravit ještě během vývoje v těle matky, pokud březí samice dostává v krmivu kyselinu listovou.

Tento vitamin je bohatým zdrojem drobných molekul, jež buňky používají k „obalování“ genů. Buňky plodu přijímají z těla matky kyselinu listovou a „obalové“ molekuly a uvedou s jejich pomocí gen axis do normálního stavu.

Podobných informací o tzv. epigenetických změnách, jež neprobíhají „uvnitř“ DNA - tedy v pořadí písmen genetického kódu, ale na jejím povrchu změnou obalových molekul, je v poslední době k dispozici stále víc.

Vlivy vnějšího prostředí mohou „počmárat“ dědičnou informaci pohlavních buněk, a následně tak ovlivní vývoj příslušníků další generace. Stejně citlivé období představuje s ohledem na epigenetické změny období, kdy se plod vyvíjí v těle matky.

S vínem proti rakovině

Byl to zajímavý australský výzkum. Zjišťoval, jaký vliv má umírněné pití vína na rakovinu vaječníků. K překvapení lékařů ukázal, že snižuje riziko této choroby. Na konferenci Víno a zdraví, která se i letos konala v rámci soutěže vín Top 77 v Brně, o něm referoval šéf gynekologickoporodnické kliniky Fakultní nemocnice v Brně Pavel Ventruba. Stejně jako o dalších výzkumech.

Onkolog Prof. MUDr. Jan Žaloudík, DrSc. na konferenci doporučil ženám po přechodu přiměřenou dávku vína denně. Snižuje kardiovaskulární riziko, které u nich s ubýváním ženského hormonu estrogeneru vzrůstá. Navíc resveratrol, polyfenol, který ve zvýšené míře obsahují jak červená, tak i bílá tuzemská vína vyrobená určitou technologií (což potvrdily analýzy Vysoké školy chemickotechnologické v Praze), má fytoestrogenní účinky. Přispívá tedy k mírnění klimakteria a osteoporózy. A jako silný antioxidant by se mohl podílet i na brždění nebo blokování buněčných změn, které mohou vyvrcholit až rakovinou.

Jak významnou roli pro naše zdraví může jako fytoestrogen a antioxidant hrát, to podle profesora Žaloudíka bude předmětem dalších výzkumů.

Jiřího Vorlíčka, předsedy České onkologické společnosti (ČOS), se novináři při jiné příležitosti ptali, co on sám dělá pro to, aby nedostal rakovinu. Odpověděl jim: „Nekouřím a snažím se o co nejčastější pohyb. Jezdím na kole, na běžkách a pracuji na zahrádce. Také piji dvě až tři deci červeného vína denně.“

Je příznačné, že profesor Vorlíček vidí přiměřené pití vína jako součást mozaiky zdravého způsobu života. A nezjednodušuje jeho efekt třeba tím, že by se odvolal na nejnovější výzkumy, které ukazují, že antioxidanty v červeném víně snižují podle všeho riziko rakoviny prostaty.

Na konferenci Víno a zdraví lékaři zároveň opakovaně upozorňovali na ri-

ziko závislosti, které v sobě pravidelné pití vína skrývá. „O víně a vůbec alkoholu platí totéž co o ohni,“ řekl gynekolog Pavel Ventruba. „Je to dobrý sluha, ale špatný pán.“

Gynekologové chtějí očkování spojit s osvětou

Do plánovaného očkování dívek proti rakovině děložního čípku se vložili gynekologové. Nová vakcína, která účinkuje proti většině virů způsobujících rakovinu děložního čípku a před nemocí ochrání až ze sedmdesáti procent, má být v Česku dostupná od roku 2007.

Gynekologové chtějí přesvědčit rodiče, aby přivedli do jejich ordinací na očkování patnáctileté dívky.

„Tato věková skupina je ideální, protože podle průzkumu u nás začínají dívky se sexuálním životem mezi šestnácti a sedmnácti lety. Chceme, aby pro vakcínu přišly raději k nám než do ordinace pediatra nebo praktického lékaře, protože v tom vidíme skvělou příležitost spojit očkování s osvětou,“ uvedl člen vedení Evropské společnosti pro antikoncepci, brněnský gynekolog Vít Unzeitig.

České dívky podle něho nemají valné povědomí o tom, jak pečovat o své pohlavní orgány, a ohrožují tak své reprodukční zdraví. S vrstevnicemi třeba ve skandinávských zemích se to prý nedá vůbec srovnat.

