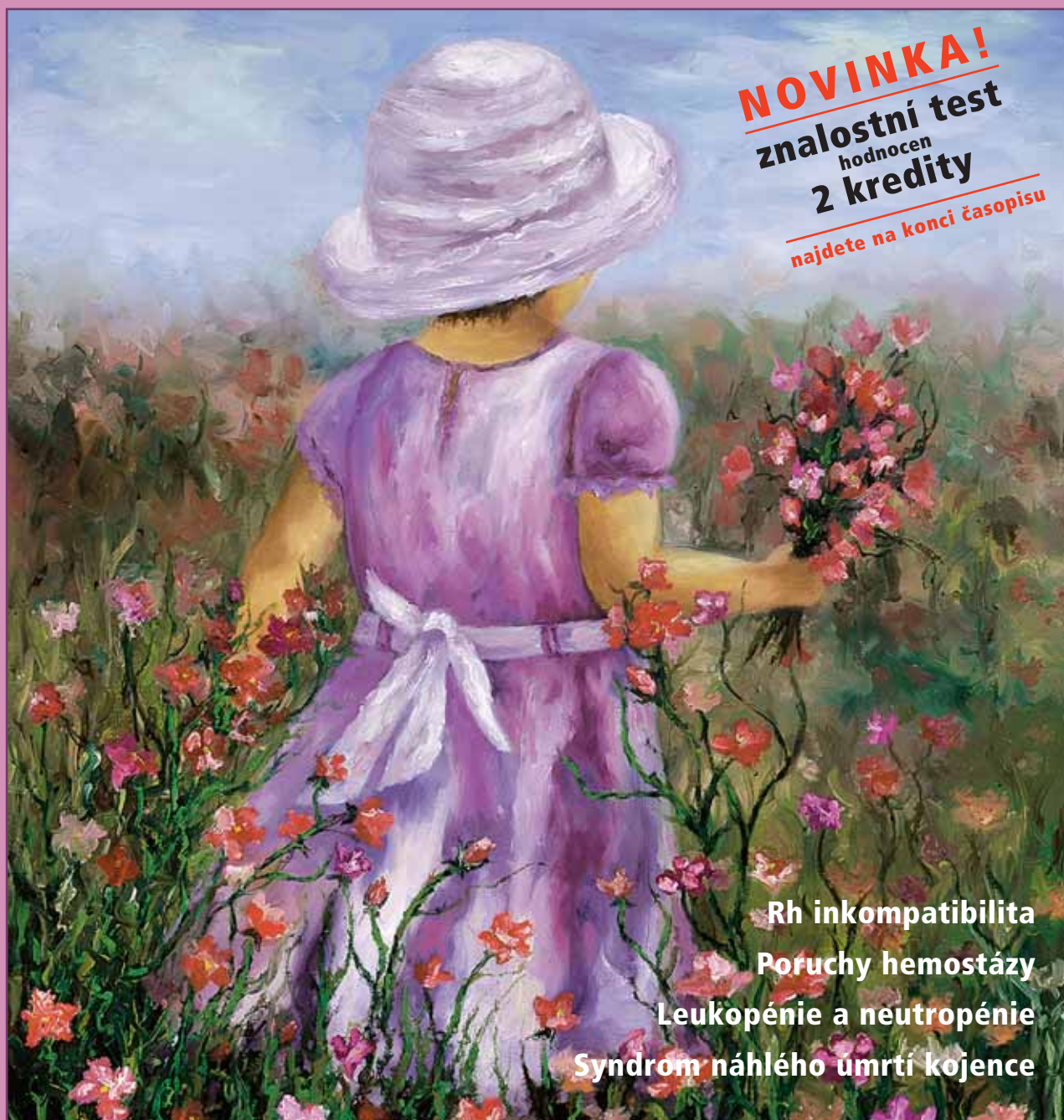


# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

květen 2006 ■ číslo 5 ■ ročník 6



**NOVINKA!**  
znalostní test  
hodnocen  
2 kredity  
najdete na konci časopisu

Rh inkompatibilita  
Poruchy hemostázy  
Leukopénie a neutropénie  
Syndróm náhlého úmrtí kojence



ZENTIVA

Johnson's  
baby



Orion Diagnostica

Heřo

Sunar



OSPDL ČLS JEP

nejčtenější časopis  
dětských lékařů  
(Promediamonitor,  
Medical Research  
2005)

**Nestlé - BEBA HA Premium**

tiráž...

## VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

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

### Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: [centrum@detskylekar.cz](mailto: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 písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá  
za obsahovou stránku vložených tiskovin.

### Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

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

e-mail: [centrum@detskylekar.cz](mailto:centrum@detskylekar.cz)

e-mail: [veronika.drahovzalova@detskylekar.cz](mailto:veronika.drahovzalova@detskylekar.cz)

Adresa vydavatelství:

vydavatelství  
**MEDIX**

Branická 141, 147 00 Praha 4

Mgr. Zdeněk Brtnický

tel.: 777 281 866, e-mail: [vox@imedix.cz](mailto:vox@imedix.cz)

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc duben 2006	5
Koalice soukromých lékařů a další události	6
Poskytování zdravotní péče bez smluvního vztahu se ZP	10
Usnesení Sněmu SPLDD ČR	11
Tiskové prohlášení Sněmu SPLDD ČR	11
Usnesení konference regionu Severní Morava a Slezsko	12
Usnesení západočeské regionální konference	12
Usnesení konference regionu Praha a Středočeský kraj	13
Usnesení východočeské regionální konference	13
Ztráta zdravotní způsobilosti k řízení motorového vozidla	14



MUDr. I. Hadačová Poruchy hemostázy - trombofilní stavy	14
--	----

MUDr. P. Smíšek Leukopénie a neutropénie v dětském věku	16
--	----

MUDr. A. Mocková Rh inkompatibilita - stále aktuální problém	20
---	----

prim. MUDr. P. Pešák Zpráva o IV. Festivalu kazuistik v Luhačovicích	22
---	----

MUDr. K. Paul Syndrom náhlého úmrtí kojence	23
--	----

doc. MUDr. H. Houšťková, CSc., prof. MUDr. I. Bouška, CSc. Nečekané úmrtí nebo SIDS?	24
---	----

doc. MUDr. P. Pazdiora, CSc. Změny šíření HIV infekce v ČR	27
---	----

prof. MUDr. R. Rokyta, DrSc. Zpráva z 1. celostátního lékařského kongresu České lékařské akademie	30
---	----

Zajímavosti ze světa odborné literatury	32
---	----



Aktuality	33
-----------	----

Řádková inzerce	37
-----------------	----

Znalostní test č. 3/2006	38
--------------------------	----

<i>Příloha - Zákon, kterým se mění některé zákony v oblasti veřejného zdravotního pojištění</i>	<i>střed</i>
---	--------------



NAKLADATELSTVÍ  
**UMÚN**

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec  
tel.: 485 161 712, e-mail: [umun@volny.cz](mailto:umun@volny.cz), [www.volny.cz/umun](http://www.volny.cz/umun)  
Obrázek na titulní straně namalovala ústy Christiana Daniela Caburro





Vážené kolegyně, vážení kolegové,

studené zimní dny konečně vystřídalo teplé jarní počasí. Příroda se během několika málo dní plně probudila, kolem nás se začalo vše zelenat a vše vytváří pocit klidu a pohody. Kéž by tomu bylo tak i v našem zdravotnictví.

Žijeme v podivné době. Do čela našeho resortu nastoupil člověk, kterému razantnost nechybí, otázkou zůstává zda je to dobře. Brzy po jeho nástupu do funkce byla uvalena nucená správa na VZP ČR. Po velikášských vyjádřeních nenásledovaly jednoznačné důkazy o podvodech, které by vedly k tak výraznému zadlužení této pojišťovny. Jediným jasným výstupem bylo sebeodvolání ředitelky Musílkové, neboť právě ona si dovolila nahlas kritizovat způsob práce nejdříve prezidenta České lékařské komory, později ministra zdravotnictví.

Tak bylo tedy třeba vymyslet něco, co by prokázalo schopnost řešit naléhavou situaci v našem zdravotnictví. Šlo samozřejmě o peníze. Tak se dohodl nevídaný přísun financí do resortu, to se tedy musí uznat. Nějaká ta miliarda od Konsolidační agentury za dluhy státu, navýšení pojistného za „státní pojištěnce“, předsunutí plateb z podzimu. Výsledek se rozhodně „dal prodat“. Účetně došlo dokonce ke zkrácení závazků po lhůtě splatnosti v jeden okamžik na jeden týden. Systémové neřešení však opět začalo polykat peníze a dluh začíná opět narůstat. Co bude asi na podzim, až se budou „půjčky“ typu předsunutých plateb vracet? Ale to již přeci bude „v jiné době“ Analýzy však ukazují, že by se mohly závazky po termínu splatnosti pohybovat kolem 60-70 dní!!!

Jak si dále zajistit „věčnou slávu“? Nejlépe konečně navýšit odměnu za práci lékaře. I to nebyl žádný problém a novela Seznamu výkonů byla na světě. Co ale s tím, že se systém topí v dluzích? Tak bylo nutné vydat vyhlášku, která vše „zastropovala“. Jenže rigidní „stropy“ mají svá úskalí a zdravotníci se začali na druhé straně pomyslné barikády sjednocovat. Tak bylo třeba vydat novelu a trochu ten uzel povolit. Co je platné, že je to pravděpodobně v rozporu s platnou legislativou. Je přeci krizová situace a vznikající jednotu je třeba trochu narušit.

Ale co dál? Další příležitost k „nehynoucí slávě“ jsou smlouvy. Takové smlouvy na dobu neurčitou, to by jistě pomohlo. Opět je tu ale problém, oni ti zdravotníci jednají a zdá se, že by se mohli i dohodnout. Tak se nedá nic dělat a zkusíme to jinak. Opět sice v rozporu s legislativou, ale když to prošlo jednou, proč ne i podruhé.

A tak by šlo pokračovat. Většinu toho ale již všichni znáte. Je však možné s tím něco udělat? Nebo se spokojíme s tím, že ono to přeci „vždycky nějak dopadne“. Je to tedy nyní na nás všech. Spokojíme se s tím, nebo „něco“ uděláme? Někdo si teď řekne, „aha, už se zase politizuje“, ale jednak jsme to nebyli my, kdo s tím politizováním začal, jednak se prostě tomu politizování nevyhneme. Máme před sebou volby, ve kterých můžeme nahlas říci, co si o tom všem myslíme.

Přeji Vám i Vaším pacientům šťastnou ruku.

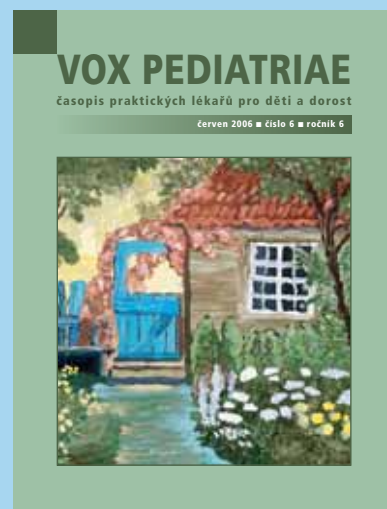
MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda SPLDD ČR

Aktuální výskyt dětských nádorů

Nádory hrudníku

Nádory dutiny břišní

Onkologicky nemocné dítě v ordinaci PLDD



## seznam inzerujících firem

AVENT  
BOIRON  
ČESKÁ SPOŘITELNA  
HERO  
HIPP  
NESTLÉ  
NUTRICIA  
ORION DIAGNOSTICA  
ZENTIVA

## úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

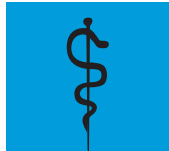
Úterý 10,00 - 17,00  
Středa 10,00 - 17,00  
Čtvrtek 10,00 - 17,00

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 Cabrnocová  
15,00 - 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 duben

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

**Měsíc duben je již tradičním měsícem našich regionálních konferencí. Tentokrát šlo o konference volební, k zásadním změnám ve vedení jednotlivých regionů nedošlo. Pro mne trochu překvapivá byla spíše nižší účast oproti mému očekávání. Přes relativně složitou dobu, díky úhradové vyhlášce a přijímaným legislativním normám, není zřejmě pro mnohé kolegy a kolegyně jednání jejich profesní organizace prioritou. Krizový štáb Koalice soukromých lékařů připravil „Týden zdravotnického neklidu“, jak budou tito členové reagovat na tuto aktivitu?**

**1.4.** - pokračoval seriál regionálních konferencí, tentokrát regionu Jižní Čechy. V zaplněném sále proběhla zajímavá diskuse s hosty zejména o dopadech úhradové vyhlášky a dalších legislativních norem předkládaných současným ministrem zdravotnictví.

**4.4.** - sešli jsme se s ředitelem ZPMV ing. Šaterou, abychom si vyjasnili důvody a postup při jednáních na téma sítě smluvních zdravotnických zařízení naší odbornosti. Zcela nečekaně a zcela rozdílně od jiných regionů pobočka této pojišťovny pro Prahu a Střední Čechy rozeslala více než osmdesát našim kolegům informativní dopis, ve kterém jim oznámila, že by s nimi nemusela být nadále navázána smlouva. Snad se nám podařilo vysvětlit, že aktivita tohoto druhu, ve světle přijímaných legislativních norem, zbytečně dalším způsobem stresuje lékaře naší odbornosti. Počkáme si tedy na další vývoj.

**4.4.** - zástupci několika profesních organizací se sešli s prezidentem České lékařské komory. Účastníci jednání se snažili najít průsečíky společných zájmů, což se jim z velké části nepovedlo.

**4.4.** - jednala Koalice soukromých lékařů, hodnotil se především vývoj kolem předkládaných legislativních norem.

**6.4.** - zástupci obou sdružení praktických lékařů se sešli s vedením VZP v čele s novým ředitelem ing. Čekalem. Schůzka byla vcelku konstruktivní a k našemu milému překvapení byl projeven zájem navázat na dosud platné dohody, včetně zaměstnávání asistentů apod. Jenže jednalo se o prozatímního ředitele v podmínkách nucené správy.

**6.4.** - členové našeho sdružení z regionu Praha a Střední Čechy se sešli na své výroční konferenci. Dlouholetá předsedkyně regionu Stř. Čechy se vzdala své funkce, aby se mohla plně věnovat své roli místopředsedkyně sdružení. Na této konferenci zazněla především vzrušená debata se zástupci vedení regionální pobočky ZP

MV a tématem byly samozřejmě smlouvy.

**8.4.** - v Ostravě pokračoval cyklus regionálních konferencí. Při tradičně slušné účasti obhájila svou pozici předsedkyně regionu Severní Morava dr. Kuběnová.

**11.4.** - v Českých Budějovicích pokračoval cyklus besed europoslanců na téma „Čelíme výzvám“ - situace v Českém zdravotnictví. V zajímavé diskusi se hovořilo samozřejmě o úhradové vyhlášce, ale také o dalších předkládaných legislativních normách.

**11.4.** - na svém pravidelném jednání se sešel Krizový štáb Koalice soukromých lékařů. Tématem byla především příprava „Týdne zdravotnického neklidu“.

**14.4.** - další seminář s europoslanci se konal ve Zlíně. Opět zajímavá diskuse při slušné účasti a téma - samozřejmě současné problémy našeho zdravotnictví.

**18.4.** - Koalice soukromých lékařů připravovala na svém jednání materiály pro Krizový štáb

**22.4.** - také členové regionu Východní Čechy se měli možnost sejít na své výroční konferenci.

dr. Hrunka.

**25.4.** - se zástupci regionální pobočky ZP MV pro Prahu a Stř. Čechy jsme spolu s vedením tohoto regionu diskutovali další postup v „Kauze smlouvy“.

**25.4.** - opět se sešel Krizový štáb Koalice soukromých lékařů, rozpracován byl především program pro „Týden zdravotnického neklidu“.

**26.4.** - Koalice soukromých lékařů na své tiskové konferenci uzavřela petiční akci. Celkem se posbíralo neuvěřitelných 233.807 podpisů. Média dostala rámcovou informaci o „Týdnu zdravotnického neklidu“.

**28.4.** - nedaleko Benešova proběhla další konference Českého zdravotnického fóra. Tématem byla tentokrát „Spojitost mezi tendencemi ke korupci, transparentnosti a srozumitelnosti českého zdravotnictví.“ Velmi zajímavá diskuse o korupci v našem zdravotnictví, nicméně k jasným závěrům, jak situaci uspokojivě řešit nedospěla. Nicméně téma opuštěno nebylo a vzniklá pracovní skupina bude uvedené téma dále rozvíjet.

## Přišlo do redakce...

Zdaleka ne každý lékař souhlasí s podobnými letáky i akcemi (viz. vklad „Mýty a pravda aneb jaký je ve skutečnosti ministr zdravotnictví David Rath“).

Pokud takhle nakládáte s mým finančním přidělem, budu uvažovat o vystoupení ze SPLDD.

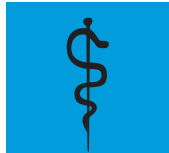
Plná moc neplatí na úplně vše, zvláště, když jde o peníze členů.

Zanechte politikaření a nespěte se na scénu.

Zdravím

MUDr. Marie Rašková, Louny

I zde obhájil své místo předsedy regionu



# Koalice soukromých lékařů a další události

Duben začal sjezdem české lékařské komory. Nový prezident Komory uhájil své postavení a podařilo se zvolit nové Předsednictvo. Víceprezident zvolen nebyl. Následující měsíce nechtě ukáží, zda to myslí dr. Kubek s obrodou Komory vážně. V dubnu také pokračovaly přestřelky nejen Krizového štábu koalice s ministerstvem zdravotnictví, ale na konci dubna bylo dohodnuto i přijetí zástupců Krizového štábu u prezidenta republiky. Jen premiér stále nic...

## I. Prohlášení představenstva Unie k situaci ve zdravotnictví

Toto prohlášení vychází z Prohlášení přijatého sekcí zdravotnictví Unie dne 23.1.2006, z Prohlášení shromáždění delegátů Asociace českých a moravských nemocnic konaného dne 5.4.2006 a ze stanovisek zaměstnavatelských a odborových reprezentací přednesených na Pracovním týmu pro zdravotnictví RHSD ČR dne 13.3. a 3.4.2006 a předložených na plénu RHSD ČR dne 16.2.2006. Vyjadřuje tak hodnocení situace ve zdravotnictví převážnou většinou zdravotnické obce a zaměstnavatelskou reprezentací. Vyplynou z něho zejména tyto hlavní závěry:

1. Nerespektuje se sociální dialog ve zdravotnictví, neboť návrhy vyhlášek či návrhy zákonů nejsou projednávány před jejich přijetím s reprezentativními organizacemi sociálních partnerů. Uplatňuje se autoritativní způsob jednání opřený o hrozby nucených správ a odvolávání ředitelů. Je tak prakticky znemožněna věcná, demokraticky vedená příprava žádoucích změn ve zdravotnictví v zájmu všech občanů. Výsledkem je nekompetentní příprava přijímaných opatření, vynucené změny během období jejich platnosti a ekonomická a právní nejistota, což se projevuje v negativních dopadech na dostupnost a kvalitu zdravotní péče.

2. Není připravena a předložena k diskuzi žádná koncepce reformy ve zdravotnictví, která by byla východiskem návrhů zákonů či jejich novel. Tyto návrhy jsou tak připravovány nesystémově, pouze s vybranými poslanci, bez vnějšího připomínkového řízení, bez projednání v Legislativní radě vlády a bez projednání se sociálními partnery. Nemohou proto vést, a nevedou, k žádné ekonomicky a sociálně přijatelné reformě. Přijetí takto chaoticky připravených zákonů závažně de-

formuje systém veřejného zdravotního pojištění, jeho veřejnoprávní charakter, jak o tom svědčí dále uvedené nejzávažnější změny. Prosazovaný záměr - řídit zdravotní pojišťovny jen státními úředníky a poslanci a nikoliv také zástupci zaměstnavatelů a zaměstnanců, kteří jsou největšími plátcí pojistného - byl pro všeobecný odpor změněn jen v případě zaměstnavatelských zdravotních pojišťoven. V případě největší zdravotní pojišťovny ale zůstává.

Zdravotní pojišťovny se zbavují jejich hlavní úlohy - nezávislou správou prostředků zdravotního pojištění zabezpečovat potřebnou zdravotní péči pro pojištěnce podle platných pravidel v dohodě s orgány samospráv a poskytovateli zdravotní péče. Tato úloha se přenáší na administrativní aparát ministerstva. V zásadě se vylučuje objektivizovaný výběr zdravotnických zařízení podle předem odborně připravených a přijatých pravidel, na základě potřeby dostupnosti a kvality zdravotní péče, což je nezbytné pro financování z veřejných prostředků. Tento proces se nahrazuje zapsáním netransparentně vybraných zdravotnických zařízení rovnou do zákona. Vytváří se zároveň nerovný přístup zdravotnických zařízení různých zřizovatelů. Výsledkem této legislativy bude:

- a) přímé řízení zdravotnictví státním administrativním aparátem,
- b) centrální byrokratické plánování, které významně zhorší přístup občanů k zdravotní péči, novým lékům, vyšetřením a metodám léčby.

3. Dalším destabilizujícím opatřením je skutečnost, že novelou zákona byly z dohodovacích řízení o smlouvách a výši úhrad zdravotní péče vyloučeny všechny skupiny poskytovatelů ambulantní péče s výjimkou nemocnic a nelékařských profesí.

4. Byla zavedena nucená správa nad VZP, aniž by byla předem doložena závažnými odpovídajícími důvody. Bylo tak znemožněno

nejvýznamnější zdravotní pojišťovně reagoval na situaci s potřebnou pružností, samostatností a odpovědností.

5. Za situace, kdy prakticky všem zdravotnickým zařízením k 1.7.2006 končí platnost smluv se zdravotními pojišťovnami, Ministerstvo zdravotnictví nepřipravilo a neprovedlo výběrová řízení ani nečiní kroky k prodloužení dosavadních smluv - vedle finanční nejistoty a destabilizace pro 2. pololetí 2006 tak hrozí rozpad smluvních vztahů.

Vzhledem k uvedené vážné situaci považujeme za nezbytné:

- a) přijetí opatření snižujících dopady na pacienty a síť zdravotnických zařízení,
- b) připravit alespoň základní záměry koncepce reformy zdravotnictví a v souladu s nimi provést nápravu nesystémově přijatých legislativních změn.

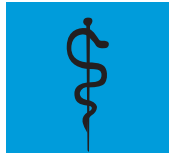
*MUDr. Dalibor Stejskal v.r.*  
viceprezident Unie pro zdravotnictví  
*Ing. Pavel Ernst, CSc. v.r.*  
prezident Unie

## II. Prohlášení shromáždění delegátů Asociace českých a moravských nemocnic

konané dne 5. dubna 2006 za účasti hostů z dalších organizací poskytovatelů ústavní i ambulantní péče, lékařů, nelékařských profesí, lékárníků, zástupců sdružení pacientů, odborového svazu zdravotnictví a sociální péče a unie zaměstnavatelských svazů

**Konstatuje:**

Ve zdravotnictví vznikla velmi vážná situace, která nemá obdoby od roku 1989. Narušeny byly základní ekonomické a právní vztahy vytvářené po celou dobu transformace na moderní evropské zdravotnictví. Dominujícím prvkem se stala ekonomická a právní nejis-



tota zdravotnických zařízení i zdravotních pojišťoven, která začíná ohrožovat pacienty a občany. Příčinou je porušování demokratických principů přípravy a projednávání legislativních norem, používání nedemokratických metod řízení ze strany ministerstva zdravotnictví, porušování právních norem a narušování sociálního dialogu.

