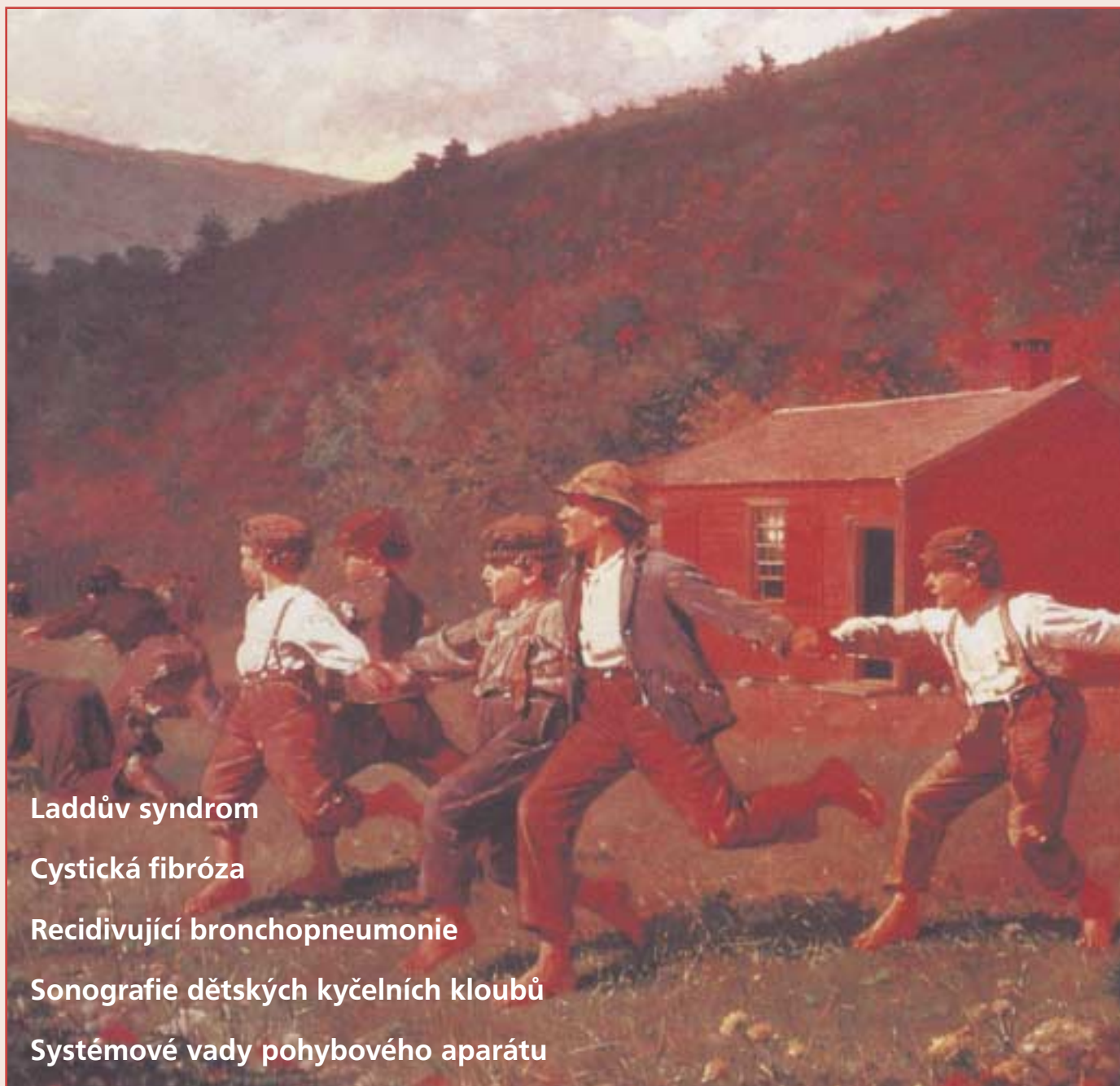


listopad 2001 ■ číslo 9 ■ ročník 1

# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Laddův syndrom

Cystická fibróza

Recidivující bronchopneumonie

Sonografie dětských kyčelních kloubů

Systémové vady pohybového aparátu



**VOX PEDIATRIAE**

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství  
**MEDIX**Adresa vydavatelství:  
V Pláni 23, 142 00 Praha 4  
tel.: 02/617 111 33, tel./fax: 02/4172 1069  
e-mail: vox@imedix.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. Jiřina Dvořáková  
MUDr. Jiří Liška, CSc.  
MUDr. Petr Chaloupka  
MUDr. Josef Krejčík**Odpovědný redaktor:**

