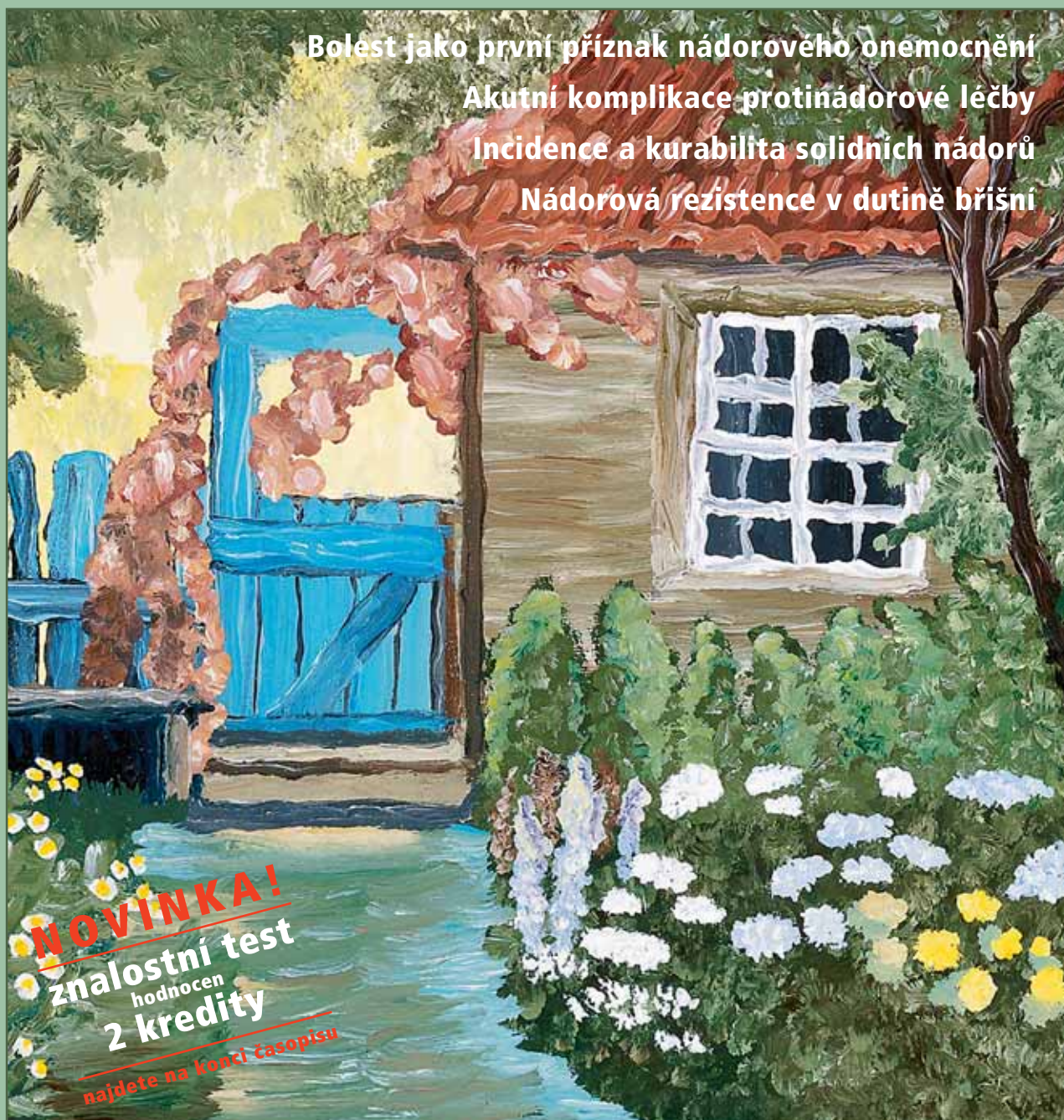


# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

červen 2006 ■ číslo 6 ■ ročník 6



**Bolest jako první příznak nádorového onemocnění**  
**Akutní komplikace protinádorové léčby**  
**Incidence a kurabilita solidních nádorů**  
**Nádorová rezistence v dutině břišní**

**NOVINKA!**

**znalostní test**  
hodnocen  
**2 kredity**

najdete na konci časopisu



ZENTIVA

Johnson's  
baby



Orion Diagnostica

Hefo

Sunar



OSPDL ČLS JEP

nejčtenější časopis  
dětských lékařů  
(Promediamonitor,  
Medical Research  
2005)

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:

**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 květen 2006	5
Koalice soukromých lékařů a další události	6
Daňové dopady ukončení provozu lékařské praxe	9
Co je C.E.S.P.?	10
Annual CESP - EAP meeting 11.-14.5., Köln, Německo	11
Programové prohlášení Koalice pro zdraví	12



Informace OSPDL ČLS JEP	13
Stanovisko hlavního hygienika ČR k výdeji očkovacích látek zdravotnickým zařízením	13
Ceník očkovacích látek pro lékaře	14
MUDr. V. Šmelhaus Incidence a kurabilita solidních nádorů	15
MUDr. E. Drahokoupilová Bolest jako první příznak nádorového onemocnění	18
MUDr. E. Kabíčková Akutní komplikace protinádorové léčby	19
MUDr. V. Bajčiová KAZUISTIKA: Nádor malé pánve u dospívající dívky	22
MUDr. H. Mottl, CSc. Nádorová rezistence v dutině břišní u dětí	24

MUDr. P. Múdry a kol. KAZUISTIKY: Běžné příznaky - závažné diagnózy aneb problémy diagnostiky tumorů ORL oblasti	26
--	----

MUDr. K. Bednaříková Dětské ozdravovny ČR	29
--	----

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



Aktuality	34
Řádková inzerce	37
Znalostní test č. 3/2006 - řešení	38

*Příloha - Co přináší novela zákona o silničním provozu PLDD střed*



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 Adriana Příbylová



Vážené kolegyně a kolegové,

je dobojováno!? Vypjatá atmosféra minulých měsíců a týdnů došla dnem voleb do sněmovny Parlamentu ČR svého naplnění. Minulost (i když stále platnou) jsou legislativní aktivity exministra zdravotnictví Ratha, silně diskriminující soukromý sektor poskytovatelů zdravotní péče. Současností jsou změny ve prospěch soukromých lékařů, které nastaly ve složení nově zvoleného představenstva České lékařské komory a nově zvolený prezident ČLK se dostal do nezáviděníhodné pozice názorové a situační schizofrenie. Realita přijetí nesmyslných a nesystémových úhradových vyhlášek, uvalení nucené správy na největší pojišťovnu, nejistota smluvních vztahů vycházející z dobíhající platnosti rámcových smluv

a „překotné aktivity“ některých zdravotních pojišťoven a MZ ČR vyústily ve zformování protirathovského koaličního Krizového štábu zdravotníků a nepřidali nám klidu na práci.

Veřejné protesty (plakáty, demonstrace) a tiskové konference byly vedeny snahou upozornit české občany, že za jejich zády a bez jejich vědomí jsou připravovány a prosazovány zásadní změny stávajícího systému zdravotního pojištění. Pokud by došlo k jejich naplnění vedlo by to ke státem a úředníky řízenému netransparentnímu úhradovému systému, k ovládnutí 200 mld. balíku peněz a jeho nerovnoměrnému přerozdělení na úkor soukromého ambulantního segmentu poskytovatelů, včetně nás - PLDD. Bylo povinností všech vedoucích osobností tohoto segmentu postavit nekompromisní hráz aroganci, státní moci jedince, osobního zastrašování, zneužívání a obcházení legislativního procesu a ekonomické reality s následným zesměšňováním a likvidací názorových odpůrců. Všem, kteří se podíleli na aktivitách těchto protestů patří poděkování.

Je sice dobojováno, ale do společnosti zaseté semínko urážlivé argumentace typu „chcete být milionářem - staňte se zubařem, praktičkem nebo lékárníkem“, může kdykoli znovu vzklíčit. Výsledek voleb, který po ostře rozehrané šachové partii dvou názorově nesmiřitelných politických protivníků skončil nad problémy zaplněnou šachovnicí mandátovým patem 100:100, je dnešní realitou. Celonárodní zklamání (obapolné) nad tímto výsledkem je pochopitelné. Česká společnost je dlouhodobě a cílevědomě několik let rozdělována ostrou hranicí na zdravé a nemocné, mladé a staré, chudé a bohaté, zaměstnance a zaměstnavatele (na zloděje a okrádané). Původci tohoto jednoduchého schématického vidění světa si neuvědomují, že s proměnou času může dojít k obrácení „úhlu pohledu“ a zařazení se jedince na druhý „pól“. Pro všechny takto společensky a politicky „zařazené“ občany, včetně nás lékařů, je horším zjištěním, že volební pat neumožní provést potřebné a bolestivé strukturální změny v oblasti penzí, veřejných rozpočtů a zdravotnictví.

V pořadu „Chcete být milionářem“ měli soutěžící v případě neznalosti možnost volby 50:50, přítel na telefonu nebo radu publika. V naší povolební situaci jsme publikem i soutěžícími všichni současně a přítel na telefonu má obsazeno nebo je trvale nedostupný. Tudíž na otázku „Co a jak dál bude?“ s provozovateli praxí PLDD si budeme muset odpovědět programově sami. Nelehký úkol čeká politické vyjednavče (zdravotnické experty), při hledání takových společných programových cílů, aby množina problémů byla přijatelně řešitelná. Stanovení jasně definovaných programových priorit a zásad by mělo být i cílem vedení SPLDD. Tyto zásady by měly být definovány z pohledu zachování ekonomické a odborné úrovně provozovatelů a poskytovatelů primárního pediatrické péče a z pohledu zachování stávající dostupné a kvalitní péče o naši dětskou populaci.

Bude nutno trvat na argumentech, které vycházejí z analytického propočtu reálně nastavených režijních nákladů a z toho vypočítané výše měsíčních úhrad. Pokud se bude i v budoucnosti prohlubovat deficit zdravotního pojištění, nelze připustit aby byl řešen nesystémově a pouze na úkor poskytovatelů zdravotní péče jako doposud. Nelze připustit naplnění představ některých zdravotních pojišťoven, že ekonomicky přijatelná kvalitní péče poskytovaná smluvním lékařem je současně ta nejlepší. Pokud nepředložíme nové vládnoucí politické reprezentaci věcně podložené argumenty, může se stát, že v očekávání věcí příštích se opět staneme opět „pokusnými králiky“ jiných představitelů našeho resortu. Aby se tak nestalo může zde sehrát novou roli Krizový štáb zdravotníků. Např. jako kontaktní platforma pro nově zvolenou politickou reprezentaci a možného koordinátora expertních skupin v oblasti legislativní a ekonomické.

Je dobojováno, ale boj s argumenty začíná znovu. Stejně tak, jako boj o koncepční podobu zdravotnického systému, jehož jsme nedílnou součástí. Neboť dynamika celospolečenských změn nekončí patovými volbami a věcná diskuse nad systémovými změnami musí být obnovena. Barvy léta nelze zužovat pouze na modrou, oranžovou či zelenou.

Přeji vám hezké teplé slunné a pestrobarevné léto, hezkou dovolenou a pohodové prázdniny.

S pozdravem

Milan Kudyn

Základní biochemické metody v pediatrii

Sérologické metody v pediatrii

Sérologie hepatitid

Interpretace laboratorních nálezů lymeské boreliózy

Klinický význam vyšetření CRP v dětském věku

## VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

září 2006 ■ číslo 7 ■ ročník 6



## seznam inzerujících firem

ČESKÁ SPOŘITELNA

HERO

HIPP

JOHNSON & JOHNSON

NESTLÉ

NUTRICIA

OMNIPRAX

ZENTIVA

## úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

**Pondělí 10,00 - 17,00**

**Úterý 10,00 - 17,00**

**Středa 10,00 - 17,00**

**Čtvrtek 10,00 - 17,00**

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

**Úterý**

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 Cabrnchová

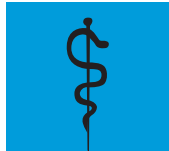
15,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn

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 květen

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

**Měsíc květen byl ve znamení přípravy protestních akcí proti krokům ministra zdravotnictví Ratha. Vše vyvrcholilo tzv. týdnem zdravotnického neklidu. Celá řada akcí měla veřejnosti osvětlit, proč považují zástupci Krizového štábu kroky ministra za špatné. Škoda, že vše začalo nešťastnou fackou, nicméně závěrečný pochod Prahou doplněný o několik symbolických alegorických vozů a dvěma oslíky byl jistě dostatečně důrazným apelem na všechny, kterým jde o ozdravení našeho zdravotnictví.**

**2.5.** - spolu s dalšími zástupci Krizového štábu jsme navštívili prezidenta republiky, v přátelské atmosféře jsme panu prezidentovi sdělili důvody našich protestů, vysvětlili jsme důvody, proč nesouhlasíme s navrhovanými legislativními změnami a po cca hodině jsme se rozešli

**2.5.** - na pravidelném jednání se sešli zástupci Koalice soukromých lékařů a Krizového štábu

**6.5.** - poslední z řady regionálních konferencí proběhla ve Skalně u Chebu, šlo opět o víkendovou akci spojenou se vzděláváním, zajímavý byl i doprovodný program na místním hradě

**9.5.** - zástupci poskytovatelů byli pozváni na MZ ČR k jednání o cenách, ve velmi bouřlivé atmosféře, kdy se i pískalo a tlouklo do skleniček se pan náměstek Dryml snažil všem přítomným vnutit svou představu, jak si taková cenová jednání představuje

**9.5.** - Krizový štáb pozval na své jednání zástupce organizací, které sympatizují s jeho činností

**11.5.** - proběhlo další kolo jednání segmentu o Rámcových smlouvách, stanoviska k problematickým bodům se začala pomalu přibližovat

**13.-14.5.** - ve Velkých Karlovicích proběhl Sněm Sdružení, o výstupech jsme Vás již informovali v předchozím čísle našeho časopisu

**16.5.** - Krizový štáb uspořádal tiskovou konferenci, na které novináře seznámil s „týdnem zdravotnického neklidu“

**20.5.** - týden zdravotnického neklidu byl zahájen Valnou hromadou České stomatologické



bu jsme v pražské ZOO adoptovali králíka domácího, ten se stal také základním symbolem celého týdne protestních akcí

**22.5.** - ve velkých městech i v Praze byly rozdávány materiály s důvody protestů Krizového štábu

**23.5.** - zástupci Krizového štábu předali předsedovi Poslanecké sněmovny Zaorálkovi dopis, ve kterém se obrátili na poslance, aby ještě zvážili přijetí zákona o neziskových nemocnicích s vyjmenováním důvodů, proč je tento zákon špatný

**24.5.** - v Brně proběhlo první z řady protestních shromáždění pořádaných Krizovým štábem

**25.6.** - obdobná akce jako v Brně se konala tentokrát v Ostravě

**26.5.** - týden zdravotnického neklidu vyvrcholil pochodem Prahou, po krátkých vystoupeních před budovou Ministerstva zdravotnictví ČR se účastníci protestu vydali na pochod před Úřad vlády, kde zanechali figurínu králíka v kleci, symbol celého týdne

**26.5.** - Předsednictvo Sdružení hodnotilo na svém pravidelném jednání situaci, která ve zdravotnictví nastala po příchodu ministra Ratha do čela resortu

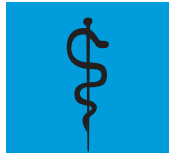
**30.5.** - spolu se zástupci SPL jsme jednali s novým ředitelem VZP Horákem, byla to první schůzka, proto byla spíše informativní, obě strany si vyměnily své názory na celou řadu problémů a dohodly se na pokračování těchto schůzek.



komory, škoda, že vše začalo dnes již legendární fackou, v médiích se tak nenašel prostor pro mnohá zajímavá vyjádření ministra Ratha, např. o jeho záměru vyčlenit celou stomatologickou péči ze zdravotního pojištění

**20.5.** - také ambulantní specialisté měli svou konferenci, ta ale kvůli již zmíněné facce příliš publicity nedostala

**21.5.** - spolu s dalšími zástupci Krizového štá-



# Koalice soukromých lékařů a další události

Měsíc květen byl především ve znamení aktivit Krizového štábu proti krokům ministra zdravotnictví Ratha. Přes veškerou snahu se ale ministři dařilo své představy realizovat. Za zmínku stojí částečná změna postoje ČLK, kde Představenstvo v novém složení začalo alespoň částečně korigovat do té doby výrazně souhlasná stanoviska prezidenta ČLK Kubka vůči krokům ministra.

## I. Otevřený dopis předsedy ODS Mirka Topolánka členům krizového štábu lékařů, lékárníků, nemocnic, nelékařů a pacientů

Vážení,

obracím se na Vás jako předseda demokratické politické strany, jako předseda strany, která má ambici převzít po červnových volbách vládní zodpovědnost za tuto zemi. Přijměte, prosím, můj závazek, že Občanská demokratická strana považuje stabilizaci celého zdravotnického systému za jednu ze svých klíčových programových priorit. Jsem přesvědčen, že dnes je již každému zřejmé, že problém stále se opakující tvorby miliardových dluhů a s ním spojené zásadní dopady na pacienty i zdravotníky musí být vyřešen skutečnou změnou systému. Jsme připraveni k takovéto změně. Jejimi zásadami bude zavedení skutečného moderního evropského pojištění, právo občana vybrat si svou pojišťovnu a zdravotnické zařízení, postavení pacienta jako partnera lékaře, transparentní přehled o nákladech na zdravotní péči každého občana, důraz na prevenci a v neposlední řadě skutečná solidarita.

ODS již od února marně a bez odezvy vyzývá představitele ČSSD k zasednutí ke společnému jednacímu stolu s cílem odpolitizovat a společně ještě před volbami stabilizovat zdravotní systém ve prospěch zdravotníků a především pacientů a občanů této země.

Současná pokračující destabilizace systému, existenční ohrožení nemocnic, ambulantních lékařů, zdravotníků a nepřipustné dopady na občany jsou plnou zodpovědností konfrontační, arogantní a demokratické zásady porušující politiky premiéra Paroubka a ministra Ratha.

Věřte, prosím, že ODS velmi dobře rozumí Vaším argumentům a důvodům, které Vás vedly do protestních akcí. Jsme rovněž přesvědčeni, že nedodržování zákonů, porušování zásad odborné diskuse, zastrasování, nabourávání důvěry lékaře a pacienta a centralizace moci a peněz do jedněch rukou jsou typické pro totalitní režimy a nepat-

ří a nesmí patřit do zdravotnictví demokratické země.

Jako předseda zodpovědné strany Vás přesto velmi žádám, abyste se pokusili v míře co nejmenší nebo žádné přenášet tyto zásadní problémy, způsobené posledními zákony a vyhláškami ministra Ratha, na občany a pacienty a na jejich péči. Žádám Vás, aby jste se pokusili pomyslně „zatnout zuby“ a ještě překlenout toto, doufejme velmi dočasné, období.

Mohu Vám za sebe i celou ODS slíbit, že jsme ihned po volbách připraveni:

1. Zrušit vyhlášku o úhradách zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění pro 1. pololetí, jejíž sankční limity by nedlouho po volbách tvrdě dopadly na většinu nemocnic, lékařů, lékárníků a zdravotnických zařízení a způsobily by odmítání pacientů, odkládání operací a zdravotnických výkonů či přeoslání pacientů jinam.

2. Zrušit úhradovou vyhlášku na druhé pololetí roku 2006, bude-li přijata protiprávně, bez řádného a zákonem stanoveného dohodovacího řízení, neboť by se zásadně projevila ve snížení objemu zdravotní péče pro občany, v prodlužování čekacích dob a v omezení možnosti poskytovat občanům potřebnou a účinnou léčbu.

3. Zrušit, bude-li rudou koalicí sociálních demokratů a komunistů opět protlačen, zákon o neziskových zdravotnických zařízeních, který existenčně ohrožuje 80 fungujících nemocnic, který ohrožuje desítky tisíc pracovních míst a který zásadně snižuje dostupnost péče a právo si vybrat zdravotnické zařízení a lékaře stovkám tisíc občanů. Pokud dnes připustíme takovéto postátnění nemocnic, budou to zítra ambulance a lékárny.

4. Vrátit se ke standardnímu a demokratickému dohodovacímu řízení o úhradách za péči za účasti dotčených subjektů (zástupců poskytovatelů, pojišťoven a zástupců pacientů)

a nikoliv účelově přizvaných sympatizantů ministra Ratha, a napomoci k dosažení konsensu.

5. Skutečně, nikoliv pomocí účetních triků či podvodů v podobě představených plateb, stabilizovat hospodaření VZP a zabránit tak opětovnému prodlužování doby splatnosti, až bude VZP obě představené platby (ve výši 5 mld. Kč!) na podzim vracet.

6. Zabránit tomu, aby o všech prostředcích VZP a dalších zdravotních pojišťoven rozhodovali jen politici ČSSD a KSČM či jen politici vůbec, ale opětovně rovněž zástupci pojištěnců a zaměstnavatelů, neboli zástupci těch, co pojištění platí.

S pozdravem a úctou

**Mirek Topolánek**

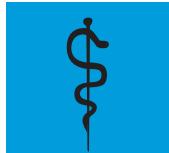
## II. Představenstvo lékařské komory prý chápe nespokojené lékaře

Představenstvo České lékařské komory, z jehož 19 členů jen tři zastupují nemocniční lékaře a ostatní mají privátní praxe, vydalo dnes prohlášení, že důvody protestů soukromých lékařů vedených krizovým štábem chápe.

Pocity ohrožení vnímané soukromými lékaři považujeme za oprávněné, řekl ČTK po jednání představenstva jeho člen Zorjan Jojko, který je výkonným místopředsedou Sdružení ambulantních specialistů.

Toto sdružení má zástupce v krizovém štábu a v sobotu, kdy začíná takzvaný týden zdravotnického neklidu, pořádá v Průhoncích sjezd. Na něj pozvala představitele politických stran a ředitele zdravotních pojišťoven. Týž den mají zubaři v Praze sněm, na který přijal pozvání ministr zdravotnictví David Rath.

Vyjádření prezidenta komory Milana Kubka se ČTK nepodařilo získat. Kubek se již dříve



ve od akcí krizového štábu distancoval. Na rozdíl od nespokojených soukromých lékařů Kubek podporuje přijetí zákona o neziskových nemocnicích. Odmítá zapojovat lékařskou komoru do politických bojů, jak to podle něj činí představitelé stomatologické a lékárnické komory, které mají ve štábu své zástupce. Podle ministra zdravotnictví Davida Ratha stojí za týdnem neklidu ODS.

Jojko ČTK řekl, že představenstvo se dnes shodlo, že politické reprezentace by nadále neměly zatajovat veřejnosti, že mezi současnými možnostmi medicíny a ekonomickými možnostmi zdravotního pojištění je stále se prohlubující rozpor. Politici to prý tají od roku 1993.

„Řešení tohoto rozporu vysokými pokutami zdravotnickým zařízením a mnohdy těžko udržitelnými limity považuje představenstvo za nepřijatelné,“ prohlásil Jojko. Podle něj toto řešení deformuje vztah lékaře s pacientem a může ohrozit dostupnost a kvalitu péče o nemocné.

Představenstvo se podle Jojka dnes shodlo, že je nutná reforma zdravotnictví, během níž politici občanům vysvětlí, že moderní medicína je stále dražší, a získá souhlas občanů s nutnými změnami - znamenalo by to buď vyjmout ze zdravotního pojištění část péče, takže by ji lidé platili hotově, nebo by se na ni připojistili.

Ze 17 přítomných členů představenstva hlasovalo dnes deset pro usnesení, sedm se zdrželo nebo bylo proti. Kubek podle Jojka usnesení nepodpořil.

**19.05.2006 ČTK**

### ■ III. Dopis Krizového štábu poslancům k zákonu o neziskových nemocnicích

Vážený pane předsedo Poslanecké sněmovny, obracíme se Vaším prostřednictvím na poslance Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR s žádostí o opětovné zvážení důsledků přijetí zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních před konečným hlasováním o tomto zákonu.

Zdůrazňujeme, že principiálně nejsme proti neziskovým nemocnicím. Považujeme tuto formu poskytování péče za možné doplnění existujících právních forem nemocnic a za nezbytné nahrazení nevyhovujících pří-

pěvkových organizací.