#### Důsledkem je:

- rozkolísání systému úhrad zdravotní péče za pojištěnce nedomyšlenými regulacemi, vadami a chybami ve vyhlášce MZ č. 550/2005 Sb., způsobenými nedemokratickým a neprůhledným způsobem její přípravy a neochotou ministra zdravotnictví chyby včas a zodpovědně napravit
- vynucená pozdní novela úhradové vyhlášky, která, připravována stejně neprůhledným způsobem, bez účasti a projednání s poskytovateli, konzervuje většinu dosavadních vad a chyb a přináší nové
- problematický vztah obou znění vyhlášek, upravující úhrady zdravotní péče v jednom kalendářním pololetí, vytvářející nejistotu a bezradnost, pro které kalendářní čtvrtletí které znění vyhlášky použít, zakládající spory o výklad vyhlášek do budoucna
- pouze nominální navýšení úhrad prvním i druhým zněním vyhlášky, jejíž regulační omezení činí navýšení úhrad nejprve na 103 % a poté na 105 % pouze deklaratorním a v praxi nedosažitelným
- snížením úhrad následné péče, představující téměř třetinu lůžek v ČR, prvním zněním vyhlášky pod úroveň roku 2005 a druhým zněním dokonce pod úroveň roku 2004, dochází k ohrožení celého systému péče v LDN, léčebných ústavech, na ošetrovatelských lůžkách a v hospicích a k nutnosti rozsah a dostupnost této péče omezit
- novela úhradové vyhlášky přímo diskriminuje pojištěnce všech zaměstnaneckých pojišťoven stanovením nižší úhrady za jim poskytnutou následnou zdravotní péči
- úhrady následné péče byly od 1. 4. 2006 v souběhu s novelou úhradové vyhlášky dále sníženy novelou vyhlášky o seznamu výkonů, která bez projednání v dohodovacím řízení a tudíž v rozporu se zákonem snížila úhradu režie za ošetrovací den
- omezení poskytování následné péče povede k zatížení drahých akutních lůžek pacienty následné péče a tím k prodražení této péče a omezení dostupnosti akutní péče

- v důsledku nedomyšlených a předem neprojednaných legislativních kroků od 1.4. 2006 platí úprava novelizovaným zákonem č. 48/1997 Sb., která pro 2. pololetí 2006 vylučuje stanovit výši úhrad v dohodovacím řízení, vylučuje pro 2. pololetí vydat vyhlášku MZ a ruší ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., podle něhož při nedohodě v dohodovacím řízení a při nevydání úhradové vyhlášky zůstávají v platnosti dosavadní výše úhrad
  - situace, kdy poprvé od roku 1989 nebude možné výši úhrady sjednat pro všechna zdravotnická zařízení, ani je stanovit vyhláškou, ani zachovat stávající úhrady, vytvoří chaos ve financování poskytnuté zdravotní péče ve 2. pololetí 2006 a ohrozí ústavní právo občanů na úhradu této péče za stejných nebo srovnatelných podmínek
  - umělé prodlužování nucené správy VZP, dnes postrádající jakýkoli smysl a opodstatnění, znemožňující nejvýznamnější zdravotní pojišťovně reagovat na situaci s potřebnou pružností, samostatností a odpovědností
  - destabilizujícím prvkem je skutečnost, že další novelou zákona byly z dohodovacích řízení o smlouvách a výši úhrad zdravotní péče vyloučeny všechny skupiny poskytovatelů ambulantní péče s výjimkou nemocnic a nelékařských profesí
  - za situace, kdy prakticky všem zdravotnickým zařízením k 1.7. 2006 končí platnost smluv se zdravotními pojišťovnami, Ministerstvo zdravotnictví nepřipravilo a neprovedlo výběrová řízení ani nečiní kroky k prodloužení dosavadních smluv - vedle finanční nejistoty a destabilizace pro 2. pololetí 2006 hrozí rozpad smluvních vztahů
  - za předpokladu schválení zákona o neziskových nemocnicích v průběhu 2. pololetí 2006 část zdravotnických zařízení bude vyřazena ze sítě a smluvních vztahů a druhá část se bude transformovat na neziskové organizace s nejasným a nevyzkoušeným systémem hospodaření, financování a odpovědnosti
  - vzhledem k centralizaci rozhodování o detailních otázkách práce neziskových nemocnic (obory, počty lůžek atd.) na Ministerstvu zdravotnictví, lze očekávat zahlcení rozhodování tohoto ministerstva a chybná rozhodnutí bez možnosti odvolání.
- Vzhledem k uvedené vážné situaci a předpokladu jejího prudkého zhoršení v 2. pololetí 2006 **žádají účastníci výše uvedeného shromáždění ústavní orgány a ústavní činitele ČR** o neprodlené zastavení všech dal-

ších změn a kroků v systému zdravotnictví a o přijetí opatření snižující dopady na pacienty a síť zdravotnických zařízení.

### III. Prohlášení zástupců nestátních sdružených zdravotnických zařízení a poliklinik

dne 13. dubna 2006 se dohodli na založení krizového štábu, jehož cílem je:

- zabránit omezování dostupnosti a kvality zdravotní péče způsobené vyhláškami ministerstva zdravotnictví
- zamítnout zákony, které diskriminují provozovatele nestátních zdravotnických zařízení a jejichž schválení ve svém důsledku hrozí mj. redukcí, případně i likvidací nestátních zdravotnických zařízení zaměstnávajících více než 10 lékařů
- nepřipustit nebezpečnou koncentraci moci a peněz daňových poplatníků v rukou ministra zdravotnictví MUDr. Davida Ratha a jím ovládané České lékařské komory
- zabránit návratu českého zdravotnictví do stavu před rokem 1989.

Krizový štáb sdružených zdravotnických zařízení a poliklinik bude organizovat jednak vlastní protestní akce proti opatřením ministra Ratha a „sněmovní 111-tičlenné koalice“ vedoucí k návratu zdravotnictví před rok 1989 a rovněž bude aktivně podporovat akce organizované krizovým štábem lékařů a ostatních zdravotnických organizací.

První společnou akcí je organizování petiční akce občanů za obranu dostupné zdravotní péče a zachování zdravotní péče poskytované v konkrétních sdružených zdravotnických zařízeních.

V Praze dne 13. dubna 2006

Koordinátoři Krizového štábu sdružených zdravotnických zařízení a poliklinik:

**Ing. Aleš Král**

*předseda představenstva APRIMED*

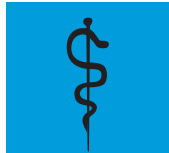
**MUDr. Lubomír Hrabě**

*předseda představenstva zájmového sdružení NZZ DTC Praha a.s.*

**MUDr. Helena Fousková**

*předsedkyně představenstva MephaCentrum a.s.*





#### ■ IV. Dopis Krizového štábu prezidentovi

Vážený pane prezidente, obracím se na Vás jménem Krizového štábu lékařů, lékárníků a nemocnic a dalších sympatizujících zdravotnických organizací s naléhavou žádostí o vetování zákona „o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních“. Tento zákon vrací české zdravotnictví před rok 1989 a pod rouškou takzvané neziskovosti nastoluje centrálně řízený zdravotnický systém. Namísto kvality a efektivity poskytované zdravotní péče povede ke koncentraci moci ve zdravotnictví do rukou resortního ministra a k rozkladu systému veřejného zdravotního pojištění. Zákon vznikl bez jakékoliv předcházející veřejné a odborné diskuse, obsahuje četné technické a věcné chyby i nesmysly a je v rozporu s celou řadou zákonů, včetně ústavy naší země. Představuje také brutální zásah do vlastnických vztahů, čímž přesahuje hranice zdravotnictví a vytváří nebezpečný precedens i pro jiné oblasti našeho života.

Již dnes pocítujeme, nejen my zdravotníci, ale především naši pacienti, důsledky dalších zhoubných nápadů a opatření ministra Davida Ratha. Proto jsme sepsali petici na obranu dostupné zdravotní péče, k níž svůj podpis připojilo k dnešnímu dni téměř čtvrt miliónu občanů.

Vážený pane prezidente, pokud to uznáte za vhodné, bylo by pro nás velkou ctí, kdybychom Vás mohli osobně seznámit s touto peticí i s katastrofální situací ve zdravotnictví.

Věříme, že nás v našem úsilí podpoříte a přejeme Vám vše dobré.

S úctou

**MUDr. Jiří Pekárek**

Mluvčí krizového štábu lékařů,  
lékárníků a nemocnic

**Členové Krizového štábu (představitelé zdravotnických organizací, kteří zastupují více než 20 000 lékařů, 7 000 lékárníků, 180 nemocnic a tisíce dalších pracovníků ve zdravotnictví):**

MUDr. Jiří Pekárek  
prezident České stomatologické komory,  
MUDr. Václav Šmatlák  
předseda Sdružení praktických lékařů ČR,  
MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR,  
MUDr. Pavel Tautermann  
předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR,  
MUDr. Vladimír Dvořák  
předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR,  
PharmDr. Lubomír Chudoba  
prezident České lékárnické komory,  
MUDr. Eduard Sohlich, MBA  
předseda Asociace českých a moravských nemocnic,  
Bc. Blanka Misconiová  
mluvčí Krizového štábu nelékařů

#### **Zdravotnické organizace, které aktivity Krizového štábu podporují:**

Asociace domácí péče České republiky  
UNIFY ČR - Unie fyzioterapeutů ČR  
Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče  
SKALPEL - Svaz soukromých lékařů a podnikatelů ve zdravotnictví ČR  
Společnost radiologických asistentů ČR  
Sdružení ambulantních dětských kardiologů ČR  
Grémium majitelů lékáren  
Sdružení privátních diagnostických laboratoř  
Sdružení soukromých patologů  
Asociace mikrobiologických laboratoř  
SSN ČR - Sdružení soukromých nemocnic České republiky  
NZZ APRIMED - Sdružení nestátních zdravotnických zařízení APRIMED  
Asociace denních stacionářů a krizových center  
KVVOPZ - Komora vysokoškolsky vzdělaných odborných pracovníků ve zdravotnictví ČR  
PRIVALAB - Sdružení privátních diagnostických laboratoř  
Asociace zdravotnických zařízení Středočeského kraje  
Asociace psychiatrických sester  
Společnost instrumentářek  
UNIPA - Unie porodních asistentek

#### ■ V. Prezident vetoval zákon o neziskových nemocnicích

Praha - Prezident Václav Klaus ve čtvrtek vetoval zákon, podle něhož by měla v Česku vzniknout síť neziskových nemocnic. Zdravotnictví podle prezidenta potřebuje zásadní reformu, což však tato norma nepřináší. ČTK o tom dnes informoval prezidentův tajemník Ladislav Ják. Zákon se nyní vrací do sněmovny, kde pro jeho schválení bude potřeba nejméně 101 hlasů. Ministr zdravotnictví David Rath ČTK řekl, že ho Klausovo rozhodnutí nepřekvapilo, stejně reagoval i premiér Jiří Paroubek. Norma má podle nich šanci znovu ve sněmovně uspět.

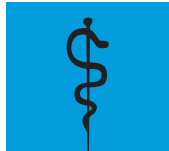
„Mně samozřejmě je líto, že pan prezident takto okatě a očividně podporuje plošnou privatizaci (nemocnic), kterou rozjeli jeho stráničtí souputníci z ODS na úrovni krajů,“ uvedl Rath. Podotkl, že Klaus v 90. letech prosadil privatizaci podniků. Podle ministra zůstal tedy „názorově konzistentní“. Rath se obává toho, že by privatizace nemocnic mohla skončit neúspěšně jako privatizování některých podniků a vedla by k rozvratu zdravotnických zařízení. „Stát by za pár let stejně jako ty podniky musel stavět nemocnice nově. Ale mezitím by to odsákalo mnoho lidí,“ řekl ministr ČTK.

Premiér si myslí, že zákon může získat ve sněmovně hlasy i odjinud než z ČSSD a KSČM. „Osobně si myslím, že to je jeden z klíčových zákonů volebního období a tak k němu také budeme přistupovat. Očekávám, že veto prezidenta republiky bude přehlasováno,“ řekl dnes Paroubek novinářům.

Podle Klause ale zákon znamená opuštění principů, jako jsou úcta k soukromému vlastnictví, pluralita vlastnických vztahů a svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení. „Zákon v této své podobě zdravotnictví destabilizuje, zbytečně rozděluje lékaře a další zdravotníky, vyostřuje politickou atmosféru v zemi a zneklidňuje pacienty a celou českou veřejnost. Vytváří navíc falešný dojem, že se takzvanou neziskovostí nemocnic řeší finanční krize zdravotnictví,“ uvedl Klaus v dopise předsedovi sněmovny Lubomíru Zaorálkovi (ČSSD).

Prezident připomíná, že zákon odmítla nemalá část zdravotníků, nesouhlasí s ním ani krajské samosprávy, drtivou většinou ho zamítli i Senát a „ve své podstatě“ také vláda,





kteřá v prosinci 2004 označila poslanecky návrh zákona za nepropracovaný a nesystémový. Podle prezidenta norma vytváří výhodné prostředí pro existenci jen veřejného typu namísto toho, aby ho tvořil pro všechny vlastnické formy. Rath nesouhlasí s tím, že by norma neziskové nemocnice zvýhodňovala. Prezident podle něj normu nečetl a spolehl se „na své poradce z ODS, kterým je tento zákon trnem v oku“.

Zákon počítá se vznikem sítě 146 neziskových nemocnic, jejichž péči by hradily zdravotní pojišťovny. Nemocnice, které by přeměnu odmítly, by dostávaly od pojišťovny peníze jen za akutní péči. Ve sněmovně normu prosadila vládní sociální demokracie spolu s komunisty. Tyto strany mají ve sněmovně sílu prezidentské veto přehlasovat.

Klaus je proti tomu, aby přeměna nemocnic na neziskové byla vynucována ekonomickým tlakem. „Pro tyto subjekty to představuje radikální změnu podmínek jejich fungování, a to v podstatě bez jakékoli kompenzace,“ uvádí. Upozorňuje na to, že zákon se nevyporádává s existencí zahraničních investorů a možným zmařením jejich investic v ČR. „To může vést k řadě mezinárodních arbitrází na jejich ochranu a ke vzniku problémů typu Nomura,“ konstatuje Klaus.

Hlavě státu vadí i to, že zákon „nepřiměřeně institucionalizuje“ postavení České lékařské komory, která díky této normě má získat podíl na rozhodování o dostupnosti zdravotní péče. Klaus míní, že zákonem nelze „tolik potřebnou změnu systému zdravotní péče a jejího financování obhajovat“. Odkazuje i na další vyjádření kabinetu, podle něhož by zákon „mohl vést k další eskalaci neehospodárnosti systému a neefektivnímu čerpání veřejných prostředků.“

Zákon se stal jedním z předvolebních témat. Politizace ale ministři podle jeho slov nevadí. „Je dobře, že se takto krystalizuje ten svým způsobem ideový střet dvou hlavních politických sil v ČR,“ uvedl. Podle něj tak proti sobě stojí názor, že „do zdravotnictví patří více trhu a nemocnice firmy“, a myšlenka, „že zdravotnictví je veřejná služba, zachraňuje životy a minimálně dvě třetiny nemocnic by měly být pod přímou kontrolou státu“.

Převzato z ČTK.

Pro Vox připravil:  
MUDr. Pavel Neugebauer

### Kdo si hraje, může i omládnout

Trenérem lidského mozku se stávají nové technologie

Videohry nelákají jen děti a dospívající. Hru, která slibuje zlepšení kondice mozku, si oblíbily miliony Japonců ve středním a vyšším věku.

Japonská populace je nejstarší na světě. Lidé se dožívají v průměru více než osmdesátky a rychle přibývá i stoletých. Čím dál víc Japonců má obavu, zda si i ve vyšším věku zachovají duševní svěžest. Proto se miliony z nich staly závislými na počítačové hře, která podle výrobce dokáže zvýšit výkonnost mozku a dokonce i zpomalit postup demence a Alzheimerovy choroby. A tyto sliby nemusí být jen barnumskou reklamou. Na vývoji hry s názvem „Brain Age“ se podílel profesor neurologie Ryuta Kawashima, který mnoho let zkoumá, jaké přínosy má řešení jednoduchých matematických úloh na duševní svěžest. Jeho knihy „mozkových cvičení“ patří od prvního vydání v roce 2003 v Japonsku mezi bestsellery.

K hraní „Brain Age“ je potřeba konzole Nintendo DS. Je to vlastně přenosný herní systém se dvěma malými obrazovkami, pokročilejší varianta známého Game Boye.

Vzhůru do mozkové posilovny!

Hráči postupně řeší řadu hádanek. Počítají jednoduché příklady, kreslí zadané obrazce, v sortimentu „záračné krabičky“ je i sudoku. Musí vždy odpovědět co nejrychleji. Software pak vyhodnotí „stáří mozku“. To se po dalších cvičeních může měnit. Samozřejmě většinou k lepšímu. To může být jedním z klíčů k vysvětlení popularity hry. „Myšlenka, že trénujeme mozek, nám dává naději,“ říká psychiatr Rika Kayama. Myslím, že čím dál víc lidí se stárnutí bojí nebo si ho dokonce odmítá připustit.

Ať už jsou zdravotní přínosy jakékoli, jeden efekt je nesporný: zaměření na důchodce přineslo Nintendo nečekané zisky. Úspěch „Brain Age“ předčil všechna očekávání, od května se prodalo přes tři miliony kusů.

Záchrana pro skomírající značku

Japonský průkopník elektronické zábavy, který se proslavil hrami s postavičkou instalatéra Maria či Pokémonů, byl několik posledních let ve ztrátě. Na dosud rozhodujícím trhu her pro děti a dospívající totiž ve prospěch konkurence vyklízí jednu pozici za druhou. Hlavními soupeři na trhu herních konzolí je Sony a Microsoft.

O hravé důchodce se Nintendo zatím s nikým nemusí dělit. Chce také prodat „mozkovou gymnastiku“ v zahraničí. Do Evropy hra dorazí na začátku léta.

Virtuální mozková posilovna

Hračka, která dříve zajímala hlavně děti, se dostala do centra pozornosti i podstatně dospělejší části populace.

S využitím herní konzole a programu Brain Age lze totiž „posilovat mozek“ s téměř záračnými účinky.

Pravidelný hráč může od této hry očekávat i zpomalení postupu demence.

Alespoň by na to přísahal několik milionů Japonců, kteří si hru koupili.

### Komora: Rath porušuje zákon

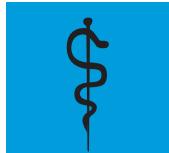
Česká stomatologická komora obvinila ministra zdravotnictví Davida Ratha z porušování zákona.

Ministr minulý týden předložil legislativní radě vlády novelu vyhlášky o rámcových smlouvách, aniž by počkal na výsledek dohodovacích řízení mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami. Podle delegátů víkendového brněnského sněmu komory tím Rath překročil své pravomoci.

„Nejednalo by se o oboustranně přijatelný smluvní vztah, ale o hanebný a zneužívající diktát státu nejenom vůči jedné skupině obyvatel,“ shodli se zubaři v prohlášení a obrátili se otevřeným dopisem na vládu. Rámcové smlouvy stanovují rozsah péče hrazené pojišťovnami. Stávající mají vypršet koncem června.

„Dohodovací řízení o rámcových smlouvách probíhá od ledna. Rath nevyčkal, jaký bude jeho výsledek, a snaží se nám smluvní podmínky nadiktovat vyhláškou,“ zdůraznil prezident komory Jiří Pekárek. Vyhláška navíc podle něj přímo obsahuje některá neústavní ustanovení. Považuje ji za „násilí na zdravotnických zařízeních“.

Proti Rathovu postupu se ostře ohradila i Asociace českých a moravských nemocnic, která sdružuje na 180 lůžkových zařízení. Na protest proti ministrovu postupu asociace dohodovací řízení s pojišťovnami přerušila a ministrovo počínání označila za „protizákonné a podvodné“. Zástupci nemocnic poukázali, že se Rath snaží vyhláškou prosadit to, co mu sněmovna neschválila v novele zákona.



# Poskytování zdravotní péče bez smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami

Mgr. Jakub Uher

právní poradce SPLDD ČR

## ■ První otázkou je, kdy je vlastně zdravotnické zařízení nesmluvním zdravotnickým zařízením

Jednoznačné je, že nesmluvním zdravotnickým zařízením je to, které nemá platnou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče ve smyslu ustanovení §17 odst.1 a násl. zák. č. 48/1997 Sb.

Poměrně složitější je situace, kdy zdravotnické zařízení má platnou smlouvu, ovšem na dané období nemá sjednán dodatek o výši úhrady. Vzhledem k tomu, že doposud byla výše úhrady a regulační omezení stanovena buď výsledkem dohodovacího řízení (a zveřejněna ve věstníku MZ ČR), nebo vyhláškou MZ ČR, je převažující právní stanovisko, že i v případě neuzavření dodatku o úhradě se postupuje shodně, jako by uzavřen byl, a to ve stanovených intencích.

Vzhledem k nové právní úpravě od 1.4.2006 (zákon č.117/2006 Sb.) je otázkou, zda lze výše uvedené právní závěry aplikovat i do budoucna.

Lze tedy uzavřít, že situace, kdy existuje platná smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, ale není formou dodatku sjednána úhrada, není zcela jednoznačná. Judikatura není k této otázce k dispozici. Osobně se domnívám, že tuto situaci nejspíše nelze posuzovat jako nesmluvní vztah.

V současné době, kdy ke dni 30.6.2006 končí platnost většiny smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče, se může zdravotnické zařízení stát nesmluvním velmi snadno. Stačí neuzavření či neprodloužení smlouvy s pojišťovnou. V jiném období by muselo být postupováno dle příslušných ustanoveních o ukončení smlouvy - nejspíše formou výpovědi či dohody smluvních stran.

## ■ Jak je hrazena zdravotní péče nesmluvnímu zdravotnickému zařízení?

Je nutno rozlišit na péči neodkladnou a ostatní. Ustanovení §17 odst. 1 uvádí, že smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci. Tuto péči by tedy měla uhradit zdravotní pojišťovna. Otázka toho co ještě je a co již není péčí

nutnou a neodkladnou, je poměrně častým problémem mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami. Osobně doporučuji, i přes některá poměrně příznivá rozhodnutí soudů, jako tuto péči vykazovat skutečně pouze péčí akutní.

Ostatní péči pak hradí plně pacient formou přímé platby zdravotnickému zařízení. Výše úhrady není striktně stanovena (tedy omezením maximální cenou, jako například u výkonů pro různé státní orgány apod.), ale je pouze věcně usměrněna.

Úpravu nalezneme ve výměru ministerstva financí, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami (nyní platný výměr 01/2006) v části II. - seznam zboží, u kterého se uplatňují věcně usměrněné ceny.

Tento uvádí, že věcně usměrněné ceny se uplatňují u zdravotní péče, která je poskytována účastníku veřejného zdravotního pojištění:

- a) a není hrazena podle zvláštního právního předpisu (zák. č. 48/1997 Sb) z veřejného zdravotního pojištění
- b) zdravotnickým zařízením, které není ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou,

Do ceny zboží v položkách uvedených v této části lze promítnout pouze ekonomicky oprávněné náklady pořízení, zpracování a oběhu zboží doložené v účetnictví, přiměřený zisk, daň a případně uplatněné clo podle zvláštních právních předpisů, není-li dále stanoveno jinak.

Pro každé zdravotnické zařízení tedy může a musí být cena zdravotní péče odlišná. Může být například propočítávána na každý jednotlivý výkon (v úvahu přichází spočítat vlastní režii ordinace a s použitím času výkonu z platného seznamu výkonů vypočíst režii vztahující se k danému výkonu. Potom zkalulovat materiálové náklady na daný výkon. Toto sečíst a přidat přiměřenou míru zisku). Výsledek by měl být násobně vyšší než cena výkonu dle seznamu výkonů krát 1,10 Kč za 1 bod (pro srovnání oproti minutové režii v seznamu výkonů u některých ordinací praktických lékařů vychází reálná minutová režie až 5-7 krát vyšší).

Výslovně upozorňuji, že nejde o pokladen-

ský systém - to znamená, že pacient sice uhradí zdravotní péči přímou úhradou, ovšem tuto úhradu (ani její část) nedostane následně od zdravotní pojišťovny proplacenu. Současný právní rámec neumožňuje zdravotní pojišťovně péči, jinak z pojištění hrazenou, poskytnutou pojištěnci v nesmluvním zdravotnickém zařízení za přímou úhradu, následně pojištěnci proplatit.

## ■ Problémem jsou léky

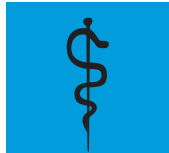
Velkým problémem u nesmluvních zdravotnických zařízení je úhrada jím předepsaných léčivých přípravků ze zdravotního pojištění. Ustanovení §17 odst. 13 zák. č. 48/1997 Sb., totiž uvádí, že zdravotní pojišťovna uhradí léčivé přípravky na základě lékařského předpisu vystaveného smluvním zdravotnickým zařízením. Dále je pak uvedeno, že uhradí léčivé přípravky na základě lékařského předpisu vystaveného lékařem poskytujícím neodkladnou péči pojištěnci. Ohledně neodkladné péče lze odkázat na text výše. U ostatní péče však léčivé přípravky (jinak hrazené z veřejného zdravotního pojištění) předepsané nesmluvním zdravotnickým zařízením nejsou pojišťovnou hrazeny. Tato skutečnost již byla potvrzena i judikaturou.

Tedy pacient musí hradit plně i veškeré léčivé přípravky, které mu nesmluvní zdravotnické zařízení předepíše. Obdobný problém by mohl být u PZT a zřejmě i u dopravy, byt zde není právní úprava tak jednoznačná a podpořená rozhodnutím soudu.

Naopak u specializované péče a domácí péče se domnívám, že bude pojišťovnou uhrazena i pokud ji doporučí nesmluvní lékař.

## ■ Závěr

Problematika všech skutečností souvisejících s péčí poskytovanou nesmluvními zdravotnickými zařízeními není legislativně dostatečně ošetřena a řada nejasností je vysvětlována až rozsudky soudů, nicméně se domnívám, že tento stručný materiál odpovídá současnému právnímu stavu. ■



# Usnesení Sněmu SPLDD ČR konaného 13. - 14.5.2006 ve Velkých Karlovicích

1. Sněm projednal plánovaný týden zdravotnického neklidu. Všem svým členům doporučuje zúčastnit se protestních akcí a demonstrací. V pátek pak uzavřít naše ordinace s nutností zajistit akutní péči.