Mgr. Zdeněk Brtnický

**Jazykové korektury:**

PhDr. Jana Kratochvílová

**Adresa redakce:**Klimentská 11, 115 60 Praha 1  
tel./fax: 02/24 80 25 49  
e-mail: centrum@mybox.czČasopis je určen praktickým dětským lékařům, členům  
SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.  
Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem  
MK ČR E 10971  
ISSN 1213 - 2241

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze  
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické  
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.**Inzerce:**Kontaktní osoba: MUDr. Petr Chaloupka  
Poliklinika BIOREGENA, Vajgarská 1141, 198 00 Praha 9  
tel: 02/90041897, 02/81021212, mobil: 0602/809709

<b>Přehled činnosti SPLDD ČR za říjen 2001</b>	<b>5</b>
<b>Zpráva o činnosti Koalice ambulantních lékařů</b>	<b>6</b>
<b>Lékařská služba první pomoci</b>	<b>8</b>
<b>Usnesení X. Konference SPLDD ČR</b>	<b>9</b>
<b>Výroční zpráva o činnosti SPLDD ČR</b>	<b>10</b>



<b>Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP</b>	<b>16</b>
MUDr. J. Košťál	
<b>Sonografie dětských kyčelních kloubů</b>	<b>17</b>
MUDr. I. Mařík, CSc. F.A.B.I.	
<b>Systémové vady pohybového aparátu</b>	<b>18</b>
MUDr. E. Kalabusová	
<b>Recidivující bronchopneumonie - kazuistika</b>	<b>23</b>
MUDr. C. Kozderka	
<b>Laddův syndrom - kazuistika</b>	<b>24</b>
MUDr. C. Kozderka	
<b>Cystická fibróza - kazuistika</b>	<b>25</b>
MUDr. A. Kolek	
<b>Naše zkušenosti s výživou Sunarka ready meal</b>	<b>28</b>
<b>Vzdělávací víkend OSPDL ČLS JEP na Javorníku</b>	<b>32</b>



<b>Aktuality</b>	<b>33</b>
<b>Řádková inzerce lékařů</b>	<b>34</b>



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

měsíc listopad je pro nás pro všechny měsícem bilancování a zamyšlení se nad naší činností. V tomto měsíci proběhla X. jubilejní Konference našeho Sdružení, která přinesla určitý zlom v nahlížení na činnost jeho volených funkcionářů. Po místy emotivně laděné diskusi byl schválen rozpočet na

příští rok. Cesta ke schválení tohoto rozpočtu však rozhodně nebyla jednoduchá, bylo nutné přednést podrobnou analýzu hospodaření za uplynulé dva roky. Již tato analýza ukázala obrovský nárůst objemu činnosti a to nejen zástupců na centrální úrovni, ale i na úrovni regionů a okresů. Otázka rozpočtu na příští období se stala i otázkou, jak se s tímto nárůstem činnosti vyrovnat. Zda budeme dále spoléhat na entusiasmus našich kolegů, kteří ve svém volném čase, často na úkor rodiny a svých praxí dojednávají přijatelné podmínky výkonu svobodného povolání lékaře pro své kolegy. O tom jak jsou jednání složitá a často vyčerpávající, o tom byla i právě proběhlá Konference a Vy se s určitým výsekem můžete seznámit i v naší výroční zprávě, kterou v tomto čísle přetiskujeme.

Chtěl bych poděkovat všem delegátům, kteří pochopili, že výše uvedená cesta má své omezené možnosti, a proto zvedli ruku k zahájení určité profesionalizace naší činnosti. Jak jinak si lze vysvětlit téměř jednomyslný postoj k radikálnímu navýšení členských příspěvků. Pro všechny volené funkcionáře tedy i pro užší vedení Sdružení i pro mne je to hozená rukavice a na příští Celostátní konferenci budete posuzovat, jak jsme si poradili s její zvednutím. Věřím, že i diskuse s hosty v odpolední části programu všechny přítomné přesvědčila, že za námi stojí kus vykonané práce, že jsme se nikdo nezpronevěřil ideálu dobře fungujícího a profesionálního lékaře starajícího se o vývoj a zdravý růst nových generací, lékaře, kterého dnes označujeme praktický lékař pro děti a dorost.

MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda SPLDD ČR

Výživa dětí v 1. roce života

Kojenecké koliky

Funkční průjem a zácpa

Výživa u vegetariánů



seznam  
inzerujících  
firem...

BOOTS HEALTHCARE

HEINZ

LÉČIVA

ORION DIAGNOSTICA

R-mark

TROMMSDORF



# Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc říjen

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Říjen byl opět měsícem legislativního boje za zrušení tzv. paragrafu Fišerové, tj. paragrafu, který dle některých výkladů zakazuje vybírání doplatků pacientů za zdravotní péči. Jednak se v Parlamentu projednávala novela zákona č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, kde bylo navrženo příslušné ustanovení vypustit, jednak SPL ČR připravilo výzvu poslancům k podání ústavnímu soudu na zrušení uvedeného paragrafu. Poslanecká sněmovna v návrhu novely zákona č. 48/1997 Sb. řešila i možné zakotvení možnosti předávání informací mezi registrujícím praktickým lékařem a zdravotní pojišťovnou. O podání SPL ČR informujeme podrobně ve zprávě o činnosti Koalice ambulantních zařízení.