Přijímaná podoba zákona však neznamená nahrazení dosud převažujících příspěvkových organizací, které jsou také neziskové, něčím vyšším. Naopak jde o návrat k direktivnímu rozpočtovému hospodaření, za něž stát nepone odpovědnost a management nemocnic nebude mít nástroje k jejímu naplnění.

Nepovažujeme za nutné opakovat právní, ekonomické, medicínské a další argumenty, které již opakovaně zazněly. Chceme jen s nejvyšší mírou odpovědnosti upozornit zákonodárce, že jimi přijímaný návrh nebude možné uvést do praxe a že jeho prosazení silou bude mít za následek destrukci hospodaření i v těch nemocnicích, které zatím i ve složitých vnějších podmínkách dokázaly poskytovat zdravotní péči bez vážnějších výkyvů.

Současně se na Vás obracíme jménem téměř 80 nemocnic, které nejsou uvedeny v příloze zákona, protože u nich se důsledky existující nejistoty začínají projevat již dnes. Bez těchto nemocnic však nelze v ČR zajistit zdravotní péči v dosavadním rozsahu a dostupnosti. Přijetí zákona způsobí rozpad kolektivů lékařů a dalších zdravotníků v těchto nemocnicích a vzniknou tak škody, které budou nevratné.

Přijměte prosím tento dopis jako varování tisíců dlouholetých a zkušených zdravotnických pracovníků před dopady neuváženého dalekosáhlého politického rozhodnutí.

Vezměte, prosím, při svém rozhodování na vědomí, že 20 tisíc podpisů, shromážděných na podporu zákona o neziskových nemocnicích, jsou podpisy na podporu principu neziskovosti, který by podpořili i mnozí z nás. Avšak obavy z přijetí této podoby zákona vyjádřilo v petici předané petičnímu výboru sněmovny přes 233 tisíc zdravotníků a dalších občanů.

Prosíme poslance všech politických stran - nepřijímejte tento zákon. Děkuje .

V Praze dne 23. května 2006

### ■ IV. Dopis Krizového štábu poslancům k zákonu o péči o zdraví lidu

Vážená paní poslankyně, vážený pane poslanče,

opětovně se na Vás obracíme ve věci návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony (sněmovní tisk 1045), zařazeného na pořad 56. schůze

Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR.

V návrhu zákona připraveném ministrem zdravotnictví MUDr. D. Rathem poslanecká sněmovna již jednou schválila legislativní změny, které jsou jedním z hlavních důvodů protestů zdravotnické veřejnosti.

Za omezení základních práv poskytovatelů zdravotní péče tato považuje vyloučení poloviny všech poskytovatelů zdravotní péče ze všech dohodovacích řízení, na kterých se sjednávají smlouvy o poskytování zdravotní péče a výše úhrad této péče.

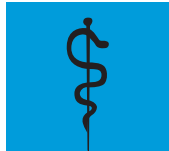
Praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost, ambulantní specialisté, stomatologové a zástupci komplementu jsou v návrhu zákona nahrazeni Českou lékařskou komorou a Českou stomatologickou komorou, které nejsou poskytovateli zdravotní péče, žádné smlouvy neuzavírají a žádné úhrady od zdravotních pojišťoven nedostávají. Projednávaný návrh zákona navíc dává zmocnění Ministerstvu zdravotnictví průběh dohodovacích řízení upravit vyhláškou bez jakéhokoli omezení.

V takových dohodovacích řízeních sjednané smlouvy a výše úhrad zdravotní péče by postrádaly jakoukoli legitimitu a nemohly by být poskytovateli zdravotní péče respektovány. Neúměrné posílení rozhodování a vlivu zejména České lékařské komory na úkor samosprávných sdružení poskytovatelů zdravotní péče obsahuje prvky korporativismu, neslučitelné s demokratickým zřízením ČR.

Nelékařští zdravotničtí pracovníci nesouhlasí s nesystémovými pozměňovacími návrhy zákona č. 96/2004 Sb. „o nelékařských povoláních“, přiřazených k novele zákona č. 20/1966 Sb., především pak s navrhovaným zrušením registračních zkoušek a s vyloučením profesních organizací z regulace celoživotního vzdělávání. Společně s lékaři, lékárníky, zástupci nemocnic a dalších zdravotnických zařízení odmítají účelové změny zákonů bez dostatečného odborného a veřejného projednání a posouzení všech možných souvislostí a důsledků.

Proto Vás, vážená paní poslankyně, vážený pane poslanče, před projednáváním tohoto návrhu žádáme v souladu se zákonem o právu petičním, o projednání „Petice za obranu dostupné zdravotní péče“, jejíž petiční archy s více než 233 tisíci podpisy zdravotníků a dalších občanů byly Petičnímu výboru Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR předány dne 26.4. 2006.

Pokud usoudíte, že sněmovní tisk 1045 obsahuje i správné a nutné změny některých



dalších zákonů, jejich schválení je možné přijetím senátního návrhu k tomuto zákonu. Senátní návrh navíc obsahuje řešení legislativního vakua při stanovení úhrad zdravotní péče pro 2. pololetí 2006 a výše úhrad zde stanovená přímo zákonem je pro zdravotnická zařízení i zdravotní pojišťovny přijatelná.

Pokud z jakýchkoli důvodů senátem navrhované změny nepodporujete, tak Vás žádáme o zachování dosavadní právní úpravy a ponechání přijetí případných změn až nově zvolené sněmovně.

V Praze dne 22. května 2006

#### **V. Stanovisko Koalice pro zdraví k aktuální situaci ve zdravotnictví**

1. Zástupci patientských organizací odmítají takové změny našeho zdravotnictví, které se připravují za zády občanů, bez odborné diskuse a v rozporu s právními předpisy České republiky. Obáváme se, že v takovém zdravotnictví není místo pro kvalitu zdravotní péče, svobodnou volbu zdravotnického zařízení, ale ani pro patientské organizace.

2. Koalice pro zdraví chápe důvody, které vedly zdravotníky k protestním akcím, které pořádají v rámci Týdne zdravotnického neklidu. Máme od jednotlivých patientských organizací informace o omezování a odkládání zdravotní péče, které považujeme za nepřijatelné (viz například stanovisko Aliance českých organizací a žen s rakovinou prsu, o.p.s.) Domníváme se, že není možné řešit finanční těžkosti resortu na úkor pacientů.

3. Koalice pro zdraví ponechává na jednotlivých patientských organizacích a jejich členech, zda se připojí k pátečnímu protestu zdravotníků, přítomní zástupci protest podporují.

4. Nikdo nemá právo hovořit za všechny pacienty České republiky. Žádáme politické strany, aby si je a ani jejich organizace nepřivlastňovaly v rámci předvolebního boje.

V Praze dne 23.5.2006

**Jana Petrenko**  
výkonná ředitelka

#### **VI. Stanovisko prezidenta republiky k vetu zákona o neziskových nemocnicích**

Prezident republiky využil své pravomoci dané čl. 50 Ústavy České republiky a vrátil



Poslanecké sněmovně zákon přijatý dne 23. května 2006, kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, který mu byl postoupen dne 25. května 2006.

Prezident republiky napsal předsedovi Poslanecké sněmovny Lubomíru Zaorálkovi dopis, ve kterém své rozhodnutí zdůvodnil:

„Zákon obsahuje - nad původní záměr jeho navrhovatelů - rozsáhlou novelu 9 dalších zákonů, včetně zákonů o zdravotních pojišťovnách a lékařských komorách, které upravují režim uzavírání smluv s pojišťovnami a režim dohodovacího řízení. Tyto změny jsou z mnoha stran a od mnoha účastníků těchto procesů považovány za nepřijatelné a to zejména z těchto důvodů:

- zákon centralizuje rozhodovací pravomoci nad uzavíráním smluv mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami do rukou ministra zdravotnictví a tím popírá princip smluvní volnosti;

- lékařské komory získávají v rámci dohodovacího řízení podobnou funkci jako odborové organizace u kolektivního vyjednávání, což je v rozporu s úlohou komor jako profesních sdružení vykonávajících svěřený rozsah státní správy a jako organizací s nuceným členstvím;

- z dohodovacího řízení jsou vyloučeny organizace sdružující soukromé lékaře, jichž se tyto otázky bezprostředně týkají;

- při všech jednáních o podobách smluv týkajících se objemu péče, ceny bodu, lékařských

výkonů atd., bude mít podle tohoto zákona poslední slovo ministerstvo zdravotnictví. To může kdykoli, kdy usoudí, že dotyčná smlouva není v blíže nedefinovaném „veřejném zájmu“, vydat svou vlastní, automaticky závaznou vyhlášku. Tato klauzule by ministerstvu zdravotnictví umožnila zrušit dohodnuté smlouvy a nahradit je vlastní závaznou vyhláškou;

- veškeré smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče jsou uzavírány na dobu neurčitou, což znamená zakonzervování stávající sítě zdravotnických zařízení.

Cílem původně navrhované novelizace zákona o péči o zdraví lidu bylo v návaznosti na změny provedené zejména zákonem č. 79/1997 Sb., o léčivech a zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění upravit ustanovení týkající se přístupu pacientů a některých dalších osob ke zdravotnické dokumentaci a dále též nově upravit způsob výdeje a předepisování potravin pro zvláštní lékařské účely. V původním znění šlo o obecně přijatelnou a užitečnou novelu, schválenou i výborem pro sociální politiku a zdravotnictví Poslanecké sněmovny. Novela však byla komplexním poslaneckým pozměňovacím návrhem natolik změněna, že se dnes od ní distancují i její původní podporovatelé, včetně zpravodaje, který přitom na počátku projednávání sněmovně její schválení doporučil. Návrh byl narychlo a bez rozpravy doplněn o změny dalších zákonů, aniž by byla zajištěna jejich souladnost a provázanost tak, aby se předešlo rozporům. Devět „přílepků“, které novela obsahuje, nebylo řádně projednáno v parlamentních výborech.

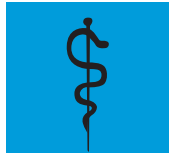
Zákon má množství legislativních nedostatků a potenciálních problémů - například dvojkolejnost v uznávání kvalifikací mezi ministerstvem a Českou lékařskou komorou - a jeho účinnost by mohla vést k chaosu při rozdílných rozhodnutích těchto orgánů.

Změna zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně, kterou tato novela také přináší, by navíc vedla k nejasnostem v odpovědnosti za řízení VZP.

Při schvalování zákona nebyly vzaty v úvahu ani hlasy velké části odborné veřejnosti, ani zásadní stanovisko Senátu (v poměru 65:4).

Proto jsem se rozhodl zákon Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky vrátit.“

Pro Vox připravil:  
MUDr. Pavel Neugebauer



# Daňové dopady ukončení podnikatelské činnosti (provozu lékařské praxe)

Ing. František Elis

daňový poradce č. 0056

**Toto pojednání vzniklo jako reakce na časté dotazy provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení - fyzických osob, při realizaci převodů jejich privátních lékařských praxí na nového provozovatele a odchodu do starobního důchodu.**

Zatímco zahájení podnikání bývá zpravidla spojováno s mnoha optimistickými nadějami, při jeho ukončení jde poplatníkům především o to, vypořádat se co nejefektivněji a s co nejmenší administrativní zátěží, se svými daňovými povinnostmi.

Problematiku řeší § 23 odst. 8 zákona 586/1992 Sb., o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů, který lze pro poplatníka, fyzickou osobu která vede daňovou evidenci, interpretovat zhruba následovně:

*Rozdíl mezi příjmy a výdaji, z něhož se vychází pro zjištění základu daně pro zdaňovací období předcházející dni ukončení podnikatelské nebo jiné samostatné výdělečné činnosti se upraví u poplatníků pokud vedou daňovou evidenci o*

- výši pohledávek a závazků s výjimkou přijatých zaplacených záloh
- cenu nespotřebovaných zásob
- zůstatky vytvořených rezerv,

*přítom nájemné u finančního pronájmu s následnou koupí najaté věci se do základu daně zahrne pouze v poměrné výši připadající ze sjednané doby na příslušné zdaňovací období do ukončení podnikatelské činnosti nebo jiné samostatné výdělečné činnosti. Do základu daně se zahrne při dalším prodeji nespotřebovaných zásob již zahrnutých do základu daně pouze rozdíl, o který převyšuje cena, za kterou byly nespotřebované zásoby prodány, cenu nespotřebovaných zásob zahrnutých do základu daně.*

Tento, již selektovaný text zákona je nutno dále podrobněji vysvětlit, případně přiblížit na konkrétních příkladech.

## **Pohledávky:**

Poplatník je dle zákona o daních z příjmů povinen upravit (povýšit) základ daně o výši pohledávek. Lze samozřejmě dovodit, že se základ daně nepovyšuje o takové pohledávky, které sami o sobě nejsou předmětem daně z příjmů fyzických osob.

## **Poznámka:**

*U praktického lékaře pro dospělé a u praktických lékařů pro děti a dorost se bude zpravidla jednat především o pohledávky za zdravotními pojišťovnami (ke dni ukončení podnikání dosud nezaplacené faktury za provedené zdravotnické výkony). Může se však jednat i o pohledávku za prodávanou praxí.*

## **Závazky:**

Zákon umožňuje poplatníkovi snížit základ daně o, ke dni ukončení podnikatelské činnosti, dosud neuhrazené závazky. Jedná se samozřejmě, stejně jako u pohledávek, pouze o takové závazky jejichž úhrada by byla daňově uznatelným výdajem.

## **Poznámka:**

*U PLD a PLDD se bude zpravidla jednat o závazek za nevyplacenou mzdu zdravotní sestře, případně o další drobné závazky. Např. ke dni ukončení podnikatelské činnosti dosud neuhrazené poplatky za odběr energií, telefonní poplatky apod., přičemž úhrada nebyla ani nemohla být provedena, protože ještě nebylo k dispozici ani vyúčtování.*

*Z uvedeného je zřejmé, že v naprosté většině případů budou pohledávky výrazně převyšovat závazky. Jinými slovy základ daně se v konečném výsledku zvýší.*

## **Zálohy:**

U poplatníků vedoucí daňovou evidenci nebudou ani přijaté a zaplacené zálohy vstupovat do úprav základu daně. Důvod je zřejmý, v daňové evidenci vzniká daňový výdaj okamžikem uhrazení závazku a příjem inkasem pohledávky, ať již v hotovosti, nebo připsáním na bankovní účet. Zaplacené či přijaté zálohy jsou již tedy v základu daně obsaženy.

## **Poznámka:**

*U PLD a PLDD se může zpravidla jednat o částečné úhrady od zdravotních pojišťoven na straně příjmů a na straně výdajů o zaplacené zálohy na energii apod.*

## **Nespotřebované zásoby:**

Zákon požaduje aby poplatník zvýšil rozdíl mezi příjmy a výdaji (daňový základ) o cenu nespotřebovaných zásob. Úplně pořízené zásoby se oceňují pořizovacími cenami, zásoby pořízené ve vlastní režii (u provozovatelů NZZ patrně nebude připadat v úvahu) vlastními náklady.

## **Poznámka:**

*Pokud dojde k prodeji lékařské praxe formou prodeje podniku pak kategorie nespotřebovaných zásob ke dni ukončení podnikání, nebude existovat. Nespotřebované zásoby budou v rámci prodeje podniku převzaty novým provozovatelem lékařské praxe a jejich hodnota bude promítnuta do výsledné ceny prodávané praxe.*

## **Prodej nespotřebovaných zásob:**

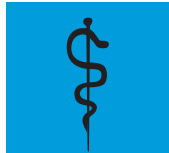
Ukončením podnikatelské činnosti dochází k vyřazení zásob z obchodního majetku. Pokud by poplatník tyto, již z obchodního majetku vyřazené, nespotřebované zásoby prodal do pěti let od ukončení podnikatelské činnosti, byl by jeho zdanitelným příjmem pouze rozdíl, o který by cena prodaných zásob převýšila hodnotu v níž byly tyto zásoby zahrnuty do základu daně. Jednalo by se o příjem dle § 10 zákona o daních z příjmů.

## **Poznámka:**

*V případě prodeje lékařské praxe formou prodeje podniku, by se tento případ neměl vyskytnout z důvodů popsaných v předchozí poznámce. Může však připadat v úvahu jiná situace. Před prodejem ordinace lékař vyřadí z obchodního majetku např. notebook. Po roce se jej rozhodne prodat. Bude se jednat o zdanitelný příjem dle § 10 zákona o daních z příjmů a proti tomuto příjmu nebude možno uplatnit žádný daňový výdaj.*

*Tuto situaci uvádím pouze pro úplnost s upozorněním, že se tento případ nepomítne do daňového přiznání za zdaňovací období v němž byla podnikatelská činnost ukončena.*



**Zůstatky vytvořených rezerv:**

Ustanovení zákona má na mysli zůstatky vytvořených rezerv dle zákona ČNR č. 593/1992 Sb., o rezervách pro zjištění základu daně z příjmů ve znění pozdějších předpisů. V případě ukončení činnosti je poplatník povinen upravit (zvýšit) základ daně o zůstatek těchto rezerv.

**Poznámka:**

V případě PLD a PLDD se zpravidla tato kategorie nebude vyskytovat, ale nelze ji ani vyloučit. Mohlo by se teoreticky jednat o vytvořené rezervy na opravy hmotného majetku zařazeného do obchodního majetku poplatníka - budovu, ve které byla lékařská praxe provozována.

**Nájemné u finančního pronájmu (leasing):**

Zákon vyžaduje aby nájemné u finančního pronájmu s následnou koupí pronajaté věci, bylo zahrnuto do základu daně pouze v poměrné výši připadající ze sjednané doby na

příslušné zdaňovací období do ukončení podnikatelské činnosti.

**Poznámka:**

*PLD a PLDD zpravidla plánují ukončení svých podnikatelských aktivit poměrně dlouho dopředu. Převod praxe proto realizují většinou za situace, kdy jsou jednotlivé leasingy již plně splaceny. Nelze však vyloučit případy nepředvídaného ukončení podnikání např. ze zdravotních důvodů, případně, že leasing splacen není. Jak v tomto případě postupovat ozřejmuje následující příklad.*

**Příklad:**

Provozovatel lékařské praxe uzavřel 1.3.2005 leasingovou smlouvu na osobní automobil za následujících podmínek. Doba nájmu 36 měsíců, první zvýšená splátka nájemného činila 100 000 Kč, běžná měsíční leasingová splátka 10 000 Kč a celková cena 460 000 Kč včetně DPH. Lékař není plátcem DPH. Svoji podnikatelskou činnost se rozhodl ukončit k 30.6.2006 a nájemné bude nadále splácet jako soukromá osoba.

Výpočet částky, kterou lze uplatnit do daňově uznatelných výdajů:

$460\,000 : 36 = 12\,778\text{ Kč}$

$12\,778 \times 6 = 76\,668\text{ Kč}$

Lékař může v tomto konkrétním případě uplatnit do daňových výdajů za zdaňovací období roku 2006, tj. roku ukončení podnikatelské činnosti částku nájemného ve výši 76 668 Kč.

**Termín pro podání daňového přiznání k dani z příjmů fyzických osob:**

Daňové přiznání za zdaňovací období od 1.1.2006 do 30.6.2006 musí být podáno v termínu do 31.3.2007, případně do 30.6.2007, využije-li služeb daňového poradce, který zpracuje a podá správci daně daňové přiznání za poplatníka na základě udělené plné moci. Příslušná plná moc k zastupování musí být podána správci daně nejpozději do 31.3.2007.

## Co je C.E.S.P. ? (Confederation of European Specialists in Paediatrics)

**Založení**

Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP) - Konfederace evropských specialistů v pediatrii - je odbor specialistů v pediatrii Evropské Unie Lékařských Specializací (UEMS - European Union of Medical Specialities) členských států Evropské Unie (EU) a Evropské Asociace Volného Obchodu (European Free Trade Association - EFTA). Je řízena předpisy těchto stanov a seskupuje pediatriy bez ohledu na jejich obor, typ praxe nebo právní situaci.

**Účel**

- Studovat, propagovat a zaručovat srovnatelnou vysokou kvalitu pediatrické péče, což je lékařská péče o děti a dospívající až do ukončení růstu a vývoje.
- Zajišťovat vysoký standard pediatrického výcviku v členských státech.
- Zajišťovat mezinárodní úroveň titulu pediatra a jeho profesionální status ve společnosti.
- Založit užší svazky mezi národními profesionálními pediatrickými organizacemi seskupením pediatrií všech oborů pro podporu a koordinaci jejich činností.

■ Přispívat k vytvoření nebo udržení solidarity mezi evropskými pediatrii začleněním zejména pediatrických subspecialistů.

■ Studovat, propagovat a zaručovat před mezinárodními autoritami volný pohyb a morální a materiální zájmy evropských pediatrií.

■ Rozšiřovat informace lékařským orgánům, profesionálním organizacím, pediatrickým vědeckým společnostem a národním vládám a nadnárodním orgánům, jež jsou částmi EU.

■ Organizovat výměnu informací pomocí vhodných prostředků.

**Složení**

CESP přijme za plnoprávné členy pod záštitou jedné profesionální organizace země, jež náleží do EU nebo EFTA národní pediatrické organizace zastupující pediatriy.

Národní pediatrické organizace zastupující pediatriy v jiných členských státech Rady Evropy, jež jsou buď členy EU nebo EFTA, a v ostatních zainteresovaných evropských zemích, mohou na svojí žádost být pozvány jako mimořádní členové.

Plnoprávné nebo mimořádné členství může být ustanoveno po:

■ autorizaci Výkonným výborem většinou dvou třetin hlasů plnoprávných členů CESP

■ zaplacením členského příspěvku.

Členské státy budou zastoupeny jedním nebo dvěma delegáty-v aktivní praxi v pediatrii

■ jež mají profesionální nebo vědeckou odpovědnost na národní úrovni

■ jsou kompetentní v anglickém nebo francouzském jazyku

■ jsou schváleni svou národní profesionální nebo vědeckou organizací.

Každá země s plnoprávným členstvím má právo volit, každá země s mimořádným členstvím má možnost radit.

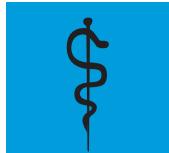
Členství bude ukončeno:

■ odstoupením

■ nezaplacením příspěvku.

Odstoupení členské země musí být předloženo Výkonnému výboru přinejmenším 6 měsíců před ukončením finančního roku a předloženo na roční schůzi.

Odstoupivší členská země zůstane odpovědná za dlužné příspěvky včetně příspěvků



v roce odstoupení.

Neschopnost platit roční příspěvek dva roky za sebou způsobí ztrátu volebního práva. Bude následovat notifikace příspěvku doručeným dopisem a hlasování na roční schůzi, na které budou přijata další opatření.

#### ■ Ústředí

CESP sídlí v Bruselu. Ústředí může být přemístěno do kterékoliv jiné země EU rozhodnutím Výročního zasedání většinou dvou třetin hlasů.

Sekretariát CESP sídlí na adrese 20 Avenue la Couronne, B-1050 Brussels.

#### ■ Financování

Peněžní prostředky pocházejí z ročního příspěvku jejich členů nebo jiného autorizovaného zdroje.

#### ■ Administrativa a provoz

CESP je řízen Výkonným výborem, jenž se skládá z Prezidenta, Víceprezidenta, Generálního sekretáře a Pokladníka.

Členové Výkonného výboru budou voleni na Výročním zasedání. Tyto posty jsou považovány za nadnárodní, ale mohou být kombinovány s postem delegáta.

Prezident a Víceprezident mají dvouletý mandát, jenž může být jednou opakován. Generální sekretář a Pokladník mají tříletý mandát, jenž může být dvakrát opakován.

Výkonný výbor může pozvat na zasedání odborníky pro speciální expertízy.

CESP může vytvářet subspecializační sekce. CESP je odpovědná Správní Radě UEMS a pravidelně informuje o svých aktivitách

a nemá žádnou specifickou autonomii.

Jazyky používané v CESP jsou anglický nebo francouzský jazyk.

#### ■ Výroční zasedání

Výroční zasedání se koná jednou ročně.

#### ■ Členské organizace

Delegáti každé národní členské organizace mají povinnost:

- informovat objektivně bez zpoždění specialisty ve své zemi o aktivitách a rozhodnutích CESP.
- zaslat písemný přehled o situaci pediatrie v jejich zemi Generálnímu Sekretáři jednou ročně a minimálně 2 měsíce před Výročním zasedáním.