2. Sněm doporučuje Předsednictvu SPLDD ČR vytvořit pracovní skupinu k řešení předpokládaných právních sporů, vyplývajících z důsledku Úhradových vyhlášek 550/2005 a 101/2006.

3. Doporučujeme členům neustupovat tlaku zdravotních pojišťoven při uplatňování regulací v souvislosti s výše uvedenými vyhláškami. Práce, která byla odvedena, musí být uhrazena!

4. Sněm doporučuje vyčkat s podpisem dodatků pro druhé čtvrtletí roku 2006 až do konce června.

5. Sněm konstatuje, že nebylo naplněno usnesení loňského Sněmu ohledně Rámcových smluv. Sněm vyjadřuje zásadní nesouhlas s vměšováním ministerstva zdravotnictví

do smluvních vztahů a snahu vydat vyhláškou Rámcové smlouvy pro příští období bez projednání s profesními organizacemi. Plánovaná vyhláška o Rámcových smlouvách nám direktivně nařizuje ordinační dobu v rozsahu 40 hodin za týden a navíc povinnost podílet se na LSPP či ÚPS v rozsahu až 16 hodin týdně s úhradou pouze v rozsahu provedených výkonů.

6. Sněm upozorňuje své členy, že ve IV. čtvrtletí letošního roku dojde k souběhu uplatnění regulací a prohlubujícího se dluhu zdravotních pojišťoven a je pravděpodobné, že dojde k výpadku plateb od ZP na 3 - 4 měsíce. Výkonnému výboru SPLDD ČR Sněm ukládá jednat o zrušení mechanismu zpětného zápočtu.

7. Sněm zásadně protestuje proti schvalovanému zákonu o neziskových nemocnicích. Důsledky tohoto zákona mohou výrazně ohrozit i naši odbornost, zejména možnosti zřizování daňově zvýhodněných ambulancí

odbornosti 002 při nemocnicích.

8. Sněm se ohrazuje proti obviněním ministra zdravotnictví, že jsme řízení politickou stranou. K našim protestům nás vede nedodržování zákonů a nefungující a bezkonceptní systém našeho zdravotnictví.

9. Sněm konstatuje, že systém preventivních prohlídek a očkování je ohrožen nedostatkem financí a nekonceptními zásahy ministerstva do úhrad této péče.

10. Sněm očekává změnu ve stylu práce ČLK po zvolení nového představenstva, a proto zatím vyčkává do dalšího sjezdu ČLK se stanoviskem k platformě soukromých lékařů v rámci ČLK.

11. Sněm doporučuje předsednictvu SPLDD ČR do konce června aktuálně informovat členskou základnu o doporučení dalšího postupu po 1.7.2006.

12. Součástí usnesení je i Prohlášení sněmu.

## Tiskové prohlášení Sněmu SPLDD ČR

**Celorepublikový Sněm zástupců praktických dětských lékařů, sdružených v SPLDD ČR, projednal na svém zasedání ve dnech 13. - 14.5.2006 ve Velkých Karlovicích krizovou situaci v českém zdravotnictví.**

**Odmítáme nekonceptní a při tom často direktivní legislativní zásahy, prováděné vládou a ministrem zdravotnictví, do stávajícího systému veřejného zdravotního pojištění.**

**Omezování úhrad a tvrdé, jednostranné, regulační mechanismy nezohledňují skutečnou potřebu zdravotní péče a nárůst porodnosti. Ve svém důsledku je tak ohrožena dostupnost a kvalita poskytované léčebně preventivní péče o děti v ČR.**

**Kategoricky odsuzujeme snahy ministra Dr. Ratha nadiktovat principy smluvního vztahu předložením státní verze Rámcových smluv. Tímto protizákonným**

**postupem je zcela ignorováno dohodovací řízení mezi zástupci poskytovatelů a zdravotními pojišťovnami.**

**Billboardy o „bezplatném zdravotnictví“ klamou veřejnost. Bezplatné zdravotnictví neexistuje!**

**V případě realizace krácení úhrad a ekonomických sankcí vůči praktickým dětským lékařům ze strany zdravotních pojišťoven jsme rozhodnutí bránit svá práva, diagnostická rozhodnutí a léčebné postupy soudní cestou.**

**Bude-li tato situace trvat i po volbách, pak jediným východiskem pro většinu praktických dětských lékařů bude vystoupení ze systému zdravotního pojištění se všemi důsledky možného omezení preventivní péče.**

**Z těchto důvodů účastníci Sněmu SPLDD ČR podporují veřejné protestní akce Koalice soukromých lékařů.**

### Síla mozkové kúry vypovídá o inteligenci

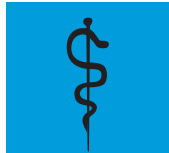
Inteligence mnohem více než s velikostí mozku souvisí s tím, jak a kdy mozek roste. Mozková kúra totiž podle výzkumu amerických vědců zesiluje v dětství, kdy její šířka dosahuje vrcholu. Během adolescence se zužuje. K tomu, aby zjistili, jak tento jev souvisí s inteligencí, Philip Shaw a jeho kolegové z Národního institutu duševního zdraví sledovali s pomocí magnetické rezonance mozky 307 dětí ve věku od šesti do 20 let. Zkoumali je každé dva roky.

Na základě IQ testů byly děti rozděleny do kategorií průměrná (83 až 108), vysoká (109 až 120) a velmi vysoká inteligence (121 až 145). Výzkumy ukázaly, že u dětí s nejvyšším IQ se kúra vyvíjí jiným způsobem než u těch s nižším stupněm inteligence, uvedl Shaw.

U nejbystřejších dětí se šíře kúry mozkové - tedy oblasti mozku, která je odpovědná za mnoho aspektů souvisejících s inteligencí - rychle zvětšovala v ranějším dětství a snižovala po dosažení jedenácti let. Podobný jev byl sice patrný i u dětí z průměrné kategorie, avšak byl mnohem méně zřetelný.

„Inteligentnější děti nejsou chytrější pouze kvůli tomu, že mají více kúry mozkové v určitém věku. IQ spíše souvisí s dynamikou růstu mozkové kúry,“ uvedla Judith Rapoportová, která je jednou ze spoluautorů studie otištěné v časopise Nature.





## Usnesení konference regionu Severní Morava a Slezsko SPLDD ČR konané v Ostravě dne 8. dubna 2006

### **Konference konstatuje,**

že je přítomno 108 členů s hlasovacím právem a bylo odevzdáno 94 platných hlasovacích lístků

### **Konference zvolila:**

- návrhovou komisi ve složení MUDr. Hejla a Pukovce
- volební komisi ve složení MUDr. Smetanová, Sudolská, Prikrylová, Křižáková
- mandátovou komisi ve složení MUDr. Křivská

### **Konference vyslechla:**

- zprávu o činnosti předsedkyně Regionu Severní Morava a Slezsko MUDr. Kuběnové Heleny,
- zprávu revizní komise MUDr. Losové Ludmily,
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2005 MUDr. Křivské Elišky a návrh rozpočtu Regionu na rok 2006

- odbornou přednášku prim. MUDr. Pavla Frúhaufa, CSc. Tukey ve výživě dětí
- informaci předsedy SPLDD ČR MUDr. Pavla Neugebauera o jednáních na republikové úrovni

### **Konference bere na vědomí:**

- informaci o stavu podúčtu a pokladny Regionu

### **A souhlasí s:**

- návrhem rozpočtu regionu na rok 2006

### **Konference doporučuje:**

- navýšení finanční náhrady za práci a ztrátu času členům Regionálního výboru a okresním zástupcům
- řádné proplácení všech úhrad, které nyní saturují ze svého

### **Konference zvolila na další tříleté období:**

- do Výboru regionální pobočky MUDr. Kuběnovou Helenu, Charvátovou Marcelu, Křiv-

skou Elišku, Hejla Františka a Pukovce Michala

- do revizní komise regionální pobočky MUDr. Losovou Ludmilu, Polácha Aleše, Machandrovou Lydii,

**Konference důrazně odmítá** úhradovou vyhlášku 550/2005 a její novelizace a žádá Výkonný výbor SPLDD ČR k dalším intenzivním jednáním ke zrušení této vyhlášky a zpětnému zavedení systému komplexního sledování nákladovosti zdravotnických zařízení.

**Konference žádá** výkonný výbor, aby i nadále zastupoval členy SPLDD ČR při dohodovacích řízeních se zdravotními pojišťovnami.

**Konference odmítá** zastupování zástupcem ČLK při těchto jednáních!

**Konference důrazně apeluje** na členy Sdružení, aby léčili lege artis!

## Usnesení západočeské regionální konference SPLDD ČR konané ve Skalně ve dnech 5.-6.května 2006

### **Konference**

#### **Bere na vědomí:**

Zprávu o činnosti regionu za r. 2005 přednesenou předsedkyní MUDr. Šebkovou se zhodnocením splněných úkolů a problematických bodů.

Zprávu o hospodaření regionu za r. 2005 přednesenou pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou (hospodaření mírně přebytkové).

Zprávu revizní komise regionu přednesenou MUDr. Jandovou (závady nebyly shledány).

Informace o zdravotnictví v Karlovarském kraji poskytnuté ředitelem VZP ing. Christofem a zástupcem hejtmana z odboru zdravotnictví ing. Mutínským a jejich proklamované podpoře poskytovatelům primární péče a snahám získat finanční zdroje pro zdravotnictví z evropských fondů.

Informace předsedy SPLDD ČR MUDr. Neugebauera o situaci ve zdravotnictví z pohledu celostátního i z pohledu PLDD.

Závěrečnou volbu předsedů regionálních orgánů: předseda výboru: Šebková, předseda revizní komise: Rozsypalová.

#### **Schvaluje:**

Volbu pracovního předsednictva (Šebková, Pečenková, Růžičková, Kubiasová, Kozderka)

Volbu mandátové komise (Benešová, Kuběnová, Patáková).

Volbu volební komise (Holdšvendová, Jandová E., Jirků, Kabzanová, Osičková, Volšíková)

Volbu návrhové komise (Florjanová, Kozderka, Růžičková).

Rozpočet Zpč. regionu na r. 2006 .

Průběh a výsledky voleb do regionálního výboru SPLDD ČR Západočeského regionu ve složení: Kozderka, Kubiasová, Pečenková, Růžičková, Šebková,

a do revizní komise ve složení: Aronová, Kuběnová, Rozsypalová.

#### **Doporučuje:**

Členům SPLDD účastnit se na „Týdnu protestů“ v květnu 2006 včetně protestního pochodu v Praze.

Členům SPLDD vyčkat s hodnocením činnosti ČLK až do řádného sjezdu ČLK na podzim 2006.

Členům SPLDD urychleně předat VV SPLDD ČR plné moci k zastupování PLDD při veškerých dohodovacích jednáních.

#### **Podporuje:**

Snahu VV SPLDD ČR vyjednat narovnání finančních ztrát způsobených úhradovou vy-

hláškou z I. pololetí 2006 ve II. pololetí 2006 v porovnání s celým rokem 2005.

#### **Požaduje:**

Zjednodušení smluvních vztahů PLDD se ZP, srozumitelnost smluv a jejich dodatků a jejich vyrovnanost pro obě smluvní strany.

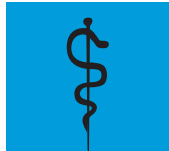
#### **Protestuje:**

Proti vzrůstající snaze státu získávat významný vliv nad poskytovateli i plátcí zdravotní péče a protekcionistické politice nekorigující čerpání zdravotní péče pacienty.

Proti neochotě současné vládnoucí politické garnitury objektivně informovat občany o ekonomické situaci ve zdravotnictví a možnostech řešení (spoluúčasť pacientů, zejména platby za „hotelové služby“, LSPP).

#### **Ukládá:**

Členům SPLDD podporovat medializaci a dle možností se účastnit na medializaci problémů v primární péči a edukovat své pacienty. Delegátům Sněmu SPLDD ČR předat VV SPLDD ČR požadavek členů na řešení problémů při předávání praxí (generační výměna, asistenti).



## Usnesení konference regionu Praha a středočeský kraj SPLDD ČR konané v Praze dne 6. dubna 2006 v Praze

### Konference bere na vědomí

výroční zprávu předsedkyně regionu MUDr. Vitoušové o proběhlých jednáních za uplynulé období.

### Konference bere na vědomí

zprávu revizní komise přednesenou jejím předsedou MUDr. Kopecským. Komise neshledala závady v hospodaření a vedení účetnictví našeho regionu.

### Konference bere na vědomí

zprávu o hospodaření za rok 2005 přednesenou regionálním pokladníkem MUDr. Růžkovou a schvaluje návrh rozpočtu regionu na rok 2006.

### Konference děkuje

MUDr. Vitoušové za její obětavou práci pro náš region, kterou po celé její funkční období svědomitě vykonávala.

### Konference zvolila

regionální výbor ve složení:

#### Region Praha:

MUDr. Nulíčková 88, MUDr. Struková 64, MUDr. Vurmová 51, ( náhradník MUDr. Schwarzová 41)

### Středočeský region:

MUDr. Němeček 87, MUDr. Procházka 79, MUDr. Vitoušová 76, ( náhradník MUDr. Weiss 22)

### Pokladník:

MUDr. Růžková 84

### Revizní komise:

MUDr. Kopecký 86, MUDr. Nížká 85, MUDr. Kyjonková 83

Počet hlasujících 88, neplatných hlasů 0, konference je dle zprávy mandátové komise usnášeníschopná.

**Konference doporučuje** regionálnímu výboru omezit výdaje na organizaci vzdělávacích akcí, např. nehradit obědy a stanovit poplatky za účast na školení pro zdravotní sestry.

**Konference je znepokojena** chováním ZPMV, především jakým způsobem informuje naše kolegy o eventuální možnosti nenávazání smluvního vztahu s některými ZZ po 1.1.2007 a doporučuje výboru SPLDD pokračovat v dalším konstruktivním jednání.

**Konference souhlasí** s dosavadními kroky krizového štábu a doporučuje mu spolu s ko-

alicí pokračovat v razantních jednáních vedoucích k nápravě současné krizové situace ve zdravotnictví a nastavení optimálních smluvních podmínek pro naše soukromá zdravotnická zařízení.

**Konference nesouhlasí** se situací uvnitř ČLK, především s prezentováním jejího prezidenta MUDr. Kubka vůči veřejnosti, že hájí profesní zájmy všech lékařů. Necítíme se být dobře zastupováni současným vedením ČLK a požadujeme, aby při dohodovacích jednáních byli přítomni představitelé naší profesní organizace. Rozhodně nesouhlasíme s nově přijatým zákonem, který vyřazuje SPLDD z dohodovacích řízení.



JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V Č. BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA  
Katedra supervize a odborné praxe  
Česká 20, 370 01 České Budějovice  
387 315 472, e-mail: brizova@zsf.jcu.cz

Vážení kolegové,

*rádi bychom nabídli vašim dětským klientům možnost účastnit se letního tábora pro děti trpící enurézou, inkontinencí. Hlavním cílem tohoto letního tábora je zavedení pravidelného denního a pitného režimu u těchto dětí, upevnění si základních hygienických návyků a zároveň je naučit samostatně rehabilitovat.*

*Rádi bychom vás požádali o zprostředkování kontaktu s rodinami dětí, pro které by tato nabídka byla zajímavá.*

*V případě dotazů nás neváhejte kontaktovat.*

*Mgr. Bohdana Břízová*

## Usnesení východočeské regionální konference SPLDD ČR konané ve Dvoře Králové dne 22. dubna

**1. Konference bere na vědomí** zprávu o činnosti SPLDD východočeského regionu za rok 2005, kterou přednesl MUDr. Hrunka.

**2. Konference bere na vědomí** zprávu o hospodaření východočeského regionu SPLDD za rok 2005, kterou přednesla MUDr. Doležalová.

**3. Konference bere na vědomí** zprávu revizní komise Vč regionu SPLDD, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.

**4. Konference schválila** rozpočet na rok 2006.

**5. Konference schválila** rozšíření výboru Vč regionu z 5ti na 7 členů.

**6. Konference zvolila** do regionálního výboru: MUDr. Hrunku, MUDr. Svobodovou, MUDr. Doležalovou, MUDr. Dvořákovou, MUDr.

. Paverovou, MUDr. Petřtylovou, MUDr. Bártoovou.

**7. Konference zvolila** do revizní komise MUDr. Zavřelovou, MUDr. Vlčkovou a MUDr. Bartoňovou.

**8. Konference vyslechla** sdělení MUDr. Neugebauera o úhradách.

**9. Konference ukládá** předsednictvu SPLDD ČR zvážit mandátní způsob konání regionálních konferencí.

**10. Konference doporučuje** členům Vč. regionu podepsat nové plné moci pro vrcholná jednání předsednictva SPLDD.

**11. Konference doporučuje** členům SPLDD v případě regulací ZP napsat odvolání a další postup koordinovat s vedením SPLDD.



# Poruchy hemostázy - trombofilní stavy

MUDr. Ivana Hadačová

Oddělení klinické hematologie FN Motol, Praha

## ■ Trombofilní stavy

Na vzniku trombózy se účastní tři základní faktory (Virchowova triáda):

- poškození cévního endotelu
- zpomalení krevního toku
- dysbalance v systému srážení krve

Srážení krve je proces, kdy postupnou aktivací koagulačních faktorů vzniká trombin a ten přemění fibrinogen na fibrin. Tvorba trombinu je regulována koagulačními inhibitory a komplex fibrinolytických mechanismů vede v poslední fázi k zástavě propagace trombu. Porucha v kterékoliv fázi tohoto procesu vede k hyperkoagulačnímu nebo hypokoagulačnímu stavu. Při hyperkoagulačním neboli trombofilním stavu je rovnována posunuta ve prospěch srážení krve. K rozvoji takového stavu vedou poruchy vrozené i získané. Zatímco vrozená trombofilie znamená celoživotní dispozici ke vzniku trombózy, trombofilie získaná je projevem aktuální nerovnováhy v koagulačním systému.

Dítě má po narození nízké hladiny faktorů II, IX, X a faktorů kontaktu. Hodnot dospělých dosáhne zhruba ve věku 3-6 měsíců. Snížené jsou však i hodnoty koagulačních inhibitorů - antitrombinu, proteinů C a S a heparinového kofaktoru II. Výrazně snížená je i hladina plazminogenu. To vše vede k tomu, že dysbalance ve srážení krve vzniká u dítěte snáze než u dospělých. V dětském věku je větší tendence ke krvácení. V posledních letech stoupá incidence tromboembolického onemocnění (TEN). Souvisí to s rozšířením invazivních diagnostických a léčebných postupů, zejména v oblasti intenzivní péče. V běžné populaci se předpokládá roční výskyt kolem 2,5 případu ischemických cévních mozkových příhod (CMP) a jedné žilní trombózy na 100 000 dětí. U hospitalizovaných dětí se výskyt trombotických stavů odhaduje na 5:10 000. Zvláště rizikové jsou věkové skupiny novorozenců, kojenců a dospívajících. TEN představuje významný rizikový faktor, zvyšující celkovou mortalitu a druhotnou morbiditu. Na mortalitě se podílí plicní embolizace nebo propagace trombu do srdce. Vzdálenou komplikací představuje potrombotický syndrom, to je otok a bolestivost končetiny, pigmentace a kožní změny vedoucí až k ulceraci. Vznik trombózy má u dětí téměř vždy známou příčinu. Lékaři by proto měli znát stavy spojené s vyšším výskytem TEN. Včasná eliminace rizikových faktorů anebo zavedení preventivní antikoagulační léčby může rozvoji TEN zabránit. Rozhodování o vhod-

nosti antikoagulační léčby někdy ztěžuje oprávněná obava z krvácení, nutnost průběžných laboratorních kontrol, nevhodná je i parenterální cesta aplikace některých léků.

## ■ Vrozené trombofilní stavy

Vrozené trombofilní stavy představují trvalý rizikový faktor k tvorbě trombózy. Je to však pouze dispozice, která sama trombózu nevyvolá. Poskytuje pouze vhodný terén, ve kterém při působení získaných faktorů může trombóza vzniknout. K těmto faktorům patří u dětí trauma, některé typy operačních zákroků, zejména ve spojení s dlouhodobou imobilizací, protrahovaný septický stav, zvláště pak při nedostatečné hydrataci a u dospívajících dívek užívání hormonální antikoncepce (HAK). V těchto situacích je pak vhodné zvážit, zda nezajistit dítě antikoagulační prevencí. Vždy by to mělo být po dohodě s hematologickým pracovištěm, které diagnózu vrozeného trombofilního stavu provedlo. Před paušálním zajišťováním všech operačních zákroků, například adenotomie, lze varovat právě s ohledem na riziko krvácení.

### Leidenská mutace

#### (Faktor V

#### Leiden, FVL, FVQ 506)

Tato bodová mutace v genu pro faktor V způsobuje rezistenci k aktivovanému proteinu C a je nejčastější vrozenou trombofilní dispozicí. Leidenská mutace je dominantně dědičná. V naší populaci je asi 5% nosičů této vloh. Většina z nich je takzvaných bezpříznakových nosičů, to znamená, že během života trombózu neprodělají. Z dostupných studií vyplývá, že mezi dětmi, které prodělaly trombózu, je 10-50% nosičů Leidenské mutace. Výrazně zvýšené riziko trombózy mají nosičky této vloh, pokud užívají HAK - asi 35krát.

### Deficit antitrombinu

Antitrombin (AT) je bílkovina produkovaná v játrech. Je to hlavní koagulační inhibitor. Heterozygotní nosiči deficiencie AT mají hladinu pod 50% a mají tendenci ke vzniku žilní trombózy. U dětí se trombóza může objevit už okolo desátého roku věku. Homozygotní forma se projevuje brzy po narození rozsáhlými trombózami a vede velmi často k smrti.

### Deficit proteinu C

Protein C (PC) je rovněž produkován v játrech, aktivita je závislá na přítomnosti K vitamínu. Dědičnost je většinou autozomálně dominantní

s inkompletní penetrancí. Heterozygoti mají obvykle sníženou aktivitu, aktivita při dolní hranici normy ale heterozygotní nosičství nevylučuje. Žilní trombóza se u těchto nosičů objevuje v adolescentním věku. Homozygotní nosičství se obvykle projeví brzy po narození purpurou fulminans. K léčbě této závažné formy onemocnění je k dispozici koncentrát proteinu C.

### Deficit proteinu S

Protein S (PS) je stejně jako PC produkován játry, aktivita je závislá na přítomnosti K vitamínu. V plazmě je jednak volný, jednak vázaný na C4-vázaný protein. Aktivní je volná forma. Klinický obraz je stejný jako u nedostatku PC, deficit proteinu S se ale může podílet i na vzniku arteriální trombózy. Při zahájení léčby warfarinem se u deficitu PC a PS může objevit warfarinová kožní nekróza.

### Hyperhomocysteinémie

Hyperhomocysteinemia (HHC) je u dospělých nezávislým rizikovým faktorem pro arteriální i žilní trombózu. U dětí se dle některých studií může podílet na vzniku CMP i žilní trombózy. Těžkou formu HHC způsobuje mutace v genu pro cystathion beta syntetázu. Mutace v genu pro tetrahydrofolát reduktázu je s HHC spojena méně často, většinou pouze v homozygotní formě.

### Protrombinová mutace

#### (F II20210A)

Protrombinová mutace je v naší populaci zastoupena asi 2%, děti mají vyšší četnost zejména arteriálních trombóz v oblasti CNS.

### Lipoprotein A

Zvýšená hladina lipoproteinu A (LpA) je dalším rizikovým faktorem vzniku trombózy, u dětí jde většinou o trombózu žilní.

K vzácným vrozeným trombofilním vlohám patří některé typy dysfibrinogenémie, deficit plazminogenu, jeho aktivátorů a inhibitorů. Tyto dispozice se ve většině případů projevují až v dospělém věku a vedou častěji k arteriální trombóze. U dětí je nutné si pamatovat, že s vrozenou dispozicí je nutné počítat i tam, kde je výrazně pozitivní rodinná anamnéza ve smyslu TEN.

## ■ Získané trombofilní stavy

### Centrální žilní katetr

ČŽK je u dětí vůbec nejčastější příčinou vzniku trombózy. Katetr představuje cizí povrch, poškozuje cévní stěnu, narušuje tok krve. Některé infundované roztoky dráždí cévní endotel. Nejvíce jsou





ohrožení pacienti na úplné parenterální výživě, hemodialýze a děti do jednoho roku života. Trombóza v souvislosti s ČŽK bývá asymptomatická (asi 20x častěji než symptomatická!). K akutním klinickým příznakům patří otok, bolestivost nebo změna barvy dané končetiny, bolesti hlavy, otoky obličeje. Rozsáhlá trombóza může vyústit v syndrom duté žíly nebo v chylothorax. Vznik kolaterálního oběhu je příznakem pozdním.