**3.10.** – parlamentní výbor „pro zdravotnictví“ projednával návrh novely zákona č.48/1997 Sb.(viz výše)

**4.–7.** – shromáždění okresních a regionálních zástupců SPL ČR v Milovech, řešena aktuální problematika – LSPP, názorově dochází k postupnému sblížení stanovisek obou Sdružení; závodní preventivní péče, problém spíše výhradně praktických lékařů pro dospělé; bonifikační systémy, resp. úhradové systémy jednotlivých zdravotních pojišťoven, ale také rekvalifikace a licenční řád a celá řada další problematiky, kterou řešíme ve vzájemné spolupráci a o níž jste i v našem časopise informováni

**5.10.** – jednací den mimořádného dohodovacího řízení k Seznamu výkonů, dominovala především problematika návrhu plošného navýšení reží, návrh byl ze strany zdravotních pojišťoven zamítnut a jako nedohoda bude výsledek odeslán na MZ ČR

**6.10.** – proběhl Hradecký pediatrický den

**9.10.** – jednání Koalice ambulantních zařízení – jednání pracovní skupiny SPLDD o LSPP, výstup z tohoto jednání otiskujeme v tomto čísle časopisu

**12.10.** – proběhl Podještědský pediatrický den

**13.10.** – na Konferenci SSL ZP ČR, kterého jsme se jako zástupci Koalice účastnili, se ministr zdravotnictví pokusil objasnit důvody navýšování financí pro segment lůžkové péče

**17.10.** – Výkonný výbor řeší na svém jednání řadu problematik

- vrcholí příprava jubilejní Konference v Brně
- opakovaně se diskutují směrnice Finančního řádu
- v problematice pojišťoven dominuje problematika úhrady 2. očkování od VZP
- pokračují práce na projektu „generační

výměny lékařů“ v ordinacích SPLDD

- velká část programu je věnována problematice koncepce oboru pediatrie ve smyslu návrhu na legislativní zakotvení naší odbornosti jako samostatného atestačního oboru
- řeší se problematika rozjezdu webových stránek Sdružení
- projednán výstup z jednání pracovní skupiny pro LSPP
- členové Výboru jsou informováni o aktivitách Koalice
- diskutována i příprava na sjezd ČLK
- pokračuje diskuse nad Katalogem placených individuálních služeb
- řešena i problematika související s vydáváním tohoto časopisu
- diskutovány nejnovější legislativní aktivity ministerstva–jsou připravovány novely vyhlášek o dispenzarizaci, preventivních prohlídkách a jednodenní péči
- odsouhlaseno podepsání rámcové smlouvy s pojišťovnou Generali pro množství probíraných témat pokračovalo jednání

**24.10. 23.10.** – jednání Koalice ambulantních lékařů, na které vrcholí přípravy na tiskovou konferenci

**26.10.** – první ustavující schůzka pracovní skupiny nad bonifikačním systémem VZP, na jednání byli přítomni uvedeni do problému, byli seznámeni s dosud obdrženými materiály, činnost této pracovní skupiny by měla „zlidštit“ a zprůhlednit tento systém z našeho pohledu

**27.10.** – v Klimentské se scházejí regionální pokladníci spolu s regionálními předsedy, hlavním pokladníkem, ing. Adamcem jako zástupcem daňové a účetní firmy a předsedou Sdružení. Řešena problematika především účtování na regionech a návaz-

nost na chystané směrnice Finančního řádu – na schůzku pokladníků navazuje jednání Předsednictva

- předány informace týkající se Konference
- projednávány výstupy z Regionálních rad – především informace o dopadu nového očkovacího kalendáře, způsob provádění kalmetizace, ale i stav jednání nad omluvenkami či o volbách delegátů na Konferenci a řada dalších podnětů pro činnost Výboru
- diskutována problematika vzniku samostatného atestačního oboru PLDD v souvislosti s legislativními návrhy MZ ČR
- podána informace o stavu jednání o „generační výměně lékařů“
- diskutována problematika Finančního řádu předkládaného Konferenci
- dále problematika LSPP, Katalogu placených služeb
- informace o činnosti Koalice, stavu příprav webových stránek
- podepsána Rámcová smlouva s pojišťovnou Generali
- informace o cílech činnosti analytické pracovní skupiny nad bonifikačním systémem VZP