## ANNUAL CESP - EAP MEETING

### 11.5.-14.5.2006, Köln, Německo

Ve dnech 11. až 14. května 2006 jsme se zúčastnili s Dr. Gabrielou Kubátovou jako zástupci SPLDD ČR pravidelného výročního zasedání CESP/EAP v Kolíně nad Rýnem.

První setkání CESP proběhlo již ve čtvrtek odpoledne 11. května, kdy jsme se zúčastnili paralelních jednání pracovních skupin Dorostového lékařství a Léků pro děti. Večer jsme společně strávili prohlídkou starého města a poté slavnostní večerí v Süner im Walfisch.

V pátek 12.5. dopoledne jsme se zúčastnili paralelních jednání pracovních skupin pro postgraduální vzdělávání a vakcinaci, odpoledne pak jednání pracovní skupiny primární péče.

Pozdní odpoledne a večer jsme strávili na lodi MS Theresia, kde jsme cestou z Bonnu do Kölnu měli slavnostní večerí a diskutovali o projednané problematice

Závěry z jednání pracovních skupin budou zpracovány a zaslány jednotlivým členům, dosud nejsou k dispozici.

Dr. Kubátová se v sobotu 13.5. vrátila domů, Dr. Holub absolvoval celodenní jednání CESP/EAP a poté Galavečer v hotelu Maritim.

V sobotu 13.5. proběhlo během oběda také setkání členů EC ESAP - prezidentky Dr. Françoise Bovet-Boone, pokladníka Dr. Emile Tockerta a Dr. Holuba. Jednali jsme

o programu 17. kongresu SEPA. Kongres se bude zabývat převážně **prevencí a léčbou obezity** a přidružených onemocnění. Další témata budou věnována dětské kosmetice, speciálním dietám u alergiků, sportovců, vegetariánů, rodinné výchově a novým modelům rodin, poruchám chování u dětí a hyperaktivitě a poruše pozornosti. Naše sdružení bylo vyzváno, aby připravilo přednášky o léčbě obezity a o poruchách chování.

Uvádím program celodenního jednání CESP-EAP dne 13.5.2006:

1. Přivítání prezidentem Dr. Peter Hoyerem
2. **Další vývoj pediatrické péče v Evropě:** politický náhled z Evropského Parlamentu - Dr. Peter Liese, ČLEN EP, pediatr
3. **Vliv ekonomických omezení na budoucí pediatrickou péči:** náhled ze zdravotnické ekonomie - Dr. Gerber a K. Lauterbach, Institute of Health Economics, poradci ministra zdravotnictví, Německo
4. **Budoucnost akademické (univerzitní) pediatrie v Evropě** - Dr. H. Böhles, prezident Německé pediatrické společnosti
5. Diskuze k předchozím přednáškám
6. CESP-EAP - úspěchy a cíle - Dr. Peter Hoyer, prezident CESP, členové EC CESP
7. Diskuze na témata:

- benefit pro národní společnosti a sdružení
- jak může být tento cíl podporován národními společnostmi a sdruženími
- význam pro primární péči
- pobídky pro členy
- členství kdo a jak, aktivní/pasivní?
- jak financovat
- návrhy na další kroky: vybudování WG pro stanovy EAP

8. Dále byly předneseny zprávy generálního sekretáře Dr. Jose Rameta, pokladníka Dr. Bivera, krátké zprávy z pracovních skupin primární, sekundární a terciární péče a dalších skupin (vakcinační, CME, prevence úrazů, léky pro děti).

9. Byla probírána spolupráce s dalšími společnostmi.

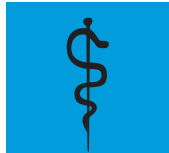
10. Další setkání CESP bude na Kypru v květnu 2006. Europediatrics v říjnu 2006 v Barceloně.

Podrobnosti z pracovních skupin CME (postgraduální vzdělávání) a Vaccination (Očkování) budou sděleny na zasedání ZK SPLDD.

Praha, 30.5.2006

Pro VOX připravil:  
**MUDr. Karel Holub**

vedoucí zahraniční komise SPLDD ČR



## Programové prohlášení Koalice pro zdraví

Většina patientských organizací byla založena proto, aby sloužila svým členům, pacientům. Tyto nezávislé a nepolitické organizace poskytují pomoc všem, bez ohledu na jejich politickou nebo náboženskou příslušnost. Jsou důležitým zdrojem informací pro pacienty a jejich rodiny jak žít se svými nemocemi, lépe jim rozumět a současně se snaží vzdělávat veřejnost v prevenci a podpoře zdraví.

Pacienti potřebují překonat strach z diagnózy a nechtějí mít další starosti, zda je jim poskytovaná zdravotní péče pro ně péčí nejvhodnější. Chtějí svým lékařům důvěřovat, že skutečně dostávají tu nejlepší péči, která je k dispozici. Naopak odmítají stát se obětí politického hašteření a přehnaných osobních ambicí.

Zdraví občanů naší země je národním bohatstvím, a proto žádáme **všechny politické strany**, aby s ním zacházely odpovědně a věnovaly diskusi o zdravotnictví takovou pozornost, jakou si zaslouží. Očekáváme ochotu ministra a politických představitelů, kteří jsou námi volenými zástupci, ke konstruktivnímu dialogu. Nechceme, aby pacienti byli využíváni jako rukojmí, kteří se ocitají bez své viny uprostřed neospravedlnitelných potyček.

Pacientské organizace by měly chránit zájmy svých členů bez strachu z ohrožení své existence. Pacientské organizace jsou podstatnou částí systému péče o zdraví a jejich práce a přínos by měly být uznávány a oceňovány. Jejich financování nesmí záviset na dobré vůli nebo rozmarech politiků. Potřebujeme spolehlivé struktury k podpoře našich aktivit, které by nebyly ohrožovány státní správou v okamžiku, kdy by se patientská organizace stala nepohodlnou kvůli svým kritickým vyjádřením, a proto by její fondy mohly být kráceny.

Žádáme o zodpovědnou diskusi ke zdravotní péči **o pacientech, pro pacienty, ale**

**ne bez pacientů.** Velmi dobře si uvědomujeme, že rozpočet zdravotnictví má své limity. Žádáme racionální a citlivou alokaci zdrojů bez jejich plýtvání. Politici by měli pravdivě informovat veřejnost o stavu a rozpočtu zdravotnictví. Zdravotní péče není zadarmo, platí si ji každý z nás.

Žádáme, aby se zástupci pacientů mohli účastnit diskuse **o úhradách zdravotní péče** (včetně účasti v procesu kategorizace léků podle jednotlivých diagnóz). Chceme jednoduchá a jasná pravidla financování a náhrad, která zajistí stabilitu procesu a vyloučí opakující se cykly nejistot v léčení pacientů. Žádáme o stanovení jednotných cen a doplateků se stropem pro sociálně slabé a chronicky nemocné pacienty.

Potřebujeme jasné standardy poskytování zdravotních služeb, které jsou aplikovatelné bez ohledu na léčebné zařízení, jeho právní formu a lokalizaci tak, aby pacienti věděli, co mohou očekávat v rámci svého pojištění. Tam, kde je to vhodné a v souladu se světovými trendy, by měly vzniknout právní normy, které by upravily některé specifické oblasti zdravotní péče, například oblast psychiatrie. Měli bychom také být dostatečně informováni o kvalitě péče, která umožňuje občanům vhodnou volbu.

Je zapotřebí vytvořit program vzdělávání občanů, který zahrnuje všechny aspekty systému zdravotní péče: nemoci, pojištění a financování, nemocniční a ambulantní péče, léky a zdravý životní styl, včetně práv a povinností pacientů, které by měly být respektovány a dodržovány všemi zúčastněnými stranami-poskytovateli péče i pacienty.

Koalice pro zdraví nabízí od svého vzniku neutrální půdu pro konstruktivní dialog o zdravotní péči. Vyzýváme všechny zainteresované, aby se přestali vzájemně kritizovat a začali hledat společná řešení prospěšná pro všechny.

### **Stanovisko Koalice pro zdraví k aktuální situaci ve zdravotnictví:**

(výstupy z jednání dne 23.5.2006)

1. Zástupci patientských organizací odmítají takové změny našeho zdravotnictví, které se připravují za zády občanů, bez odborné diskuse a v rozporu s právními předpisy České republiky. Obáváme se, že v takovém zdravotnictví není místo pro kvalitu zdravotní péče, svobodnou volbu zdravotnického zařízení, ale ani pro patientské organizace.

2. Koalice pro zdraví chápe důvody, které vedly zdravotníky k protestním akcím, které pořádají v rámci Týdne zdravotnického neklidu. Máme od jednotlivých patientských organizací informace o omezování a odkládání zdravotní péče, které považujeme za nepřijatelné (viz například stanovisko Aliance českých organizací a žen s rakovinou prsu, o.p.s.) Domníváme se, že není možné řešit finanční těžkosti resortu na úkor pacientů.

3. Koalice pro zdraví ponechává na jednotlivých patientských organizacích a jejich členech, zda se připojí k pátečnímu protestu zdravotníků, přítomní zástupci protest podporují.

4. Nikdo nemá právo hovořit za všechny pacienty České republiky. Žádáme politické strany, aby si je a ani jejich organizace nepřivlastňovaly v rámci předvolebního boje.

V Praze dne 23.5.2006

**Jana Petrenko**  
výkonná ředitelka

### **Kontakt:**

Koalice pro zdraví, o.p.s.  
Kongresové centrum Praha  
5. května 65, 140 21 Praha 4  
tel/fax: 261 174 079  
info@koaliceprozdravi.cz



## Informace OSPDL ČLS JEP

■ OSPDL, SPLDD, SPL plánují na rok 2007 Kongres primární péče v ČR. Přípravná schůzka proběhla 19.6.2006, o dalším průběhu příprav Vás budeme informovat.

■ Při ČLS JEP byla zřízena Pracovní skupina pro očkování proti papillomavirům. OSPDL zastupuje MUDr. H. Cabrnová. Tato skupina by měla vypracovat návrh vakcinace proti lidským papillomavirům. Schůzka se uskutečnila 20.6.2006.

■ V květnu letošního roku se naši zástupci (MUDr. Vurmová, MUDr. Liška a MUDr. Roškotová) zúčastnili Evropského kongresu ESPID v Basileji. Jedná se o evropský infektologický kongres, jehož každoroční hlavní náplní jsou otázky spojené s očkováním. Kolegové přivezli nové informace, o kterých Vám podají zprávy.

■ Úspěšně proběhl VII. pediatrický kongres v Praze za účasti více než 600 pediatriů. V některém z dalších čísel našeho časopisu vytkneme kompletní abstrakta očkovacího semináře, který byl v Praze součástí tohoto kongresu. Jednu z hlavních cen za nejlepší poster obdržela MUDr. R. Růžková za poster na téma „Racionální antibiotická terapie, zkušenosti s vyšetřováním CRP v ordinaci PLDD“. Celý ho zveřejníme v zářijovém čísle časopisu.

■ 16.-18.6. 2006 proběhlo setkání školitelů na Seči. Setkání se zúčastnilo kolem 70 školitelů z celkového počtu 98 školitelů vedených v naší databázi. Účastníci se dohodli na pravidelném setkávání jedenkrát ročně na stejném místě vždy v červnu. Kolegové souhlasí s provedením akreditace všech školitelů ve spolupráci s IPVZ. Současně bude možné žádat o akreditace v oboru prak-

tické lékařství pro děti a dorost i ve spolupráci se spádovou nemocnicí regionální úrovně. Bylo doporučeno aktualizovat seznam akreditovaných pracovišť vždy po 5 letech s možností zařazení nových zájemců, kteří budou splňovat zveřejněná kritéria. Pro účast na setkávání školitelů bude požadováno, aby se školitel během 5 let zúčastnil alespoň 3 setkání. Poprvé bude počítáno setkání v roce 2005 v Kutné Hoře.

■ Překvapil nás požadavek některých zdravotních pojišťoven před podpisem prodloužených dodatků vyžadovat potvrzení o specializační způsobilosti stávajících ordinací PLDD, které působí v systému primární péče déle než rok a mají atestaci z pediatrie. Tito kolegové totiž splňují podmínku přechodných ustanovení zákona o vzdělávání pro obor PLDD a potvrzení by tak bylo jen formální a znamenalo značné administrativní komplikace. Na nejbližších jednáních především s VZP ČR se pokusíme domluvit na tom, aby potvrzení nebyla vyžadována.

■ Přijetí nových členů: MUDr. Truellová, MUDr. Michalská, MUDr. Dolanová, MUDr. Kněblová, MUDr. Trousilová, MUDr. Šillerová, MUDr. Křížová, MUDr. Kalová

■ Informace o proplácení konjugované očkovací látky proti pneumokokovým infekcím Prevenar:

Po proběhlých jednáních s resortními zdravotními pojišťovnami, které ve svých zdravotně pojistných plánech pro letošní rok vyčlenily částku pro úhradu tohoto očkování rizikovým skupinám dětí, jsme doporučili následující postup:

Postup při očkování rizikových skupin dětí do 5 let proti pneumokokovým nákazám konjugova-

no očkovací látkou Prevenar:

■ Indikaci provede registrující lékař, případně lékař ošetřující v případech dlouhodobého pobytu dítěte v lůžkovém zařízení nebo nutnosti očkovat během hospitalizace. Indikace bude v souladu se schválenými rizikovými indikacemi a jejich ověření je možné v dokumentaci u registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost.

■ Rodiče očkovací látku zakoupí buď přímo v ordinaci a nebo v lékárně. Po dokončeném očkování se dostaví do příslušné zdravotní pojišťovny, kde jim bude tato očkovací látka proplacena (plně nebo částečně s minimální spoluúčastí).

■ Úhrada výkonu proběhne prostřednictvím vykazání kódu očkování 02110 a příslušné diagnózy očkování proti bakteriální infekci.

V brzké době očekáváme reakce jednotlivých zdravotních pojišťoven včetně VZP, která bude v letošním roce toto očkování proplácet z fondu prevence. Zatím již zveřejnila proplácení Oborová zdravotní pojišťovna ve svém časopise, ZP Škoda na svých internetových stránkách. Doporučujeme tedy na tuto možnost dotazovat příslušné zdravotní pojišťovny. O případném upřesnění postupu Vás budeme informovat.

■ Na četné Vaše žádosti jsme získali stanovisko Hlavního hygienika ČR k otázce dodávky očkovacích látek do ordinací PLDD, které zveřejňujeme (viz dopis HH níže).

■ Možnosti nákupu očkovacích látek přímo od distributorů - v současnosti máme k dispozici první ceník od distributora, který projevil zájem nám očkovací látky dodávat. Pro informaci uvádíme v tabulce na další straně některé ceny produktů.

## Stanovisko hlavního hygienika ČR k výdeji očkovacích látek zdravotnickým zařízením

**ředitelům všech KHS včetně Hygienické stanice hl. m. Prahy**

V Praze dne 22. prosince 2005

**Věc: stanovisko k výdeji očkovacích látek zdravotnickým zařízením**

Na základě zákona o ochraně veřejného zdraví, zákona o léčivech (zákon č. 79/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů) a vyhlášky č. 255/2003 Sb., kterou se stanoví správná lékárenská praxe, bližší podmínky přípravy a úpravy léčivých přípravků, výdeje a zacházení s léčivými přípravky ve zdravotnických zařízeních a bližší podmínky provozu lékáren a dalších provozovatelů vydávajících léčivé přípravky, k závěru KHS Jihomoravského kraje, že je ze strany KHS porušován zákon, pokud je výdej očkovacích látek realizován jejich přepravou až do jednotlivých zdravotnických zařízení sdělují:

Podle § 80 odst. 5 zajišťuje MZ pro zdravotnická zařízení očkovací látky na pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování, s výjimkou očkovacích látek proti TBC a tuberkulinu, a jejich výdej.

Podle § 48 odst. 2 písm. d) zákona o léčivech jsou zaměstnanci s odbornou způsobilostí pro práci ve zdravotnictví v KHS oprávněni vydávat imunologické přípravky. Podle § 3 odst. 7 citovaného zákona výdejem léčivých přípravků se rozumí jejich poskytování zdravotnickým zařízením osobami se shora uvedenou odbornou způsobilostí.

Ustanovení § 22 až 24 vyhlášky č. 255/2003 Sb. stanoví podmínky výdeje imunologických přípravků KHS. Ustanovení § 24 citované vyhlášky ukládá KHS vedení dokumentace, přičemž v odstavci 1 písm. d) vyhláška stanoví, že dokumentaci KHS tvoří i záznam o prováděné kontrole teplotního rozmezí při přepravě vakcín, opatřená podpisem kontrolu provádějícího zaměstnance.

Ze shora uvedené právní úpravy plyne: MZ zajišťuje výdej očkovacích látek na stanovené druhy očkování prostřednictvím KHS. Z definice výdeje plyne, že jde o poskytování očkovacích látek zdravotnickým zařízením, přičemž dikcí zákona není vyloučeno, aby se toto poskytnutí dělo výdejem zdravotnickému zařízení v KHS nebo přepravou očkovacích látek do zdravotnického zařízení. Obsah právní úpravy vyhlášky č. 255/2003 Sb., která je prováděcím právním předpisem k zákonu o léčivech, však svědčí spíše pro výklad, že KHS očkovací látky přepravuje do zdravotnických zařízení, přičemž během přepravy provádí kontrolu teplotního rozmezí a vede o tom dokumentaci.

**MUDr. Michael Vít, Ph.D.**  
hlavní hygienik ČR



## Ceník očkovacích látek pro lékaře

Název a balení	Cena v Kč včetně DPH		aktuální expirace
	Kategorie I	Kategorie II	
Act-HIB 1dávka v inj.stříkačce	192,80	187,50	29.2.2008
Adsorbed diphtheria vaccine BEHRING for adults 1x0,5ml	90,10	87,60	30.4.2007
Alteana SEVAC 10x0,5 ml	44,10	44,10	30.10.2006 <sup>1)</sup>
Alteana SEVAC 10x0,5 ml	83,30	81,10	31.10.2007
Avaxim inj. 1 dávka v inj. stříkačce	840,40	817,40	31.1.2008
DUKORAL POR SUS 3ML+2SAC	1265,50	1231,00	31.8.2006
Encepur pro dospělé inj.	254,70	247,80	30.11.2006
Encepur pro děti inj.	231,00	224,70	31.7.2006
Engerix B 1x1 ml v inj. stříkačce	582,20	566,30	30.6.2007
Engerix B dosis paediatrica 1x0,5 ml v inj. stříkačce	388,10	377,50	
FSME IMMUN ADULT 1x0,5 ML v inj. stříkačce	261,10	254,10	31.5.2007
FSME Immun JUNIOR 1x0,25ml v inj. stříkačce	261,10	254,10	30.6.2006
Havrix 1440 monodose 1dávka v inj. stříkačce	1229,00	1195,50	30.4.2007
Havrix 720 Junior monodose 1dávka v inj. stříkačce	595,10	578,90	30.4.2008 <sup>2)</sup>
Imovax Polio 1amp. 0,5 ml	83,40	81,10	31.3.2008
INFANRIX HIB inj. 1x0,5ml v inj.stř.	869,00	845,30	31.3.2007
INFANRIX HEXA INJSUS1x0.5ML BS+ST	1501,50	1460,60	31.3.2008
Meningococcal polysaccharide vacc A+C1dávka	84,80	82,40	31.7.2008
MENJUGATE inj 1x0,5 ML/DAVKA	456,30	443,80	28.2.2007
MENOMUNE inj. sicc. 5x1dávka lag. + 5x1 solv. lag.	3538,50	3474,20	
Mopasol 10x1,4 ml	57,70	56,10	30.6.2007
Mopavac 5x2 dávky	265,70	258,50	
Movivac5x2 dávky	242,60	236,00	
NeisVac-C 1 dávka	454,90	442,50	31.1.2008 <sup>1)</sup>
Pavivac 5x2 dávky	617,40	600,60	30.4.2007
Pneumo 23 1 dávka v inj. stříkačce	189,40	184,20	30.4.2007
PREVENAR INJ SUS 1x0.5ML STR.+J	1707,10	1660,60	28.2.2008
PRIORIX INJ PSO LQF 1x1DAV	485,10	471,90	31.12.2007
Rabipur inj. 5x2,5 UT + sol.	1381,50	1343,80	31.10.2008
Stamaril Pasteur 1dávka v inj. stříkačce	261,60	254,40	29.2.2008
Twinrix Adult 1x1 ml v inj. stříkačce	1313,10	1277,20	31.5.2007
Twinrix Paediatric 1x0,5 ml v inj. stříkačce	847,40	824,20	31.10.2006
Typherix inj 1x0,5 ml	442,40	430,40	30.4.2007
Typhim Vi Mérieux 1dávka v inj.stříkačce	304,70	296,40	31.8.2007
VARILRIX INJ SIC 1X0,5ML ( STŘ+2J)	1272,90	1238,10	31.3.2007
Verorab 1 dávka v inj. stříkačce	293,70	285,70	31.10.2007

Minimální objednávka - hodnota zboží 5.000 Kč

Kategorie I - ceny pro objednávky v hodnotě 5.000 Kč až 9.999,- Kč

Kategorie II - ceny pro objednávky v hodnotě od 10.000,- Kč

1) Snížené ceny platí do vyprodání uvedených expirací, popř.do vyprodání zásob.

2) Snížená cena platí v období 1.3.2006 - 31.5.2006 , popř.do vyprodání zásob.

Pokud není uvedena expirace, není preparát v okamžiku vydání ceníku na skladě a uvedená cena je orientační.

Kontaktní adresa: Závodu Míru 579/1, 360 17 Karlovy Vary

Tel.: 800 123 986 - „Zelená linka“, Tel.: 353 44 91 91, Tel.: 353 44 91 91, Fax: 353 54 00 51

email: [objednavky@jktrading.cz](mailto:objednavky@jktrading.cz)



# Incidence a kurabilita solidních nádorů dětí a dospívajících

MUDr. Vratislav Šmelhaus

Klinika dětské hematologie a onkologie, 2. LF UK a FN Motol, Praha

## Souhrn:

V porovnání s nádory dospělých jsou nádorová onemocnění v dětském věku onemocněním poměrně málo častým a představují asi 0,5% všech nádorových onemocnění. Jejich závažnost z hlediska medicínského, ekonomického a společenského je přesto zásadní. Nádorové onemocnění zůstává u dětí a mladistvých přes podstatný pokrok v jejich kurabilitě v předchozích 25 letech stále druhou nejčastější příčinou úmrtí. Vyléčení většiny dětí a mladistvých (70 - 75 %) z jejich nádoru je jistě vynikající záležitostí. Nesmíme však přehlédnout to, že více než polovina těchto vyléčených trpí jedním či více chronickými zdravotními problémy vyžadujícími často multidisciplinární péči. Mezi nejčastější problémy patří poruchy endokrinní a růstové, neurologické a řada orgánových poškození.

Podle ACCIS projektu (Automated Childhood Cancer Information System), založeného EU pro sběr, presentaci a interpretaci dat o incidenci a přežití dětí a dospívajících se zhoubnými nádory, byla standardizovaná incidence nádorů u dětí a dospívajících v posledním desetiletí 156 na 1 milion jedinců ve věku od 0 do 19 let (140 na 1 milion od 0 do 14 let). Incidence podle dat tohoto registru (více než 100 000 registrovaných nemocných) v průběhu posledních tří dekád signifikantně vzrostla, a to v průměru o 1 % v průběhu 1 roku. U dětí (0-14 let) se to týká zejména lymfomů a leukémií a také neuroblastomů, sarkomů měkkých tkání a germinálních nádorů. U adolescentů stoupá incidence karcinomů, lymfomů, germinálních nádorů, sarkomů měkkých tkání a nádorů CNS. Ačkoliv ACCIS zatím neobsahuje data z naší republiky, není žádný důvod se domnívat, že u nás je incidence nádorových onemocnění u dětí a adolescentů jiná. S určitou předpokládanou nepřesností vyplývající z rezerv v úplnosti hlášení všech pacientů do našeho Národního onkologického registru (NOR) to ukazuje i poslední publikace ÚZIS ČR „Novotvary 2003 ČR“, ve které jsou data NOR zpracována. Podle této publikace bylo v naší republice v roce 2003 nově diagnostikováno 202 nových nádorových onemocnění u dětí od 0 do 14 let a celkem 330 nových nádorových onemocnění u populace od 0 do 19 let.