Každou trombózu na podkladě ČŽK - tedy i asymptomatickou - může komplikovat plicní embolizace nebo postflebitický syndrom. Důležitou součástí prevence TEN je dodržování zásad správného užívání ČŽK! Indikaci preventivní antikoagulační léčby je třeba posuzovat individuálně. Pacient by měl být vždy zajištěn, pokud již trombózu v minulosti prodělal nebo má dvě a více závažných rizik pro vznik TEN.

#### **Antifosfolipidový syndrom**

Antifosfolipidový syndrom (APS) je charakterizován přítomností antifosfolipidové protilátky a alespoň jednoho z klinických kritérií:

- venózní či arteriální trombózy
- opakované reprodukční ztráty

Pouhý průkaz aPLA bez průvodních klinických příznaků nelze označit jako APS.

Sekundární APS se vyskytuje často v souvislosti se systémovými autoimunitními chorobami, zejména lupus erythematoses (SLE). Pokud se APS manifestuje izolovaně, tedy bez projevů autoimunitního onemocnění, jedná se o tzv. primární APS. Diagnostika a léčba APS u dětí je složitá a patří do kompetence specializovaného pracoviště.

U dětí se poměrně často setkáme s přechodnou přítomností aPLA po virovém onemocnění, očkování nebo v souvislosti s léčbou chlorpromazinem, prokainamidem, fenytoinem, interferonem alfa, amoxicilinem nebo chinidinem. Asi 5% zdravé populace má prokazatelné aPLA v nízkých titrech. Asymptomatická přítomnost aPLA zasluhuje pouze další sledování. Přetrvává-li nález déle než 3 měsíce nebo se střídají období negativity a positivity, indikujeme podrobnější imunologické vyšetření.

#### **Hormonální antikoncepce**

Kontraceptiva obsahující estrogény zvyšují riziko žilní TEN v běžné populaci asi čtyřnásobně, u pacientek s některou z vrozených trombofilii ale 30 - 50x! Výrazně je zvýšené i riziko CMP (asi 20x). **U všech dospívajících dívek by měl být před zavedením hormonální antikoncepce (i z dermatologických indikací!) proveden test APC rezistence.**

#### **Nefrotický syndrom**

Děti s významnou proteinurií ztrácejí do moči koagulační inhibitory, zejména AT. Trombóza při nefrotickém sy bývá jak žilní, tak arteriální. Nejčastěji bývá postižena renální žíla.

teji bývá postižena renální žíla.

#### **Další získané trombofilní dispozice**

Septický stav, některé chronické zánětlivé stavy - například autoimunitní onemocnění nebo zánětlivé onemocnění střeva, zejména Crohnova choroba, jsou dalším rizikovým faktorem žilní trombózy. U nádorových onemocnění se uplatňuje hlavně tlak nádoru na cévy, s výraznou dysbalancí v systému srážení je spojena například léčba L-asparaginázou.

Trombózou jsou dále ohroženi pacienti s některými vrozenými srdečními vadami. Pacienti s umělou srdeční chlopní jsou standardně léčeni warfarinem, rozmezí INR určuje kardiolog.

#### **Zásady antikoagulační léčby v dětském věku**

Většina zásad antikoagulační léčby u dětí se odvozuje ze zkušeností u dospělých pacientů. Je však velká snaha zavést protokoly přizpůsobené dětskému věku, vycházející z odlišnosti koagulačního systému zejména u malých dětí. Na podkladě velkých klinických studií byla již vypracována některá doporučení.

Antikoagulační léčba je vždy indikována u TEN. Léčbu zahajujeme heparinem a pokračujeme warfarinem minimálně 3 měsíce, většinou dobu léčby prodlužujeme na 6 - 12 měsíců, v indikovaných případech i déle. V každém případě má léčba pokračovat po celou dobu přítomnosti vyvolávajících faktorů. U pacientů se zvýšeným rizikem krvácení

(např. s onkologickým onemocněním) dáváme přednost nízkomolekulárnímu heparinu před warfarinem.

Preventivní antikoagulační léčba je jasně indikována u nemocných po náhradě srdeční chlopně, při katetrizaci srdce, zavedení centrálního arteriálního katetru. Preventivní léčbu u dítěte s vrozenou trombofilní dispozicí v rizikovém období doporučuje specializované pracoviště, které diagnózu stanovilo.

*Podpořeno výzkumným záměrem MZ a FNM 0064203/6401.*

#### *Použitá literatura*

1. Manco-Johnson M.J.: How I treat venous thrombosis in children. *Blood* 2006, 107(1), p.21-29
2. Andrew M, David M, Adams M, et al: Venous thromboembolic complications (VTE) in children: First analyses of the Canadian Registry of VTE. *Blood* 1994, 83(5), p.1251-1257
3. Nuss R, Hays T, Manco-Johnson M: Childhood thrombosis. *Pediatrics* 1995, 96, p.291-294
4. Monteleone M. et al: Thromboembolism. *eMedicine Journal* 2006, <http://www.emedicine.com>

DO EVROPY SE VZDĚLÁNÍM

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

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

## HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE pro lékaře, farmaceuty a veterináře

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

Výuka probíhá ve 20 zemích světa.

„Základy homeopatické terapie“ - PRAHA, BRNO

6 víkendů - od začátku října 2006 do konce května 2007

Příspěvek účastníka: 4.500 Kč/rok

Dále pořádáme: speciální homeopatické semináře a regionální setkání pro lékaře  
- podrobnější informace v našich bulletinech, které zájemcům zašleme zdarma.

V případě Vašeho zájmu nás prosím kontaktujte  
- zašleme přihlášky a programem:

BOIRON CZ, Pobeřežní 3, 186 00 Praha 8  
tel.: 224 835 090-1, fax: 222 326 502  
QSM: 724 185 589, e-mail: [iz@boiron.cz](mailto:iz@boiron.cz)

\*výsledky projektu QPK z 11/2003



# Leukopénie a neutropénie v dětském věku

MUDr. Petr Smíšek

Klinika dětské hematologie a onkologie, FN Motol, Praha

Leukopénie, tj. snížení počtu leukocytů pod normu (pod  $4,0 \times 10^9/l$ ) je jednou z možných odchylek zjištěných při vyšetření krevního obrazu (KO). Leukocyty mohou být sníženy proporcionálně, můžeme nalézt i relativní lymfocytózu, monocytózu a snížení neutrofilů. Neutrofilie představují hlavní populaci cirkulujících fagocytů, mají nezastupitelnou roli v první obranné reakci při bakteriální infekci. Při poklesu absolutního počtu neutrofilů (ANC) pod 1500 mluvíme o neutropénii, hodnoty ANC pod 500 označujeme jako těžkou neutropénii. U těžké neutropénie je významně zvýšené riziko závažných infekcí. **Těžká neutropénie může být i při normálním počtu leukocytů. Proto je u leukopénie nebo při recidivujících infekcích nutné provést současně s KO i vyšetření diferenciálu, nejlépe mikroskopicky.**

Leukopénie a neutropénie mohou být příznakem nezávažným např. po prodělané viróze, ale i projevem závažného onemocnění krve tvorby. Je-li snížení počtu leukocytů navíc provázeno i dalšími změnami KO (anémie, trombocytopenie), je nutné pomýšlet například na aplastickou anémii, leukémii, myelodysplastický syndrom (MDS), Fanconioho anémii nebo na hypersplenismus.

Při diferenciálně diagnostických rozvahách a indikování dalšího vyšetřování pacienta se sníženým počtem leukocytů jsou důležité anamnestické údaje. V předchorobí pátráme po závažných infekcích vyskytujících se v novorozeneckém a kojeneckém věku, zejména po recidivujících respiračních infekcích, omfalitidě, kožních zánětech, gingivitidách, průjmech, po komplikacích očkování, neprospívání. Zjišťujeme, zda pacient nedostával léky. V rodině pátráme po úmrtích kojenců, po opakovaných infekcích, po výskytu aplastické anémie, MDS nebo hemoblastóz. Při vyšetření dítěte se mimo jiné zaměřujeme na přítomnost hepatosplenomegalie, zvětšení lymfatických uzlin, pátráme po fenotypových abnormalitách. Na základě anamnestických údajů, věku dítěte, klinického nálezu a hodnot KO zvažujeme možnou příčinu neutropénie a indikujeme další vyšetřování. Vyšetřovací postup i případná léčba se může odlišovat podle diagnózy a je dále rozveden u jednotlivých onemocnění.

## ■ Autoimunní neutropénie (AIN)

Autoimunní neutropénie se může vyskytovat jako izolovaný symptom nebo ve spojení s jiným onemocněním. Samostatnou jednotku tvoří autoimunní neutropénie dětského věku (viz níže). Neutropénie se může vyskytovat u pacientů se systémovým autoimunním onemocněním - lupus erythematoses, Feltyho syndromem (arthritis, splenomegalie, leukopénie), Sjogrenově syndromu, může být zaznamenána současně s autoimunní hemolytickou anémií nebo imunní trombocytopenií. Onemocnění je způsobené autoprotilátkami proti specifickým antigenům neutrofilů, které je možné detekovat nepřímou imunofluorescencí (GIFT) a aglutinačním testem (GAT). Přítomnost těchto protilátek (a neutropénie) je popsána také u dětí s leukémiemi, Hodgkinovou nemocí i nonhodgkinskými lymfomy. Podání kortikoidů nebo intravenozních imunoglobulinů může vést k normalizaci krevního obrazu, jejich efekt je ale nejistý a často pouze krátkodobý. Samozřejmě u pacientů s AIN je podávání širokospektrých antibiotik při bakteriálních infekcích.

## ■ Autoimunní neutropénie dětského věku

V dětském věku je AIN nejčastěji se vyskytující chronickou neutropenií s incidencí přibližně 1 případ/100 000 dětí a rok. Typicky je diagnostikována v kojeneckém a batolecím období. Nejčastěji je neutropénie zachycena ve věku 8 - 12 měsíců. Pacienti s AIN mohou trpět častějšími bakteriálními infekcemi (otitidy, respirační infekce, kožní infekce, gingivitidy), část dětí významněji nestoná a AIN je zachycena náhodně při vyšetření KO, např. před

operačním zákrokem. nebo z důvodu sideropenické anémie. V KO nacházíme normální nebo snížený počet leukocytů, v diferenciálu převažují lymfocyty a monocyty. ANC klesá často pod 500, nezřídka se blíží i 0. Ostatní hodnoty krevního obrazu jsou často normální, může být reaktivní poinfekční trombocytóza nebo mírná anémie. Punkce kostní dřeně není nutná, provádí se pouze v případě dalších změn v KO (kromě neutropénie), netypického věku či závažného průběhu nemoci. Nátěr kostní dřeně je normální nebo hypercelulární, může být snížené zastoupení neutrofilních segmentů a tyčů. Záchyt protilátek proti neutrofilům (pozitivita GIFT, GAT) potvrdí diagnózu, jejich negativita ale autoimunní neutropénii nevylučuje. Pokud děti významněji nestonají, léčba AIN není nutná. Při febrilních infekcích je vhodná časná léčba širokospektrými antibiotiky. Při opakovaných infekcích může být přínosem dlouhodobá antiinfekční profylaxe (např. cotrimoxazol). Použití růstových faktorů (GCSF, preparát Neupogen) je indikováno při závažných či recidivujících infekcích. Prognóza AIN je výborná, v naprosté většině případů dochází ke spontánní normalizaci KO během 12 - 24 měsíců (dle publikovaných studií 6 - 54 měsíců, medián 20 měsíců).

## ■ Alloimunní neutropénie novorozence

Onemocnění je způsobeno mateřskými IgG protilátkami proti antigenům neutrofilů plodu. Matka se senzibilizuje v průběhu gravidity a protilátky jsou přeneseny transplacentárně (podobně jako u Rh nebo ABO inkompatibility). Druhou možností vzniku novorozene-

tab. č. 1

### Možné příčiny neutropénie

Vrozené neutropénie	Získané neutropénie
těžká vrozená neutropénie	Autoimunní neutropénie dětského věku
Shwachmanův- Diamondův syndrom	Alloimunní neutropénie
Cyklická neutropénie	Poinfekční neutropénie
Retikulární dysgeneze	Poléková neutropénie
Chédiak-Higashiho syndrom	Neutropénie při autoimunitním onemocnění
	Neutropénie při nutriční deficienci

**Nutricia - Nutrilon**





cké neutropénie je transplacentární přenos protilátek od matky trpící autoimunní neutropénií. Neutropénie je zjištěna krátce po porodu a přetrvává několik týdnů až měsíců. V séru matky i dítěte je možné prokázat protilátky proti granulocytům. U novorozenců s neutropénií se setkáváme s omfalitidou, pneumoniemi, sepsí i meningitidou, někteří jsou asymptomatictí. Lékem volby jsou širokospektrá antibiotika, v závažných stavech GCSF.

### ■ Neutropénie po infekci

Poinfekční neutropénie se objevuje nejčastěji **po virových infekcích**. Je popsána po některých exantémových onemocněních (spalničky, zarděnky, plané neštovice), v prvních dnech EBV infekce, při infekci cytomegalovirem, RS virem, parvovirem B19, po chřipce i virových hepatitidách. Známá je asociace neutropénie s HIV infekcí.

Bakteriální infekce je obvykle spojena s leukocytózou, výjimkou jsou některé méně časté infekce. Neutropénie se objevuje při následujících bakteriálních infekcích: tyfus, paratyfus, brucelóza, tuberkulóza, tularémie, rickettsií, ehrlichioza. Neutropénie se objevuje krátce po začátku onemocnění a přetrvává několik dnů, výjimečně týdnů. Průběh je benigní a nevyžaduje žádnou léčbu.

Neutropénie, manifestující se při sepsi a jiných těžkých infekcích, je způsobena masivní destrukcí neutrofilů a vyčerpáním zásobních rezerv granulocytů. Je považována za prognosticky negativní faktor.

### ■ Poléková neutropénie

Léků způsobujících pokles počtu leukocytů je popsána celá řada. Neutropénie je vyvolána buď přímým supresivním účinkem preparátu na kostní dřeň nebo imunitními mechanismy. **Pokles ANC se objevuje zpravidla 7 - 14 dnů po zahájení podávání léku (první podávání) nebo okamžitě po jeho opakovaném podání.** Léčebným opatřením je ukončení podávání preparátu, který neutropénii vyvolal, případně všech léků, které nejsou bezpodmínečně nutné. **KO se normalizuje většinou během několika dnů**, ve výjimečných případech (chronická idiosynkratická reakce) může přetrvávat i několik měsíců až let. K nejčastějším vyvolatelům leukopénie patří nesteroidní antirevmatika (ibuprofen, indometacin), antikonvulsiva (barbituráty, benzodiazepiny), antibiotika (semisyntetické peniciliny, vankomycin, klindamycin, chloramfenikol), sulfonamidy, antihyreoideální léky, H2 blokátory...

### ■ Neutropénie při jiných onemocněních (poruchy výživy a metabolismu)

Neutropénie může být jedním z příznaků v dětském věku vzácných stavů - nedostatku vitamínu B12, nedostatku kyseliny listové nebo nedostatku mědi. Může provázet také dlouhodobou parenterální výživu, mentální anorexii. Rovněž může být jedním z příznaků některých metabolických chorob, například tyrosinémie, metylmalonová acidémie, hyperglycinémie, glykogenozy typu Ib.

V některých případech neprokážeme žádnou příčinu neutropénie, Pak hovoříme o chronické idiopatické neutropénii. Tito pacienti většinou vážněji nestonají, léčba není nutná.

**Vrozené neutropénie** jsou vzácná onemocnění projevující se závažnými i život ohrožujícími infekcemi již v kojeneckém věku. K nejvýznamnějším patří níže uvedené:

### ■ Těžká vrozená neutropénie

(severe congenital neutropenia = SCN) byla poprvé popsána v roce 1956 Kostmannem (dříve označována jako Kostmannova agranulocytóza). V současnosti je popsáno již více příbuzných onemocnění označovaných společně jako SCN. Incidence nemoci je cca 2 případy na milion obyvatel. Příčinou onemocnění je pravděpodobně mutace genu pro elastázu neutrofilů (ELA2). Pro SCN je typická chronická těžká neutropenie s ANC pod 200. V diferenciálu je monocytóza a eosinofilie. V kostní dřeni nalézáme typický blok ve vyzrávání na úrovni myelocytů a promyelocytů a chybění zralých forem neutrofilů. Onemocnění se od útlého věku projevuje závažnými infekcemi (omfalitis, stomatitis, otitis, pneumonie, kožní infekce) s tendencí k diseminaci (sepsé, meningitis, peritonitis). K typickým patogenům patří *Staphylococcus aureus*, *E.coli*, *pseudomonas*.

Standardní léčbou kromě antibiotik je podávání růstových faktorů. Pravidelná aplikace GCSF vede u většiny dětí k úpravě krevního obrazu, minimalizaci infekčních komplikací a významnému zlepšení kvality života. Dávka GCSF se u jednotlivých pacientů liší a je třeba ji individuálně vytitrovat. U SCN je popsán vyšší výskyt akutní myeloidní leukémie (AML) a MDS, vyšší incidence nesouvisí s podáváním GCSF.

### ■ Shwachman-Diamondův syndrom

je autozomálně recesivní onemocnění charakterizované neutropenií, progredujícím selháním kostní dřene, pankreatickou insufici-

encí, dysplázií metafýz. U pacientů často nacházíme malý vzrůst, mikrocefalii, syndaktylii, hypertelorismus. Průjmy a neprosívání, způsobené malabsorpcí při pankreatické insuficienci, se projeví téměř u všech pacientů do 4 měsíců věku. Závažné infekce jsou projevem neutropénie. Léčba zahrnuje aplikaci GCSF, pankreatickou substituci a podávání antibiotik při infekcích. Také toto onemocnění je spojeno s vyšším výskytem MDS a akutní leukémie.

**■ Cyklická neutropénie** je vzácné onemocnění způsobené poruchou regulace kmenové buňky. **Typickým nálezem je tranzientní těžká neutropenie objevující se pravidelně přibližně každých 21 dnů.** Pokles neutrofilů provázený zpravidla monocytózou trvá 3 - 7 dnů. Kolísají rovněž hodnoty ostatních leukocytů, trombocytů, retikulocytů. V kostní dřeni nalézáme blok ve vyzrávání na úrovni promyelocytů. Pro pacienty s cyklickou neutropenií jsou typické recidivující horečky, faryngitidy, stomatitidy, v některých případech stejně jako u ostatních těžkých neutropenií, životohrožující bakteriální infekce. K potvrzení diagnózy je nutná pravidelná monitorace krevního obrazu 2 - 3x týdně po dobu 6 - 8 týdnů. Pravidelné podávání GCSF vede k normalizaci krevního obrazu. Vyšší výskyt MDS a akutní leukémie u cyklické neutropénie nebyl pozorován.

Neutropénie patří k obrazu i některých dalších vzácných onemocnění, například Chédiak-Higashiho syndromu (okulokutánní albinismus, neuropatie, přítomnost velkých granul v cytoplasmě granulocytů) a retikulární dysgenese.

Z uvedeného přehledu vyplývá, že neutropénie a leukopénie často mohou být nezávažným a přechodným stavem nevyžadujícím léčbu, mohou být ale také příznakem upozorňujícím na významné onemocnění, které nediagnostikováno a neléčeno může dětského pacienta ohrozit na životě. Proto by měl pediatr setkávající se se změnou v počtu leukocytů vždy zvážit všechny okolnosti jednotlivého případu a při podezření na závažné onemocnění odeslat pacienta k dětskému hematologovi. U nezávažných poinfekčních a polékových leukopenií stačí kontrola krevního obrazu s odstupem, dispenzarizace dětským hematologem není nutná.

Literatura u autora

## **Avent - AGS Sport**



# Rh inkompatibilita - stále aktuální problém

MUDr. Alice Mocková

Neonatologické oddělení FN Plzeň

## Souhrn

**Rh inkompatibilita je imunologický konflikt, vznikající na základě tvorby mateřských protilátek u Rh negativních žen proti erytrocytárnímu antigenu Rh pozitivních plodů.**

**V současné době je pro klinické projevy tohoto onemocnění upřednostňován název hemolytická nemoc plodu a novorozence (HON), protože moderní prenatalní diagnostika umožňuje odhalit příznaky nemoci mnohem dříve. V posledních desetiletích se podařilo vypracovat a zdokonalit nejen prenatalní diagnostiku, ale i systém prevence a léčby onemocnění. Důsledkem těchto opatření bylo snížení závažných forem této choroby a omezení počtu perinatálních úmrtí.**

### ■ Patofyziologie

Rh pozitivní jedinec má v membráně erytrocytů **Rh antigenní komplex**, který je tvořen molekulou lipoproteinu o molekulové hmotnosti 30 000 Daltonů. Rh komplex tvoří antigeny C, Cw,c, D, d, E, e a nedědičná poziční varianta Du. Rh komplex má základ na třech velmi blízko sebe ležících lokusech genů na krátkém raménku chromozomu 1, přičemž na lokusu 1 je alela C a c, na lokusu 2 je alela D a d a na lokusu 3 je alela E a e. Tato existující kombinace alel je od sebe neoddělitelně děděna a je také důvodem, proč hovoříme o Rh komplexu. V současné době je upřednostňována CDE nomenklatura zavedená Fisherem, která popisuje 8 různých genových kombinací: cde, Cde, cDe, cdE, CDe, cDE, Cde, CDE. Nomenklatura, kterou prosazoval Wiener (který v roce 1940 spolu s Landsteinerem Rh systém objevil), se dnes používá méně.

Přítomnost D antigenu podmiňuje Rh pozitivitu krve a výskyt D antigenu závisí na etnické příslušnosti. V Evropě se udává až 85% pozitivních jedinců. Výskyt D antigenu bývá ve velké části provázen přítomností e antigenu a C antigenu. U D - pozitivního jedince není na základě fenotypu jasné, zda je jedná o homozygota (DD) nebo heterozygota.

I když není zcela jasná funkce povrchových proteinů v membráně erytrocytu, je známo, že při absenci všech Rh antigenů vzniká více či méně vyvinutá hemolytická anemie.

Nejsilnějším antigenem z hlediska imunizace je antigen D. Po proniknutí tohoto antigenu do organismu matky dochází k jeho destrukci prostřednictvím makrofágů. Současně se rozbíhá tzv. **primární imunitní odpověď**, při které jsou zpočátku produkovány protilátky IgM a později IgG. Pouze IgG jsou schopny přejít placentární bariéru a dostat se tak do organismu plodu. Poněvadž je jejich hladina v tomto případě velmi nízká, nezpůsobí závažnější hemolytickou reakci u plodu.

Udává se, že intenzita primární imunitní odpovědi je závislá na množství Rh pozitivních buněk, které přestoupily placentární bariéru (např. 1 ml Rh pozitivní krve způsobí imunizaci v 15% těhotenství, 250 ml Rh pozitivní krve imunizuje již v 70% těhotenství).

Jestliže se mateřský organismus setká opět se stejným antigenem, je **sekundární imunitní odpověď** velmi rychlá a dochází k prudkému navýšení protilátek IgG, které se vyznačují ještě zvýšenou afinitou k antigenu. Agresivní IgG protilátky přestupují placentární bariéru, pokrývají fetální erytrocyty a tyto jsou poté destruovány lysozomálními enzymy makrofágů a natural killer lymfocytů, při této reakci není potřeba aktivace komplementu.

Důležitý je fakt, že výše titru protilátky neodpovídá stupni hemolýzy, takže i při nízkých titrech protilátek 1:16 může být plod významně ohrožen.

Na základě hemolytické reakce dochází u plodu k rozvoji anemie, která stimuluje fetální erythropoézu v játrech, slezině a kostní dřeni a vzácně i v kůži. Extramedulární erythropoéza v játrech může mít za následek destrukci jaterního parenchymu s následně vzniklou dysfunkcí, portální hypertenzí a hypoproteinemií, která je spojena s rozvojem ascitu a hydroksu. Při závažném průběhu může dojít na základě těžké anémie provázenou hypoxií a acidozou k úmrtí plodu.

Mateřský organismus může být imunizován několika způsoby. Nejčastější možností je **fetomaternální transport antigenu**. Až u 75% gravidit dochází ke spontánnímu fetomaternálnímu krvácení, většinou se jedná o velmi malé objemy krve (0,1ml), které však mohou být dostatečné pro imunizaci. Pokud je fetomaternální transfuze spojena s traumatem placenty (spontánní nebo arteficiální potrat, tupé úrazy břicha, abrupce placenty, mimoděložní gravidita, porod, císařský řez, zevní obraty plodu aj.), riziko imunizace se zvyšuje. Totéž platí i pro všechny diagnostické či tera-

peutické prenatalní výkony (př. amniocentéza, kordocentéza), při kterých může být integrita placenty narušena.

Méně častou příčinou imunizace je **podání inkompatibilní transfuze krve matce** nebo **přenos krve injekčními stříkačkami u narkomanek**.