„Děvčata se třeba v době menstruace oblékají jako jindy. Vezmou si obtažené neprodyšné rifle, mají špatné hygienické návyky,“ dodal Vít Unzeitig. I kvůli tomu podle něho plní gynekologické ordinace více než z poloviny ženy s opakovanými záněty rodidel. Očkování proti rakovině děložního čípku bude mít v očích odborníků dvojí smysl. „Výrazně sníží riziko vzniku této nemoci a my budeme moci mladé dívky poučit,“ doplnil předseda České gynekologicko-porodnické společnosti Vladimír Dvořák.

Rakovina čípku, kterou v Česku ročně onemocní 1300 žen, se sexuálním chováním přímo souvisí. Vyvolávají ji většinou viry, které se přenášejí pohlavním stykem, a proto ohrožuje daleko více sexuálně aktivní ženy, zejména ty, které často střídají partnery.

Děti, které ztrácejí hormon důvěry

U dětí, kterým se v útlém věku nedostalo citlivé péče, vědci naměřili nižší hladiny hormonů souvisejících s emocemi.

Celý test probíhal jako hra: dítě sedělo na klíně svého rodiče, před ním na stole stál počítač. Počítačový program „nutil“ dítě ke kontaktu s matkou, například aby ji hladilo.

Tady jako by se hra změnila ve sport a děti v profesionální sportovce: na průběh třicetiminutového „utkáni“ dohlíželi vědci, kteří děti podrobili „dopingové“ kontrole. Před pokusem i po jeho skončení děti odevzdaly vzorky moči.

Místo steroidů či EPO však pořadatelé pokusu z Wisconsinu ve vzorcích hledali „hormon důvěry“. To je laická přezdívka oxytocinu - hormonu, který probouzí v lidech důvěru k druhým. Během dřívějších pokusů se ukázalo, že zvyšuje ochotu testovaných osob svěřit finanční prostředky jiným lidem.

Vědci zároveň měřili také hladinu hormonu vasopresinu, který mozek vytváří například ve chvíli, kdy nás někdo obejmě. U zvířat je podle experimentů nutný k vzájemnému poznání a vytváření úzkých vztahů.

Malých „sportovců“ se ke hře sešla pestrá směs: předškoláci z amerického Středozápadu a děti narozené v Rumunsku či Rusku. „Zahraniční účastníci“ měli všichni něco společného: strávili první roky života v sirotčincích své vlasti.

Přes jisté rozdíly dětské instituce v obou zemích společně trpí notorickým nedostatkem financí. Mají příliš málo personálu a příliš mnoho svěřenců. Dětem se tak dostává málo osobní péče a citu.



Děti, které se účastnily studie, už sirotčince opustily a žijí v adoptivních rodinách v USA. Experiment ukázal, že na svou minulost nezapomněly. Děti z normálních rodin počítačová hra „nadopovala“ podstatně více než děti adoptované. Rozdíl ve vzestupu hladin obou „sociálních“ hormonů byl v průměru okolo 50 procent, tvrdí studie zveřejněná v časopise PNAS.

Nedostatečná tvorba těchto hormonů v citově vypjatých situacích by mohla vysvětlovat, proč mají emocionálně zanedbané děti potíže s vytvářením pevných vztahů.

Podle vedoucího studie Seta Polaka to však neznamená, že v dětství zanedbané děti trpí trvalými následky po celý život. Polak se domnívá, že se u všech dětí mohou vyvinout patřičné sociální reakce. Výzkum naznačuje, že existují biologická vysvětlení dříve pozorovaných psychologických jevů.

Vědci však také zaznamenali rozdíly mezi výsledky u jednotlivých adoptovaných dětí. Hledání jejich příčiny bude prý předmětem další studie. Výsledky by ale mohly pomoci citově zanedbaným dětem zvyknout si například v novém prostředí. Autoři dávají ke zvážení návrh, aby se uvažovalo o možnosti doplňování hladiny „sociálních“ hormonů u takových dětí zvenčí. Třeba ve formě nosního spreje.