Následující přehled uvádí přibližný výskyt jednotlivých typů nádorů dětí a dospívajících

(0-19 let) podle dat evropských registrů a dat Národního onkologického registru v počtu na 1 milion jedinců sledovaného věku (viz tabulka č. 1).

Pro porovnání uvádíme graf procentuálního zastoupení nově přijatých nemocných se solidními nádory (tedy bez leukémií) na kliniku dětské onkologie FN v Motole v roce 2003 a obdobný graf za roky 1976 - 2000 (grafy č. 1 a 2).

Z hlediska malých čísel však u nás lze jen těžko posuzovat u solidních nádorů nárůst incidence v průběhu posledních tří desetiletí. Nárůst počtu pacientů v tabulce v 80. letech minulého století je dán zejména postupnou centralizací pacientů se solidními nádory na

tab. č. 1

kliniku dětské onkologie v Praze a určitý pokles v 90. letech pak vznikem dalšího centra pro léčbu dětských nádorů, Kliniky dětské onkologie v Brně.

U některých typů nádorů může být zvýšení incidence dáno i zásluhou lepší detekce. Například záchyt neuroblastomů nízkého biologického rizika při stále častějším skrínin-govém vyšetření břicha ultrazvukem u novorozenců nebo časná detekce gliomů při preventivním zobrazení CNS u pacientů s neurofibromatózou. Většina nádorů dětského a adolescentního věku není hereditární a nelze je předvídat a jejich včasný záchyt spočívá v obezřetnosti praktických dětských lékařů i rodičů. Některé z varujících příznaků

	Evropské registry	NOR 2003 (v závorce absolutní číslo)
<b>Celkem</b>	<b>157</b>	<b>137 (301)</b>
CNS	29,8	23,27 (51)
Lymfomy	15,5	18,25 (40)
Nádory ledviny	8,4	6,85 (15)
Neuroblastom	9,34	5,48 (12)
Sarkomy měkkých tkání	10,5	7,30 (16)
Sarkomy kostí	6,52	5,02 (11)
Melanom	3,14	2,74 (6)
Karcinomy	2,7	9,58 (21)
Retinoblastom	4,0	2,74 (6)
Játra	1,81	0,91 (2)
Germinální nádory	4,7	7,76 (17)



uvádějí autoři v dalších článcích tohoto čísla. Necelých 5% nádorů u dětí a dospívajících může být podmíněno geneticky, někdy ve spojení s genetickými vadami či syndromy. Nefroblastom může být dědičný asi ve 3% případů, vzácně bez souvislosti s jiným posti-

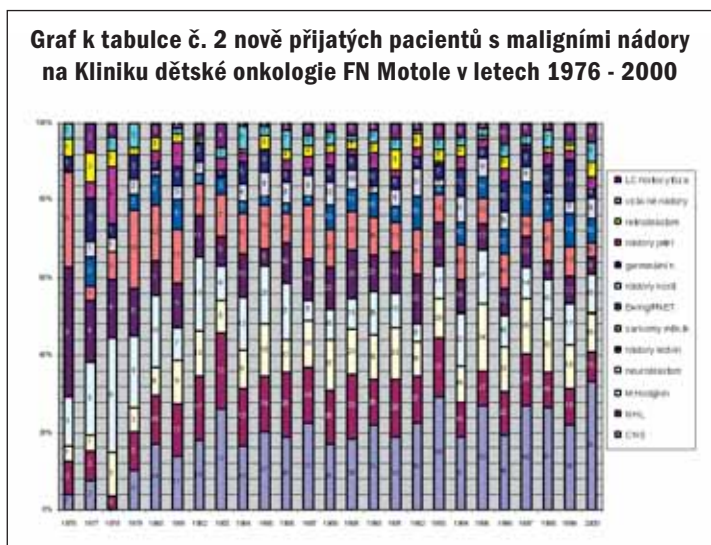
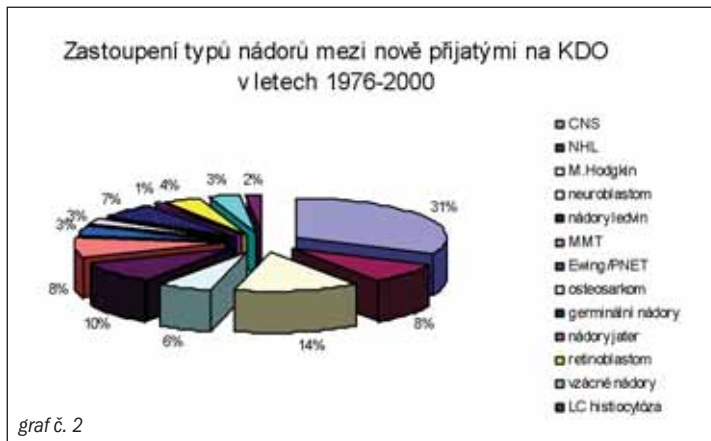
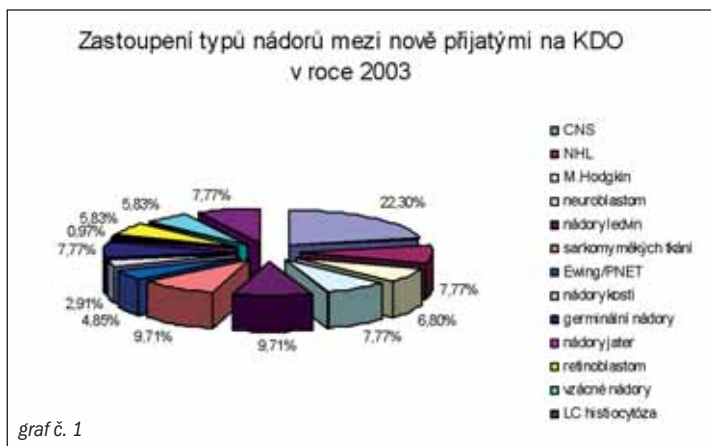
žením, častěji ve spojení s různými syndromy (WAGR syndrom - Wilmsův nádor, Aniridie, Genitourinární anomálie; Beckwith Wiedemannův syndrom - exomfalos, makroglosie, hemihypertrofie, hyperinzulinismus; izolovaná hemihypertrofie). Hereditárních je asi

30% retinoblastomů (všechny multilokulární a asi 10 - 15% unilaterálních). Neuroblastomů je dědičných méně než 1%. K predisponujícím situacím pro vznik nádorů v dětském věku patří vrozené poruchy reparace DNA jako jsou Fanconioho anemie (pancytopenie, kongenitální anomálie skeletu a ledvin) vedoucí ke vzniku AML, syndrom ataxia telangiectasia (telangiectazie, imunodeficiencie, cerebellární ataxie, radiosenzitivita) téměř ve 40% vede k lymfatickým leukémiím nebo nehodgkinovým lymfómům, podobně jako Nijmegen breakage syndrom (mikrocefalie, psychomotorická retardace, imunodeficiencie), který se vyznačuje vysokou senzitivitou k ionizujícímu záření, která vede k chromozomálním zlomům a vzniku lymfómů. Dalšími predisponujícími onemocněními jsou neurofibromatóza typu 1 s výskytem periferních neurofibromů a intrakraniálních gliomů, v dospělosti neuro-

feochromocytomu a meningeomů a neurofibromatóza typu 2 s neurinomem akustiku, meningeomy a míšními nádory. Zvýšené sledování vyžadují i děti s familiárními syndromy, kde obvykle vzniká maligní nádor až v dospělém věku, ale jeho vznik v dětském věku a dospívání nelze vyloučit (syndromy predisponující ke vzniku kolorektálního karcinomu, karcinomu prsu, Li-Fraumeni syndrom, neuroendokrinní syndromy MEN 1 a MEN2 (ve 100% vzniká při něm medulární karcinom štítné žlázy a proto je při něm indikována před 5.rokem života preventivní thyreoidektomie).

Kurabilita nádorů dětí a mladistvých se v průběhu posledních třech desetiletí výrazně zlepšovala. Rozhodujícím momentem ve zlepšení léčebných výsledků jsou jednak soustavný vývoj strategie komplexní léčby u jednotlivých typů nádorových onemocnění, zejména pak rozvoj chemoterapie (jak použití nových cytostatik, tak intenzifikace chemoterapie), a také zásadně změněné možnosti podpurné léčby. Technický pokrok a vynálezy v zobrazovacích diagnostických metodách umožňují přesnější a včasější stanovení rozsahu onemocnění. V neposlední řadě má na zlepšení výsledků podíl i obrovský rozvoj molekulárně biologické diagnostiky, která umožňuje u řady nádorů upřesnit stratifikaci na rizikovější a méně rizikové typy onemocnění, v některých případech nám umožní dospět k diagnóze tam, kde je to klasickými metodami nemožné, a dále k diagnostice minimální reziduální choroby. Rovněž technický rozvoj v oblasti radioterapie umožnil používání biologicky adekvátních technik k účinnější likvidaci nádoru na jedné straně a šetření zdravých tkání na straně druhé. Použití megaterapie umožnil rozvoj možností v oblasti transplantace alogenních i autologních kmenových buněk krvetvorby („transplantace kostní dřeně“).

Vývoj 5-tiletého přežití v průběhu tří desetiletí se ve světě, v evropských zemích i u nás postupně výrazně zlepšoval. V Evropě došlo při porovnání výsledků v 70., 80. a 90. letech ke zlepšení ze 44%, přes 64% na 73% u dětí do 14 let a z 50% , přes 63% na 74% u adolescentů. U nás, pokud se jedná o pacienty se solidními nádory, se od roku 1976 do roku 2000 po 5-tiletých období zlepšovala pravděpodobnost 5-tiletého přežití ze 45%,

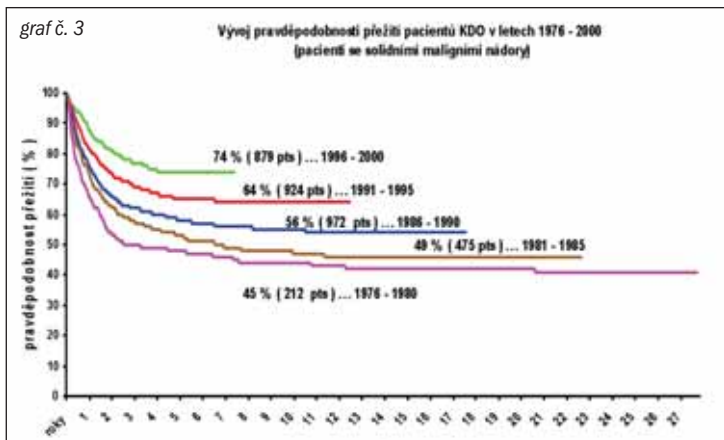


tab. č. 2

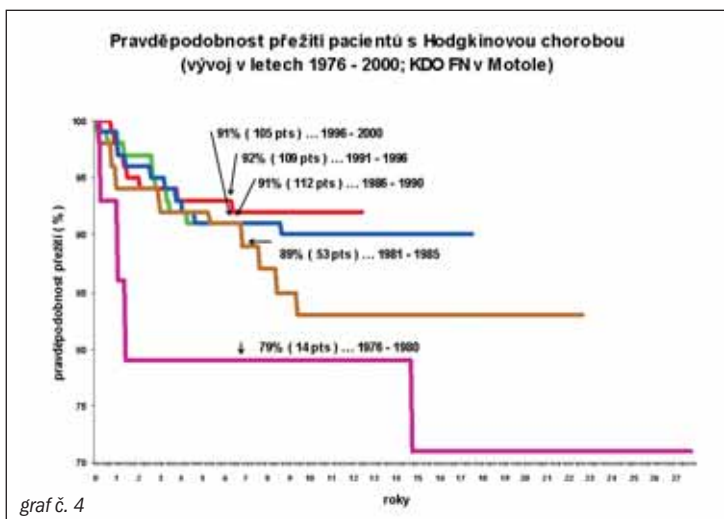
léta	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
celkem	24	26	27	49	81	80	101	65	89	133	149	165	204	197	240	174	176	201	165	195	196	181	155	162	165



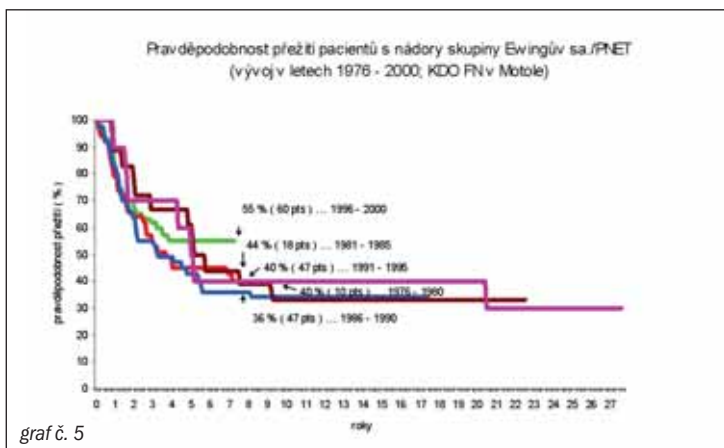
graf č. 3



graf č. 4



graf č. 5



přes 49%. 56%, 64%, na 74% na konci 90.let. Zlepšení je signifikantní zejména u leukémií, lymfomů, CNS nádorů, nádorů kostí, sarkomů měkkých tkání, germinálních nádorů a karcinomů a při souhrnném hodnocení všech nádorů. Jiné práce z italských registrů uvádějí v průběhu 25 let zlepšení výsledků pětiletého přežití na více než dvojnásobek z 32% na 73% nebo z 23% na 70% v průběhu 30 let (1960-1990) z regist-

ru britského. Obdobný vývoj výsledků můžeme předložit u pacientů Kliniky dětské onkologie v Praze v letech 1976 - 2000. Křivky vyjadřující pravděpodobnost celkového přežití jsou ve skupinách pacientů přijatých v pěti pětiletých obdobích (graf č. 3). Při podrobném studiu výsledků léčby u jednotlivých typů nádorů jsou však výsledky samozřejmě odlišné. Jedná se o hodnoty průměrné a jako příklad různého vývoje předkládáme graf vývoje pravděpodobnosti přežití i Hodgkinovy choroby, kde jsou výsledky léčby velmi dobré již od počátku porovnávaného období a na druhou stranu výsledky léčby nádorů skupiny Ewingova sarkomu, kde celkové výsledky přes určité zlepšení jsou stále z pohledu průměru špatné (grafy č. 4 a 5).

Ve většině případů je však nutné upozornit na to, že zásadním faktorem pro šanci na vyléčení je stadium onemocnění v době stanovení diagnózy respektive v době zahájení adekvátní protinádorové léčby. Například u rhabdomyosarkomu se 5leté přežití liší podle klinického stadia následovně: I. stadium 90 - 100%, II. stadium 68%, III. stadium 42 - 68% a IV. klinické stadium pouze 22%. Obdobně to vypadá i u ostatních sarkomů měkkých tkání. U neuroblastomů je u I. klinického stadia 5leté přežití téměř

100%, u II. klinického stadia přes 80%, u III. stadia okolo 50% a u IV. stadia dosahujeme stále okolo 30% a u pacientů s metastatickým postižením skeletu dokonce pod 20%.

Včasná stanovení diagnózy a včasné zahájení léčby jsou proto naprosto zásadními momenty rozhodujícími o přežití pacienta.

Ani vyléčení pacienta z nádorového onemocnění neznamena konec pro jeho odborné sledování a díky pokroku počet takovýchto pacientů vyléčených z nádorového onemocnění narůstá. Tato skupina lidí pak potřebuje specifickou péči, protože více než polovina z nich má v důsledku prodělaného onemocnění a jeho léčby chronické zdravotní problémy, jejichž řešení vyžaduje často multidisciplinární přístup.

Chci velmi zdůraznit, že specifická diagnostika i léčby nádorů dětí a mladistvých patří do rukou k tomu školených specialistů soustředěných ve specializovaných centrech. To se týká i sledování pozdních následků nádorového onemocnění a jeho léčby. V tomto ohledu máme i v současnosti stále a znovu na všech frontách co vylepšovat. Včetně vpracovávání a uplatňování účelných algoritmů dalšího sledování našich nemocných a zajištění patřičného zázemí k řešení pozdních následků. Nebudeme-li tak činit, nelze očekávat, že se výsledky budou dále zlepšovat, ale naopak každé zaváhání, povolení v úsilí nebo dokonce nekritické sebeuspokojení velmi snadno povedou k jejich zhoršení.

#### Literatura:

1. Steliarova-Foucher E, Stiller Ch, Kaatsch P, Berrino F, Coebergh J.W, Lacour B, Parkin M. Geographical patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since the 1970s (the ACCIS project): an epidemiological study. *Lancet* 2004, 364 (11), 2097-105.
2. Ústav zdravotnických informací a statistiky ve spolupráci s Národním onkologickým registrem ČR, 2006.: Novotvary 2003 ČR.
3. Reedijk A.M.J, Janssen-Heijnen M.L.G, Louwman M.W.J, Snepvangers Y, Hofhuis W.J.D, Coebergh J.W.W. Increasing incidence and improved survival of cancer in children and young adults in Southern Netherlands, 1973-1999. *Europ J Cancer* 2005, 41,760-769.
4. Pappo A.S. Melanoma in children and adolescents, *Europ J Cancer* 2003, 39,2651-2661.
5. Tischkowitz M, Rosser E. Inherited cancer in children: practical/ethical problems and challenges. *Europ J Cancer* 2004, 40,2459-2470.
6. Zuccolo L, Dama E, Maule M.M, Pastore G, Merletti F, Magnani C. Updating long-term childhood cancer survival trend with period and mixed analysis: Good news from population-based estimates in Italy. *Europ J Cancer* 2006 v tisku.
7. Curry H.L, Parkes S.E., Powell J.E, Mann J.R. Caring for survivors of childhood cancers: The size of the problem. *Europ J Cancer* 2006, 42, 501-508.





# Bolest jako první příznak nádorového onemocnění u dětí

MUDr. Eva Drahekoupilová

Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

## Souhrn:

Ročně je na specializovaných pracovištích dětské onkologie diagnostikováno kolem 250 solidních nádorových onemocnění, která se prezentují nejrůznějšími klinickými příznaky. K nejvýznamnějším z nich patří bolest, nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, která jako varovné znamení může být prvním a po určitou dobu jediným příznakem nádorového onemocnění. Dětské pacienti jsou pak nezdědka léčeni po dlouhou dobu pro jinou, mylně určenou diagnosu.

Z etiopatogenetického hlediska u dětských pacientů rozlišujeme tři typy bolesti - somatickou, viscerální a neuropatickou. **Bolest somatická** (nociceptivní) vzniká mechanickým či chemickým podrážděním nebo senzibilizací nociceptivních receptorů kůže a podkoží (povrchová bolest) nebo svalových fascií a periostu (hluboká bolest). Pacient ji dokáže přesně lokalizovat. Příkladem jsou bolesti kostí u dětí s generalizovaným zhoubným nádorovým onemocněním. V následné první kazuistice byly právě bolesti kostí při nádorové infiltraci neuroblastomem považovány za „růstové bolesti“ a bolest v oblasti pravého oka s protruzí bulbu při metastatickém postižení orbity za orbitocelulitidu.

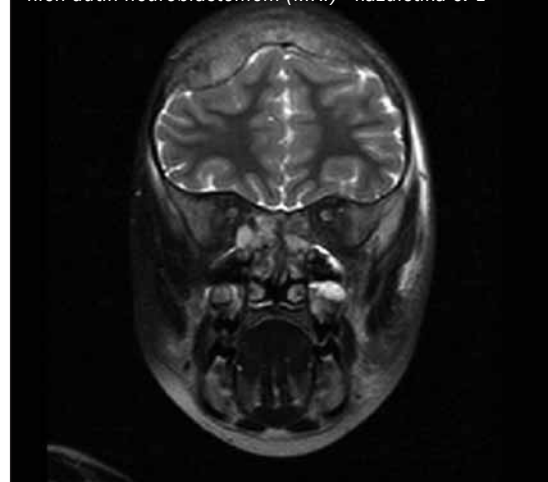
**Kazuistika č.1:** 6-letá pacientka s tříměsíční anamnézou intermitentních bolestí pravého ramene a kulhání pro stěhovavé bolesti dolních končetin bez závislosti na tělesné námaze, které obvodní pediatr považoval za růstové a doporučil dívce nesteroidní antinflogistika. Následně byla vyšetřena oftalmologem pro silné bolesti v pravé orbitě a protruzi očního bulbu s otokem horního víčka, který pacientku léčil pro domnělou orbitocelulitidu antibiotiky bez klinického efektu. Při následné hospitalizaci dívky ve spádové nemocnici, kam byla přijata pro bledost, zvýšenou únavu a spavost, odhalilo sonografické vyšetření břicha tumor retroperitonea a dívka byla neprodleně odeslána na naše pracoviště. Zobrazovací metodami jsme diagnostikovali generalizovaný neuroblastom levé nadledviny s postižením lymfatických uzlin retroperitonea, kostní dřene a skeletu (mnohočetné metastázy v orbitách, kalvě, sfenoidálních a ethmoidálních

dutinách, dlouhých kostech končetin, pánvi a obratlích). Po histologické verifikaci onemocnění jsme zahájili kauzální protinádorovou léčbu ve smyslu intenzivní systémové chemoterapie a bioterapie retinoidy spolu se symptomatickou léčbou bolesti silnými opioidními analgetiky, adjuvantní terapií benzodiazepiny a glukokortikoidy. I přes přechodný efekt onkologické léčby pacientka zemřela rok po stanovení diagnózy na další progresi nádorového onemocnění.

Druhý typ bolesti, **bolest viscerální**, vzniká stimulací specifických receptorů nitrohruďných a nitrobřišních orgánů při distenzi pouzdra orgánu nádorem či při obstrukčních poruchách, je nepřesně lokalizovaná, často vyzařuje nebo je přenesená do jiných povrchových oblastí. Bývá často spojena s dalšími klinickými příznaky jako je nauzea, zvracení a poruchy střevní pasáže. Při postižení autonomního nervstva ji mohou provázet i vegetativní příznaky až obraz šoku. Část dětských pacientů s bolestmi břicha bývá operována pod obrazem náhlé příhody břišní a překvapivým nálezem pro operátora je pak tumor dutiny břišní způsobující obstrukci střeva, jak tomu bylo i v další kazuistice.

**Kazuistika č.2:** 15-letý pacient s krátkou, třídenní anamnézou vzedmutého břicha a tupých bolestí, které lokalizoval do oblasti kolem pupku, byl obvodním pediatrem při náhle vzniklé nevolnosti odeslán na chirurgické

Obrázek č. 1 - Metastatické postižení kalvy a ethmoidálních dutin neuroblastomem (MRI) - kazuistika č. 1



Obrázek č. 2 - Neuroblastom levé nadledviny (CT) - kazuistika č.1



oddělení spádové nemocnice, kde byl týž den operován pod obrazem náhlé příhody břišní. Při revizi dutiny břišní odhalil chirurg rozsáhlý nádor ileocekální oblasti střeva se zvětšenými lymfatickými uzlinami radix me-



zenteria a ascitem. Po okamžitém transportu chlapce na naše pracoviště jsme vyšetřením vzorku ascitu potvrdili diagnosu non-Hodgkinského lymfomu. Na provedeném CT vyšetření jsme kromě postižení střeva, lymfatických uzlin radixu mezenteria, prokázali i infiltraci jater a omenta nádorovým onemocněním. Zahájili jsme adekvátní systémovou léčbu cytostatiky spolu s podáváním neopioidních analgetik, která bylo možno brzy vysadit vzhledem k promptnímu efektu chemoterapie. Pacient v současné době žije šest let po ukončení onkologické léčby bez známek nádorového onemocnění.