Pokud nacházíme zvýšené titry protilátek u primigravid, je nutné pátrat i po méně obvyklých důvodech imunizace. Mezi ně patří **maternofetální transport antigenu**, známý také pod názvem **grandmother syndrom (syndrom babičky)**. Těhotná Rh- negativní primigravida mohla být imunizována peripartálně svojí Rh - pozitivní matkou, došlo k vytvoření paměťové reakce a k tvorbě protilátek při těhotenství s Rh - pozitivním plodem.

I když je Rh faktor přítomen pouze v membráně erytrocytů a trofoblastu, imunizace Rh - negativní ženy může nastat i při podání Rh - pozitivního allogenního kostního štěpu a při opakovaném podání Rh - pozitivních trombocytů. Příčinou zde bývá nedostatečná purifikace zmíněných preparátů.

### ■ Prenatální management u Rh - negativní těhotné

Dle doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti má být první screening přítomnosti protilátek proveden u všech těhotných mezi **10. -12. týdnem**. I ženy laboratorně označené za Rh-pozitivní mohou díky některým atypickým tvořit anti - D protilátky. U Rh- negativních žen jsou při negativě prvního odběru indikovány ještě 2 další vyšetření: ve **20.-24. týdnu** a ve **32. týdnu** těhotenství.

Při zjištění pozitivitě titru protilátek jsou vyšetření opakovaná ve 2-3 týdenních intervalech, **za hraniční jsou považovány titry 1:16**.

U rodičů s anamnézou těžké formy Rh-imunizace plodu v předchozí graviditě a současným vysokým titrem protilátek je indikováno vyšetření ge-



notypu obou rodičů. Pokud je otec heterozygot Rh - pozitivní, lze stanovit Rh status plodu již na konci I. trimestru odebráním vzorku choriové tkáně (**časná biopsie choria**) nebo vyšetřením amniocytů z plodové vody, získané **amniocentézou**. Vzorek fetální krve k vyšetření Rh a event. krevního obrazu lze odebrat při **přímé punkci pupečníku (kordocentézou)** od 18. týdne gravidity. Dříve hojně používaná metoda měření koncentrace bilirubinoidů v plodové vodě, která byla získána **amniocentézou**, je dnes považována za doplňkovou.

Nejnovější postupy v typizaci fetálního Rh umožňují **izolaci samotné fetální DNA z mateřského séra**.

V současné době je kladen důraz na neinvazivní sledování stupně ohrožení plodu pomocí ultrazvukové diagnostiky. Pátrá se po hepatosplenomegalii a ascitu v dutině břišní, po výpotku v dutině pleurální či perikardiální, po edému podkoží plodu a placenty. **Dopplerometrické měření průtoků v ACA** (a. cerebri media) na vrcholu systoly bylo uznáno jako vhodná screeningová metoda pro detekci anémie plodu. Zvýšený srdeční výdej plodu a snižující se viskozita krve přispívají ke zvýšení průtokové rychlosti u plodu s anémií, toto měření je možno provádět od 18. týdne gravidity.

V případech zvyšujícího se titru mateřských protilátek, hladině bilirubinoidů ve III. etáži (event. na 80 % II. etáže) či přítomnosti USG známek fetální anémie, je indikována kordocentéza. Z odebraného krevního vzorku plodu je stanoven krevní obraz, přímý Coombsův test, ineralogram a ABR. Hladina HCT pod 0,30 nebo progresivně klesající je indikací pro podání **intrauterinní transfuze (IUT)**. Při IUT se používá ozářená a leukocytárním filtrem filtrovaná O rh negativní erymasa s hematokritem 0,75-0,85, nejvhodnějším místem pro aplikaci je oblast úpon pupečníku na placentu. Počet IUT u plodu během těhotenství závisí na rychlosti hemolýzy a stupni hydrospu (je známo, že hydropické plody hůře tolerují i adekvátní množství transfundované krve, proto je u nich vhodnější IUT opakovat v kratším časovém intervalu se sníženým objemem krve). Cílem IUT je prodloužení gravidity do doby, kdy není plod ohrožen prematuritou, většinou IUT není prováděna po 35. týdnu gestace. Jako každý invazivní prenatalní výkon může být podání IUT provázeno komplikacemi, ke kterým řadíme trombózu umbilikálních cév s následnou embolizací do oběhu plodu či akutní tamponádu pupečníku při paravazální aplikaci. Průměr perinatálního přežití novorozenců po IUT je v literatuře udáván mezi 85-90%, u hydropických plodů je tato hodnota o 15% nižší.

Mezi méně časté používané terapeutické me-

tody patří **plazmaferéza**, která eliminuje cirkulující protilátky z oběhu matky a **podání vysoce dávkovaného imunoglobulinu intravenózně matce** (dávky až 2g/kg), kterým lze zablockovat Fc receptor na fetálních erythrocytech.

### ■ Prevence imunizace - aplikace anti D globulinu

Podáním specifického IgG matce můžeme ovlivnit imunitní odpověď Rh negativní ženy na Rh pozitivní antigen. Před aplikací musí být splněny **základní podmínky** - hladina anti D protilátek není detekovatelná, žena je buď **těhotná** (aplikace je indikována po amniocentéze v II. a III. trimestru) nebo **je optimálně do 72 hodin po předpokládaném průniku antigenu** (způsobeném např. porodem, potratem, intrauterinním úmrtím plodu, operací mimoděložního těhotenství).

**Poněkud opomíjenou indikací k podání profylaxe jsou tupé úrazy břicha u těhotné, zejména při dopravních nehodách.** V indikovaných případech lze aplikaci anti D provést až do 14 dnů po expozici antigenu.

Po porodu se podává obvykle dávka **250 mg anti D globulinu intramuskulárně**, po císařských řezech je indikována dávka dvojnásobná.

### ■ Postnatální management imunizovaného novorozence s HON

Projevy hemolytické nemoci u novorozence jsou závislé na rozsahu proběhlé hemolýzy, jejíž stupeň koreluje s účinností a množstvím přestoupených anti D protilátek. **Hemolytický proces dosáhne vrcholu při porodu**, protože poté už do novorozence žádné **mateřské protilátky** nepronikají a ty, které byly přítomny, se v průběhu následujících měsíců odbourávají.

Mezi **klinické projevy** nemoci u novorozence patří **žloutenka (ikterus)**, **bledost**, **hepatosplenomegalie** a v těžších případech **hydrosp**.

**Ikterus** bývá přítomen již v době porodu nebo se rozvíjí v průběhu prvních 24 hodin po něm, rychle narůstá především nekonjugovaný bilirubin. Tento bilirubin byl až do porodu byl odstraňován matčím organismem, eliminační funkci plní nezralý jaterní parenchym novorozence jen částečně. **Elevaci konjugovaného bilirubinu můžeme vysvětlit současně přítomnou poruchou hepatocytů.**

**Bledost** je vyvolána **anémií**, většinou vzniklou na základě hemolýzy, avšak i opakované podání adultního Hb ve formě intrauterinních transfúzí způsobí supresi erytropoézy.

**Hepatosplenomegalie** je projevem extramedulární hematopoézy a bývá spojena s portální hypertenzí.

Zvýšení tlaku v portálním řečišti je jedním z faktorů, přispívajících ke vzniku **hydrospu**, který

se projevuje přítomností tekutiny v dutině břišní novorozence (ascites), pleurálními či perikardiálními efuzemi a povšechným prosáknutím podkoží.

Po zhodnocení klinického stavu musí být provedena **laboratorní vyšetření**. Z pupečnickové krve se stanovuje **krevní skupina dítěte**, přímý **Coombsův test** a **hodnota bilirubinu**.

**Positivita přímého Coombsova testu svědčí o již vzniklé vazbě IgG protilátek na erythrocyty (matka má pozitivní nepřímý Coombsův test, který slouží k průkazu volně cirkulujících protilátek v séru). Hladina bilirubinu v pupečnickové krvi nad 80 umol/l je indikací k provedení výměnné transfuze.**

Z krevního vzorku novorozence se dále vyšetřuje krevní obraz, glykemie, celková bílkovina, kalcium a mineralogram. V krevním obrazu bývá nalézán různý stupeň anémie, při lehké až střední anémii je stimulována intramedulární erytropoéza, která se projev zvýšením počtu retikulocytů v periferní krvi. Přítomnost erythroblastů je důsledkem stimulace extramedulární erytropoézy při těžké anémii. V bílé krevní řadě je přítomna leukopenie (po intrauterinních transfúzích je však typický nálezkem neutrofilie na základě zvýšení GM-CS faktoru), nalézáme současně trombopenii.

Terapeutický postup u senzibilizovaného novorozence se určen klinickým stavem, hodnotami krevního obrazu a bilirubinu.

Zhruba v 50% případech se jedná o **mírnou formu hemolytické nemoci**. Novorozenci nejsou anemičtí a mají pouze hyperbilirubinemii, která bývá korigovatelná fototerapií. Vlivem fototerapie je nekonjugovaný bilirubin (který je rozpustný v tucích) konvertován na fotoizoméry (např. strukturální izomér lumirubin) rozpustné ve vodě. K poklesu bilirubinu dochází při vylučování těchto rozpadových produktů ledvinami.

Hemolýzu erythrocytů může ovlivnit také podání **intravenozních imunoglobulinů (IVIG)** v dávce 0,5 g / kg. IVIG způsobují pravděpodobně blokádu Fc receptoru buněk retikuloendotelového systému a znemožňují tak jejich vazbu se senzibilizovanými erythrocyty, tím je zablockována další hemolýza.

**Střední forma hemolytické nemoci** se vyskytuje v cca 25% případech. Je charakterizována zvýšeným pupečnickovým bilirubinem, mírnou anémií a rychlým vzestupem bilirubinu v prvních 24 hodinách po porodu. Není-li tento vzestup ovlivnitelný fototerapií, bývá jedinou terapeutickou možností **výměnná transfuze (VT)**. Její zahájení se řídí podle indikačního grafu dle Poláčka a Hodra. Při výměnné transfuzi je odstraněn cirkulující bilirubin a senzibilizované erythrocyty novorozence. Protože většina bilirubinu je v extravaskulárním prostoru, **bývá během výměnné transfuze odstraněno pouze zhruba 25% celkového bilirubinu**





a následkem ekvilibrace může dojít k jeho opětovnému vzestupu, vyžadujícímu opakování VT.

Při VT se používají Rh negativní erythrocyty, shodné v ABO systému s krevní skupinou dítěte. Před vlastním výkonem je provedena za sterilních podmínek kanylace pupečnickové žíly. Žilní katétr by měl být umístěn ve výši Th 8 - 9, polohu katétru lze ověřit ultrasonograficky přímo u lůžka novorozence. Poté se po malých množstvích (5 - 10 ml) odstraňuje krev novorozence a následně nahrazuje krví vhodného dárce, celkové množství vyměněné krve je vypočteno podle hmotnosti dítěte. Mezi komplikace VT patří kardiální selhání při přetížení oběhu s následnou asystolií, embolizací, infekce, elektrolytové dysbalance (hyperkalemie, hypokalcémie, hypernatrémie), perforace cév a reakce graft versus host.

**Těžká forma hemolytické nemoci** bývá nalézána rovněž u 25% senzibilizovaných novorozenců. Může být příčinou prenatálního úmrtí plodu. Děti se rodí často hydropické s těžkou anémií (hodnota hemoglobinu se pohybuje mezi 50 - 100 g / l). Anémie je příčinou tkáňové hypoxie a srdečního selhání. Součástí intenzivní neonatální péče, kterou takto postižení jedinci vyžadují, bývá umělá plicní ventilace, medikamentózní podpora oběhu, v indikovaných případech evakuace ascitu, výměnná transfuze, korekce anémie a hypoalbuminémie.

Závažnou komplikací hemolytické nemoci novorozence byl před zavedením komplexního pre- a postnatálního managementu Rh inkompatibility **jádrový ikterus** (bilirubinová encephalopatie). Vysoce elevovaný nekonjugovaný bilirubin způsobil poškození mozkových struktur (především bazálních ganglií, kůry v oblasti hippocampu a mozečku) s trvalými neurologickými následky - choreoatetóza, hluchota, mentální retardace.

V současné době je tato komplikace vzácná.

V prvních měsících života pokračuje vlivem mateřských protilátek destrukce erythrocytů, která může způsobit pozdní **anémii** kojenců. Dalším rizikovým faktorem pro vznik anémie jsou opakované krevní převody, které utlumily vlastní krvetvorbu dítěte. Anémie bývá normocytární normochromní a terapeutickou možností je podávání rekombinantního humánního erythropoetinu (rh-EPO) subkutánně, v indikovaných případech aplikace krevní transfuze.

Závěrem je nutno zdůraznit, že předpokladem pro adekvátní monitoring a úspěšnou léčbu Rh inkompatibility je centralizace rizikových gravidních žen do perinatologických center, kde je současně možno zajistit intenzivní péči pro patologického novorozence.

Literatura u autorky

## Zpráva o IV. Festivalu kazuistik v Luhačovicích



Ve dnech 28.4. - 30.4. 2006 proběhl v Kulturním domě Elektra v Luhačovicích IV. Festival kazuistik, který pořádá dětské oddělení Krajské nemocnice T.Bati ve Zlíně pod záštitou České pediatrické společnosti.

Jedná se o tradiční pediatrickou konferenci, jejíž hlavní náplní je sdělení neobvyklých a ojedinělých kazuistik z pediatrické praxe. Setkání se zúčastnilo 500 lékařů z České i Slovenské republiky, takže konference měla opět mezinárodní charakter. Bylo sděleno 67 příspěvků jak dětskými lékaři, tak také lékaři z jiných oborů, s nimiž pediatři běžně spolupracují. Aktivně vystoupili praktičtí dětské lékaři i lékaři okresních i fakulturních nemocnic. To je jeden z hlavních záměrů této konference, je tak dána možnost předávání zkušeností z praxe v celém rozsahu dětského lékařství.



Začátek celé konference byl poněkud slavnostní, úvodní sdělení přednesl prof. MUDr. Jiří Havlík, DrSc. na téma Chřipka lidská i ptačí - možnosti terapie i prevence. Následovala pestrá škála kazuistik, které vždy byly doplněny krátkou a stručnou teoretickou částí k danému tématu. Všechna sdělení měla velmi dobrou úroveň a je těžké některé z nich vyzvednout. Téměř vždy následovala bohatá diskuse, která jen dokladovala velký zájem účastníků a jistou atraktivnost této akce. Jednotlivá sdělení se týkala problematiky chorob dětského věku v celé široké integritě jak je pro pediatrii typické. Jednotlivé kazuistiky se týkaly např. gastroenterologie, kardiologie, hematologie, onkologie, endokrinologie, intenzivní péče v pediatrii, chorob respiračních, genetiky atd.



Součástí konference byla 3 firemní symposia zabývající se výživou v dětském věku, léčbou kortikosteroidy, problematikou akné atd.

Nedílnou součástí tohoto setkání pediatriů byl bohatý doprovodný společenský program, jehož součástí bylo např. divadelní představení a velmi vydařený galavečer.

Některé plánované doprovodné aktivity bohužel zhatilo nevlídné, deštivé počasí.

Celá konference měla u převážné většiny účastníků velmi dobrý ohlas a objevila se spousta dotazů na termín dalšího setkání.

**Příští, již pátý, Festival kazuistik, proběhne 27.9. - 29.9. 2007.**

**Prim. MUDr. P. Pešák**  
přednosta dětského odd. KNTB, a.s., Zlín



# Syndrom náhlého úmrtí kojence

MUDr. Karel Paul

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

## Definice

**Syndrom náhlého úmrtí kojence (SNÚK) (R-95 v mezinárodní klasifikaci nemocí) je charakterizován jako náhlá a neočekávaná smrt dítěte ve věku mezi 7. až 365. dnem života, jejíž příčina se nedá objasnit zevrubným posmrtným šetřením.**

### ■ Posmrtné šetření

Na posmrtném šetření se podílí přivolaný lékař, nejčastěji pediatr, patologický anatom se zaměřením na pediatrii a měl by se jej účastnit i policejní orgán, a to již spolu s přivolaným klinikem.

Přivolaný lékař provede kompletní klinické vyšetření, při němž pátrá zejména po známkách akutní infekce, po poranění, po známkách násilí. Důležité jsou anamnestické údaje, včetně rodinné anamnézy (akutní infekce, kouření, sourozenci). V osobní anamnéze patří mezi důležité údaje porodní váha, stav po narození, nemocnost dítěte, stav dítěte v posledních 24 hodinách. Pozornost je třeba věnovat situaci a místu úmrtí (sociální status rodiny, zda mělo dítě vlastní lůžko, oblečení dítěte, pozice, v níž bylo dítě nalezeno). Lékař by měl provést odběr vzorků krve, moči a kůže a zajistit jejich vhodné uložení než budou co nejdříve zpracovány. Tento úkon není u nás zatím požadován. Odborná společnost by jeho provádění však měla prosadit, neboť může významně přispět k objasnění příčiny náhlého úmrtí (infekce, otrava, metabolická vada). Velmi důležitou součástí posmrtného šetření je pitva. Pátrá po příčinách, které by mohly náhlé úmrtí vysvětlit. Jedná se zejména o infekční onemocnění, vrozenou vadu, poranění, známky násilí. Diagnostický závěr „Syndrom náhlého úmrtí kojence“ je diagnosa per exclusionem. Patologický anatom k tomuto závěru dospěje teprve po bezpečném vyloučení všech jiných možných příčin náhlého úmrtí. Je však třeba mít na paměti, že pitva nerozliší nezaviněné náhlé úmrtí kojence od úmyslného udušení dítěte raného věku, tj. od infanticidia provedeného například polštářem. Proto má smysl, aby se prvotního ohledání v místě úmrtí účastnil i policejní orgán, který je profesionálně vyškolen k hodnocení situace z hlediska případné kriminality. Požadavek na přítomnost policisty u náhlého úmrtí kojence

není v naší zemi zatím běžně uplatňován (narozdílná např. od Británie). Odborná společnost by však i tento požadavek měla prosazovat.

### ■ Incidence

V České republice byla incidence diagnózy SNÚK v letech 2001 - 2004 mezi 0,10 - 0,15 případů na 1 000 živě narozených. Naše republika se tak řadí mezi země s nejnižším výskytem této diagnózy. Ve světovém měřítku se incidence SNÚK pohybuje mezi 0,1 - 3 případy na 1 000 živě narozených. Ve vyspělých zemích patří SNÚK mezi tři nejčastější příčiny smrti v kojeneckém věku. Na výskytu této diagnózy se významně podílejí zeměpisné, etnické, společenské, kulturní a náboženské vlivy. V anglofonních zemích a ve Skandinávii se výskyt diagnózy SNÚK v posledních letech snížil o 50% po osvětové kampani provedené v předchozím desetiletí.

### ■ Patologie

Při pitvě nelze zjistit žádné fenomény patognomonické pro SNÚK. V 90% případů jsou nalézány nitrohruční petechiální hemoragie a plicní edém. Jde však o nálezy nespecifické, které se vyskytují i u jiných příčin úmrtí. Ve dvou třetinách případů SNÚK jsou při histologickém vyšetření nácházeny známky chronické tkáňové hypoxie a asfyxie. V mozgovém kmeni bývá shledávána glióza, hypo-myelinizace, maturační opoždění arborizace dendritů. V oblastech mozkového kmene, podílejících se na řízení vegetativních funkcí, spánku a probouzení, byly zjištěny odchylky v sekreci i v recepci neurotransmiterů.

### ■ Patofyziologie

U kojenců se zvýšeným rizikem náhlého úmrtí (u sourozenců dětí, které zemřely s diagnózou SNÚK, u pacientů po „idiopatické život ohrožující příhodě“, u nedonošených dětí) byly provedeny studie zaměřené na

hodnocení úrovně vegetativních funkcí, posouzení senzitivity chemoreceptorů, testování prahu pro probuzení. Několik takto vyšetřených dětí později zemřelo s diagnózou SNÚK. Tyto studie svědčí ve prospěch hypotézy, která vysvětluje SNÚK existencí abnormalit v mozgovém kmeni, jež mají vztah k řízení dýchání, kardiocirkulačního systému, termoregulace, k probouzení, k regulaci spánku a bdění. U kojenců se zvýšeným rizikem náhlého úmrtí byl shledán zvýšený práh pro probuzení jak na zevní podněty, tak na hypoxii a hyperkarbii. Bylo zjištěno že ke zvýšení probouzení dochází u donošených dětí fyziologicky mezi 2. a 5. měsícem života a že uložení kojence na břicho práh pro probuzení významně zvyšuje. (Potvrdila se tak stará zkušenost matek a dětských sester: miminka na břichu jsou klidnější a spí lépe.) Některé děti, které zemřely s diagnózou SNÚK měly nadprůměrnou srdeční frekvenci a nižší variabilitu srdeční frekvence; to svědčí o jejich vagové hypotonii. Děti s prodlouženým intervalem QT (nad 440 ms) jsou predisponovány k ventrikulární arytmii. U studovaných rizikových kojenců byly nácházeny odchylky v pneumogramu: prodloužené dechové pauzy, velmi četné krátké apnoe, periodické dýchání, pomalá dechová frekvence, malá variabilita dechu. Některé rizikové děti se nadměrně potily; to mohlo být způsobeno jak dysfunkcí regulačních struktur v mozgovém kmeni, tak i alveolární hypoventilací.

### ■ Genetika

V poslední době přibývá údajů o tom, že abnormality regulačních funkcí mozkového kmene souvisí se specifickými genotypy. Na experimentálním materiálu byly cílenou inaktivací identifikovány geny, podílející se na prenatalním vývoji kmenových struktur, které řídí dýchání, kardiocirkulační reakce, probouzení. Je pravděpodobné, že i u lidí mohou genové odchylky představovat ge-



netický podklad pro patofyziologii SNÚK. Předpokládá se, že ke kritické situaci, která vyústí v náhlé úmrtí kojence, dojde kombinací rizikových faktorů genetických (např. geneticky zvýšený práh pro probuzení) a rizikových faktorů prostředí (např. zaboreň obličeje do měkké podložky ve spánku).

### ■ Rizikové faktory

Na podkladě rozsáhlých statistických studií byly identifikovány faktory, u nichž byl prokázán statisticky významný vztah k SNÚK. Jako mateřské a prenatální faktory jsou uváděny: kouření, narkomanie, nízká socioekonomická úroveň, růstová retardace plodu, intrauterinní hypoxie. Ze strany dítěte byly jako rizikové rozpoznány tyto faktory: věk 2 - 4 měsíce, mužské pohlaví, spaní na břišku, prematurita, vystavení tabákovému kouři, nepodávání dudlíku, neprosívání, měkká podložka, teplotní stres z přehřátí.

Rada studií se pokoušela prokázat, že kojení má vůči SNÚK protektivní efekt. Výsledky těchto studií však nejsou jednoznačné. Epidemiologické studie rovněž neprokázaly pozitivní efekt sdílení společného lůžka matky s kojencem. Naproti tomu bylo opakovaně prokázáno, že dudlík během spánku riziko SNÚK signifikantně snižuje.

### ■ Kojenci se zvýšeným rizikem SNÚK

Vedle rozpoznání rizikových faktorů SNÚK byly statistickými metodami identifikovány i skupiny dětí se zvýšeným rizikem náhlého úmrtí. (1) Kojenci, u nichž došlo k „idiopatické život ohrožující příhodě“, jsou ohroženi

náhlým úmrtím 3x až 5x častěji nežli kontrolní, stejně staré děti bez zmíněné příhody v anamneze (2). Sourozenci dětí, které zemřely s diagnosou SNÚK, jsou skupinou, která je náhlým úmrtím ohrožena 5x častěji nežli jejich vrstevníci bez rodinné zátěže. V případě opakovaného náhlého úmrtí v téže rodině je třeba zvýšenou pozornost zaměřit jednak na možnost infanticidia (takovéto případy byly prokázány), jednak je nutné intenzivně pátrat po možné genetické zátěži (metabolická vada, výše uvedené genetické rizikové faktory) (3). Nedonošené děti jsou ohroženy náhlým úmrtím 3x až 4x častěji nežli děti donošené; výše rizika je při tom nepřímo úměrná k porodní váze dítěte.

### ■ Prevence SNÚK

**Domácí elektronické monitory nesnižují riziko náhlých úmrtí. Domácí elektronické monitory by měly být doporučovány lékařem jen výjimečně.** Monitory apnoí se ukázaly být jako nejméně vhodné; relativně nejvhodnější jsou pulsní oxymetry. Je-li kojeneček propuštěn z nemocnice s elektronickým monitorem je třeba před propuštěním:

- 1) Seznámit rodiče s jeho obsluhou, zacvičit je a upozornit na možnost falešných alarmů.
- 2) Zacvičit rodiče v resuscitaci dítěte postiženého život ohrožující příhodou.
- 3) Zabezpečit rodině rychlou zdravotnickou a technickou pomoc.

V současné době není možné náhlému úmrtí kojence v jednotlivých případech preventivně zabránit, protože se dosud nedaří takovéto děti spolehlivě prospektivně identifikovat. Studie zabývající se výše uvedenými

odchylkami fyziologických parametrů (respirace, EKG, spánek aj.) ukázaly, že současné metody nejsou pro screening náhlého úmrtí ani dostatečně senzitivní ani přiměřeně specifické.