■ Objasněn jojo-efekt u obézních

Vědci zjistili, proč se tělo po zhubnutí snaží opět přibrat. Odhaduje se, že přibližně 85 procent lidí s nadváhou alespoň částečně po redukční dietě znovu přibere. Tým badatelů z Kolumbijské univerzity v New Yorku v časopise *Journal of Clinical Investigation* tvrdí, že důvodem jojo-efektu je snížená hladina leptinu. Tento hormon, který reguluje chuť k jídlu, je produkován tukovou tkání. Badatelé se domnívají, že tělo po ztrátě váhy produkuje více leptinu, a aby to bylo možné, vytváří se nová tuková tkáň. Američtí vědci dávali injekce leptinu hubeným dobrovolníkům a obézním osobám, které zhubly. Při experimentech se ukázalo, že většinu hormonálních a metabolických změn, které brání trvalému poklesu váhy, lze zvrátit obnovením hladiny leptinu na úroveň před zhubnutím. Pokud se množství hormonu v těle opět vrátí k původní hodnotě, je vytváření nové tukové tkáně zbytečné. Tým Michaela Rosenbauma považuje za možné, že budou vyvinuty léky, které budou kontrolovat hladinu leptinu.

■ Barvu pleti určuje jediný gen

Naši pradávni předci přišli z Afriky s tmavě zbarvenou pokožkou. Brzy se mezi nimi objevili nositelé genu „bledých tváří“, který jim skýtal tak výraznou výhodu, že mezi Evropany zcela převládá.

Tým vedený Keithem Chengem z Pennsylvania State University v americkém Hershey neměl hledání genů pro barvu lidské pokožky v popisu práce. Po dlouhá léta studoval dědičnou informaci akvarijních rybek zebříček a hledal geny, které se u člověka mohou podílet na vzniku rakoviny. Pak ale Chenga zaujal rybí mutant označovaný jako „golden“. Tato „zlatá“ zebříčka postrádala typické tmavé pruhy, které daly tomuto rybímu druhu jméno. A Chenga napadlo, jestli barvu lidské kůže neřídí podobný gen jako u ryb.

Odborníci našli u zebříček gen, jehož „přeseknutí v půli“ je zodpovědné za „zlatou“ barvu. Zároveň našli v lidské DNA velice podobný gen, který se od rybího liší jen 30 procenty písmen genetického kódu. Podobnost nebyla náhodná. Lidský gen zjednal u rybek nápravu „zlaté“ poruchy ve zbarvení a zajistil v jejich kůži tvorbu typických černých „zebrých“ pruhů. Oba geny plní v těle podobnou funkci.

Gen „bledých tváří“

U člověka se gen vyskytuje ve dvou variantách, které se liší jediným písmenem genetického kódu. Evropské „bledé tváře“ nesou ve své DNA

takřka bez výjimky jednu variantu, obyvatelé subsaharské Afriky jsou vybaveni druhou verzí. Přesto nelze evropskou variantu genu jednoduše vyhlásit za gen pro světlejší pleť. Obyvatelé východní Asie nesou ve své DNastejnou verzi genu jako Afričané, i když mají v drtivé většině světlejší pleť. Dědičnost barvy kůže je tedy spletitější.

Gen má u lidí na starosti transport iontů vápníku v buňkách a působí v kožních buňkách jako „vápníkový stěhovák“. Zajišťuje tím správnou funkci tělísek s kožním barvivem, tzv. melanocytů. Evropská varianta genu zřejmě produkuje krajně nevykonného stěhováka a naše melanocyty proto nejsou nabitý kožním pigmentem tak jako melanocyty lidí s tmavou pletí.

Efekt genu „bledých tváří“ se názorně projevil při prověrcce dědičné informace míšenců ze Spojených států a Karibiku. Nejtmavší pleť měli lidé, kteří zdědili po obou rodičích výkonnou africkou verzi genu. Naopak, dědictví evropské varianty genu zajišťovalo nejsvětější kůži. Lidé, kteří zdědili po jednom rodiči africkou a po druhém evropskou verzi, měli pleť „středního odstínu“.

Výhodná novinka se prosadila

První lidé druhu *Homo sapiens* se vyvinuli v Africe a je jisté, že měli tmavou kůži, která je chránila před škodlivou ultrafialovou složkou slunečního záření. Detailní pohled na gen „bledých tváří“ odhalil, že jeho pravěcí nositelé získávali v Evropě významnou výhodu nad tmavě zbarvenými nositeli africké verze genu.

To je hodně důležité zjištění, protože vědci zatím upřednostňovali teorii, podle které naši předci „vybledli samovolně“, když už se nepotřebovali chránit před úpalem afrického slunce. Teď je zřejmé, že jim světlá pleť pomáhala. Snad mohli díky ní zachytit větší množství ultrafialového záření a vyrábět v těle více vitamínu D důležitého pro správný růst kostry. Z výzkumu Keitha Chenga je zřejmé, jak naivní je hodnocení lidí podle barvy kůže. Jeden z nejnápadnějších rozdílů - barvu pleti Afričanů a Evropanů - má na svědomí záměna jediného písmene genetického kódu na jednom z 23 000 lidských genů.