U pacientů s postižením nervové tkáně tu morem se objevuje třetí typ bolesti - **bolest neurogenní (neuropatická)**, která vzniká při poškození periferních nebo centrálních nervů a která je terapeuticky nejhůře ovlivnitelná. Zvláštní kapitolu v bolesti dětského věku zaujímá **bolest hlavy** jako průvodní znak syndromu nitrolební hypertenze. Bývá často prvním příznakem u pacientů s obstrukčním hydrocefalem nebo tlakovým konem způsobeným intrakraniálním šířením primárního nádoru mozku nebo metastáz. Subjektivně se projevuje kromě již zmíněné bolesti zvracením bez nevolnosti, zpočátku většinou ran-

ním, jak tomu bylo i u poslední kazuistiky. Objektivně tento syndrom provází edém papil zrakových nervů. Nitrolební hypertenze může prudce narůstat a dramaticky vrcholit ireverzibilním poškozením mozku s bezvědomím pacienta a jeho smrtí.

**Kazuistika č.3:** 9-letý pacient s roční anamnézou intermitentní cefalee a občasně náhlé nevolnosti, pro které ho opakovaně vyšetřoval pediatr a chlapce léčil symptomaticky nesteroidními antiinfektivy. Po roce trvání obtíží si pacient začal stěžovat na větší intenzitu a vyšší četnost bolestí hlavy, maximum bolestí lokalizoval frontálně bilaterálně, zároveň udával pravidelné zvracení po ránu. Obvodní pediatr odeslal pacienta k oftalmologovi a vzhledem ke zjištěnému incipientnímu měštnání na očním pozadí doporučil chlapce k přijetí na neurochirurgické pracoviště. Na provedeném MRI vyšetření mozku pacienta rentgenolog popsal rozsáhlý nádor vyplňující IV. mozkovou komoru s dekompenzovaným supratentoriálním hydrocefalem. Chlapec byl neodkladně operován a po makroskopicky radikálním odstranění tumoru patolog stanovil histologickou diagnosu anaplastického ependymomu. V pooperačním období celkový stav pacienta

komplikovalo těžké neurologické postižení ve smyslu paleo a neocerebelárního syndromu, poruchy polykání a mutismu. Po překladu na naše pracoviště chlapec zahájil onkologickou léčbu radioterapií na oblast zadní jámy lební a intenzivní rehabilitaci, analgetickou medikaci nevyžadoval. Již během radioterapie došlo u pacienta k částečnému zlepšení neurologického nálezu, které pokračuje díky intenzivní rehabilitaci v domácím prostředí dosud. Chlapec žije v kompletní remisi onkologického onemocnění.

Výše uvedené kazuistiky dokumentují nutnost zahrnutí nádorového onemocnění do diferenciální diagnostiky bolesti i u dětských pacientů, zejména pak při dlouhodobém přetrvávání bolestí, při jejich nedostatečné odpovědi na podanou kauzální terapii apod. Zároveň každá bolest u dítěte s nádorovým onemocněním musí být adekvátně zvládnuta jak primární léčbou - odstraněním zhoubného nádoru operací, systémovou chemoterapií či radioterapií - tak symptomatickou léčbou farmakologickou, rehabilitací či podpůrnou psychoterapií.

Literatura u autorů

## Akutní komplikace protinádorové léčby aneb onkologicky nemocné dítě v ordinaci PLDD

MUDr. Edita Kabíčková

Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

### Souhrn:

Protinádorová léčba má neselektivní účinek a v různé míře vždy poškozuje i zdravé tkáně. Závažné léčebné komplikace se objevují zejména při vysoce intenzivní chemoterapii u prognosticky nepříznivých typů onemocnění. Nejčastější jsou komplikace hematologické, infekční, gastrointestinální, kardiopulmonální a renální. Bez moderní podpůrné léčby by tyto komplikace u řady pacientů mohly skončit fatálně. Se všemi těmito komplikacemi se může praktický lékař pro děti a dorost setkat ve své ordinaci.

### ■ Hematologické a infekční komplikace

Myelosupresivní účinek chemoterapie se nejprve projeví leukopenií a trombocytopenií a až poté anémií. Děletrvajícím útlumem kostní dřeně jsou ohroženi hlavně pacienti s kostní dřeně infiltrovanou nádorovými buňkami nebo pacienti, jejichž kostní dřeň již byla v předchozím období zatížena chemoterapií či radioterapií. Infekce u onkologicky nemocných jsou nejčastější a velmi závažnou kom-

plicací, mohou být způsobeny libovolnými mikroorganismy, včetně oportunních patogenů. Bakteriální infekce představují 90% všech infekcí u pacientů se solidními nádory. Plísňové a virové infekce jsou častější u nemocných s leukémiemi, maligními lymfomy a po transplantaci kostní dřeně.

U neutropenických pacientů se nelze spoléhat na přítomnost charakteristických projevů zánětu (erytém, otok, bolest). Jediným příznakem infekce je často horečka. Klinicky se infekční komplikace

mohou projevit jako lokalizovaná infekce (pneumonie, abscesy v různých orgánech, meningitida, infekce močových cest, kostí). U imunosuprimovaných pacientů jsou časté celkové infekce (sepsis), které ohrožují nemocného rozvojem septického šoku. Proto se při neutropénii  $< 0,5 \times 10^9/l$  a febriliích nad  $38,5^\circ C$  nebo teplotě nad  $38^\circ C$  třikrát v průběhu 12 hodin, doporučuje zahájit empirickou antibiotickou léčbu. Většinou se volí kombinace cefalosporinů 3. nebo 4. generace nebo semi-



syntetických penicilínů v kombinaci s aminoglykosidy nebo glykopeptidy. Současně je vhodné zhotovit rentgenový snímek plic, nabrat hemokulturu z periferních žil i centrálního žilního katétru, mikrobiálně vyšetřit moč, sputum a provést výtěr z hrdla. Mykotické infekce vyžadují léčbu protiplísňovými antibiotiky. Léčebné možnosti virových infekcí jsou omezené. V léčbě infekcí vyvolaných herpetickými viry je účinný acyklovir a jeho perorální analog valacyklovir.

Příčinou častých krvácivých komplikací u onkologicky léčených nemocných je snížená produkce trombocytů, někdy v kombinaci s trombocytopenií a inhibicí syntézy koagulačních faktorů. Nejčastějším klinickým projevem bývá krvácení do kůže a sliznic, epistaxe nebo hematurie. Dramatický průběh mívá masivní krvácení do trávicího traktu, život ohrožující stav může způsobit krvácení do CNS a plic. Sepsa, maligní onemocnění nebo chemoterapie mohou vyvolat diseminovanou intravaskulární koagulaci (DIC), jejímž důsledkem je porucha perfúze orgánů a závažná mnohočetná krvácení.

### ■ Gastrointestinální komplikace

Nauzea a zvracení v důsledku chemoterapie představují výraznou psychickou zátěž a vedou ke sníženému příjmu potravy a dehydrataci. Nejúčinnější antiemetika jsou antagonisté receptorů serotoninu (ondasetron, granisetron, tropisetron). Z klasických antiemetik se používají i nadále metoclopramid, haloperidol a droperidol, piperazino-vé preparáty (prochlorperazín, piperazín). Antiemetický účinek mohou potencovat kortikosteroidy.

Inhibice proliferace epiteliálních buněk může postihnout kterýkoliv úsek trávicí trubice. Projev se mukozitidou, často se sklonek ke vzniku ulcerací. Slizniční nekrózy jsou při současné imunopresi spojeny s vysokým rizikem invaze infekce a její rychlé generalizace. Sliznice se obvykle zhojí v průběhu 1-2 týdnů. Léčba je symptomatická, důležitá je prevence a léčba superinfekčních komplikací. Slizniční změny v dutině ústní vyžadují pečlivé dodržování hygieny, výplachy fyziologickým roztokem a dezinfekčními roztoky. Při průjmech je nutná úhrada tekutin a elektrolytů, úprava střevní dysmikrobie. Funkční poruchy se projevují nejčastěji poruchami střevní pasáže (průjmy, zácpa, paralytický ileus).

### ■ Plicní komplikace

Změny v plicním parenchymu mohou souviset s poškozením cytostatiky (cytostatická plicne - pneumonitis) nebo komplikující infekcí při neutropénii. Cytostatika způsobí nekrózu pneumocytů a následná infiltrace granulocytů a makrofágů vede ke vzniku kolagenních depozit a fibrózy. Riziko

vzniku plicní fibrózy zvyšuje ozáření plic. Rozvinutá forma pneumonitidy se léčí prednizonem v dávce 40-60 mg/m<sup>2</sup> /den podávaného po řadu týdnů. U těžších forem je nutná oxygenoterapie nebo řízená ventilace.

### ■ Kardiotoxicita

Cytostatická kardiomyopatie bývá nejčastěji popisována po léčbě antracykliny, riziko kardiotoxicity stoupá při překročení dávky 550 mg/m<sup>2</sup>. Poškozené myocyty ztrácejí kontraktilitu a jsou nahrazeny vazivem. Mezi rizikové faktory patří i současné onemocnění srdce a ozáření mediastina. Akutní poškození srdce se projevuje během několika hodin po aplikaci léku, nejčastěji poruchou srdečního rytmu. Změny se mohou manifestovat i týdny až měsíce po léčbě jako toxická myokarditida nebo perikarditida.

### ■ Hepatopatie

Po aplikaci většiny cytostatik se objeví mírné známky jaterního poškození, manifestující se přechodnou elevací jaterních enzymů. Po vysoce intenzivní chemoterapii s následnou transplantací kostní dřeně je obávanou komplikací venookluzivní choroba jater, která se projevuje těžkým jaterním postižením v důsledku uzávěru terminálních hepatických žil. U třetiny nemocných mívá onemocnění fatální průběh. Klinicky se manifestuje ascitem, bolestivou hepatomegalií, zvyšováním tělesné hmotnosti, ikterem. Odeznívá po úpravě neutropénie.

### ■ Nefrotoxita

Poškození ledvin vzniká při iniciační léčbě rychle rostoucích, vysoce chemosenzitivních nádorů (maligní lymfomy, leukémie). Rychlým rozpadem jader nádorových buněk vzniká hyperurikémie, hyperfosfatémie, hyperkalémie a hypokalciémie. Kyselina močová krystalizuje v kyselém prostředí distálních a sběrných kanálků a způsobí blokádu tubulů a anurii (urátová nefropatie). Prevencí je hyperhydratace, alkalinizace a podání alopurinolu. V případě potřeby je indikována hemodialýza. Příčné toxické účinky cytostatik na ledviny jsou popisovány po vysokých dávkách metotrexátu. Jeho metabolit může při nízkém pH v ledvinách krystalizovat a zablokovat tubuly. Nekrózu distálních tubulů působí cisplatin a vysoké dávky cyklofosfamidů nebo ifosfamidů. Porucha tubulární funkce se projeví proteinurií, hypokalémií, hypomagnezínémií, event. Fanconiho syndromem (zvýšené vylučování aminokyselin, fosfátů a glukózy). Sliznici močového měchýře poškozují vylučované metabolity cyklofosfamidů nebo ifosfamidů (akrolein). Po podání těchto cytostatik se může rozvinout hemoragická cystitida. K profylaxi se používá mesna (Uromitexan), která akrolein inaktivuje.

### ■ Neurologické komplikace

Chemoterapie může způsobit různě závažná neurologická poškození. Periferní polyneuropatie je nejčastější při léčbě vinkristinem nebo taxany. Manifestuje se parestéziemi, slabostí dolních končetin až poruchou chůze. Při poškození hlavových nervů se mohou objevit bolesti v oblasti hlavových nervů a diplopie. Obávanou komplikací při léčbě cisplatinou je ireverzibilní ztráta sluchu. Poškození autonomních nervů se projevuje poruchou střevní pasáže nebo dysfunkcí močového měchýře. Intra-tékální podání cytostatik může způsobit meningeální dráždění (bolesti hlavy, zvracení, horečka) nebo vznik encefalopatie (zejména při současném ozáření CNS). Toxická encefalopatie může vzniknout i po systémovém podání vysokých dávek cytostatik. Projevuje se somnolencí různého stupně, letargií, ataxií, bolestmi hlavy a zvracením.

Účinná léčba neurotoxických komplikací není známa, při prvních klinických projevech je nutná neurotoxická cytostatika vysadit. Příznaky většinou ustoupí spontánně v průběhu několika týdnů až měsíců.

### ■ Poškození kůže a kožních adnex

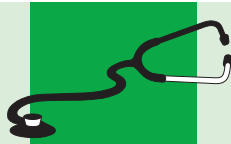
Alopecie se objevuje za 7 až 10 dní po zahájení chemoterapie. Po ukončení chemoterapie vlasy většinou dorůstají. V průběhu chemoterapie se mohou objevit difúzní hyperpigmentace nebo hyperpigmentace v průběhu žíly, do které byl lék aplikován. Tyto změny jsou často ireverzibilní. Závažnou komplikací je paravazální únik cytostatika, který způsobí nekrózu kůže. Po aplikaci některých cytostatik je kůže také vysoce senzitivní na sluneční záření a proto je v průběhu protinádorové léčby nevhodné opalování.

### ■ Gonadální toxicita

Chemoterapie může poškodit jak zárodečné buňky (oligospermie, azospermie, dysmenorhea, amenorhea, sterilita), tak i tvorbu pohlavních hormonů (snížení libida, impotence, u žen menopauzální syndrom a osteoporóza). Stupeň poškození gonád závisí především na typu a dávce cytostatika, nejvýraznější toxický účinek mají alkylační látky. Rozhodujícím faktorem pro obnovu funkce gonád je věk nemocného, riziko poškození je menší u dětí před pubertou. U nemocných, kteří plánují rodinu je před zahájením léčby možné odebrání spermatu a kryoprezervace, u žen odebrání a kryoprezervace oocyty pro pozdější umělé oplodnění. Pokud se funkce gonád neupraví do 3 let po ukončené léčbě je nutná substituční léčba.

Literatura u autorky

## **HIPP šťávy a kaše**



## Kazuistika: Nádor malé pánve u dospívající dívky

### Problémy diagnostiky a léčby nádorů u adolescentů a mladých dospělých

MUDr. Viera Bajčiová, CSc.

Klinika dětské onkologie LF MU a FN Brno

Sdělení zaznělo na IV. FESTIVALU KAZUISTIK v Luhačovicích

#### Souhrn:

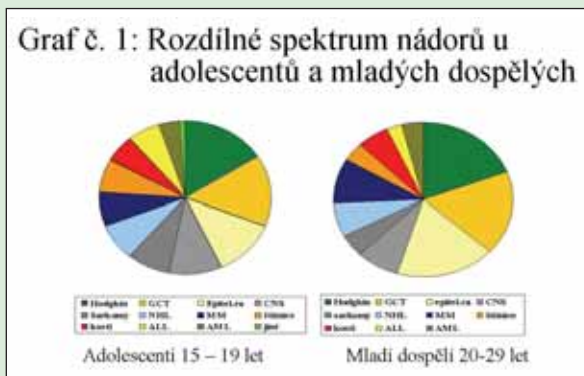
Cílem předkládané kazuistiky je poukázat na problematiku a význam komplexního multidisciplinárního přístupu k diagnostice a léčbě nádorů specifických pro věkové období dospívání.

**Kazuistika:** 18 letá dívka doposud zdravá, bez závažných onemocnění v předchozích, rodinná anamnéza negativní stran nádorových onemocnění, metabolických či kardiovaskulárních závažných nemocí. Subjektivní potíže začínají v podobě bolesti levé kyčle nejdříve po zátěži, později i v klidu, opakovaně vyšetřena u svého lékaře, později i na ortopedii, doporučena pouze symptomatická analgetická léčba a rehabilitace. Po 3 měsících se k bolestem přidává i otok levé dolní končetiny. Bez celkových příznaků (teploty, hubnutí, zvýšené pocení). Pacientka si sama vyhmátá tuhou nepohyblivou rezistenci v levé jámě kyčelní. Opětovně vyšetřena chirurgem - stav hodnocen jako „natažený sval“, pro trvající potíže a rezistenci chirurg následně stav hodnotí jako kýlu a pacientka je odeslána na vyšetření ultrazvukem. Vyšetření odhaluje rozsáhlou patologickou rezistenci v oblasti malé pánve a pacientka je odeslána na další došetření na gynekologickou kliniku ve spádové nemocnici.

CT vyšetření potvrzuje nádorovou masu vyplňující prakticky celou malou pánev, vyšetření plic je negativní stran metastatického postižení. Nádorové markery používané v diagnostice a diferenciální diagnostice gynekologických typů nádorů (alfafetoprotein - AFP, beta podjednotka choriového gonadotropínu - beta HCG, karcinoembryonální antigen - CEA, a nádorový marker typický pro epitelální nádory - karcinomy ovaria, tj Ca 125) jsou všechny negativní.

Gynekolog indikuje operaci - peroperačně nalezena obrovská nádorová masa, vzhledem k velikosti není jasné orígo, tj orgán, ze kterého nádor vyrůstá. Děložka i obě ovaria dobře detekovatelné, dle operačního protokolu se zdají intaktní. Lymfatické uzliny nezvětšené. Výplach peritoneální dutiny pozitivní na maligní buňky. Proto se operatér rozhoduje k radikálnímu výkonu - ovšem při velikosti masy nádoru tuto není možné realizovat, dochází k arteficiálnímu poškození zevní ilické cévy a močového měchýře. K operaci přivolán chirurg, který pouze bioptuje tumor a odebírá vzorek na histologické vyšetření. Stav hodnocen jako inoperabilní.

Histologické vyšetření probíhá ve spádové nemocnici se závěrem stromální nádor ovaria, s nej-



větší pravděpodobnosti nádor z buněk granuloso. Možný původ z ektopického ovaria. Histologicky ani peroperačně se tkáň ektopického ovaria ovšem nenašla. Postoperačně doplněno vstupní onkologické vyšetření scintigrafii skeletu, kde je nález ložiska zvýšeného vychytávání radioizotopu v oblasti stydké kosti vlevo hodnoceno jako kostní metastáza.

U pacientky zahájena systémová chemoterapie dle příslušného protokolu pro určený typ nádoru v kombinaci BEP (bleomycin, etoposid, platina) na oddělení dospělé onkologie. Celkem podány 4 cykly chemoterapie, které pacientka toleruje velice špatně. Přesvětření po 4 blocích chemoterapie ukazuje pouze na částečné zmenšení nádorové masy, pozitivita stydké kosti přetrvává, tj dosaženo pouze částečné (parciální) remise. Stav hodnocen jako infaustní a pacientka odeslána na paliativní radioterapii.

Radioterapeutické pracoviště na základě věku pacientky a neúspěchu dosavadní léčby konzultuje Kliniku dětské onkologie LF MU a FN Brno a pacientka se po 6 měsících dostává na pracoviště dětské

onkologie. Klinicky je výrazně kachektická, depresivní, celkově oslabená, negativistická v kontaktu s lékaři. Zahájeno kompletní onkologické přešetření, indikována operace s diagnostickým záměrem - verifikace histologické diagnózy, zjištění odpovědi nádoru ( procento nekros) po předchozí léčbě. Rovněž vyžádány vzorky původní histologie ke druhému čtení. Obě histologie potvrzují změnu diagnózy - nádor typu PNET/Ewingův sarkom vyrůstající ze stydké kosti vlevo s velkou extraoseální složkou (obr č. 1) .

Zahájena systémová chemoterapie dle protokolu pro tento typ nádoru - EuroEwing 99 včetně vysoce dávkované chemoterapie s následným převodem autologních periferních kmenových buněk krevtvorby a radioterapie na oblast oríga nádoru. Pacientka dosáhla 1. kompletní remise onemocnění a je bez známek aktivity nádorového onemocnění 22 měsíců od ukončení léčby. Cenou za tak náročnou a zdlouhavou léčbu je přetrvávající kachexie, deprese, tzv syndrom Damoklova meče ( neustálý strach z návratu nemoci a sebepozorování, neadekvátní reakce na banální potíže), těžká osteoporosa a bohužel takový syndrom selhaných ovarii pacientky.

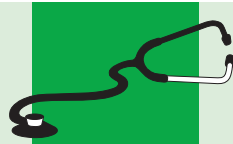
#### ■ Význam a důvody prezentované kazuistiky

Případ 18 leté dívky byl vybrán hned z několika edukačních důvodů:

**1. omyly:** při hodnocení stavu prezentovaného případu se vyskytlo hned několik omylů na různých pracovištích a úrovních zdravotní péče:

- nesprávné hodnocení a podceňování iničiálních příznaků pacientky
- nesprávně zvolen rozsah primární operace
- nesprávně určená morfologická a histologická diagnóza
- nesprávně prezentovaný výsledek vyšetření (scintigrafie skeletu)

**Diskuze:** iničiální příznaky byly dlouhou dobu podceňovány a bažetalizovány. I hmatná tuhá fixovaná rezistence byla považována za kýlu, na možnost nádorového onemocnění se příliš často u mladých lidí vůbec nemyslí. Iničiální operace měla sloužit pouze za účelem peroperačního stagingu



a zjištění rozsahu postižení orgánů dutiny břišní. Biopsie je nutná na histologickou verifikaci procesu. Při tak rozsáhlém onemocnění se volí většinou primární chemoterapie s následným oddáleným operačním řešením. Jedním z velkých problémů je nesprávná histologická diagnóza, výrazně ovlivněna pravděpodobně faktem, že pacientka byla odeslána z gynekologického pracoviště, a proto se patolog soustředil pouze na nádory gynekologické. Nebylo provedeno kompletní imunohistochemické vyšetření, nad otázky stran ektopického ovaria se nikdo nezamýšlel a nepodivil. Nebylo provedeno druhé čtení jiným nezávislým patologem, které je při diagnostice nádorových nemocí u dětí a mladistvých esenciální. Histologické vyšetření při dnešní úrovni diagnostiky na úrovni cytogenetické a molekulárně genetické je už nedostačující pro určení správné strategie léčby založené na individuální míře rizika. Rovněž byly nesprávně prezentovány výsledky scintigrafie kostí. Ložisko pozitivní ve stydké kosti bylo mylně považováno za metastázu.

**2. následek:** pacientka byla chemoterapií zvolena na základě nesprávné diagnózy výrazně poškozena, a to nejenom vedlejšími následky akutními i pozdními, ale i psychickou traumou způsobenou pobytem na dospělých onkologii mimo pacienty své věkové kategorie. Nezanedbatelným je fakt, že účinná a adekvátní léčba byla aplikována až po 6 měsících a tento odklad může vést k mutacím a zvýšenému riziku vzniku chemorezistentních klonů nádorových buněk, a tím ke zvýšenému riziku vzniku relapsu a progresi onemocnění. Rovněž se zvyšuje riziko a spektrum známých pozdních následků chemoterapie.

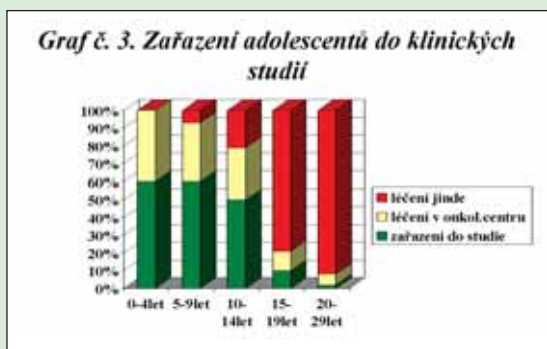
**Poučení z prezentované kasuistiky:** prezentovaný příběh 18 leté dívky je typickým příkladem významu centralizované péče o děti a mladistvé s nádorovým onemocněním. Centralizace je důležitá nejenom pro adekvátní a správnou léčbu, ale klíčovými je zejména správně a včas určená diagnóza a určení rizikové skupiny. Znalost věkově specifických typů nádorů, poznání biologie a úskalí klinické prezentace, epidemiologie, způsobu chování nádorů u dětí a mladistvých činí tuto skupinu pacientů specifickou a vyžadující speciální pozornost odborníků - onkologů, ale i široké lékařské veřejnosti.

### ■ Nádory u adolescentů

Zhoubné nádory u adolescentů, tj. pacientů ve věku 15 - 19 let, představují nejenom medicínský, ale i závažný psychologický, sociologický a v nemalé míře i ekonomický problém. Tato skupina pacientů dlouhou dobu zůstávala ve stínu úspěchů dosažených na poli dětské onkologie a rovněž mimo zájem dospělých onkologů. Ve srovnání s počty nádorů dospělé populace patří mezi onemocnění vzácná, ročně se v České republice tato problematika dotýká asi 300 - 350 mladých lidí do 19 let. Spektrum nádorů, jejich biologické vlastnosti jsou specifické pro danou skupinu populace a jsou naprosto rozdílné od nádorů v jiných věkových kategoriích - graf č. 1.