Redukce rizika náhlého úmrtí kojenců v celé populaci však je možná a, jak ukázala osvětová kampaň doporučující ukládat kojence ke spánku v supinační poloze, takováto prevence může být velmi účinná. Veřejnost přicházející do styku s dětmi raného věku je třeba opakovaně informovat a seznamovat s následujícími preventivními opatřeními:

- 1) Donošené i nedonošené děti je třeba ukládat ke spánku pouze na záda (supinační poloha).
- 2) Kojenci musí spát na tuhé a nikoliv na měkké podložce.
- 3) Polštáře, plyšové předměty, chlupaté dečky, plenky apod. do lůžka kojence nepatří.
- 4) Nastávající matka během těhotenství nekouří.
- 5) V místnosti, v níž je kojeneček, je kouření nepřijatelné.
- 6) Sdílení lože s matkou se nedoporučuje; dětská postýlka má být vedle lože matky.
- 7) Má-li dítě zájem o dudlík ve spánku, má jej mít.
- 8) Pozor na přehřátí (z nadměrného topení, z nadměrného oblečení).
- 9) Polohování na břišku je pro dítě důležité; avšak: pouze když dítě bdí a vždy pod dohledem.
- 10) Domácí monitory používat jen výjimečně. Nezabránilo náhlým úmrtím.

Literatura u autora

## Nečekané úmrtí nebo SIDS?

doc. MUDr. Hana Houšťková, CSc.,<sup>1)</sup> prof. MUDr. Ivan Bouška, CSc.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 1. LF UK a IPVZ Praha <sup>2)</sup> FN Bulovka a 2. LF UK Praha

### Definice

**SIDS (sudden infant death syndrome) - náhlé úmrtí dítěte mladšího 1 roku, které zůstává neobjasněné po podrobném vyšetření případu včetně kompletní pitvy, ohledání místa úmrtí a zhodnocení anamnézy.**

Podíváme-li se do historie, zjistíme, že úmrtí kojence bylo ještě v 19. století „běžnou“ záležitostí. Průměrná kojenecká úmrtnost byla 200 - 300 promile - tj. 200 - 300 živě narozených dětí z tisíce se nedožilo prvních narozenin! Přesto již před mnoha staletími se

lidé podivovali tomu, když zemřelo ve spánku dítě, které nemělo žádné varovné příznaky onemocnění. Proto byla často obviněna matka nebo kojna ze zalehnutí jinak zdravého dítěte. Historické prameny jsou v tomto směru poměrně bohaté - jednou z prvních zmínek je

varování Sorana z Ephesu ve 2. století našeho letopočtu (císař Hadrián) před nedbalými kojny. Již na začátku 16. století vyšla jedna z prvních knih o péči o děti, kde je rovněž varování před nedbalými kojny, které mohou „zalehnout“ dítě. Z obavy ze zalehnutí bylo

## **HIPP - probiotická mléka**





proto v 18. století sestrojeno tzv. arcucio - obloukovitý kryt, do kterého se kojeneček vložil a nemohl tak být „zalehnut“ druhou osobou. Dlouho se ale nepoužíval, protože kojenci byli nalezeni mrtví i v arcuciu. Dochovány jsou jen dobové náčrtky.

S poklesem kojenecké úmrtnosti se stává skupina dětí umírajících na SIDS stále významnější - SIDS je totiž v současnosti **nejčastější příčinou úmrtí kojence po 1. měsíci věku**. Proto se četné týmy vědců snaží odhalit, proč jinak zdravé dítě náhle ve spánku umírá.

V naší republice má výzkum v oblasti SIDS dlouhou tradici, i když v porovnání např. se západoevropskými státy byl u nás výskyt SIDS vždy významně nižší. Příčina nízkého počtu dětí umírajících na SIDS u nás nebyla nikdy odhalena, ale jistě se na tomto jevu podílí i fakt, že je u nás povinná pitva dětí a tím se objasní řada tzv. **nečekaných úmrtí** (sepse, vrozená vývojová vada, dědičná porucha metabolismu apod.). T.č. je v České republice incidence jistě pod 0,3 promile, zatímco ještě v 80. letech byl SIDS v západní Evropě a USA přes 2 promile a například na Novém Zélandu až 7 promile!!! (Po mediální kampani propagující preventivní režimová opatření výskyt SIDS klesl ve všech lokalitách, kde byla tato opatření systematicky uplatňována).

Následující odrážky uvádějí různé rizikové faktory SIDS.

#### **Jaké jsou rizikové faktory SIDS ze strany dítěte:**

- věk 2 - 4 měsíce gestačního věku
- mužské pohlaví
- nepoužívání šidítka
- nedonošenost
- spánek na břiše
- současné febrilní onemocnění
- umělá výživa
- příslušnost k některé rizikové etnické skupině (Romové, Indiáni, Maoři...)
- měkký povrch místa na spaní
- cigaretový kouř (pre i postnatálně)
- chladná sezona

#### **Jaké jsou maternální a antenatální rizikové faktory SIDS:**

- kouření
- drogy
- nutriční deficiencie
- nedostatečná prenatální péče
- nízká sociální úroveň
- nízký věk a vzdělání
- svobodná matka

- krátké intervaly mezi těhotenstvími
  - intrauterinní hypoxie
  - intrauterinní růstová retardace
- #### **Genetické a biologické rizikové faktory SIDS:**

- SIDS u sourozence
  - IALTE
  - nedonošenost
  - dědičné poruchy metabolismu
  - abnormální odpověď na infekci (autoimunita, defekt imunity)
  - prodloužené QTC na EKG křivce
  - porucha regulace autonomní kontroly v mozgovém kmeni
- (IALTE = *idiopathic aparent life-threatening event* = *nejasná život ohrožující příhoda*)

#### **Incidence SIDS ve skupinách kojenců se zvýšeným epidemiologickým rizikem:**

- IALTE 3-5x zvýšené riziko SIDS
- Sourozenec SIDS 4-5x
- Nedonošenost:
  - 1 500-2 500g 2-3x
  - 1 000-1 500g 3-4x

Ačkoliv příčina SIDS nebyla nikdy objasněna, bylo zjištěno, že častěji dochází u kojenců k náhlému úmrtí v poloze na břišku, při přehřátí dítěte, v zakouřeném prostředí a u nekojených dětí. Proto byla doporučena pro děti do 1 roku následující preventivní režimová opatření:

- nenechávat spát dítě na břiše a boku
- nepřehřívát dítě (a nepodchlazovat)
- kojit
- nekouřit v těhotenství i postnatálně

Rizikové faktory však **nejsou** příčinou SIDS. Jsou to jen jakési podpurné okolnosti, za kterých častěji dochází k úmrtí na SIDS u některých kojenců, zatímco u ostatních kojenců smrt nezpůsobí. Kteří kojenci jsou ti „někteří“, kteří zemřou? Objevily se již i názory, zda vůbec SIDS existuje, zda to není jen nedostatečnost našich diagnostických schopností správnou příčinu úmrtí najít.

Objasnění příčiny úmrtí kojence z velké míry záleží na **patologicko - anatomických nálezech**. Proto je na patologii směřována kritika - opravdu nelze nalézt příčinu úmrtí kojence ani při použití velmi sofistikovaných moderních metod (např. i molekulární biologie)? Naše zkušenost je následující: opravdu zkušený patolog (zpravidla soudní) v některých případech najde nálezy, které vysvětlí, že se **nejedná o SIDS**, ale **nečekané úmrtí** při jed-

noznačně daném základním onemocněním, které do doby úmrtí nemělo žádné klinické projevy. Opakovaně jsme se setkali s potvrzením dědičné poruchy metabolismu, sepse či nepoznané vrozené vývojové vady u kojence s prvotní nesprávnou diagnózou SIDS, který byl opakovaně vyšetřován erudovanými pediatry a u kterého skutečně nebyly přítomny žádné podezřelé symptomy závažného onemocnění. Závěrečná diagnóza pak byla opravena na jednoznačně definovanou klinickou jednotku. Celá fatální situace dostává jiné dimenze. Rodiče si nevyčítají vlastní zavinění, v některých případech je možno nabídnout prenatální diagnostiku v dalším těhotenství, u některých diagnóz je i možnost léčby při případném opakování choroby u dalšího dítěte atd.

Protože jak vy, tak i my se občas s tragickou diagnózou „SIDS“ setkáváme, rádi bychom v těchto případech pomohli ke stanovení skutečně správné diagnózy. Proto jsme se rozhodli otevřít tzv. „Ambulanci SIDS“. Náplň ambulance bude v objasnění problematiky SIDS rodičům v nejšířších souvislostech, vyšetření eventuelních starších i mladších sourozenců kojence zemřelého na SIDS a ve spolupráci se soudním patologem erudovaným v problematice náhlého úmrtí kojence a se svolením rodičů i revize patologicko - anatomických nálezů ve snaze odhalit případnou diagnózu a překlasifikovat diagnózu pitevně.

Byli bychom velmi rádi, kdybyste nám v této snaze byli nápomocni, neboť v rámci ochrany osobních údajů my sami nemůžeme tyto rodiny oslovit. Ale vy máte jistě plnou důvěru rodičů, jimž po léta pečujete o děti, a proto jim můžete nabídnout výše uvedenou možnost. Rádi bychom s vaší pomocí přinesli trochu světla do ponurého tématu **syndromu náhlého úmrtí kojence**.

#### **Zájemce o návštěvu v Ambulanci SIDS prosím informujte o následujících kontaktech:**

##### Ambulance SIDS

*Pediatrická klinika - pavilon G2, přizemí.  
Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou  
Vítězská 800, Praha 4 - Krč  
doc. MUDr. Hana Houštková, CSc.  
přednosta kliniky, 1. LF UK, IPVZ  
Mobil: 604 298 465, 261 083 180  
e-mail: hana.houstkova@ftn.cz  
prof. MUDr. Ivan Bouška, CSc.  
FN Bulovka, 2. LF UK*

*Literatura u autorů*



# Změny šíření HIV infekce v ČR

doc. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

Ústav epidemiologie LF UK, Plzeň

## Souhrn

Před více než 20 lety byla u nás poprvé prokázána HIV infekce. Od té doby bylo do září 2005 podchyceno v ČR 800 osob, tj. českých občanů a rezidentů, s touto nákazou. V roce 2005 byl zaznamenán nejvyšší nárůst - 90 nově podchycených osob v historii sledování v ČR, v lednu 2006 pak nejvyšší měsíční vzestup. Tyto „rekordy“ a „kulatá“ jubilea si samy o sobě říkají o analýzu změn, ke kterým došlo v historicky krátké době.

### Metodika

Na základě obecně dostupných údajů z měsíčních hlášení Národní referenční laboratoře pro AIDS [1] byly zpracovány některé údaje. Soubor 800 HIV pozitivních osob byl rozdělen do 4 podskupin po 200 infikovaných tak, jak byli postupně evidováni. V těchto podsouborech byly hodnoceny základní epidemiologické a klinické charakteristiky na základě údajů v době jejich hlášení (případně změny doplněné dodatečně zásadně neovlivňující prvotně získaná data). Samostatně byly zpracovány údaje o počtech infikovaných po vzniku 14 nových krajů v r. 2001.

### Výsledky

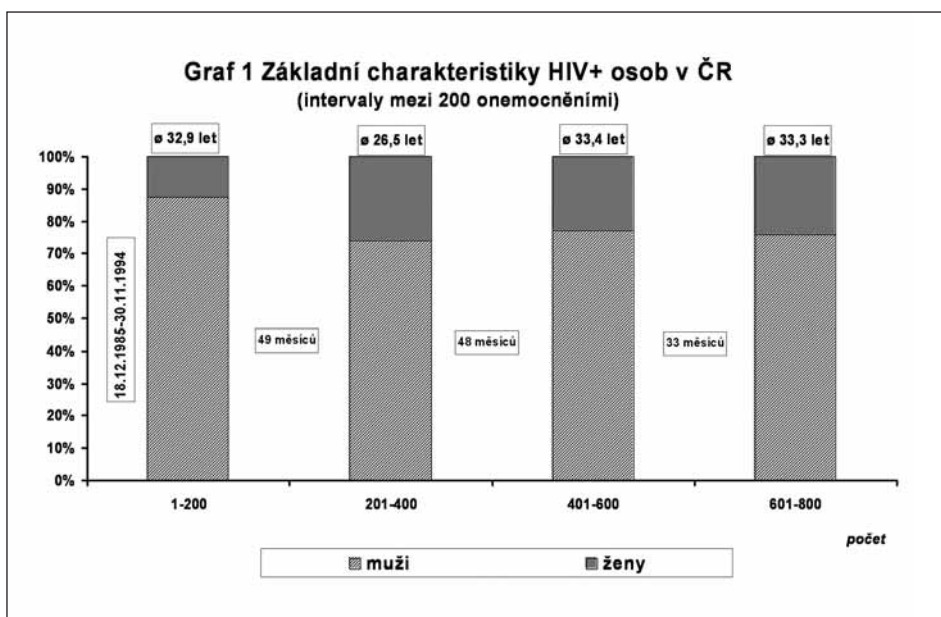
Graf 1 dokumentuje zkracování intervalu mezi nárůsty počtu infikovaných o 200, zastoupení pohlaví a průměrný věk v jednotlivých podskupinách. V jednotlivých obdobích tvořily děti do 15 let 3,0-2,0-1,5-0,5 % nakažených. Graf 2 ukazuje změny ve způsobech přenosu infekce, tab. 1 změny základních klinických charakteristik. Po ustanovení 14 krajů klesá od r. 2001 podíl osob s bydlištěm v Praze v době první diagnózy (z 54,4 na 50,3 % do března 2006, kdy je v ČR evidováno 866 HIV+). Naopak postupně stoupají, i když v malých absolutních číslech, počty nakažených v dříve málo zasažených krajích (např. Vysočina).

### Diskuse

Česká republika patří mezi země s nejnižším výskytem HIV infekce v Evropě. I když skutečný počet nakažených je pravděpodobně několikanásobně vyšší, ukazuje se, že komplexní, propracovaný přístup k této problematice, zvolený již v polovině 80. let minulého století, se vyplatil. Na druhé straně se zvyšujícím se počtem zdrojů infekce, nedo-

tab. č. 1

Klinická stádia u HIV+ osob v době první laboratorní diagnózy (1985-9/2005)					
KLINICKÉ STADIUM	Pořadí				Celkem
	1-200	201-400	401-600	601-800	
Asymptomatické	89	101	135	144	469
Sympt. non-AIDS	57	33	22	28	140
AIDS	54	66	43	28	191



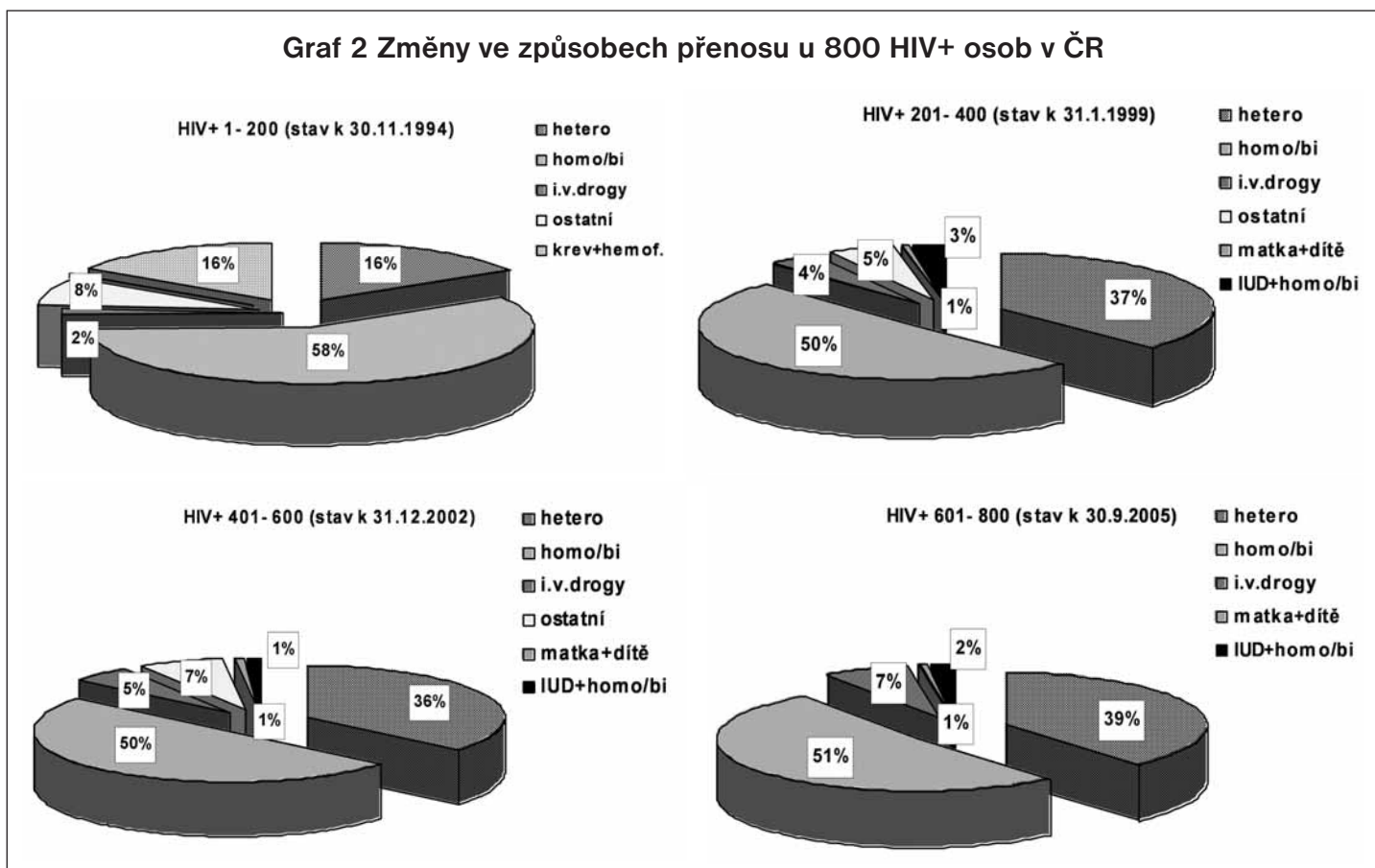
stupnou kauzální léčbou i delším přežíváním infikovaných, kteří ne vždy dodržují preventivní opatření, je logické, že počty nakažených budou nadále narůstat. Nepříznivý vliv na epidemiologickou situaci u nás má nepochybně i zvyšující se počet osob přicházejících na naše území z bývalého Sovětského svazu, kde je v současnosti v rámci Evropy nejvyšší nárůst počtu infikovaných. Zvyšování meziročních nárůstů v posledních třech letech v ČR není pravděpodobně jednorázovou náhodnou výchylkou, ale je zcela zákonitě.

Důkazem jsou i údaje o rekordních počtech zachycených osob s touto infekcí v r. 2005 i na začátku roku 2006 (39 do konce března 2006!). Nárůst počtu podchycených navíc nesouvisí s trendy počtu odběrů, ale spíše s jejich cíleností. Efektivita vyšetřování je dlouhodobě u nás nejvyšší při vyšetřování kontaktů HIV pozitivních osob.

V prvním, cca devítiletém, období byli podchyceni především lidé s rozvinutými příznaky infekce, mezi nakaženými se poprvé a naposledy v ČR objevili i příjemci kontami-



Graf 2 Změny ve způsobech přenosu u 800 HIV+ osob v ČR



nované krve a krevních derivátů, antihemofilických přípravků, kteří dopltili na nedostupnost vyšetřování dárců krve v době infekce nejen u nás, ale na celém světě. Nízký podíl infikovaných žen v prvních letech odpovídal malému uplatnění heterosexuálního přenosu mezi nakaženými v té době. Narůstající podíl osob zachycených už v bezpříznakovém období infekce v poslední době je odrazem zlepšující se povědomosti zdravotnických pracovníků o této nákaze, ale snad i lepšími znalostmi a větší zodpovědností veřejnosti.

Nejčastějším způsobem přenosu HIV infekce je v současnosti sexuální styk, podíl tohoto mechanismu se postupně zvyšoval, z dřívějších 74 na 90-92 %. V rámci tohoto přenosu nadále převažuje homosexuální styk.

Mírně stoupá přenos HIV infekce mezi injekčními uživateli drog, cílené vyšetřování této rizikové skupiny je proto více než žádoucí. Optimismus související se sníženými počty osob užívajících heroin a pervitin není zatím na místě.

I když absolutní čísla o počtech nakažených v některých částech republiky jsou zatím malá, je zřejmé, že se HIV infekce šíří již

po celé republice. Kromě tradičně vysokých počtů nakažených v Praze a v severních Čechách se infekce rozšiřuje i do dříve málo postižených krajů. Zdánlivě klidná situace se i zde velmi rychle mění. Tento posun jednoznačně potvrzuje potřebu decentralizovat preventivní činnost a zlepšit dostupnost odběrových míst zájemcům o vyšetření. V této souvislosti je třeba znovu obnovit plošnou síť HIV poraden hygienických stanic, která byla reorganizací hygienické služby v některých částech republiky významně narušena. Je zřejmé, že stále více odběrů by mělo být prováděno přímo v místě bydliště praktickými lékaři. O všech aspektech HIV infekce je nutné trvale informovat nejen zdravotníky, ale i laickou veřejnost. Osvětu je třeba nadále provádět na všech úrovních, do budoucna je třeba nabízet možnost vyšetření HIV protilátek při všech příležitostech. Základní prevenci šíření této infekce u nás je nutné ale hledat především v zodpovědné rodinné výchově.

#### Literatura:

1) Měsíční hlášení Národní referenční laboratoře pro AIDS

## KURZY IPVZ PRAHA - CRP

### POCT v první linii se zaměřením na CRP

#### Kurz (č. 211070)

Kurz se koná dne **23.9. 2006 od 9.30 hod.**

(registrace 9.00-9.30 h.)

**v hotelu ILF, Budějovická 15, Praha 4.**

Kurzovné je 300 Kč.

Vedoucí kurzu:

prof. MUDr. Miroslav Engliš, DrSc.

### POCT v první linii se zaměřením na CRP

#### Kurz (č. 211071)

Kurz se koná dne **5. října 2006 od 16 hod.**

(registrace 15.30-16 h.)

**v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) v Brně, Vinařská 6.**

Kurzovné je 300 Kč.

Vedoucí kurzu:

prof. MUDr. Miroslav Engliš, DrSc.

Příhlášky na oba kurzy obvyklou cestou na adresu:

**IPVZ - organizace studia, hotel ILF  
Budějovická 15, 140 00 Praha 4**

s uvedením názvu kurzu, data kurzu, jména, titulu, rodného čísla, bydliště, čísla telefonu.

Možno použít přihlášku e-mailem: [prihlasky@ipvz.cz](mailto:prihlasky@ipvz.cz)

**Hero - kakaová novinka**





## Zpráva z 1. celostátního lékařského kongresu České lékařské akademie

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.

**ČLA zorganizovala svůj první kongres, jehož cílem bylo sjednotit pohled různých lékařských oborů na léčbu bolesti. ČLA doufá, že se podobným způsobem podaří řešit i další problémy, které se prolínají napříč medicinou.**

**Ve dnech 27. - 29. dubna 2006 proběhl v Liberci** první celostátní lékařský kongres na téma „Bolest je všudypřítomná“, kterou pořádala Česká lékařská akademie ve spolupráci se Společností pro studium a léčbu bolesti České lékařské společnosti J.E. Purkyně.

Konference spojila všechny aspekty náhledů na bolest a její léčení z hlediska různých medicínských oborů. Mimo sekce léčby bolestí hlavy zde byly zastoupeny všechny příslušné obory:

- léčení bolesti v prvním kontaktu a léčení běžné bolesti
- neuropatická bolest
- bolest v dětském věku
- pooperační bolest
- psychika u bolestivých stavů
- invazivní léčba bolesti a neuromodulace
- onkologická bolest
- bolest v ortopedii
- multidisciplinární řešení bolesti zad
- bolest v rehabilitačním lékařství
- aktuální problematika bolesti u revmatických onemocnění
- bolest ve stáří

Jednotlivá témata nebyla prezentována, jak bývá na konferencích zvykem, formou obecných přednášek, ale ke každému tématu bylo nejprve předneseno úvodní slovo, které seznamovalo s daným tématem. Poté následovaly kazuistiky a jejich řešení, nad kterými se diskutovalo (v mnoha případech byly položeny otázky a z nabízených odpovědí posluchači vybírali pomocí hlasovacího zařízení správnou odpověď). Celkem bylo předneseno 65 příspěvků, z nichž převážnou část tvořily právě kazuistiky. Mimo organizátory připraveného programu zazněly také příspěvky od samotných účastníků. Podle předběžných ohlasů, byla tato forma sdělení (úvod + kazuistiky) účastníky kongresu velice pozitivně přijata.