■ Děti cizinců se zdravotním pojištěním

Do tří měsíců budou mít cizinky možnost sjednat si nový typ pojištění, které by mělo pokrýt náklady péče o ně a jejich budoucí potomky. Nabízet ho bude Pojišťovna VZP, a. s., dceřiná společnost Všeobecné zdravotní pojišťovny.

„Dětští lékaři tento krok vítají, protože budou mít jistotu, že za poskytnutou zdravotní péči těmto dětem dostanou na základě smlouvy zaplacené,“ řekl Právo Milan Kudyn, místopředseda Sdružení praktických dětských lékařů.

Pro děti cizinců, byť se v ČR narodily, nelze zatím uzavřít veřejné zdravotní pojištění. Mohou mít komerční pojištění, pokud se narodí zdravé. Na veřejné zdravotní pojištění mají kromě českých občanů právo cizinci s trvalým pobytem na území ČR nebo osoby, za které odvádí příspěvky do systému pojištění jejich zaměstnavatel. Ostatní cizinci musejí být pojištěni smluvně.

Organizace zabývající se ochranou práv dětí vyzvaly politiky, aby urychleně změnili zákon o veřejném zdravotním pojištění a děti cizinců byly ze zákona pojištěny. Před dvěma lety to poslanci odmítli. Ministerstvo zdravotnictví slíbilo, že návrh Sněmovně předloží znovu.

„Hrozí, že Česko by se stalo vyhledávanou zemí účelových porodů pro cizince,“ sdělil ČTK náměstek generálního ředitele Pojišťovny VZP, a. s., Robert Kareš.

„Velmi důležité je, jak bude nastavena cena za takovou poskytnutou péči,“ dodal Kudyn.

Na toto nebezpečí upozorňuje cizinecká policie i nemocnice - výrazně by to zvýšilo náklady veřejného zdravotního pojištění.



I N Z E R C E

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

Hledám pediatra na krátké zástupy

Hledám pediatra s atestací na krátké zástupy, ev. další spolupráci, v okrese Kolín. Dobře zaplatím. Tel.: 606 882 100 *Ev.č. 44-01-06*

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v okrese Nový Jičín, termín dle dohody. Bližší informace na tel.: 728 133 047 po 18 hod. *Ev.č. 31-08-05*

Dětská lékařka odkoupí praxi

Dětská lékařka s licencií odkoupí praxi PLDD v okresech Olomouc, Prostějov, Přerov. Případně přijme asistentské místo s perspektivou odkoupení praxe v budoucnu. Tel: 723 255 125 *Ev.č. 29-06-05*

Hledáme lékaře/lékařku

Pro soukromou pediatrickou praxi v Roztokách u Prahy (okr. Praha- západ) hledáme lékaře/lékařku pediatra na částečný úvazek (0,5 s možností jeho budoucího rozšíření). Požadujeme: LF, I. atestace v oboru pediatrie, vstřícný přístup ke klientům, základní uživatelskou znalost práce na PC. Nabízíme: zajímavou a odpovědnou práci v přátelském prostředí, podmínky pro osobní a profesionální rozvoj, dobré finanční ohodnocení. Nástup možný dle dohody - od listopadu či prosince 2005. Tel.: 608 284 740 *Ev.č. 37-10-05*

NZZ přijme pediatra

Nestátní zdrav. zařízení přijme na plný prac. úvazek PL pro děti a dorost do zavedeného obvodu v Praze 4, tel.: 241 444 753, paní Rohlová, 8-17 h.

Ev.č. 40-06-05

Hledám pediatra s I. atestací

Hledám pediatra s I. atestací, praxe vítána, v rámci s.r.o. , nová ordinace v středu města, 10 km od Olomouce, nástup jako asistent, později přenechám. Tel.: 603724075. *Ev.č. 41-11-05*

Hledám pediatrickou praxi v Praze

Lékařka 35let, specializovaná způsobilost v oboru pediatrie, licence, hledá zavedenou praxi PLDD v Praze (nejlépe Praha 2, 4, nebo 10) s možností odkoupení do 3-4 let. Nyní MD, nabízím zástup, ev. mohu nastoupit jako asistentka. Tel.: 603 443 325 *Ev.č. 42-11-05*

Hledáme pediatra

Hledáme pediatra pro dětské pohotovostní služby na Praze 6. Kontakt: 723 008 598. *Ev.č. 43-01-06*

Nabízím místo asistenta

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD event. přenechání ordinace v okrese Olomouc. Tel.: 602 501 781. *Ev.č. 32-09-05*

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou pediatrickou praxi - PLDD na dětské poliklinice v Ústí nad Orlicí, včetně odprodeje ordinace - podílu s.r.o. Mobil: 775 094 481.