Epiteliální nádory, tj. karcinomy, typické pro dospělou onkologii, tvoří v období dospívání pouze malou část všech případů. graf č. 2.

Rovněž nádory embryonálního původu (neurob-



lastom, retinoblastom, Wilmsův nádor ledviny, hepatoblastom, medulloblastom) typické pro dětskou věkovou kategorii jsou u adolescentů spíše raritní.

Výskyt nádorových onemocnění ve skupině adolescentů má neustále stoupající trend, který v posledních letech dokonce předstihl incidenci nádorů v dětské populaci. Meziroční vzestup incidence se pohybuje kolem 0.-9 - 1% za rok, s výjimkou maligního melanomu, nádorů varlat a non Hodgkinových lymfomů, u kterých incidence stoupá více než 2% za rok.

Dalším důležitým demografickým ukazatelem je rozbor příčin úmrtí v této věkové kategorii. Nádory u adolescentů jsou na čtvrtém místě příčin smrti hned za úrazy, sebevraždami a vraždami, a jsou tedy nejčastějším onemocněním vedoucím k smrti u dospívajících. Česká republika nedopadá nejlíp v hodnocení evropské pracovní skupiny EUROCARE, která zpracovala údaje o incidenci a mortalitě ve skupině adolescentů a srovnala výsledky mezi jednotlivými státy Evropy. Přežívání adolescentů v České republice je nižší než evropský průměr pro danou diagnózu v daném věku. Svůj podíl na těchto výsledcích má i zatím neexistující jednotný a všeobecně doporučovaný systém péče a reference dospívajících pacientů s nádorovým onemocněním do věkově a nádorově specifických onkologických center. Dětská onkologie je organizována velmi dobře a v České republice fungují a úzce kooperují 2 centra poskytující komplexní onkologickou péči pro léčbu solidních nádorů i hematologických malignit. Dospělá onkologie nabízí péči o dospělé pacienty s nádorem ve specializovaných onkologických odděleních a klinikách. Naproti tomu dospívající mladí lidé s nádorem vlají někde v tomto systému a záleží od odesílajícího lékaře, kde se dospívající pacient octne a jakým způsobem bude léčen. graf č. 3. Je nutno říct, že pohled a filozofie přístupu dětských a dospělých onkologů na léčbu jednotlivých typů nádorů je často zásadně odlišná. Ve světové litera-

tuře je známých několik publikací srovnávajících výsledky léčby dle místa aplikované léčby (např. léčba akutní lymfoblastické leukemie, maligních lymfomů). Výsledky byly výrazně lepší, pokud byla léčba aplikována na pediatrických principech.

Kromě chybějící jednotné a všeobecně akceptované strategie diagnostiky a léčby nádorů u adolescentů v podmínkách České republiky se na špatných výsledcích podílí i faktory ze strany pacienta a jeho okolí. Mladí lidé procházejí složitým vývojovým obdobím dospívání, charakteristickým nejenom tělesnými, ale psychickými a emočními změnami, snahou o osamostatňování, rozhodování o svém dalším životě, profesi, vzdělání, významným je pro ně fakt autonomie a nezávislosti, nerespektování autorit a podobně. Proto častokrát nevěnují pozornost iniciálním příznakům nemoci. Zarážející se téměř absolutní neznalost možností rizika vzniku nádoru v období dospívání, zdravotní osvěta ve smyslu onkologické prevence v této věkové skupině až fatálně selhává.

O to větší ránu a šok pro ně znamená diagnóza maligního onemocnění - roli nehraje jenom strach ze smrti, ale i šokující ztráta všech snů, představa a plánů, izolace od přátel, rodiny, devastace představ o sobě a svém vzhledu (ztráta vlasů). Respektování těchto věkově specifických psychologických problémů, citlivý psychologický přístup a řešení jejich otázek je mimořádně důležité a léčba v společnosti svých vrstevníků, se kterými mají společné problémy, starosti i radosti kolikrát významně ovlivní nejenom průběh a celkovou toleranci léčby, ale i následně zařazení vyléčených adolescentních pacientů zpět do svého domácího prostředí.

### ■ Závěr

Nádory u adolescentů patří v rámci onkologie mezi nádory vzácné. I když se většinou jedná o nádory potenciálně vyléčitelné, přežívání v skupině dospívajících zdaleka nedosahuje přežívání dosažené na poli dětské onkologie.

Při srovnání počtu klinických studií, úsilí a nemalých finančních nákladů, které jsou věnovány mnohým typům nádorů dospělého věku s velmi špatnou až infaustní prognózou, kde se za úspěch považuje prodloužení života o několik málo měsíců, je naší morální povinností věnovat alespoň stejnou pozornost mladé generaci s onkologickým onemocněním, která má navíc podstatně lepší šance na dlouhodobé vyléčení. Využít tuto šanci a pomoci mladým lidem zvládnout jejich náročný boj ve složitém období dospívání se dá jenom širokou spoluprací a vytvořením jednotných a všeobecně akceptovaných podmínek pro všechny mladé lidi. Nevyhnutelnou a důležitou součástí systému je lékař primárního kontaktu, který má svoje místo v sekundární prevenci, osvětě, časné diagnostice a následně pak další péči o pacienta po vyléčeném nádorovém onemocnění.



# Nádorová rezistence v dutině břišní u dětí - diferenciálně diagnostická rozvaha

MUDr. Hubert Mottl, CSc.

Klinika dětské hematologie a onkologie, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Hmatná rezistence v dutině břišní je jedním z nejčastějších příznaků nádorového onemocnění u dětí. Značná část afekcí je sice benigní, ale v iniciálním období po detekci rezistence je naprosto nezbytné rychlé, šetrné a přesné vyšetření s cílem bezodkladného určení exaktní diagnózy.

Základní informace je třeba získat pečlivou anamnézou s cílem objasnit charakter a průběh obtíží spojených s klinickým nálezem. Určitou pomocí v diferenciálně diagnostické úvaze o nádorové etiologii afekce je věk dítěte. Rezistence v dutině břišní u novorozence bývá nejčastěji ledvinového původu, v předškolním věku je na prvním místě nefroblastom nebo neurogenní tumor. U starších dětí může být rezistence projevem leukémie nebo lymfomu při infiltraci sleziny nebo jater. U starších dívek je třeba uvažovat o ovariálním nádoru (tabulka č. 1).

Klinické vyšetření, zejména u malých dětí, bývá obtížné. Děti jsou neklidné, bojí se a spolehlivé posouzení klinického nálezu je často složité. Proto je nutno dítě před vyšetřením zklidnit odvedením pozornosti hrou nebo soustředěním na jinou činnost a podobně. Je třeba si uvědomit, že mnoho struktur je hmatných i u zdravého jedince (např. játra, slezina, aorta, obsah střevní v sigmoidu, obratlová těla, naplněný močový měchýř). V případě, kdy hmatná rezistence budí podezření na střevní obsah je nutno opakovat vyšetření v krátkém časovém intervalu a nejlépe po šetrném vyprázdnění střeva. Podobně při podezření na retenci moče je někdy nezbytné cévkování s následným kontrolním vyšetřením. U afekcí v oblasti malé pánve je nutno provést vyšetření per rektum, jehož výpovědní hodnota je ale značně závislá na zkušenosti vyšetřujícího lékaře.

Pro klinické detekci rezistence v dutině břišní následují vyšetření laboratorní a zobrazovacími metodami. Panel laboratorních vyšetření zahrnuje FW, krevní obraz, základní biochemické testy a nádorové markery specifické pro některé nádory (např. pozitivní katecholaminy v moči u neurogenních nádorů nebo alfa - fetoprotein (AFP) u nádorů jater a některých germinálních tumorů).

Významnou neinvazivní metodou je ultrazvukové vyšetření (UZ), které v rukou zkušeného odbor-

níka má vysokou výpovědní hodnotu při malé záležitosti pacienta. Přesné posouzení velikosti a charakteru rezistence je možné pomocí dalších zobrazovacích metod, kterými jsou počítačové tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI). Nedílnou součástí komplexního vyšetření je rentgenový snímek případně CT plic k detekci možného metastatického postižení.

**Neuroblastom** - je nejčastější extrakraniální solidní nádor u dětí, představuje asi 8% - 10% dětských nádorů. Vyrůstá z dřeně nadledvin a sympatických ganglií s nejčastější lokalizací v retroperitoneu. V klinickém obraze dominuje rezistence v dutině břišní (65%), případně projevy metastatického postižení (skelet, játra, lymfatické uzliny, kůže). Přibližně 80% - 90% nádorů má pozitivní katecholiny v moči. Lokalizace primárního nádoru je prováděna ultrazvukem, CT nebo MRI, k určení celkového rozsahu onemocnění je třeba doplnit CT hrudníku, scintigrafii skeletu, vyšetření 123 I-metaiodobenzylguanidinem (MIBG) a kostní dřeně. Důležitými prognostickými markery je amplifikace N-myc onkogenu, DNA index, delece chromozomu 1p, 11q a změny na 17q, dále exprese neurotrofního receptoru tyrozin kinázy (TRKA). Léčebný postup zahrnuje chirurgický výkon, chemoterapii a radioterapii. Úloha a místo jednotlivých modalit léčebného režimu jsou závislé na klinickém stádiu, věku dítěte a biologické povaze nádoru. Léčebné výsledky nízkých klinických stádií jsou příznivé (85% - 100%) na rozdíl od 4. klinického stádia, kde přes veškeré úsilí spojené s velmi intenzivní léčbou je prognóza málo povzbudivá (20% - 25%).

**Kasuistika: 11 měsíční dívka byla sledována 1 měsíc pro nechutenství, postupné zvětšování břicha s následným omezením celkové aktivity. Po přijetí na DO v místě bydliště bylo provedeno ultrazvukové vyšetření, které prokázalo rezistenci v oblasti levé nadledviny velikosti 75 x 70 mm a metastatické postižení jater. Pacientka byla odeslána na Kliniku dětské hematologie a onkologie (KDHO) v Praze - Motole, kde bylo provedeno komplexní vyšetření, které navíc prokázalo postižení retroperitoneálních lymfatických uzlin. Biopsií z nádoru nadledviny a jater byla stanove-**

**na histopatologická diagnóza neuroblastomu s nízkým stupněm diferenciaci a amplifikací N-myc onkogenu, IV. klinické stadium. Následovale terapie protokolem pro neuroblastom vysokého rizika (chemoterapie s následnou resekcí primárního ložiska a vysokodávkovanou chemoterapií s autologní transplantací kostní dřeně). V průběhu udržovací léčby ale byla prokázána progresse onemocnění v játrech a pacientka je znovu léčena intenzivní chemoterapií.**

**Nefroblastom** - nejčastější nádor ledvin u dětí, podílí se 6% na výskytu nádorů v dětském věku. Hlavním klinickým příznakem je rezistence či zvětšení břicha, následované bolestí a hematurií. Větší výskyt nefroblastomu je spojen s některými vrozenými vadami. Příkladem je hemihypertrofiie, aniridie nebo genitourinární anomálie. Proto je třeba děti s těmito vadami pravidelně sledovat. Základním vyšetřením je vedle standardních laboratorních testů ultrazvuk, případně CT a MRI břicha, doplněné o rentgenový snímek plic. Léčba zahrnuje chemoterapii, operační výkon, případně radioterapii. Terapeutické výsledky patří k nejlepším v dětské onkologii a pohybují se od 70% do 100% v závislosti na klinickém stadiu.

**Kasuistika: U 19 měsíčního chlapce pozorovala matka asi 8 měsíců postupné zvětšování břicha. Chlapec byl v té době sledován pro retenci testes a opakovaně vyšetřen. Na KDHO byl odeslán v době, kdy rezistence defigurovala levou polovinu dutiny břišní. Zobrazovacími metodami bylo prokázáno postižení obou ledvin bez dalšího metastatického postižení. Expanze v levé ledvině měřila 90 x 100 x 100 mm a 3 ložiska byla v pravé ledvině z nichž největší měřilo 60 x 80 x 80 mm. Vzhledem k rozsahu postižení bylo stanoveno V.klinické stadium a pacient zahájil předoperační léčbu protokolem SIOP 2001 (International Society of Pediatric Oncology). V průběhu léčby byla prokázána progresse rezistence v levé ledvině a proto doporučena nefrektomie s následnou intenzifikací chemoterapie. Léčba byla dále komplikována hypertenzí a zhoršením funkce solitární pravé ledviny při částečné regresii nádorového postižení. Vzhledem k lokalizaci a rozsahu nádorových ložisek by plánovaným radikálním vy-**



tab. č. 1

**Výskyt maligních nádorů dutiny břišní v závislosti na věku**

< 1 rok	1 - 3 roky	3 - 11 let	12 - 21 let
neuroblastom	neuroblastom	neuroblastom	lymfom
mesoblastický nefrom	nefroblastom	nefroblastom	hepatocelulární karcinom
hepatoblastom	leukémie	lymfom	sarkom
nefroblastom (více 6 měs.)	hepatoblastom	hepatoblastom	měkkých tkání dysgerminom
	rabdomyosarkom	rabdomyosarkom	

*konem byla nefrektomie se zařazením pacienta do dialyzačního režimu s následnou transplantací ledviny. Na modifikované onkologické terapii se ale stav stabilizoval se stacionárním nálezem v pravé ledvině. Pacient je po ukončení chemoterapie v dobrém stavu a zůstává v pečlivém ambulantním sledování. Je zjevné, že by včasnější diagnóza znamenala detekci nádoru menšího rozsahu a lepší možnost terapeutického ovlivnění celého procesu.*

**Nádory jater** - představují 1% dětských nádorů a ve 2/3 jsou maligní povahy. Dominuje hepatoblastom (43%), u starších dětí a adolescentů se objevuje hepatocelulární karcinom (23%), který je však typický pro dospělý věk. Většina jaterních nádorů je diagnostikována pod obrazem asymptomatické rezistence v dutině břišní. Základním vyšetřením je ultrazvuk a CT břicha, doplněné o vyšetření hladiny alfa - fetoproteinu, která bývá zvýšená u 90% pacientů s hepatoblastomem a víc jak 50% dětí s hepatocelulárním karcinomem. Nedílnou součástí vyšetření při stanovení klinického stadia je CT plic. V léčbě má nezastupitelné místo chirurgický výkon spolu s chemoterapií. Celkové 5 leté přežití po léčbě s radikálním odstraněním nádoru je 75%.

**Kasuistika:** U 15 měsíčního chlapce pozorovali rodiče vzdušnou klenbu břicha, pro které byl krátce hospitalizován v místě bydliště. Na UZ byla popsána expanze v játrech a pacient byl přeložen na KDHO. Komplexním vyšetřením byl potvrzen patologický útvar v pravém jaterním laloku velikosti 125 x 125 mm bez generalizace a vysoké hodnoty AFP (26822 UG/L) s jaterními testy jen lehce nad hranicí normy. Pacient zahájil předoperační chemoterapii protokolem pro hepatoblastom. Po 4 sériích chemoterapie při patrné regresi nádorového ložiska (90 x 65 x 95 mm) provázené mírným poklesem hodnot AFP (13995 UG/L) byla provedena pravostranná lobektomie s radikálním odstraněním nádoru. Histologické vyšetření potvrdilo diagnózu hepatoblastomu a pacient dokončil pooperační část chemoterapie. Je v celkově dobrém stavu a v kompletní remisi.

**Germinální nádory** - představují 1% nádorů dětského věku. Je to značně heterogenní skupina onemocnění dělená podle lokalizace na nádory intrakraniální a extrakraniální, které se dále dělí na gonadální a extragonadální. Klinickým projevem onemocnění v oblasti břicha je rezistence vyrůstající z oblasti malé pánve (nádory ovariální a sakrokokcygeální). Základním vyšetřením je ultrazvuk doplněný CT nebo MRI. Většina nádorů má významně zvýšené hodnoty AFP a často i beta HCG. Léčbou volby u benigních teratomů je radikální chirurgický výkon s následným sledováním. U maligních nádorů má hlavní místo chemoterapie a chirurgický výkon případně doplněný radioterapií (zejména u intrakraniálních procesů). Příznivá prognóza u nízkých klinických stádií 85% - 100% postupně klesá s větším klinickým rozsahem onemocnění.

**Kasuistika:** Na KDHO byla přijata 17,5 letá pacientka s rozsáhlou rezistencí v dutině břišní. V místě bydliště byla krátce hospitalizována pro únavnost, teploty a přetrvávající zvýšené hodnoty FW. V rámci přešetření byla provedeno CT břicha a malé pánve s nálezem multicystické rezistence velikosti 250 x 190 x 140 cm vycházející z adnex bez známek generalizace procesu. Současně byly patrné zvýšené hodnoty AFP (2772 UG/L). Pacientka byla indikována k operačnímu výkonu (adnexektomie vlevo, omentektomie s nezbytným výplach dutiny břišní). Histologické vyšetření stanovilo diagnózu nádoru ze žloutkového vajíčku (yolk sack tumour). Pacientka absolvovala 6 sérií chemoterapie, která byla třeba modifikovat s ohledem na poruchu ledvinných funkcí v důsledku hydronefrózy způsobené nádorovým útlakem. Po dokončení léčby je v kompletní remisi a v celkově dobrém stavu.

**Lymfomy** - představují heterogenní skupinu onemocnění. Základní dělení rozlišuje lymfomy Hodgkinovy (HL) a lymfomy neHodgkinské (NHL). U Hodgkinovy choroby bývá postižení struktur v dutině břišní (lymfatické uzliny a slezina) méně časté. Naopak u neHodgkinského lymfomu B typu (B-NHL) v klinickém obraze dominuje zvětšené břicho poměrně často. Bývá tomu tak při rozsáh-

lým postižením nitrobřišních lymfatických uzlin a nádorové infiltraci střeva provázené nezřídka ascitem, případně postižením ledvin nebo pankreatu či ovárií. Slezina a játra bývají postiženy méně často. Prvním příznakem může být intususcepcie postiženého úseku střeva. Podobně jako u jiných rezistencí v dutině břišní je základní vyšetřovací metodou ultrazvuk doplněný CT, případně MRI a pozitronovou emisní tomografií (PET), která má zásadní význam při stanovení klinického stadia onemocnění. V rámci laboratorních vyšetření je třeba zdůraznit stanovení hodnoty laktát dehydrogenázy (LD), která má prognostický význam u B-NHL. Hlavní léčebnou modalitou lymfomů je chemoterapie, doplněná zejména u Hodgkinovy choroby radioterapií. Léčebné výsledky pacientů s lymfomem jsou na obecně velmi příznivé (80% - 95%).

**Kasuistika:** Na KDHO byla přijata 5ti letá pacientka po resekcii střeva pro invaginaci v ileocekální oblasti. V anamnéze byly asi měsíc trvající intermitentní bolesti břicha, které postupně progredovaly a pacientka byla urgentně operována pod obrazem střevní invaginace na chirurgii v místě bydliště. V průběhu operace byla nalezena rezistence v oblasti hlavy invaginátu a výrazná lymfadenopatie. Histologické vyšetření stanovilo diagnózu neHodgkinského lymfomu B typu. Komplexním přešetřením na KDHO bylo prokázáno metastatické postižení jater a intraabdominálních lymfatických uzlin s nízkým LDH 9,1 IU/L (klinické stadium III). Pacientka byla léčena chemoterapií podle protokolu BFM 95 a je v dlouhodobé kompletní remisi.

Nádory dutiny břišní u dětí představují značně heterogenní skupinu závažných onemocnění. Základním předpokladem úspěšné léčby je rychlá, šetrná a přesná diagnostika s následnou léčbou na specializovaném pracovišti dětské onkologie. Zbytečná prodleva jak při diagnostice tak v léčbě má za následek zásadní zhoršení prognózy pacienta.

**Literatura:**

- 1) Pizzo PA, Poplach D. (eds). Principles and practice of pediatric oncology. 4th edition. Philadelphia, Lippincott, 2002.
- 2) Metzger ML, Dome JS. Current therapy for Wilms' tumor. Oncologist 2005;10:815-826.
- 3) Hoffer FA. Magnetic resonance imaging of abdominal masses in the pediatric patient. Semin Ultrasound CT MR. 2005 Aug;26(4):212-23
- 4) Mottl H, Koutecký J, Šnajdauf J, Pacht J, Kodet R. Léčba hepatoblastomu a hepatocelulárního karcinomu u dětí. Čs Pediatr 1995;50,4,3
- 5) von Schweinitz D. Management of liver tumors in childhood. Semin Pediatr Surg. 2006. Feb;15(1):17-24.





## Kazuistiky:

# Běžné příznaky - závažné diagnózy aneb problémy diagnostiky tumorů ORL oblasti

MUDr. Peter Múdry, MUDr. Jaroslav Štěrba, MUDr. Viera Bajčiová

Klinika dětské onkologie, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno - Dětská nemocnice

Sdělení zaznělo na IV. FESTIVALU KAZUISTIK v Luhačovicích

Drtivá většina symptomů v ORL oblasti u dětí je spojena s běžnými infekčními stavy, ať už akutními nebo chronickými, nebo s projevy alergie. V diferenciální diagnostice v ordinaci praktického lékaře obvykle k závěru postačuje anamnéza, symptomatika rýmy, bolestí uší, teploty, případně snímek paranasálních dutin, s bolestmi je spojená i erupce dentice. V následujících kazuistikách představujeme vzácné případy, kdy jsou běžné symptomy v ORL oblasti předzvěstí velmi závažných diagnóz.

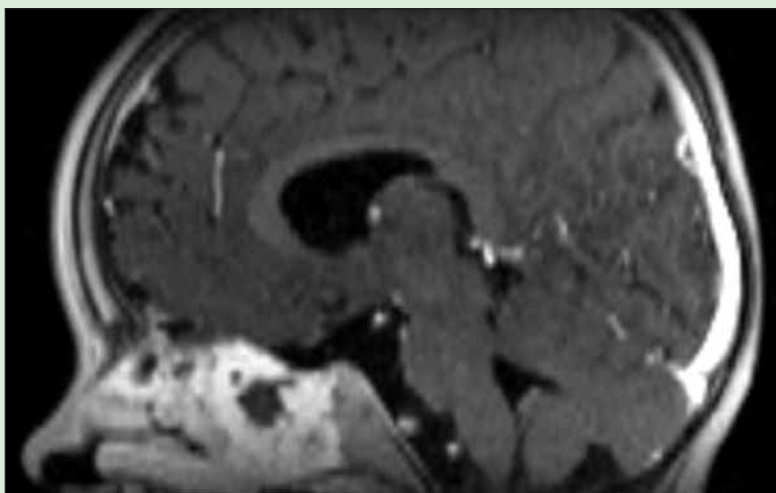
### ■ Případ první

Asi tři a půlletý chlapec byl od počátku září 2005 léčen pro serosní rýmu. V anamnéze chlapce je opožděný vývoj řeči, je v péči logopeda, jinak zdravý. Chodí do školky. Symptomatická terapie rýmy nosními kapkami (Nasivin gtt.) nevede k žádnému efektu. Koncem října je chlapec odeslán k vyšetření rtg paranasálních dutin, které je negativní. Serosní rýma v kolísavé intenzitě pokračuje. Přibližně dva týdny po posledním vyšetření u svého pediatra se chlapec ráno probudil později než obvykle, byl unavený a - neviděl. Rodiče ihned jedou k vyšetření na Dětskou kliniku krajské nemocnice, kde je konstatována porucha zraku a urgentně je u chlapce provedeno vyšetření magnetickou rezonancí hlavy. Při vyšetření je nalezen rozsáhlý nádor, který destruuje strop dutiny nosní, mediální stěny očních, zasahuje do přilehlých paranasálních dutin, prorůstá do přední jámy lebni bez přesahu dura mater, do očních a utlačuje oba zrakové nervy v canales nn. optici, dosahuje až k chiasmatu (obr. 1).