### **Význam kongresu:**

**1. Spojení pohledů na bolest:** jednalo se o první celostátní lékařský kongres, kde se podařilo spojit pohledy různých oborů medicíny na stejnou problematiku, se kterou se setkávají v denní praxi léčby bolesti.

**2. Shoda nad určitým algoritmem léčby:** vel-

mi důležitá byla účast praktických lékařů, kterým byl předveden určitý algoritmus léčení bolesti, což bylo z jejich strany oceněno. Shodný postup následoval u dalších tématických okruhů: např. u neuropatické bolesti, bolesti v dětském věku, onkologické bolesti a dalších.

**3. Farmakoterapie:** konference přispěla k lepšímu poznání jednotlivých metod, které se v terapii bolestivých stavů používají, zejména ve farmakoterapii. To mělo velký význam při algoritmu léčení dětské bolesti nebo bolesti ve stáří. V bolesti ve stáří se ukázalo, že farmakoterapie u nás se velice zásadně liší od farmakoterapie v jiných státech světa, zejména v USA, ale i v západní Evropě. Používaná léčiva jsou v České republice podávána ve zcela obráceném poměru než ve vyspělém světě. U nás jsou stále používána nesteroidní antirevmatika, zatímco ta by se po 65 letech věku měla používat výjimečně. Ve světě se naopak používají látky jako je paracetamol. Proto je velice důležitá osvěta mezi lékaři - odborníky i praktickými lékaři.

**4. Novinky:** účastníci kongresu byli seznámeni s některými metodami, které se u nás již na určitých pracovištích provádějí, ale které nejsou dostatečně rozšířeny. Patří mezi ně např. zavádění portů, zejména při léčení nádorových, ale i jiných bolestí. Ukázalo se, že v České republice existují pouze dvě pracoviště (v Praze a v Brně), která se touto metodou zabývají, ač v léčení nádorové bolesti je tato metoda velice úspěšná.

Byla podána také informace o neuromodulačních metodách, kterými se u nás zabývá omezený počet pracovišť. To je způsobeno tím, že pro provozování neuromodulace musí být splněny dvě podmínky:

**a) kvalifikace,** ta je pro Českou republiku dostatečná (splňuje ji šest center),

**b) finance,** to je velice omezující otázka, protože tyto metody jsou velmi drahé a pojišťovny limitují jejich používání.

Neuromodulace se užívá pro léčení chronické bolesti, kdy všechny ostatní metody selžou a pacient se ukáže psychologicky připraven na tuto metodu.

**5. Další zajímavosti konference:** v sympoziu o multidisciplinárním řešení bolestí zad se projevilo propojení lékařských oborů, protože touto problematikou se zabývá několik disciplín jako je

neurologie, ortopedie, algeziologie, chirurgie.

Velmi zdařilé bylo sympozium o terapii bolesti u revmatických onemocnění. Prof. Pavelka se svými spolupracovníky ukázal možnosti této terapie, která se stárnutím populace stále rozšiřuje. Zde je konsensus o algoritmu této terapie velice daleko.

Velmi úspěšný byl pohled rehabilitačních lékařů na terapii bolesti. Ukázalo se, že spolupráce mezi rehabilitačními lékaři spolu s farmakoterapií a s anesteziologií přináší dobré výsledky, což bylo demonstrováno na několika kazuistikách.

Důležité bylo seznámení s možnostmi balneoterapie v léčbě bolesti. To je velice významný prostředek v léčbě chronických bolestí zejména u starších pacientů. Lázeňská terapie nemá jenom placebo efekt, ale má skutečně význam terapeutický.

### **Zhodnocení kongresu:**

Tento první „všel lékařský“ kongres se snažil přispět k řešení určitých obecných rysů medicíny, v tomto případě bolesti, a tím velice dobře nastartoval sérii podobných tématických kongresů, které mohou přispět k řešení současných problémů medicíny.

### **Počet účastníků a organizace**

Kongresu se celkem zúčastnilo cca 350 lékařů a sester. Velmi cenné bylo zastoupení různých lékařských oborů, nejen algeziologů a anesteziologů, jak je na kongresech o bolesti zvykem, ale také lékařů dalších disciplín. Kongres byl velice pečlivě připraven ze strany České lékařské akademie, podílely se na něm pouze pracovnice ČLA bez příspěvních kongresových agentur. Hlavní organizátorkou byla Mgr. Petra Ježková, ředitelka ČLA, vědeckému výboru předsedal prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., místopředseda ČLA a člen výboru Společnosti pro studium a léčbu bolesti České lékařské společnosti J. E. Purkyně a šéfredaktor časopisu Bolest a organizační výbor řídil prim. MUDr. Jiří Kozák, předseda Společnosti pro studium a léčbu bolesti České lékařské společnosti J. E. Purkyně.

**Pozn.: VOX PEDIATRIAE byl jedním z mediálních partnerů kongresu.**

**Česká spořitelna**



## Zajímavosti ze světa odborné literatury

### Snížení prevalence astmatu u dětí v Itálii

Některé studie stále ještě předkládají výsledky svědčící o zvýšení symptomů prevalence astmatu v dětském věku, jiné již poukazují spíše na stabilizaci těchto jevů nebo dokonce na určitou regresii. Lékaři srovnávali roky 1994 a 2002 v několika oblastech Itálie a zjišťovali prevalenci pro chronický kašel, alergickou rhinitis a atopický ekzém. Detekovali, že stejně jako studie za Švýcarska a Austrálie ukazuje tato studie také vliv lepší edukace rodičů a nižší zátěž kouření v těchto rodinách. Dochází ke snižování frekvence astmatu a spíše tendence ke zvyšování počtu alergických ekzémů a alergické rhinitidy. Zásadní příčina změny těchto poměrů však zůstává nejasná.

*Pediatrics, Vol.117, 1.Jan. 2006, 35 - 42*

\*\*\*

### Sekundární bakteriémie po rotavirové gastroenteritidě

Rotaviry jsou známou a častou příčinou infantilní gastroenteritidy, jejíž incidence je kolem 130 milionů a z toho 44 tisíc úmrtí. Postižení střevní je přitom dobře dokumentované, zahrnuje epiteliální metaplasii, postižení klků a enterocytů. Navzdory těmto změnám nebyly často prezentovány práce o sekundárních bakteriemiích zapříčiněných enteropatogenními mikroorganismy. Proto zde uvedli čtyři případy sekundární bakteriémie po rotavirové infekci tak, jak je zachytili během dvou let. Popsán klinický obraz jednoho novorozence a třech kojenců. Všichni měli typický průběh se zvýšením teploty několik dní po přijetí. Kausální patogeny byly *Enterobacter cloacae* a *Klebsiella pneumoniae*, oba vlastně normální komensály střevní sliznice. Z klinického obrazu těchto čtyř pacientů: **u prvního** po dg. rotavirové infekce, po řádné hydrataci pacienta, překontrolování biochemismu s normálními obrazy se náhle objevily T kolem 40 st. A v hemokultuře vypěstován *Enterobacter cloacae*, který byl zaléčen ceftriaxonem. **U druhého** pacienta po iniciálním zlepšení také nastal vzestup teplot a ve dvou hemokulturách nalezen také uvedený *enterobacter*. Dítě však bylo následný den afebrilní, bez kliniky a také bez antibiotik. **U třetího** pacienta také patrná normální laboratoř, také stolice bez krve

a v hemokultuře patrná *Klebsiella pneumoniae*, dítě přeléčeno Gentamycinem po 7 dní. **U čtvrtého** pacienta také již v době upravujícího se klinického obrazu následoval vzestup teplot, v hemokultuře patrný *Enterobacter cloacae*, podán ceftazimidin. Je tedy patrné a pravděpodobné, že postižení mucosy při rotavirové infekci může být prediktorem pro bakteriální translokaci, vedoucí k sekundární bakteriémii při zřejmě pozoruhodné vulnerabilitě střevní stěny mladých jedinců. Bakteriémie následované po bakteriálních gastroenteritidách jsou dobře dokumentované, např. při infekci shigelou nebo salmonelou. Samozřejmě je na toto nutné vždy pomýšlet u pacientů s malnutricí a u imunoparetických jedinců. Záměrem prezentace této práce je akcentace nutnosti rychlého zamýšlení nad možností této závažné komplikace na konci rotavirové infekce a nutné hospitalizace pacienta, který je již v poměrně dobrém stavu po prodělané rotavirové infekci.

*Pediatrics, Vol.117, č.1, Jan.2006, 224 - 226*

\*\*\*

### Predikce rizika SIDS

Autoři prošli databázi pacientů - novorozenců a jejich matek a snažili se vytvořit nový model, ze kterého by vyplynula určitá predikce pro odhadnutí možnosti SIDS - syndromu náhlého úmrtí dětí do 1 roku věku. Prohlédli 0,5 mil. dokumentací kolem porodů a vzali v úvahu všechny porody mezi 24 - 34 týdnem gestace ve Skotsku v letech 1992 - 2001. Incidence SIDS se pohybovala kolem 0,7/10 000. Snažili se pomocí nejrůznějších počítačových kombinací, do kterých zahrnuli věk matky, počty porodů, vdané či svobodné, kouření nebo ji jeho ukončení na začátku gravidity, pohlaví a věk novorozence, termín porodu a porodní hmotnost. Domnívají se, že za pomoci techniky lze přispět k odhadům výskytu tohoto obávaného syndromu.

*Pediatrics, Vol.117, č.1, Jan.2006, 60 - 66*

\*\*\*

### Včasná puberta - relace k prenatálnímu růstu

Děvčata s předčasnou pubarche (před 8 rokem věku) jako výsledkem včasné nebo rozšířené adrenarche (vyšší dehydroepiandrosteronsulfát), mají tendenci k hyperinsuliné-

mii, mívají v anamnéze nízkou porodní hmotnost. V práci se pokusili po prostudování celkem 187 děvčat s předčasnou pubarche vyvodit z tohoto určité závěry. Kompletizovali informace kolem porodu, prepuberty, začátku puberty, menarche a na konci dospívání. Kohorta byla rozdělena do tří podskupin podle porodní hmotnosti. Menarché před věkem 12-ti let byla u dívek s předčasnou pubarche 2x častěji než u děvčat kontrolní skupiny. Navíc u děvčat nižší porodní hmotnosti byla menarché před 12-tým rokem věku 3x častější. Spojení mezi prenatálním růstem a časnou menarché je evidentní u děvčat s předčasnou pubarche.

*Pediatrics, Vol.117, č.1, Jan.2006, 117 - 120*

\*\*\*

### Funkční bolesti břicha - kvalita života

Chronické bolesti břicha neorganického charakteru jsou označovány jako funkční bolesti břicha. Vyznačují se také častou absencí ve škole, problematikou v sociální oblasti a narušením fyzických schopností dětí. Účelem studie bylo ohodnotit vnímavost dětí a jejich rodičů a i jejich vztah k předpokládané kvalitě života. Proto v letech 2002 - 2003 prošetřili 209 dětí průměrného věku 11 let a stejný počet jejich rodičů. Připravili dotazník k určení předpokládané kvality života s bodováním od 0 (špatně) do 100 (nejlepší). Děti s funkčními bolestmi břicha bylo 65 a tato skupina srovnávána se skupinou zdravých dětí (46) a děti s histologicky prokázanými nálezy chronických střevních zánětů (42 dětí) a děti s gastroesophageálním refluxem (56 dětí). Ze souhrnného hodnocení bylo patrné, že děti s funkčními bolestmi měly podobné score jako děti s refluxem nebo děti s chronickými střevními onemocněními. Děti s funkčními bolestmi měly nižší score než děti zdravé. Nejnižší score měli rodiče dětí s funkčními bolestmi břicha. **Z hlediska dětí s funkčními potížemi se jeví výrazná souvislost ve vztáích na matku a její psychosociální problematiku.**

*Pediatrics, Vol.117, č.1, Jan.2006, 54 - 59*

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



## Aktuality

### ■ Poslanci doporučili VZP zlepšit kontrolu

Poslanci projednali závěry vyšetřovací komise Sněmovny k prošetření hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP).

Vzali ji na vědomí. VZP doporučili zlepšit kontrolu. Neprošly tedy body, které vyšetřovací komise navrhla a v nichž žádala politické strany o přijetí koncepce českého zdravotnictví a vládu o změnu 13 zdravotních zákonů. „Jsem spokojen. V přijatém usnesení zůstaly jen body, které jsou nyní realizovatelné a směřují k VZP,“ reagoval pro Právo ministr zdravotnictví David Rath.

Naopak roztrpčení neskrýval předseda komise a exministr zdravotnictví Jozef Kubinyi (ČSSD): „Snad se našimi závěry bude příští Poslanecká sněmovna, která vzejde z voleb, zabývat. Systém potřebuje změnu, protože vytváří ve VZP dluhy.“ Zpráva komise vinu za dluhy ve VZP dává poslancům, ale i ministerstvům zdravotnictví a financí a samozřejmě pojišťovně. Za největší vinu pak označuje „neochotu a neschopnost politiků domluvit se na jasných pravidlech fungování zdravotnictví“.

O usnesení ke zprávě vyšetřovací komise byl velký boj. Poslanec Jaroslav Krákora (ČSSD) navrhl právě vypustit dva body, v nichž komise žádá politické strany o přijetí koncepce zdravotnictví a vládu o přípravu 13 nových zdravotních zákonů.

To se nelíbilo poslanci KDU-ČSL Josefu Janečkovi a poslankyni ODS Lucii Talmánové. Ta řekla, že je to „pokus o změnu závěrů komise“. Její stranický kolega Michal Doktor označil návrh poslance Krákory za „krátkozraký a pokrytecký“.

Poslanec Josef Janeček (KDU-ČSL) také zpochybnil zavedení nucené správy ve VZP. Na to mu ministr zdravotnictví David Rath odpověděl, že byla nutná, a doložil, co vše se ve VZP od té doby změnilo. „Splatnost faktur za péči lékařů loni byla 55 dnů, nyní je 27 až 35 dnů, naplnily se rezervní fondy, vylepšilo hospodaření VZP. Nejdůležitější věci, pro které byla nucená správa zavedena, jsou odstraněny,“ řekl ministr.

Ze 134 přítomných hlasovalo pro okleštěné usnesení 76 poslanců, proti bylo 48. Poslanec Vlastimil Tlustý (ODS) si poté vzal slovo a řekl: „Je to mimo rámec veškeré fair play v této Sněmovně.“

Sněmovna přijala tedy závěry hlavně k VZP. Jí doporučuje:

- zkvalitnit vnitřní kontrolní systém;
- zavést systém hodnocení a kontroly efektivity prostředků vynakládaných na zdravotní péči;
- provést hloubkový audit v hospodaření s fondem prevence, provozním a majetku;
- \* analyzovat a následně přehodnotit smluvní vztahy k poskytovatelům zdravotní péče.

### ■ Bursík: Ve zdravotnictví máme blíž k ČSSD

Šéf Strany zelených Martin Bursík včera v diskusi s ministrem zdravotnictví Davidem Rathem (za ČSSD) v pražském hotelu Hoffmeister řekl, že ve věci zdravotnictví se spíš přiklání k ČSSD než k ODS.

Bursík v besedě organizované Radou pro mezinárodní vztahy a sdružením Po-

## Orion Diagnostica - Quickread





lis řekl, že zeleným nezáleží na tom, zda veřejnou službu popptávanou krajem dodá soukromá či nezisková nemocnice. Pokud by ale nyní měli zelení ve Sněmovně poslance, část by se jich zřejmě postavila proti Klausovu vetu kzák onu o neziskových nemocnicích, část by se patrně při hlasování zdržela.

„Spíš se přikláníme k modelu, který prosazuje soc. dem., tzn. nepokračovat v privatizaci,“ přiblížil Bursík.

#### Proti Klausovi i rovné dani

U prezidenta Václava Klause zeleným nejvíce vadí, že vetoval zákon o obnovitelných zdrojích a o registrovaném partnerství. Předseda zopakoval, že zelení by nevolili Klause prezidentem. Bursík dále nerozumí tomu, co vlastně chce šéf ODS Mirek Topolánek. Například nechápe, proč stále rází koncept rovné daně. „Nemá jediného partnera, který by s ním na tu rovnou daň šel,“ řekl Bursík, Rath a Topolánek jsou lídry v Praze.

Bursík nerozumí ani tomu, proč se šéf ODS „stále snaží nálepkovat zelené“. „On je vůdce strany, která velmi pravděpodobně vyhraje volby. A on předkládá koncept vlády ODS s KDU-ČSL. O tom si přece nikdo nemůže myslet, že je to realistické,“ míní Bursík. Nicméně přímo neřekl, že jeho strana míří do koalice s ODS a lidovci. Naznačil, že v otázkách zahraniční politiky i zmíněném zdravotnictví má blíže kČSSD, v ekonomice kODS.

Velký rozpor mezi zelenými a vládní soc. dem. podle Bursíka panuje u energetické politiky. Za problematická místa v programech ODS i ČSSD Bursík označil dopravu, především nedostatečné omezení provozu kamiónů o víkendech. Pokud se zelení dostanou do Sněmovny, nebudou podle Bursíka dělat „bratříčka ani ODS, ani ČSSD“.

#### ODS ustoupí?

Pokud jde o rovnou daň, poslanec ODS Martin Říman včera ve Frekvenci 1 řekl, že jsou ochotni ustoupit z některých požadavků. Podle něj to lze udělat například u DPH. „Lidovci navrhuji určitý pohyb ke sjednocení, ale podstatně pomalejší.“ Říman řekl, že lze na přechodné období zachovat dvě sazby DPH.

### **Klaus vetoval neziskové nemocnice**

#### Zdravotníky tento krok nepřekvapil

Prezident republiky Václav Klaus včera vetoval zákon o neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a vrátil ho Sněmovně. Zdravotníky většinou tento krok nepřekvapil. Ministr zdravotnictví ho pak označil za „neodpovědný“.

Sněmovna bude zasedat v týdnu od 22. května a poslanci ještě mají možnost Klausovo veto přehlasovat. Ke schválení zákona je třeba 101 hlas. Už dvakrát pro zákon zdvihli ruku poslanci ČSSD, komunisté a pro byli i někteří poslanci US-DU. Když veto prezidenta přehlasují, zákon začne platit okamžitě. „Zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních vracím, protože k řešení vážných problémů českého zdravotnictví volí metodu špatnou,“ píše ve zdůvodnění svého veta Klaus. Dodává, že zákon vlastně opouští princip soukromého vlastnictví, „zdravotnictví destabilizuje, zbytečně rozděljuje lékaře a další zdravotníky, vyostřuje politickou atmosféru v zemi a zneklidňuje pacienty a celou českou veřejnost. Vytváří navíc falešný dojem, že se tzv. neziskovostí nemocnic řeší finanční krize zdravotnictví“.

Klaus ve stanovisku připomíná, že zákon odmítla nemalá část zdravotníků, nesouhlasí s ním ani krajské samosprávy, že se nevyvíjí s existencí zahraničních investorů v českých nemocnicích a že nemocnicím, které nebudou na seznamu, hrozí likvidace.

Premiéra Jiřího Paroubka prezidentovo veto zákona nepřekvapilo a myslí si, že ho poslanci přehlasují. „Myslím, že to nebude jenom s komunisty, ale myslím si, že to může mít širší podporu. Osobně si myslím, že to je jeden z klíčových zákonů volebního období, a tak k němu také budeme přistupovat. Takže předpokládám, že veto prezidenta republiky bude přehlasováno,“ uvedl Paroubek.

Ministr zdravotnictví David Rath Právu řekl, že ho mrzí, že prezident k zákonu přistoupil nezodpovědně. „Tady se hraje o hodně, o zdraví a životy lidí. Prezidentovo rozhodnutí nebylo uvážené. Václav Klaus snad zákon nemohl vůbec číst. Jinak by to zdůvodnění nebylo napsáno tak nesmyslně,“ dodal Rath.

Klausovo rozhodnutí nepřekvapilo odpůrce ani zastánce zákona. „Tento zákon směřuje ke změně českého zdravotnictví. Pan prezident si myslí, že to zase vyřeší trh,“ řekl Právu Martin Engel, předseda Lékařského odborového klu-

bu, který ve čtvrtek byl u prezidenta Klause a vysvětloval mu důležitost tohoto zákona. LOK shromáždil i dvacet tisíc podpisů nemocničních lékařů a pacientů za jeho přijetí.

Také prezident České lékařské komory Milan Kubek si myslí, že Václav Klaus měl zákon podepsat. „Možná není dokonalý, ale zajistí občanům dostupnou péči a zabrání rozkladu nemocniční sítě.“

#### Odpůrce prezident potěšil

Monika Hořenín, mluvčí KSČM, Právu sdělila: „Prezidentovo veto jde proti zájmu většiny občanů. Doufám, že bude přehlasováno. Stát je podle ústavy garantem práva na zdravotní péči hrazenou ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Proto musí existovat páteří síť veřejných neziskových zdravotnických zařízení, v nichž bude toto ústavní právo naplněno.“

Odpůrce zákona vítají Klausovo rozhodnutí. „Potěšilo mě. Potvrzuje, že zákon je velmi špatný a neřeší nic ve zdravotnictví. Naopak ohrožuje osmdesát nemocnic, které na seznamu nejsou,“ řekl Právu stínový ministr zdravotnictví ODS senátor Tomáš Julínek.

Předseda KDU-ČSL Miroslav Kalousek Právu řekl, že postoj lidovců k zákonu je neměnný. „Pokládáme ho za nepřijatelný, protože snižuje dostupnost kvalitní péče.“ Lidovci pro zákon ve Sněmovně ruku nezvedli.

Mluvčí krizového štábu nespokojených lékařů, kteří tento týden také byli u prezidenta a přesvědčovali ho, aby zákon nepodepisoval, Jiří Pekárek Právu řekl, že „neziskové nemocnice sice potřebujeme, ale měly by existovat jen jako možnost a nikoli jako povinnost“.

#### Na seznamu 146 nemocnic

Zákon počítá se vznikem 146 neziskových nemocnic. Ostatní nemocnice, které na seznamu těchto 146 zařízení nejsou, mají rok a půl na to, aby se rozhodly, zda do něho vstoupí a budou tak mít automaticky nárok na smlouvu s pojišťovnou, nebo ne. Když nevstoupí, musí ve výběrovém řízení usilovat o smlouvu s pojišťovnou. Pokud neuspějí, bude jim od ledna 2008 hrazena pouze akutní péče (70 procent veškeré péče) a plánovanou péči by si pacienti hradili z vlastní peněženky.

Ministr Rath věří, že takových nemocnic bude co nejméně, protože pacienti, kteří si platí zdravotní pojištění, se budou chtít léčit v nemocnicích tak, aby jim péče z jejich pojištění byla hrazena kompletně.

### **Rath vyzval Bendla, aby vrátil nemocnice státu**

#### Chce tak zabránit jejich privatizaci

Ministr zdravotnictví David Rath vyzval v pátek dopisem středočeského hejtmana Petra Bendla (ODS), aby svolal mimořádné zastupitelstvo kraje, a to aby odhlasovalo, že předává všechny nemocnice kraje zpět pod stát.

„Obracím se na vás s žádostí, abyste na nejbližším zastupitelstvu tento převod předložil, doporučil jeho schválení a pak jej bezodkladně realizoval,“ píše Rath v dopise Bendlovi, který má Právo k dispozici.

„Převzeme nemocnice se všemi závazky. Pokud by některé kraje chtěly postupovat stejně, stát je také převzeme,“ upřesnil pak Právu Rath.

Dramatický zvrat v situaci vyprovokovalo čtvrteční setkání Ratha a Bendla se zaměstnanci berounské a hořovické nemocnice. Tam Rath nabídl Bendlovi, že zadlužené nemocnice, které chce hejtman privatizovat, převzeme pod stát. „Oběma nemocnicím hrozí privatizace a berounskou chtěl hejtman Bendl úplně zavřít. Všichni zaměstnanci měli dostat výpověď,“ řekl Rath. Dodal, že když viděl, že kraj neumí nemocnice řídit a v jakém jsou stavu, nabídl jejich převzetí. „Zajistíme tak zdravotní péči pro všechny občany kraje. Jsem zvědav, jak budou zastupitelé ODS hlasovat,“ dodal Rath.

„Na krajský úřad tento dopis pana ministra zatím nedorazil, nicméně hejtman už požádal Asociaci středočeských zdravotnických zařízení, aby se k tomuto problému vyjádřila. Chceme znát její stanovisko, než se příští středu rozhodne na krajské radě o tom, zda předložíme zastupitelstvu návrh na převod nemocnic na stát. Prozatím máme stanovisko ředitelů nemocnic, a to je negativní,“ řekl Právu mluvčí Středočeského kraje Martin Kupka.