Ev.č. 33-09-05

VOX PEDIATRIAE

vydavatelství
MEDIX

Vyplněný odpovědní lístek nebo jeho xerokopii zašlete v zalepené a ofrankované obálce na adresu:

**SPLDD ČR
U Hranic 16-18
100 00 Praha 10.**

Obálku označte heslem „TEST“.

Znalostní test č. 1/2006 - hodnocen 2 kredity

Správná je vždy jen jedna odpověď.

Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání, garantovaného OSPDL ČLS JEP, a za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny 2 kredity.

Podmínkou pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nejdéle do 28.2.2006.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu SPLDD ČR, U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

Manažerem testů je MUDr. Ctirad Kozderka.

1. Dle metodiky provádění preventivních prohlídek má PLDD zejména ve věku 5 a 13 let dítěte podrobně zvážit rodinnou kardiovaskulární anamnézu. Mnohé studie jasně prokázaly, že základní rizikové faktory vzniku aterosklerózy stanovené pro dospělé věk, platí i pro věk dětský. K těmto klasickým rizikovým faktorům aterogeneze patří:

- a) pozitivní rodinná kardiovaskulární anamnéza, mužské pohlaví, hypertenze, dyslipoproteinémie, kouření tabáku, diabetes mellitus a nedostatečná fyzická aktivita
- b) pozitivní kardiovaskulární anamnéza, ženské pohlaví, obezita, užívání hormonální antikoncepce, kouření tabáku a užívání kofeinu, astma bronchiale, nízká fyzická aktivita
- c) vysoký přísun soli potravou, pozitivní kardiovaskulární anamnéza, hypertenze, porucha glukózové tolerance, věk nad 15 let, vysoká koncentrace HDL cholesterolu
- d) nízkokalorická strava s deficitem antioxidantů, nadměrná dlouhodobá fyzická zátěž, nízká koncentrace HDL cholesterolu, kouření tabáku, sklon k hypoglykemickým stavům z důvodu nepravidelného příjmu potravy

2. Při splnění Jodalových kritérií (dle švédského lékaře) (signifikantní bakteriurie, febrilie nad 38,5 st., FW nad 25/hod, CRP nad 20 mg/l) je vysoce pravděpodobná diagnóza:

- a) akutní glomerulonefritidy
- b) akutní pyelonefritidy

- c) febris rheumatica
- d) juvenilní rheumatoidní artritidy

3. Pro recidivující bolesti břicha u dětí je nutno odlišit organickou a neorganickou příčinu bolestí. Pro organickou příčinu svědčí spíše:

- a) bolest noční spojená s probuzením
- b) bolest odeznělá po defekaci
- c) bolest lokalizovaná do periumbilikální oblasti

4. Pro výživu dítěte s intolerancí laktózy použijeme jeden z následujících přípravků kojenecké výživy:

- a) Nestlé alfaré, protože se jedná o úplný hydrolyzát syrovátky
- b) Sunar premium, protože obsahuje oligosacharidy
- c) Nestlé al 110, protože obsahuje nejnížší množství reziduální laktózy

5. Vlivem pokroků v neonatologii a narůstajícími nároky na člověka stoupá počet dětí s odchylkami ve vývoji dovedností. Předpokládá se, že typickou příčinou je difúzní postižení CNS včetně celé centrální korové oblasti v pre-, peri- i postnatálním období. Poruchu rozvoje řeči dítěte označujeme jako:

- a) dysgnozii
- b) dysfázii
- c) dysfonii



Odpovědní lístek znalostního testu VOX PEDIATRIAE 1/2006

Správnou odpověď **zakroužkujte**. Za správně vyplněný kupón získáte **2 kredity**. 3 vylosovaní úspěšní řešitelé budou odměněni.

1. otázka	a	b	c	d
2. otázka	a	b	c	d
3. otázka	a	b	c	d
4. otázka	a	b	c	d
5. otázka	a	b	c	d

Titul, jméno a příjmení

Ulice, č.p.

Město

PSČ

Telefon

E-mail

Hero A4 - Sunar Premium

Zentiva A4 - Mucosin