Vzhledem k náhlé ztrátě zraku při nálezů nádoru je ihned transportován na naše pracoviště. Diferenciálně diagnosticky uvažujeme o rychle rostoucím rhabdomyosarkomu či lymfomu. Je provedena endonasální biopsie,

odběr vzorku tkáně vzhledu rybího masa z oblasti pod předpokládaným stropem dutiny nosní. Rychlé vyšetření patologem ze zmrazených řezů konstatuje rhabdomyosarkom. S touto informací provádíme ihned vyšetření nutná k určení případné diseminace nádoru a komplementární vyšetření před zahájením terapie - CT plic i UZ břicha jsou negativní, je provedena trepanobiopsie a aspirace kostní dřeně, vyšetření laboratorní, kardiologické, neurologické. Se závěrem rhabdomyosarkomu stropu dutiny nosní a přilehlých paranasálních dutin přistupujeme k zahájení chemoterapie přibližně 8 hodin od zjištění amaurosy. Cílem tohoto rychlého postupu je pokus o záchranu zraku-dekompresí utlačených optických nervů a jejich cévního zásobení. Chemoterapii snesl chlapec bez neočekávaných komplikací. Následné objektivní vyšetření zraku neprokazuje žádné zlepšení. Definitivní histologické vyšetření nádorové tkáně zní: sarkom nízkého stupně malignity, v diff. dg. nutno uvažovat infantilní fibrosarkom, fibromyoxidní sarkom, myxofibrosarkom. S touto informací je další intenzivní chemoterapie bezpředmětná. Kontrolní vyšetření

MR dva měsíce od diagnózy prokázalo progresi nádoru do pseudodutiny po prvotní biopsii. Chlapec byl bez bolestí, měl parciální hypofyzární deficit. Po diskusi s rodiči o způsobu



Obr. č. 1: Sarkom nízkého stupně malignity v horní části dutiny nosní, prorůstá do přední jámy lebni a přilehlých paranasálních dutin a do obou orbit (nezobrazeny). Centrálně je patrná pseudodutina po endonasální biopsii. MR vyšetření, sagitální řez. Laskavostí As. MUDr. Jarmily Skotákové, CSc., Klinika dětské radiologie, FN Brno - Dětská nemocnice.

léčby (viz níže) se rozhodujeme k podání antiangiogenní a diferenciační terapie na bázi nízkodávkované perorální chemoterapie vespidem a temozolomidem s celebrexem a cis-retinovou kyselinou. Cílem této léčby je zastavit růst nádoru, pokusit se o jeho zmenšení a vyzrání, a tím o zlepšení podmínek pro odloženou resekci. Při kontrolním vyšetření po třech měsících této terapie je velikost nádoru stabilní, jeho biologická aktivita je menší, centrálně je patrná nekróza. V této terapii pokračuje i nadále, plánujeme další rozvahu po kontrolním vyšetření.

■ **Anotace k terapii**  
K úspěšnému a trvalému vyléčení je nutno

**Zentiva - Ibalgin**



Obr. č. 2: Ewingův sarkom levého maxilárního sinu (nezobrazen) s propagací přes jeho horní stěnu do očníce a do etmoideálních sinů, odtlačuje bulbu ventrálně, optický nerv je zavzat do tumoru. CT vyšetření, transversální řez, laskavostí As.MUDr. Jarmily Skotákové, CSc., Klinika dětské radiologie, FN Brno - Dětská nemocnice.

sarkomy nízkého stupně malignity radikálně chirurgicky odstranit, i přesto opakovaně úporně recidivují, méně obvykle metastazují. Vzhledem k rozahu nádoru ve splachnokraniu je radikální chirurgický zákrok - odstranění nádoru vcelku a s dostatečným lemlem zdravé tkáně, nejlépe i resekci postižených kompartmentů - prakticky nemožný, navíc spojený s významným zhoršením kvality života. Radioterapie má u těchto druhů sarkomů dočasný efekt, případná komorbidita v naší kazuistice spočívá v panhypopituitarismu, poškození přilehlé části mozku a později v poruše růstu ozářeného skeletu s důsledkem deformit. Částečné odstranění nádoru nemá z onkologického hlediska význam pro vyléčení, je indikováno jako paliativní výkon k úlevě při potížích spojených s nádorovým růstem.

#### ■ Případ druhý

Šestapíletý chlapec s fyziologickým vývojem a bez zvláštností v anamnéze měl na Vánoce 2005 diagnostikován hnisavou konjunktivitou v levém oku, léčen byl lokálně Pamyconem gtt. Tato léčba byla bez efektu, po týdnu se přidal otok levé tváře a subfebrilie. Dva týdny po Vánocích byl proveden rtg sní-

mek paranasálních dutin s nálezem sinusitis maxilaris vlevo. Oční vyšetření konstatuje vlevo otok víček, zarudnutí spojivky, vážné hybnost bulbu zevně a nahoru, v primárním postavení je bulbus lehce výš. - orbitocelulitis v.s., dostal i.v. ATB léčbu. Nález i přesto rychle progreduje a po dalším týdnu je provedena endoskopická explorace sinus maxilaris: nalezen je tumor, který vyplňuje sinus maxilaris a etmoideální siny, destruuje dolní stěnu orbity a prorůstá do ní (obr.2). Z provedené biopsie je diagnostikován Ewingův sarkom.

Kompletní vyšetření neprokazuje další ložisko sarkomu. Léčen je zpočátku chemoterapií, na kterou velmi dobře reaguje, nádor se zmenšil o více než polovinu svého objemu. V další léčbě bude nutné chirurgické odstranění nádoru, pokračování v chemoterapii a velmi pravděpodobně i radioterapie.

#### ■ Anotace k terapii

Ewingovy sarkomy jsou rychle rostoucí maligní nádory, mohou se vyskytnout kdekoli v těle, jejich histogeneze je pravděpodobně neuroektodermální. Jejich léčba je, stejně jako u ostatních sarkomů, komplexní s ústřední rolí chemoterapie a chirurgie. Při neradikálním odstranění nádoru nebo při jeho špatné reakci na podanou chemoterapii má své místo i radioterapie. Šance na trvalé vyléčení jsou u lokalizovaných nádorů až 75%. Kurativní přístup s sebou přináší i rizika pozdních následků, v našem případě poškození zraku vlevo a deformity obličejového skeletu, v případě použití vysokodávkované chemoterapie transplantací autologních krevetvorných buněk i dalších závažných komplikací.

Literatura u autorů

#### ■ Návrat elektrošoků v něžné formě

Používání elektrických šoků nemá dobrou pověst. V posledních letech ale léčba duševních chorob pomocí elektrických impulsů zažívá renesanci.

Sléčbou duševních chorob pomocí elektrických šoků experimentují lékaři od třicátých let minulého století. Před nástupem psychofarmak šlo o jediný způsob, jak pomoci pacientům trpícím nejtěžšími formami epilepsie či deprese. Elektrické šoky, odborně zvané elektrokonvulze, byly zpočátku přijímány nadšeně až nekriticky. Následovala fáze vstřízlivění a nakonec metodu čekalo téměř všeobecné zavržení. V některých zemích došlo dokonce k jejich zákazu.

Za negativní vnímání elektrokonvulze mohou z velké části média a zobrazení léčby v uměleckých dílech. Například ve Formanově filmu Přelet nad kukačím hnízdem postava zvaná Velká sestra využívá šoky spíše jako způsob potrestání vzpurného pacienta než jako léčbu.

V posledních desetiletích se zájem o tuto metodu oživuje. Moderní diagnostické metody ukázaly, že v mozku pacienta se po šocích odehrávají stejné pochody jako po nasazení léků. Pokud se léčba aplikuje v anestezii, nepředstavuje pro pacienty velké trauma.

#### Příjemný vedlejší efekt

Přesto medicína hledá způsob, jak využít léčebných účinků elektrických pulsů v mírnější formě. Nadějnou cestou je postup nazývaný stimulace bloudivého nervu. Při této léčbě je pacientovi do hrudi voperován přístroj podobný kardiostimulátoru. Z něj vedou vodiče, které přenášejí pulsy do bloudivého nervu na levé straně krku. Bloudivý nerv propojuje mozek s mnoha životně důležitými orgány. Ovlivňuje také srdeční frekvenci.

Původně se stimulací bloudivého nervu léčili těžcí epileptici. Lékaře zaujalo, že i když v některých případech léčba nesnížila počet záchvatů, a prakticky tedy selhala, pacienti uváděli, že se cítí mnohem lépe než před zahájením léčby. Proto se začalo uvažovat o využití metody při léčbě těžkých depresí. Od loňského roku je tento postup v USA schválen v případech, že nezabere standardní léčba, uvádí časopis The Economist.

#### Vydrží déle než léky

Podle studie, kterou na nedávné konferenci Americké asociace psychiatrů prezentoval Charles Conway ze Saint Louis University, má léčba dlouhodobé účinky. Z pacientů, kteří po roce svůj stav hodnotili jako zlepšený, se 70 procentům vedlo lépe i po dvou letech. Účinek terapie však není okamžitý. Monitorování činnosti mozku pomocí pozitronové emisní tomografie ukázalo podstatné změny mozkové aktivity až po třech měsících. Někteří pacienti ale hlásí, že léčba zabírá už po několika týdnech. Změny v mozku pokračují také v následujících jednadeceti měsících. Nikdo zatím nedokáže vysvětlit, jak stimulace bloudivého nervu souvisí se zlepšením nálady pacienta. Metoda je ale relativně bezpečná a dá se očekávat její rozšíření.



# Dětské ozdravovny ČR

MUDr. Kateřina Bednaříková

Asociace dětských ozdravoven při AN ČR

## ■ Rekapitulace

### základních podmínek:

- ozdravný pobyt je ze zákona v délce trvání 21 dnů a poskytuje se dětem od 3 do 15 let
- je uskutečněn na základě návrhu pediatra, který podléhá schválení revizním lékařem příslušné pojišťovny. Ten je také jediný, kdo může pobyt v případě doporučení lékaře DO prodloužit
- u dětí do 6 let doporučujeme doprovod (na rozdíl od léčeben a lázní jsou doprovody samoplátcí)

V současné době je v rámci republiky 9 DO s 689 lůžky (vázaných na smlouvy se ZP). Všechna tato zdravotnická zařízení prošla výběrovými řízeními. Každý rok prochází při dohadovacím řízení personálním auditem.

## ■ Stručná informace o poskytované léčebně preventivní péči v DO:

- skupinová rehabilitace
- dechová cvičení
- rehabilitační bazén
- klimatoterapie, event. inhalace
- ozdravný plán opakovaně nemocných dětí s recidivami HCD a DCD od 3 do 15 let
- rehabilitační plán pro děti s chybnými pohybovými stereotypy, zvláště s vadným držetím těla
- symetrická cvičení koordinovaná s dýcháním, stimulace dýchacího a oběhového ústrojí
- děti v rekonvalescenci, děti často nemocné

- recidivující nemoci dýchacího ústrojí
- děti léčené v alergologických poradnách (např. alergické rýmy, astma bronchiale pod kontrolou, dermorespirační sy, atopický ekzém)
- prostá obezita - dítě sníží hmotnost v průběhu pobytu o 5 kg citlivým režimovým opatřením, založeným na stanovení optimální individuální pohybové aktivity a na upevněných stravovacích návycích
- pobyt dětí s bezlepkovou dietou, omezením cholesterolu a s jiným dietním opatřením, s neurotickými potížemi, enuresis, LMD, ohrožené životním prostředím.
- školní docházka ve zkráceném režimu

Dle zdrojů MZ ČR bylo v roce 2005 vynaloženo na ozdravenskou péči ze ZP 76 783 tis. Kč, což odpovídá individuálně nasmlouvaným cenám za OD v ozdravovně, kde se pohybuje cena v rozmezí 450 až 520 Kč/den, tedy za 21 dní v rozmezí 9 500 až 11 000 Kč. Individuální cena se odvíjí od lokality DO. V porovnání se zařízeními obdobného typu (léčebny, lázně) jsou DO na 50 až 70 % ceny těchto zařízení. K nesporným výhodám péče dětských ozdravoven jistě patří, že náklady nepodléhají regulacím.

V ČR je dle statistických údajů 250 tis. dětí ve věku od 6 do 15 postiženo chronickým respiračním onemocněním a pobyt v jiném prostředí spolu s jiným režimem pohybovým, stravovacím atd. může mladému organismu jediné prospět. Rozdílné klimatické horské podmínky umožňují načasovat pobyty alergi-

ků (polinitiků), chroniků z inverzních oblastí atd. Profesionalita v tomto směru je však v rukou registrujících lékařů, tzn. rozhodnout o přesunu dítěte do jiných podmínek v době pro dítě kritické a nepodléhat přání rodičů. Vedení OSPLDD je informováno o stavu dětských ozdravoven a podporuje jejich činnost.

Je dobré zdůraznit, že segment ozdravenské péče je dnes poskytován zařízeními privátními, příspěvkovými organizacemi a občanskými sdruženími. Zařízení jsou ve velmi zajímavých lokalitách Krkonoš, Javořického krasu, Šumavy, Vysočiny apod. Lze jen doufat ve větší podporu těchto zařízení ze strany příslušných lékařů. Sluší se poděkovat všem, kteří nelitují svého rozhodnutí řešit problémy dětských pacientů umístěním v DO.

## ■ Poslední chromozom člověka zmapován

Dokončit přesnou sekvenci posledního nerozluštěného lidského chromozomu označovaného číslem 1 se podařilo mezinárodnímu týmu vědců. Tento chromozom obsahuje mimo jiné genetickou informaci o vrozené náchylnosti k rakovině, k Alzheimerově nebo Parkinsonově chorobě a k dalším 350 nemocím. Vědci doufají, že přechtení jeho sekvence přispěje k lepšímu poznání příčin těchto chorob. Výsledky výzkumu zveřejnil časopis Nature. Chromozom 1 je největší z lidských chromozomů. Obsahuje 3141 genů, což je podle vědců osm procent z celkové genetické výbavy člověka. Na jeho popsání pracovalo více než 160 odborníků z USA a Británie po dobu deseti let. Podle doktora Simona Gregoryho z americké Dukeovy univerzity se zmapováním chromozomu 1 uzavřela jedna kapitola genového výzkumu. „Posouváme se do další fáze, v níž se bude zkoumat, jak geny pracují a reagují mezi sebou,“ přiblížil další směr bádání agentuře Reuters. Projekt výzkumu lidského genetického kódu pod názvem Human Genome Project byl zahájen v roce 1990 a řídil jej britský Wellcome Trust Sanger Institute. Jeho úkolem bylo podrobně analyzovat každý z 23 párů jednotlivých lidských chromozomů.

## Dětské ozdravovny ČR k 1.6.2006

	počet lůžek
DO Křetín, 679 62 Křetín, novotna.dok@wo.cz	70
DO se speleoterapií Vojtěchov, 789 55 Hvozd, do.vojtechov@quick.cz	55
Sanatorium s.r.o., Javorník, 384 73 Stachy, info@javornik-sumava.cz	154
DO Harrachov, 512 46 Harrachov, info@bilavoda.cz	40
DO Radostín, 463 44 Radostín, p.Sychrov, ou@obecsychrov.cz (nemá smlouvu s VZP)	64
<b>SOL Trutnov:</b>	
DO Pec pod Sněžkou, 542 21 Pec p.S., do.pec.karkulka@quick.cz	115
DO Sv.Petr, 543 51 Špindlerův Mlýn, ozdravovnas@seznam.cz	71
DO Bedřichov, 543 51 Špindlerův Mlýn, info@ozdravovna.cz	65
DO Království, 544 01 Dvůr Králové n.Labem, ozdravovna.k@seznam.cz	55

informace: [www.ozdravovna.cz/ozdravovny](http://www.ozdravovna.cz/ozdravovny)

# Význam mastných kyselin v kojenecké výživě

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN  
Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví 1. LF UK, Praha

Dlouhé polynenasycené mastné kyseliny (LC-PUFA) jsou syntetizovány z esenciálních mastných kyselin (EFA). Existují dvě základní řady definované podle umístění dvojné vazby na metylovém konci mastné kyseliny, tj. n-3 a n-6. Buňky savců nejsou schopny inzerovat dvojnou vazbu na tato místa a proto jsou výchozí mastné kyseliny, tj. linolová (LA) a alfa-linolenová (ALA) označovány jako esenciální. Nejdůležitějšími LC-PUFA jsou kyseliny arachidonová (ARA) a dokosahexaenová (DHA). DHA je v průběhu gravidity a kojeneckého věku retinována především v nervovém systému a retině. ARA je zastoupena v buněčných membránách mnoha orgánů. LC-PUFA nejsou jen strukturálními lipidy, ale také vysoce bioaktivními substancemi

s mnoha účinky (viz schéma č. 1), které jsou mnohdy protichůdné (1).

Kojené dítě přijímá LC-PUFA v mateřském mléce s tím, že koncentrace ARA je relativně konstantní a hladina DHA je variabilnější v závislosti na matčině dietě. Nedonošení i zralí novorozenci jsou vybaveni nezbytnými enzymy umožňujícími syntézu LC-PUFA, ale čím jsou nezralejší, tím je syntéza neefektivnější. Navíc LA a ALA (EFA) mohou být při nedostatečném energetickém krytí použity k zajištění energetického pokrytí a tudíž nedochází k syntéze LC-PUFA.

Výše uvedené důvody vedly k tomu, že na sklonku loňského roku bylo publikováno doporučení Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN) týkající se suplementace kojeneckých formulí LC-PUFA (3).

Z hlediska mechanismu účinku se předpokládá vliv na složení lipidů membrán, vliv na genetickou expresi metabolických procesů (na nutriční vázané choroby - obezita, hypertenze, diabetes, dyslipidémie), na imunitní procesy včetně alergických, neurologický a senzorycký vývoj, reparaci mozkové hypoxie.

Effekt na zlepšení vizuálních a kognitivních funkcí je dobře doložen, pro ostatní mechanismy existují dobré teoretické předpoklady, která vyžadují longitudinální studie, které by měly potvrdit teoretická očekávání.

Zatím byla publikována práce konstatující nižší hodnoty krevního tlaku v děti ve věku 6 let v závislosti na výživě v kojeneckém věku (formule suplementovaná LC-PUFA) (2). Ve vztahu k diabetu 1. typu byla publikována práce konstatující nižší riziko v souvislosti se suplementací stravy tresčím olejem v průběhu prvního roku života (5). Ve vztahu k manifestaci astmatu byla publikována práce dokládající příznivý efekt suplementace n-3 LC-PUFA a eliminace domácího prachu ve vztahu k redukci kašle ve třech letech u dětí s alergickým rizikem (4).

Data získaná ze studií na zvířatech i první publikace z humánních studií naznačují, že suplementace kojeneckých formulí LC-PUFA mohou mít kromě bezprostředního benefitu i dlouhodobé příznivé efekty, především v modifikaci dlouhodobých nutričních rizik.

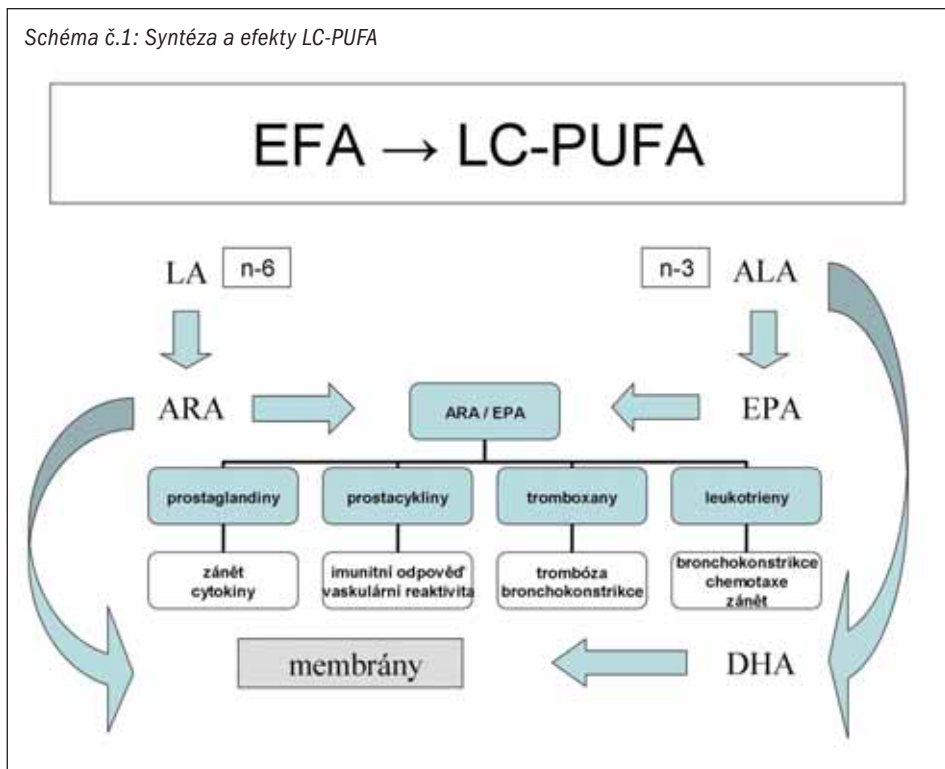
Současné doporučení ESPGHAN pro počáteční formule udává, že obsah DHA by neměl být vyšší než 0,5 % celkového příjmu tuků a obsah ARA by měl být nejméně stejný jako DHA.

V období zavádění nemléčné stravy již získává kojeneček LC-PUFA i z jiných zdrojů než z mateřského mléka či formulí (tabulka č.1). V nemléčných příkrmech jsou však obecně lépe dostupnější zdroje ARA, než zdroje DHA, zvláště u kojenců s rizikem rozvoje alergie, kde není doporučováno zařazovat do jídelníčku ryby.

tab. č. 1: Zdroje nenasycených mastných kyselin

PUFA		
	kyselina	zdroj
n-3	ALA	olej (soja, len) listnatá zelenina
	DHA	ryby
n-6	LA	rostlinné oleje
	ARA	maso, játra mozek

Schéma č.1: Syntéza a efekty LC-PUFA



#### Literatura:

1. Fewtrell MS. Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acids in Early Life: Effects on Multiple Health Outcomes in: Lucas A, Samson HA(eds.) Primary Prevention by Nutrition Intervention in infancy and Childhood. Karger AG, Basel 2006:203-221.
2. Forsyth JS et al. Long Chain polyunsaturated fatty acid supplementation in infant formula nad blood pressure in later childhood: follow up of randomised controlled trial. BMJ 2003; 326:953-958.
3. Koletzko B et al. Global Standard for the Composition of Infant Formula: Recommendations of an ESPGHAN Coordinated International Expert Group. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2005; 41:584-599.
4. Peat JK et al. Three-year outcomes of dietary fatty acid modification and house dust mite reduction in the Childhood Asthma Prevention Study. J Allergy Clin Immunol 2004; 114:807-813.
5. Stene LC et al. Norwegian Childhood Diabetes Study Group: Use of cod liver oil during the first year of life is associated with lower risk of childhood-onset type 1 diabetes: a large, population-based, case control study. Am J Clin Nutr 2000; 78:1128-1134.

**Nestlé - BEBA HA**



## Zajímavosti ze světa odborné literatury

### Významná asociace mezi expozicí televizí a symptomy pozornosti a hyperaktivity

Sledovala se vazba mezi expozicí televizí v době mateřské školky a následným prvním stupněm symptomů poruchy pozornosti a hyperaktivitou (syndromem ADHD). Americká pediatrická akademie se snažila posuzovat ve svých výzkumech užitek, ale i riziko vlivu médií pro děti i adolescenty. Ve studii byl vzat čas strávený dětmi před televizní obrazovkou, čas trávení i v sobotu a v neděli, dále doba využitá dětmi při specifických aktivitách včetně čtení, sportů, zpěvu, tvořivých hrách nebo poznávacích akcí v přírodě. Celkově bylo velmi obtížné vše hodnotit, protože děti měly podle socioekonomického stavu právě mimo pobyt před TV ještě mnohdy jiné kompenzační realizování. Závěry studie nakonec neprezentovaly spojitosti mezi televizní expozicí a následnými poruchami pozornosti, které udávaly předchozí výzkumy. Diference ve dvou velkých studiích však vyplývají z metodologie. Přesto však určitá vazba mezi expozicí TV a syndromem ADHD je popisována ve většině výzkumů. Silná podpora zaznívala také pro genetickou bázi ADHD. Právě z Ameriky zaznívají zprávy o využívání televize jako babysitter (dozor u dítěte). Extrémní využívání televizní obrazovky nepochybně usměrňuje dětský temperament nesprávným, spíše škodlivým směrem.