#### Opozice na převod nevěří

V to, že skutečně návrh na převod nemocnic hejtman zastupitelům dá, příliš nevěří krajská opozice. „Nepředpokládám, že to, co Bendl řekl v berounské nemocnici, dodrží. Hejtman jednal pod emocemi a teď bude hledat klíčky,



aby k převodu nedošlo. Klub ČSSD by ovšem návrh na převod nemocnic zpět na stát rozhodně podpořil. V době převodů nemocnic na kraj jsme předpokládali, že se kraj bude o nemocnice starat, ne že se jich bude chtít zbavovat prodejem či pronájmem, k čemuž jednoznačně ODS směřuje,“ řekl šéf stře-dočeských zastupitelů ČSSD Richard Dolejš s tím, že nemocnice v rukou státu je výhodnější pro lidi. „Je to bezpečnější varianta, než nabízí ODS. Hejtmanova varianta spočívala v privatizaci a prodeji nemocnic. Proto bych převod podpořil,“ prohlásil Dolejš.

Podporu by možná převod na stát našel i mezi členy ODS. „Kraj dostal majetek, ale nemůže o něm rozhodovat, byl bych pro, ať si ho stát vezme zpět. Nemocnice ale už stát měl a na kraje je převedl velmi zadlužen,“ řekl podle ČTK zastupitel Jozef Ďurčanský (ODS). Všichni z ODS s tím ale nesouhlasí. „Je to složitější problém, rozhodně bych pro vrácení všech nemocnic nehlasoval. Velké oblastní nemocnice se už podařilo oddlužit a jejich hospodaření dostat do černých čísel a daří se jim, takže bych je státu nevracel. Problém je s menšími nemocnicemi závislými na jejich budoucím vztahu k pojišťovně,“ řekl Právu krajský zastupitel Jaroslav Král (ODS).

### Stokrát opakovaná lež

Zprávu vyšetřovací komise k VZP se ministr David Rath nemůže moc chlubit. Přestože zpráva vyšetřovací komise k nucené správě VZP byla sepisována pod výrazným politickým tlakem a kontrolou poslanců vládní sociální demokracie, je její vyznění pro současného ministra zdravotnictví Davida Ratha tristní. Ani stokrát opakovaná lež, že za mnohamiliardové dluhy největší zdravotní pojišťovny může její vedení, se nestala tentokrát pravdou.

Ve zprávě se zcela jasně a jednoznačně píše: „Za zásadní a hlavní příčinu vzniku dluhu lze označit neochotu a neschopnost vypracovat jasná pravidla proplácení péče ze strany ministerstva zdravotnictví a ministerstva financí, neschopnost Poslanecké sněmovny přijmout adekvátní zákony a neschopnost vlády tyto zákony vypracovat.“

Takový závěr nikoho gramotného samozřejmě nemohl překvapit, stejně jako nepřekvapily četné nedostatky v hospodaření s fondy VZP. Takhle to totiž ve státních firmách obvykle chodí. Kdyby si takhle poslanci posvětili třeba na České dráhy či jinou výkladní skříň státního vlastnictví, došli by jistě k podobným zjištěním.

#### Opravník oblíbených omylů

Zpráva vyšetřovací komise však není jen opravníkem oblíbených omylů MUDr. Ratha. Je do značné míry i vysvědčením jeho půlroční práce. Výše uvedená citace je totiž pořádnou řádkou Rathově ikoně zákonu o neziskových nemocnicích. Kdo že to má určovat rozsah péče a dohlížet na kvalitu v oněch slavných neziskovkách? Nejsou to náhodou titíž úředníci ministerstva zdravotnictví, kteří byli neschopní a neochotní vypracovat jasná pravidla hry pro zdravotní pojišťovny? Když se jim to nepodařilo v rozsahu několika organizací, mají nyní šanci předvést své schopnosti, či spíše neschopnosti, na dvou stovkách nemocnic.

Orgány pojištěnec zase mají být pod tvrdou kontrolou politiků, kteří jsou ve zprávě kritizováni za své nekompetentní zásahy do investičních programů a chybné rozdělování peněz na nákupy techniky i modernizaci nemocnic. Celkově je ale systém podle Ratha v pořádku. Potřebuje jen lepší dohled a kontrolu. Otázka je, jak vůbec může jakákoli kontrola fungovat v prostředí, o němž vyšetřovací komise hovoří následovně: „Celý systém současného proplácení zdravotní péče je extrémně složitý, naprosto nesystematický a netransparentní. Dá se říct, že zejména v oblasti lůžkové péče pojišťovny platí paušálně za vlastní existenci zdravotnického zařízení jako takového (budovy, lékaře, sestry a další zdravotnický personál, energie, přístroje), a nikoliv za poskytovanou zdravotní péči. Navíc takto nastavený systém umožňuje voluntarismus a zcela individuální přístup pojištěnec k jednotlivým poskytovatelům zdravotní péče. Pomocí vykazování bodů za výkony je sice možné zhodnotit kvantitativně poskytovanou péči, nikoliv však její rozsah, dostupnost a zejména kvalitu. Rovněž není systematicky sledována reálná cena jednotlivých výkonů v jednotlivých zdravotnických zařízeních a vyvozování závěrů z rozdílů. Byl učiněn pokus sledovat některé z těchto parametrů pomocí klasifikačního systému diagnostických skupin (DRG), ale jeho rozvoj byl velmi pozvolný a nakonec

byl celý projekt ministerstvem zdravotnictví asi po šesti letech v roce 2005 ukončen. Je nutné podotknout, že tento projekt si na straně pojištěnec i ministerstva zdravotnictví vyžádal nemalé finanční prostředky, řádově ve stovkách milionů korun.“

Nutno přiznat, že jeden z klíčových důvodů deficitu systému zdravotního pojištění ministr Rath „pořešil“. Prosadil zvednutí plateb za státní pojištění, což dříve odmítal ministr zdravotnictví Sobotka s neprůstředným argumentem, že je třeba nejprve systém reformovat a ucpat díry. Teď už to zřejmě potřeba není.

#### Plamenomet místo sirek

A co další problémy českého zdravotnictví? Za jeden z největších je považována léková politika. Jejich spotřeba dramaticky roste, přibývá dražších a dražších preparátů. Rath proti tomu bojuje chaotickým snižováním marží, kdy se pravidla měnící v lednu v dubnu opět novelizují. A co na to vyšetřovací komise sociálního demokrata Josefa Kubinyho? „U lékové politiky lze konstatovat, že ČR nemá zpracovanou žádnou systematickou koncepci lékové politiky. Výše úhrad za léky a zařazení léků do klinické praxe podléhá takzvané kategorizační komisi ministerstva zdravotnictví.“

Koncepce prostě nejsou srdci ministra Ratha nijak zvláště drahé, a tak i ta léková zůstane u ledu. Co na tom, že stížnosti farmaceutických firem na neprůhledné praktiky při stanovování úhrad za léky jsou předmětem šetření Evropské komise a o možné korupci při kategorizaci léků si nejen štěbetají vrabci po střeších, ale je proto už vyšetřována i bývalá Rathova blízká spolupracovnice.

Zkrátka ministr Rath je skvělý krizový manažer pro české zdravotnictví. Hasič, co to zachrání tím, že děcku v seníku sebere zápalky a půjčí mu na hraní plamenomet.

Zpráva vyšetřovací komise je také vysvědčením Rathovy půlroční práce. A dává pořádnou řádku zákonu o neziskových nemocnicích.

### Z VZP se stal státní podnik

Během nucené správy, která má dnes končit, se hospodaření VZP zlepšilo jen naoko.

Bez několika dnů půl roku trvala nucená správa nad Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Ministr zdravotnictví David Rath ji zavedl loni 10. listopadu, dnes by měla být ukončena nástupem nově zvoleného ředitele Pavla Horáka. Co největší zdravotní pojišťovně dala?

Důvodem uvalení nucené správy byl oficiálně narůstající schodek na účtech VZP a neschopnost vedení v čele s Jiřinou Musílkovou situaci řešit. V nedělních Otázkách Václava Moravce se Rath pochlubil, jak se během půl roku dozoru nad pojišťovnou dluh rapidně snížil z původních zhruba 14 miliard (v listopadu ale hovořil o 12 miliardách) na pět až sedm miliard. Proto již není k dalšímu dohledu důvod.

Na první pohled krásné tvrzení má ale chybu. Ke snížení dluhu došlo napumpováním miliard ze státní pokladny a tím, že VZP žije na dluh. Hned v listopadu stát odkoupil pohledávky pojištěnec za 3,7 miliardy korun. Další 2,1 miliardy dostala VZP v lednu jako první představenou platbu za státní pojištění. V dubnu pak následovala druhá, jen o něco nižší platba. VZP tedy od začátku nucené správy dostala jednorázově od státu asi sedm miliard korun. Značnou část ovšem (představené platby) na úkor příjmů ve druhém pololetí.

Další stovky milionů (do konce roku to má být cca 6 miliard) přitekly ze státního rozpočtu navíc letošním trojnásobným zvýšením plateb za státní pojištění. Peníze VZP „ušetřila“ i tím, že Rath nařídil koncem roku radikálně omezit péči ve velkých fakultních nemocnicích. Odložení plánovaných zákroků zaplatí VZP nejspíš letos a projeví se ve vyúčtování za první půlrok.

Na deficitním způsobu hospodaření pojišťovny se ale nic nezměnilo. Jak konstatovala i zpráva sněmovní vyšetřovací komise pro VZP, celé financování zdravotní péče v Česku je nastaveno schodkově. VZP jako majoritní pojišťovna to „odnáší“ nejvíce, aniž by to mohlo její vedení účinně ovlivnit.

Ke zlepšení situace jsou třeba systémové změny, a k těm během dozoru nad VZP nedošlo. Rathova rádobý úspěšná vyhláška měla jepičí trvání a i další kroky se jeví spíše kontraproduktivně. Peníze, které stát do VZP nalil, proto



bez nějakého systémového zásahu nebudou stačit. Dá se očekávat, že dluh pojišťovny za pár měsíců opět naroste.

#### Pojišťovna ztrácí klienty

Pojišťovna přitom má letos jedinečnou možnost zavést skutečné úspory. V červnu končí dlouhodobé smlouvy s lékaři. Bylo by tedy možné do budoucna uzavřít jen ty, které jsou opravdu třeba k dostupnosti péče. Proti škrtům však hned ostře až hystericky vystoupil prezident České lékařské komory Milan Kubek a svého letitého kamaráda ministra zviklal. Během kurately byla zastavena příprava výběrových řízení a VZP naopak ochotně kývla na prodloužení stávajících smluv zatím do konce roku. Kubkovou snahou je zajistit všem lékařům časově neomezené kontrakty.

Dosavadní úspory se zaměřily jen na zastavení některých vedlejších projektů (IZIP či ozdravné pobyty). Ve srovnání s desítkami miliard obrátu se však jedná jen o „haléřové položky“. Navíc díky tomu VZP ztratí jeden z posledních taháků na klienty. Už teď čísla jasně ukazují, že za dobu nucené správy šestinásobně stoupl úbytek pojištěnců. Omezením „nadstandardních“ nabídek přijde VZP o poslední zbytky konkurenceschopnosti.

K největší změně tedy ve skutečnosti došlo v charakteru VZP. Z veřejnoprávní korporace se stal státní podnik. O osobě ředitele, o složení správní rady, a tím i vlastně o celém jejím chodu rozhoduje de facto vláda. Rathovo ministerstvo posílilo významně roli státu (svou) novými zákony i personálními změnami v řídicích orgánech. Vrcholem je dnešní dosazení nového ředitele. O nedávné relativní nezávislosti na náladách politických špiček si totiž nový šéf VZP může nechat zdát.

#### **ČSSD za zdravotnickým kormidlem: ode zdi ke zdi**

Příběh západočeských nemocnic je pro české zdravotnictví řízené sociálními demokracií typický: v Domažlicích se na zelené louce postaví nová nemocnice a o pár kilometrů dál - v Plané - se nechá jiná zkrachovat. Přijďme pointu: nemocnice, která za vlády ČSSD padla, se teď ocitla na seznamu sítě veřejných neziskových nemocnic, na kterých ministerstvo ovládané ČSSD staví zdravotní péči v Česku.

Pro takový přístup existuje přísloví - levá ruka neví, co dělá pravá.

Pointu příběhu teď „napsal“ ministr zdravotnictví David Rath. Před pár dny prohlásil, že stát jedná o odkoupení zkrachovalé nemocnice v Plané a jejím znovuotevření. Nemocnice jde totiž v červnu do dražby.

Počítejme: půl miliarda za zbytečnou část nemocnice v Domažlicích, 300 milionů zbytečně investovaných do přístavby v zavřené nemocnici, plus nyní odkup nemocnice v Plané v dražbě (vyvolávací cena 60 milionů). Další zhruba dvacet milionů půjde do znovuzprovoznění zchátralých budov. Výsledek? Účet jen za tuto akci přišel daňové poplatníky na více než 880 milionů korun.

„Je to důsledek mechanismu, kde peníze, které tečou do zdravotnictví, jsou přímo úměrné schopnosti lobbvání poslanců. Nic podobného by se nemohlo stát tam, kde se při podobných stavbách rozhoduje o soukromých penězích,“ komentuje to bývalý ekonom Světové banky Miroslav Zámečník. Případ Plané a Domažlic navíc ilustruje osmiletou vládu ČSSD ještě v jedné věci: poukazuje na její styl „ode zdi ke zdi“. Každý z šestice ministrů, kteří se v čele resortu za tu dobu vystřídali, totiž pootočil volantem trochu jinam. Neří divu, že auto nikam nepopojelo. A když došel „benzín“, všichni znali jediný recept: zatlačit na vládu, aby tu oddlužila nemocnice a tu zase nasypala miliardy do Všeobecné zdravotní pojišťovny. A to je krátkozraké řešení.

Největší problém je však jinde. David Rath sice narozdíl od svých předchůdců nepředložil koncepci zdravotnictví, ale neznamená to, že ji nemá. On ji rovnou uplatňuje v praxi. Všechny jeho kroky totiž směřují k soustředění co největší moci ve zdravotnictví do rukou státu.

Jenže právě to je cesta, o které v Anglii už před lety zjistili, že vede do pekel. Je to drahé, neefektivní a pro pacienta nevhodné. Cesta ven přitom existuje, stačí jen opisovat na správných místech. Naznačil ji právě ekonom Zámečník: nebát se pustit do zdravotnictví soukromé peníze. Jenže to by politici přišli o důležitý kohoutek, kterým ovládají miliardy.

#### **Nemocenskou začnou platit firmy**

##### ČSSD a komunisté přehlasovali veto prezidenta

##### Norma začne platit v lednu

Převahou dvou hlasů přehlasovali v úterý poslanci ČSSD spolu s komunisty veto prezidenta Václava Klause zákona o nemocenském pojištění. Znamená to, že od ledna budou první čtrnáct dnů nemoci hradit lidem místo státu jejich zaměstnavatelé.

Ze 174 poslanců pro zákon zvedlo ruku 103 soc. dem. a komunistů, proti hlasovalo 55 poslanců ODS, KDU-ČSL a US-DEU. K přehlasování prezidenta bylo zapotřebí 101 hlasů.

Firmám se sníží pojistné, které za zaměstnance odvádějí, ze současných 3,3 procenta na 1,4 procenta. Od patnáctého dne marodění převezme výplatu dávek stát. Dávky, jako je peněžitá pomoc v mateřství či ošetřovné, bude hradit stát už od prvního dne.

„Je to standardní norma, která se používá ve většině zemí Evropské unie,“ řekl Právu po schválení zákona ministr práce a sociálních věcí Zdeněk Škromach. V krátké rozpravě vystoupili jen tři poslanci ODS, kteří zákon kritizovali. Podle Aleny Páralové způsobí velké problémy nejen malým a středním firmám, ale i zdravotně postiženým lidem a způsobí zhoršení mezilidských vztahů ve firmách.

##### Firmy si prý nepohorší

„Rozumím odporu ODS, která má ve svém programu zrušení nemocenského pojištění a převedení na komerční princip,“ reagoval na to Škromach. Vyvrátil i tvrzení pravice, že zákon zhorší situaci firmám. Podle něj nižší odvodů naopak podniky ušetří asi 18 miliard korun. „Na náhrady mezd vyplatí zhruba polovinu, takže nějakých osm devět miliard jim zbude. To jim dáváme navíc,“ prohlásil Škromach. Strach ze zákona měly malé firmy. Obávaly se, aby například chřipková epidemie neohrozila jejich existenci. Zákon proto podnikům s méně než 26 zaměstnanci dává možnost se dobrovolně pojistit. V tom případě budou odvádět stejné procento pojištění jako dnes, tedy 3,3 %, ale polovinu toho, co vyplatí zaměstnancům za nemoc, jim refunduje Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ).

Zákon má omezit zneužívání nemocenské. Dávky by měly více odpovídat výši příjmu než dnes. Zatímco člověk se mzdou 15 tisíc dostane dnes za 14 dnů nemoci 3710 korun, od ledna to bude o necelých 150 korun méně. Naopak ten, kdo má příjem 28 tisíc, si od ledna polepší o tisícovku. Namísto současných 4932 Kč dostane 5948 korun. Výše dávek je možné si spočítat na kalkulačce umístěné na webových stránkách MPSV ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

##### Co nového zákon přinese

- Prvních 14 dnů nemoci budou lidem platit zaměstnavatelé. Náhrada mzdy bude vyplácena za pracovní dny.
- Firmám se sníží pojistné ze současných 3,3 procenta na 1,4 procenta.
- Náhrada mzdy nebude zdaněna a ani z ní nebude placeno pojistné na sociální a na zdravotní pojištění.
- Nemocenské bude náležet od 15. kalendářního dne nemoci, a to za kalendářní dny.
- Ostatní dávky - peněžitá pomoc v mateřství či ošetřovné - bude vyplácet ČSSZ od prvního kalendářního dne vzniku nároku.
- Peněžitou pomoc v mateřství budou moci čerpat i otcové od 7. týdne věku dítěte. Nyní mohou dostávat pouze rodičovský příspěvek.
- Rodiče se budou moci během ošetřování dítěte jednou vystřídat. Za dobu péče může kterýkoli z nich uplatnit u zaměstnavatele nárok na ošetřovné.
- Stejně podmínky jako pro zaměstnance budou platit i pro poslance a senátory.
- Zaměstnavatelé s méně než 26 zaměstnanci budou moci odvádět pojistné v současné výši a za to jim ČSSZ refunduje polovinu vyplacené náhrady mezd.
- Pacient bude moci za porušení léčby dostat pokutu až 20 tisíc Kč. Lékařům zase bude hrozit, že přijdou o oprávnění vystavovat neschopenky.



## I N Z E R C E

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

### Prodám kojeneckou váhu a optotyp

Prodám digitální kojeneckou váhu a světelný optotyp.  
Informace na tel.: 728 133 047 po 18. hodině. Ev.č.: 53-04-06

### Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta v ordinaci PLDD s perspektivou následného převzetí či odkoupení praxe. Lokalita: Praha nebo Praha západ (okolí Říčán).  
Tel.: 776 650 369. Ev.č.: 52-03-06

### Hledáme pediatra na částečný úvazek

Pro soukromou pediatrickou praxi v Roztokách u Prahy (okr. Praha- západ) hledáme lékaře/lékařku pediatra na částečný úvazek (cca 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 ihned nebo dle dohody. Tel.: 608 284 740. Ev.č.: 54-04-06

### Odkoupím zavedenou praxi

Lékařka - pediatr, 35 let, s licencií a specializační způsobilostí v oboru praktický lékař pro děti a dorost, odkoupí zavedenou praxi v Ústeckém kraji. Rovněž nabízím zástupy, ev. mohu nastoupit jako asistent.  
Tel.: 602 827 762 Ev.č.: 55-04-06

### Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v Praze 4. Termín nástupu možný: září 2006. Kontakt: 241 403 872, 737 171 907. Ev.č.: 56-04-06



Jsme moderní a perspektivní nemocnice a hledáme  
**LÉKAŘE NA ODDĚLENÍ DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ**

#### Popis nabídky:

Jednosměnný provoz s ústavní pohotovostní službou  
Forma úvazku - dohoda o pracovní činnosti ve výši 0,5 úvazku  
(výhledově možnost plného pracovního poměru)  
Nástup - podzim 2006

#### Očekáváme:

Absolvent FDL UK (2. LF UK), alespoň I. atestace z pediatrie  
Praxe 5 let v oboru pediatrie  
Aktivní znalost jednoho světového jazyka výhodou  
Schopnost aktivního, samostatného jednání  
Korektní chování a vystupování

#### Nabízíme:

Zajímavou a odpovědnou práci v předním zdravotnickém zařízení  
Podmínky pro osobní a profesionální rozvoj

V přihlášce (preferujeme elektronickou podobu) nezapomeňte uvést kontaktní elektronickou a poštovní adresu, telefon, životopis a dosavadní praxi.

V případě zájmu prosíme o zaslání přihlášky na adresu:  
**Eliška Horáková, personální odd., Nemocnice Na Homolce,  
Roentgenova 2, 150 30 Praha 5, tel.: +420 257 273 036  
e-mail: [personalni@homolka.cz](mailto:personalni@homolka.cz)**  
Ev.č.: 57-05-06

# 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. 3/2006 - 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 30.6.2006.

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

Manažerem testů je MUDr. Ctirad Kozderka.

## 1. Celkový zdravotní stav gravidní ženy má významný vliv na zdraví dítěte. Světové studie poukazují také na potřebu psychické pohody gravidní ženy, protože:

- stres v těhotenství vede k častějšímu výskytu hyperglykémie plodu doprovázené makrosomií a hyperreflexií
- stres v těhotenství vede k častějšímu výskytu předčasných porodů a narození dětí s NPH, u nichž se častěji vyskytují poruchy chování, zejména poruchy pozornosti
- stres v těhotenství vede k častějšímu výskytu malformací plodu vlivem vyšší hladiny stresového hormonu kortizonu

## 2. Synechii labii minoris u malých děvcát:

- není třeba věnovat zvláštní pozornost, protože časem dojde ke spontánní dekonglutinaci
- není třeba rozrušovat, protože stačí dekonglutinace při koitarché
- je třeba včas diagnostikovat a provést dekonglutinaci a pravidelně stydké pysky od sebe oddalovat, protože může být příčinou vulvovaginitidy z důvodu zatékání moči za přepážku

## 3. Angína, správnější je označení pharyngotonsillitida, může být vyvolána různými mikroorganismy. V léčbě se uplatňují antibiotika. Volíme antibiotikum pokud možno:

- širokospektré, abychom při empirické volbě postihli většinu možných patogenů, a teprve po výsledku kultivace volbu antibiotika upravíme
- vždy použijeme aminopenicilínové antibiotikum (nebo potencovaný aminopenicilin) a to bez ohledu na možné etiologické agens
- penicilin, na který jsou streptokoky stále dobře citlivé a vyhneme se tak

rozvoji nepříjemných exantémů při použití aminopenicilinů pokud by se jednalo o pharyngotonsillitidu při infekční mononukleose

## 4. Úkolem PLDD je včas identifikovat děti s významným rizikem pro vznik a vývoj aterosclerotických změn a jejich důsledky. Proto dle Vyhlášky MZ č. 56/1997 Sb. je stanovena povinnost PLDD mj. provést odběr kardiiovaskulární anamnézy. Za pozitivní rodinnou kardiiovaskulární anamnézu, z níž vyplývají rizika aterosclerózy pro dítě považujeme:

- výskyt časných klinických projevů aterosclerózy u rodičů a prarodičů (infarkt myokardu, angina pectoris, mozková cévní příhoda, postižení tepen dolních končetin, náhlá srdeční smrt, koronarograficky prokázaná ateroscleróza věnčitých tepen u rodičů před 55. rokem věku) a/nebo signifikantní hypercholesterolemie u rodičů (celk.cholesterol nad 6,5 mmol/l)
- výskyt hypertriglyceridemie, hypercholesterolemie, vysokého CRP, diabetu mellitu v pokrevním příbuzenstvu
- výskyt tromboembolické choroby u rodičů nad 65 let s prokázanou Leidenskou mutací
- výskyt arteriální hypertenze s hypertrofií svaloviny levé komory, obesity, zvýšené hladiny homocysteinu a syndromu inzulinové rezistence v pokrevním příbuzenstvu

## 5. Při horečce dítěte je potřeba navýšit příjem tekutin:

- až o 0,5 litru/den
- až o 12% tělesné hmotnosti
- až o 12% denní potřeby na každý stupeň Celsia nad normu
- až o 12% celkové tělesné vody

Partnerem znalostního testu je společnost **ZENTIVA**

Z celkového počtu 22 správných odpovědí byli vylosováni tito řešitelé:

**MUDr. Marie Bolková, Milevsko; MUDr. Olga Rošková, Litoměřice; MUDr. Eva Bártovej, Nová Paka**

Vylosovaných řešitelům blahopřejeme a všichni vylosovaní obdrží knihu od společnosti HERO.

## Odpovědní lístek znalostního testu VOX PEDIATRIAE 3/2006

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

1. otázka	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d
2. otázka	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d
3. otázka	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d
4. otázka	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d
5. otázka	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b	<input type="radio"/> c	<input type="radio"/> d

Titul, jméno a příjmení

Ulice, č.p.

Město

PSČ

Telefon

E-mail

## **Nutricia - Hami**

**Zentiva - Mucosin**