*Pediatrics, Mar.2006, 117, 3, 665 - 671.*

\*\*\*

### Efekt kombinované pneumokokové vakcíny

Otitis media recidivující je nejčastěji v prvních 24 měsících života a na jejich recidivách se podílí tubulární dysfunkce Eustachovy trubky, imunologická nezralost nebo kombinace obou faktorů. Prvým krokem pak je virová nebo bakteriální infekce v nasopharyngu. Děti s rekurentní nebo persistující otitis media mívají často poruchy sluchu. Streptokokus pneumonie je často společným patogenem. Autoři si kladli otázku, zda pneumokoková vakcína může zabránit především těmto následkům. Měli zájem vyzkoušet jednak 7 valentní konjugovanou pneumokokovou vakcínu a 23- valentní pneumokokovou polysacharidovou vakcínu. Po shrnutí zkušeností z okolí se nakonec rozhodli pro aplikaci obou těchto vakcín tzv. kombinovanou vakcínu u dětí, kde bylo velké riziko dalšího opakování otitid. Z vyšetření je patrné, že u kombinované vakcíny našli velmi dobrou protilátkovou odpověď, zvláště na 7 nejčastějších serotypů. Aplikace vakcín však neredukovala incidenci otorhey trvající déle než 3 měsíce. Postrádání klinického efektu, navzdory dobré protilátkové odpovědi, zdůvodňují několika způsoby. Jednak fenomén tzv. serotypové

náhražky může být odpovědí na neefektivitu vakcíny, tzn. že vakcína indukuje redukcí prevalence typu pneumokoka obsaženého ve vakcíně, na rozdíl od pneumokoka ve vakcíně neobsaženého. Za další pneumokoková vakcína může indukovat náhražku ostatních patogenů ve středním uchu, jako jsou stafylokoky nebo hemofily. Dalším vysvětlením pro nedostatečnou efektivitu pneumokokové vakcíny může být to, že rekurentní otitis media je zapříčiněna jinými bakteriálními skupinami. Naše názory potvrzují, že jen 7% efuzí ze středního ucha ve srovnání ve srovnání se 44% z adenoidní vegetace byly pozitivní na streptokokus pneumonie.

Vyšetřili 161 dětí od 2 do 8 let věku s dokumentovanou persistentní bilaterální otitis media. Všechny subjekty byly léčeny tympanostomií tuby. Jedné polovině subjektů byla dána naslepo 7 val. vakcína před a 23 val. vakcína 3 měsíce poté. Krevní vzorek byl vyšetřen při první vakcinaci, v čase tympanostomie a 1 a 3 měsíce po sekundární vakcinaci. Závěrem možno konstatovat, že pneumokoková vakcína konjugovaná i polysacharidová indukovala 5 - 24 násobné zvýšení titru protilátek, ale neovlivnila rekurenci otitis media. Její efektivita proti pneumokokové infekci jako celku je ale nepopíratelná.

*Pediatrics, Mar. 2006, 117, 3, 603 - 608*

\*\*\*

### Profylaxe s acetaminofenem nebo ibuprofenem pro prevenci lokální reakce po očkování

Frekvence lokálních vakcinačních reakcí ovlivňuje úspěšnost hodnocení očkování kombinovanou vakcínou - diftérie, tetan, acelulární pertusse. Nebylo známo, zda známé lokální reakce po očkování uvedenou vakcínou lze zmírnit preventivním podáváním acetaminofenu nebo ibuprofenu. Minimální nebo žádná reakce po očkování přispívá také k optimálnímu hodnocení očkování veřejností. Děti byly rozděleny do 3 skupin, jejich celkový počet byl 372. První skupina dostávala acetaminofen, druhá ibuprofen a třetí placebo. První dávka léků byla podána 2 hodiny před vakcinací, další 2 dávky byly podány v 6-ti hodinových intervalech. Měřila se lokální reakce zčervenání nebo discolorace větší než 5 cm, která byla popisována ve večerních hodinách po očkování nebo během 2 dnů po vakcinaci, dále lokální, jakoby větvičková reakce po obvodu ve stejné době větší 2 cm a nakonec persistentní lokální reakce definovaná jako oblast patrná 3 den po vakcinaci ve formě nebarevného zduření.

Lokální reakce s 5 cm byla popisována u 35% dětí v placebo skupině v porovnání s 33% dětí ve skupině dětí s acetaminofenem a 37% dětí, které dostávaly ibuprofen preventivně. Ani v druhém sledování reakce větší 2 cm nebyl statistický rozdíl.

Není důvod se domnívat, že preventivní podávání výše uvedených antipyretik s analgetickým a proti-

zánětlivým účinkem bude redukovat vedlejší reakce po očkování. Mnozí praktičtí dětské lékaři však preventivní podávání uvedených preparátů posuzují velmi vstřícně, vycházejíce z dlouhodobých zkušeností a lze se k tomu jen přiklonit.

*Pediatrics, Mar.2006, 117, 3 620 - 625.*

\*\*\*

### Klinická signifikace vesicoureterálního refluxu a antibiotická profylaxe po akutní pyelonefritidě

Asociace s mírným vesicoureterálním refluxem (VUR) hraje důležitou roli v patogenezi močové infekce a predisponuje tyto pacienty k pyelonefritidě a nálezy na scintigrafii potvrzující uvedenou diagnózu. Z terapeutických pohledů bylo nejdříve, poměrně radikálně, přistupováno k chirurgickým řešením refluxů nebo později k prolongovanému podávání antibiotik za účelem udržení uropoetického traktu bez vlivu infekce. Ale systematická reценze dostupných dat nyní po létech ukazuje, že není jasné, který postup je vhodnější. Proto účelem studie bylo ohodnotit roli VUR na zvýšení frekvence a těžkosti infekce a následně parenchymatosní postižení po epizodách akutní infekce a určit, zda-li antibiotická profylaxe redukuje frekvenci a těžkost uroinfekce a působí preventivně na renální parenchym. Podle kritérií byli do studie vzati pacienti od 3 měsíců do 18-ti let s epizodami akutní pyelonefritidy. Mimo známá laboratorní kritéria byl akutní pyelonefritida definována jako fokální nebo difusní postižení při DMSA scinti. Podle mezinárodní klasifikace byly vyloučeny typy refluxu IV. a V. chlopně uretry, neurogenní měchýř, ureterokela. Konečná kritéria zahrnovala dvě epizody pyelonefritidy během roku. Děti měly provedenou MCRG. Následně dostávaly nebo nedostávaly antibiotickou profylaxi. Antibiotické kúry byly obvykle 14-ti denní a dále pak profylaxe sumetrolinem nebo nitrofurantoinem. Úplné trvání léčby pro léčebného pacienta byl jeden rok. MCRG a sono bylo opakováno po roce. DMSA scinti byla prováděna 6 měsíců po epizodě pyelonefritidy. Ze 236 pacientů zařazených do studie jich bylo 218 kompletně monitorováno. Skupiny byly podobné věkem, pohlavím, stupněm refluxu. Nebyly nalezeny žádné signifikantní diference mezi oběma skupinami (s léčbou i bez léčby) z hlediska stupně infekce, recurence infekce, pyelonefritidy nebo vývojem parenchymatosního postižení. Z práce nevyšlo žádné doporučení kontinuální antibiotické profylaxe u dětí s refluxem I. - III. stupně.

*Pediatrics, Mar. 2006, 117, 3, 626 - 632.*

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

**Hero - Sunar**





## Aktuality

### Vakcína proti rakovině čípku je na světě

Očkovací látka proti prvnímu druhu rakoviny - nádorům děložního hrdla u žen - je na světě.

Půl roku poté, co úspěšně skončily testy nové vakcíny, látku schválily americké úřady. A čeští gynekologové předvídají, že během dvou let může přijít i do České republiky.

Mladým ženám pak budou stačit pouhé tři injekce, aby se ochránily před tímto druhem nádoru. Přesněji řečeno: vakcína dokáže stoprocentně ochránit ženy před dvěma viry, které způsobují sedmdesát procent všech případů rakoviny děložního hrdla. Podobně jako očkování proti žloutence chrání jen proti jednomu typu nemoci.

Vakcína ochrání ty ženy, které ještě nikdy neměly pohlavní styk. Rakovinu totiž způsobuje virus, kterým se ženy mohou nakazit právě při sexu. To znamená, že očkování má smysl jen u mladých dívek, které ještě neměly partnera. Vakcína pak jejich tělo donutí vytvořit si protilátky, takže když se pak buňky těla s virem setkají, zničí ho. U žen, které už měly víc partnerů, je vyšší pravděpodobnost, že se už nakazily, a tudíž je očkování nemusí ochránit.

Prezident České gynekologické a porodnické společnosti Vladimír Dvořák míní, že ideální věk pro očkování je patnáct let. A předpokládá, že by u nás mělo být plošně očkováno 40 tisíc dívek ročně.

Kdy začít s očkováním? Lékaři se přou

Jenže hlavní hygienik optimismus mírní. „Potíž je, že na ideálním věku se lékaři neshodli. O plošném očkování dívek hrazeném z veřejného zdravotního pojištění se i proto zatím neuvažuje. Každý lékař má jiný názor, co je ideální věk pro vakcínu, nehledě na to, že jde o příliš velkou částku, která by byla pro hrazení očkování nutná,“ říká hygienik Michael Vít.

I Vladimír Dvořák připouští: „Zatím jsme neviděli analýzu, která by prokázala, že by se to finančně vyplatilo,“ řekl.

České ženy proto musí počítat s tím, že i když se k nám vakcína dostane, budou si ji muset zaplatit samy. V USA podle výrobců bude vakcína stát od šesti do deseti tisíc korun. Podobně, tedy přibližně sedm tisíc korun, by měla podle odhadů stát i u nás. „Určitě to svým pacientkám a jejich dcerám doporučím. Za jistotu o sedmdesát procent menšího rizika rakoviny to stojí,“ říká gynekolog Vladimír Dvořák. V Česku na rakovinu děložního hrdla (někdy se jí říká nesprávně také rakovina děložního čípku) ročně zemře čtyři sta žen. Těch, které onemocní a musí se zdoluhavě léčit nebo jim lékaři musí nádor operovat, je však třikrát tolik.

Počet žen, které u nás onemocní tímto nádorem, je dvakrát tak velký, než jaký je průměr v ostatních zemích Evropské unie.

### Rath nařídil ordinovat déle

Nová vyhláška zavádí povinnou sedmihodinovou ordinační dobu, lékaři se bouří.

Soukromí lékaři a stomatologové berou spoustu peněz za málo práce, usoudil ministr zdravotnictví David Rath. Vydal proto vyhlášku, která nařizuje lékařům ošetřovat pacienty místo stávajících čtyř hodin za den, minimálně sedm hodin.

„Bylo pro mne překvapení až šok, když jsem zjistil, že dosavadní rámcová smlouva stanovovala praktickým lékařům povinnost pouhých čtyř ordinačních hodin denně,“ konstatoval Rath a dodal: „Je to neomluvitelné a velmi zvláštní.“

Díky paušálnímu platbám za pacienta v kartotéce měli podle Ratha ordinace zajištěny statisíce korun „renty“ od zdravotních pojišťoven za minimum času stráveného prací. „Dosud to byl řekl bych učebnicový příklad komunismu,“ usoudil ministr. „Povolání praktického lékaře má zřejmě nejvyšší hodinový příjem v Česku,“ dodal.

Ministrova slova vyvolala v řadách praktických lékařů bouři nevole.

„Jestli pan ministr tvrdí, že ordinujeme čtyři hodiny, tak je to lež. Lékař má zpravidla nasmlouváno pět hodin denně, plus dvě hodiny návštěvní služby a hodinu na zpracování administrativy. Většinou je to tak, že lékaři těch pět hodin přetahují, aby ošetřili všechny pacienty,“ namítl předseda Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák.

Rathovo nařízení podle Šmatláka pacientům neprospěje, naopak je poškodí. Pokud budou lékaři muset trávit celou pracovní dobu v ordinaci, přestanou za pacienty vyjíždět, což může být problém hlavně na venkově. S prací lékaře je navíc spojeno množství administrativních úkonů. I to je třeba zahrnout do oficiální pracovní doby. „Nejsem si jistý, jestli je hodina na takové množství administrativy dostačující,“ podotkl místopředseda Sdružení ambulantních specialistů Zorjan Jojko. Pokud se budou lékaři snažit zvládnout „papírování“ během ordinační doby, budou pravděpodobně pacienti déle čekat.

Lékaři namítají, že stát nemůže se soukromými podnikateli zacházet hůře než se zaměstnanci. Nemůže je nutit, aby při plnění veřejné zakázky pracovali více než osm hodin denně. Takový postup považují za protiústavní. Rath argumentuje tím, že v řadě zemí je praktický lékař pro svého klienta dostupný v případě potřeby 24 hodin denně.

Vyhláška o rámcových smlouvách je od počátku kontroverzní. Podle odborníků na legislativu Rath nemá zmocnění ji vůbec vydat. Norma tak zřejmě skončí u Ústavního soudu.

Zákon totiž ministerstvu nedává výslovné právo upravit podobu rámcových smluv vyhláškou. Upřednostňuje dohodu mezi zástupci jednotlivých profesí a pojišťovnami. Teprve pokud ve stanovené půlroční lhůtě k dohodě nedojde, má ministr právo rozhodnout. I dvě pracovní komise legislativní rady vlády ale dospěly k názoru, že pokud Rath vydá vlastní verzi rámcových smluv formou vyhlášky, překročí tím své kompetence.

Sporné je navíc i to, zda už vypršel půlroční termín pro vyjednávání. Rath tvrdí, že ano. Podle něj svolal dohodovací řízení Lékařský odborový klub už loni 6. prosince. Zdravotní pojišťovny a většina profesních sdružení však za klíčové datum považují až 3. leden, kdy dohodovací řízení ohlásily pojišťovny, které jsou jeho svolavatelem.

Termín pro dohodu by tak vypršel až 3. července. Jednání poskytovatelů s pojišťovnami navíc skončilo kladně. Dohoda o rámcových smlouvách má být podepsána dnes. Tím pádem by Rath do smluvních vztahů vůbec nesměl zasahovat, leda by byla dohoda protiprávní.

„Pan ministr vyhlášku vydal, aniž respektoval platný legislativní proces. Svým diktátem popírá principy právního státu,“ usoudil prezident České stomatologické komory Jiří Pekárek.

„Rath ví, že k vydání vyhlášky nemá oprávnění. Komise legislativní rady vlády to řekly jasně. Myslím, že je to z jeho strany překročení pravomoci veřejného činitele,“ přidal se šéf lékárnické komory Lubomír Chudoba.

„V dohodovacím řízení jsme dospěli ke shodě. Zbývá už jen podpisem potvrdit, co se ujednalo. To, že Rath vydává vyhlášky v rozporu s platnými zákony, je jeho folklor,“ usoudil předseda Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák.

I kdyby byla vyhláška vydána protiprávně, vyšla ve Sbírce zákonů, a tak je zatím právně závazná.

### Malé děti by měly spát s rodiči, tvrdí studie

Tu otázku řeší snad každý rodič - kdy vykázat dítě z manželské postele a definitivně ho přestěhovat do vlastní postýlky? Renomovaná britská expertka na duševní zdraví Margot Sunderlandová radí: nespěchejte s tím a děti si po svém boku nechte do pěti let. Z takových dětí prý pak vyrůstají klidní, zdraví dospělí.

„Studie z celého světa ukazují, že společné spaní do věku pěti let je pro dítě

**Nutricia - Hami IMF**



velkým přínosem. Až do pěti a více let mohou trpět úzkostí z odloučení, což je může poznamenat v pozdějším životě. Takovou úzkost zklidňuje společné spaní,“ citovaly Sunderlandovou britské noviny The Sunday Times.

Opačná praxe, kdy se několik týdnů staré dítě učí spát samo v postýlce, je podle Sunderlandové škodlivá. U odloučených dětí se zvyšuje hladina hormonů jako kortizol, které se vytvářejí v reakci na stres.

Ukládání dětí do postýlek je především západní jev a Sunderlandová tvrdí, že s sebou také nese zvýšené riziko syndromu náhlého úmrtí dítěte (SIDS), což se týká především dětí do jednoho roku. Může to být proto, že dítě postrádá uklidňující vliv vedle něj ležící matky na dýchání a funkci srdce, dodává. Jako příklad udává, že v Británii zemře vinou SIDS ročně 500 dětí, ale v Číně, kde je společné spaní samozřejmostí, jsou případy SIDS natolik vzácné, že nemají ani název.

#### Následky mohou přijít až v dospělosti

Sunderlandová, autorka dvaceti knih, svou radu začlenila do díla Věda rodičovství, která vyjde ještě tento měsíc. Vycházela ze sledování 800 případů a z vědeckých studií uplynulých dvaceti let, zabývajících se vývojem dětského mozku a analýzách toho, jak děti reagují za určitých okolností. Například tři roky starý neurologický výzkum ukázal, že mozek dítěte odloučeného od rodičů vykazuje obdobnou aktivitu jako při fyzické bolesti.

Sunderlandová ve své nové knize cituje také jinou studii, podle níž 70 procent žen, které v dětském věku při pláči nikdo neuklidňoval, trpělo v dospělosti záživacími potížemi.

Pediatři v České republice radí maminkám, aby děti přestěhovaly do vlastní postýlky v roce, nejpozději v roce a půl. „Mělo by si zvykat na své teritorium,“ říká dětský lékař Milan Kudyn.

Ve své praxi se setkal s případy, kdy dítě ještě ve třech letech spalo s rodiči a náhle muselo z manželské postele pryč, například kvůli nemoci. „V takovém případě je stresový faktor výrazně horší. Znáám případy, které skončily u dětského psychologa,“ dodává.

Podobný názor rází většina psychologů na Západě. „Sdílení lůžka nejčastěji končí tím, že rodiče spí v oddělených místnostech, a vyčerpanými matkami, což je situace, která vyvíjí enormní tlak na rodinu jako celek,“ píše Gina Fordová ve své knize Kompletní průvodce spánkem spokojených nemluvnat a batolat.

### ■ **Živá voda pro „záračný“ lék?**

Objevily se první výsledky zkoušek nového antibiotika. To by mělo být účinné i proti odolným kmenům.

Když se poprvé objevila antibiotika, v představách velké části odborníků i laiků se zrodil sen o životě bez nemocí způsobených mikroorganismy (a těch je nepřeberné množství). Ale představa o „záračném léku“ brzy vzala za své. Bakterie začaly proti novým preparátům kvapem získávat odolnost a naskok vědy rychle stahovaly.

Proto každý pokrok v této oblasti vzbudí živý ohlas. Vyvolala jej i zpráva ze včerejšího čísla časopisu Nature. Skupina vědců společnosti Merck pod vedením Jun Wangu představila první výsledky testů nové látky s antibakteriálním účinkem nazvané platensimycin. Získali ji z jihoafrické bakterie *Streptomyces platensis*.

#### Nekonečný závod

K horečnatým závodům ve zbrojení se někdy přirovnává boj moderní medicíny proti škodlivým bakteriím. Tyto mikroorganismy totiž mají netušenou škálu způsobů přežití. Někteří vědci dokonce tvrdí, že za současných podmínek nemůžeme zvítězit. Jistý mikrobiolog řekl, že „nová antibiotika jsou jako jemnější brandy pro pacienta se závislostí na alkoholu.“ Přesto nám zatím vlastně nic jiného nezbývá. Ruce do klína dost dobře složit nemůžeme. A pořád zbývá naděje, že jednou objevíme ten záračný lék...

Platensimycin má naději na úspěch především proto, jde na bakterie málo používanou cestou: brání jim ve výrobě mastných kyselin, látek, které jsou pro život buněk nezbytné. „Takové látky byly popsány už dříve, u platensimy-

cinu se však zdá, že má vyšší účinnost, a to i proti odolným kmenům“, říká Jaroslav Spížek z Mikrobiologického ústavu AV ČR. Při zkouškách dokázal platensimycin zbavit laboratorní zvířata i infekce „zlatým“ stafylokokem. Různé kmeny této bakterie si vyvinuly odolnost proti velké části užívaných antibiotik. Daří se jim i v antiseptických prostředích, například v nemocnicích.

Většina dnešních antibiotik působí jinak: buď narušuje buněčnou stěnu bakterií, nebo jim brání v syntéze bílkovin či DNA. Zhusta se tak stává, že odolnost proti jednomu druhu antibiotik přinese bakterii „bonus“ v podobě rezistence i vůči řadě jiných antibiotik, jejichž účinek je podobný.

Odborníci nechválí ale jenom výsledek: „Za izolací nové látky stojí zřejmě obrovská práce,“ říká Jaroslav Spížek. Skupina zkoušela 83 tisíc látek, každou z nich třikrát, vždy v jiných růstových podmínkách. A nejde jenom o „mravenčí práci“, ale také o chytrý přístup. Vědci oněch 83 tisíc účinných látek zkoušeli proti geneticky oslabeným bakteriím. „Vadné“ mikroorganismy reagují na nepříznivé podmínky silněji, a proto je možné účinné látky snadněji identifikovat.

#### Není všechno zlato...

To dobře vědí oběti tzv. „zlatého“ stafylokoky. Jedna z bakterií, která straší i nemocniční personál. Dokáže způsobit jak drobné záněty na kůži, tak smrtelná onemocnění. A některé kmeny si vyvinuly odolnost i proti nejúčinnějším antibiotikům.

Genetický kód zkoušených bakterií přítom odborníci nezmasakrovali náhodně. Pokusné kmeny totiž byly oslabeny v těch metabolických procesech, které nejrozšířenější antibiotika nenapadají. Tím se zvýšila pravděpodobnost, že nové látky budou škodlivé jinak než většina dnešních preparátů.

Platensimycin musí projít ještě řadou zkoušek, než se dostane do praxe, a při nich se může objevit nečekaná překážka. Ale mohl by nám dost možná poskytnout pocit bezpečí. Alespoň na chvíli.

### ■ **Užitečná ztráta genů**

Úsloví méně je někdy více platí i v evoluci a genetice. Prokázali to vědci z University of Michigan vedení evolučním biologem Jianzhi Zhangem. Další tým dokázal klíčový význam souhrny genů pro evoluci člověka.

Naši předci zřejmě ztratili geny, které jim bránily v dalším vývoji. Genetici například předpokládají, že v pravěku postihla první lidi mutace genu pro důležitou bílkovinu žvýkacích svalů. Oslabení svalů obemýkajících čelisti pak uvolnilo prostor pro růst lebky, a především mozkovny.

Zhang se rozhodl prověřit, kolik genů člověk během evoluce poztrácel ve srovnání se svým nejbližším zvířecím příbuzným šimpanzem. Našel celkem 80 „invalidních“ genů, které jsou u člověka poškozené a nepracují, zatímco v dědičné informaci šimpanze se těší nejlepšímu zdraví.

Mezi tímto genetickým odpadem se většinou nacházely trosky genů, které byly zodpovědné za vnímání pachů a vůní a za schopnost rozeznat hořkou chuť. Podobně se našim předkům přednostně rozpadaly i některé geny zajišťující imunitní obranu organismu.

#### Klíčový význam ohně

„Lidé nemají dvakrát dobrý čich, a tak nás objev rozpadu čichových genů nijak nepřekvapil, svěřil se Zhang v rozhovoru pro časopis The Scientist. „Nezaskočilo nás ani to, že pro člověka ztrácela na významu schopnost rozeznat hořkou chuť. Ta prozrazuje přítomnost toxických látek, na které jsou bohaté především rostliny. Před jedním až dvěma miliony roků ale lidé začali jíst více masa a rostlinná potrava z jejich jídelníčku mizela. Také si už upravovali potravu na ohni, čímž se mnohé toxiny ničí. Hořká chuť už pro ně nebyla tak důležitá.“

Překvapení nepřinesla ani ztráta genů pro některé složky imunitní obrany. Ty nás chrání proti konkrétním choroboplodným zárodkům, a pokud se naši předci některých mikroskopických nepřátel zbavili, nepotřebovali se proti nim dále chránit.

Ztrátou genu přítom nemusela obranyschopnost lidí klesnout. Naopak. Svědčí o tom příklad jednoho z „imunitních genů“, který vědci přistihli přímo při zániku. Gen označovaný jako CASPASE12 už nefunguje obyvatelům Evropy a Asie. Zůstal však funkční u malé části obyvatel subsaharské Afriky, které či-

**Česká spořitelna**



**Johnson and Johnson**

**Omniprax**