**29.10.** – tisková konference Koalice ambulantních lékařů

**31.10.** – společná schůzka s předsedkyní OSPDL a s prof. Tůmou, ředitelem odboru vědy a vzdělávání MZ ČR, vysvětleny především důvody snahy o zavedení nového atestačního oboru PLDD jako protiváhy všeobecného lékařství



# Zpráva o činnosti koalice ambulantních lékařů

Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 23.10.2001

## ■ Program:

- I. Podání SPL ČR k Ústavnímu soudu – zrušení paragrafu poslankyně Fišerové (zákon č. 48/1997 sb. o veřejném zdravotním pojištění)
- II. Problematika oddělení ambulantního fondu
- III. Příprava tiskové konference

## I. Podání SPL ČR k Ústavnímu soudu – přetiskujeme úplný text

**Odůvodnění pro možný návrh na zahájení řízení o zrušení ustanovení zákona č.48/1997Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, v platném znění, podle čl.87 odst.1 písm.b) Ústavy České republiky.**

*Tento materiál byl zpracován právním oddělením Sdružení praktických lékařů České republiky. Předmětem materiálu je průkaz protiústavnosti části ustanovení §11, odst.1, písm. d), zák.č.48/1997 Sb. uvádí: „Pojištěnec má právo : na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči ani v souvislosti s poskytnutím této péče přijmout od pojištěnce žádnou úhradu.“, konkrétně textu: „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“.*

Shledali jsme rozpor s čl.26 a 31 Listiny základních práv a svobod, v souvislosti s čl.4 této Listiny.

Návrh Ústavnímu soudu ČR musí kromě tohoto odůvodnění (důkazu) obsahovat ještě další formální náležitosti – navrhovatele (41 poslanců, nebo 17 senátorů, nebo prezident), vymezení petitu, označení datem. Pokud se podaří nalézt potřebný počet oprávněných navrhovatelů, má SPL ČR připraven kompletně zpracovaný návrh, včetně formálních náležitostí.

Nejpodstatnější je však právě odůvodnění, které bylo k posouzení a případnému připomínkování předáno poslancům a senátorům ČR.

## ■ Rozpor s čl. 26, odst. 1), Listiny základních práv a svobod Čl. 26.

(1) Každý má právo na svobodnou volbu

povolání a přípravu k němu, jakož i právo podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost.

(2) Zákon může stanovit podmínky a omezení pro výkon určitých povolání nebo činností.

Zásah do podstaty čl. 26, odst.1) spatřujeme ve skutečnosti, že taxativně vyjmenované skupině subjektů (lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví, zdravotnické zařízení) je zakázáno přijmout úhradu od určité vyjmenované skupiny subjektů (pojištěnci) za poskytnutou péči či služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění pokud souvisí s poskytnutím zdravotní péče z tohoto pojištění hrazené.

Důsledkem zákonitě musí být značné omezení poskytování zdravotní péče – tj. poskytování zdravotní péče pouze v rozsahu zdravotní péče hrazené, neboť lze těžko očekávat, že zdravotnická zařízení budou poskytovat zdravotní péči či další služby, které nebudou a nemohou být nikým uhrazeny.

Dle čl. 26, odst. 2) LZPS může sice zákon stanovit podmínky a omezení pro výkon určitých povolání nebo činností, ovšem napadání ustanovení zasahuje do těchto práv způsobem, který je v rozporu s čl. 4, odst. 4) LZPS, který uvádí že při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu.

Je-li subjekt oprávněn podnikat, či provozovat jinou hospodářskou činnost – v našem případě poskytovat zdravotní péči, a existuje-li kromě zdravotní péče plně hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění i péče z tohoto pojištění nehrazená, je nikoli omezením, ale prakticky vyloučením práva podnikat, zabráníme-li tomuto subjektu aby za tuto péči (či služby) přijal úhradu pokud byla poskytnuta účastníku veřejného zdravotního pojištění a pokud má souvislost s poskytnutím zdravotní péče hrazené z všeobecného zdravotního pojištění.

## ■ Rozpor s čl. 31, Listiny základních práv a svobod

Občan-pojištěnec má právo na poskytnutí zdravotní péče i v případě, kdy tato není, nebo je jen částečně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Toto právo upravuje

věta první ustanovení čl.31 Listiny základních práv a svobod, která uvádí: „Každý má právo na ochranu zdraví“. Věta druhá předmetného čl. 31 : „Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“ pouze zakotvuje povinnost zákonodárci vymežit rozsah tzv. „bezplatné“ zdravotní péče hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění. Zákonem vymezení nalezneme právě v uvedeném zákoně č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, v platném znění.

**Rozpor napadaného ustanovení s čl. 31** spatřujeme ve skutečnosti, že zákazem přijmout úhradu za poskytnutí zdravotní péče (či služeb) nehrazených z veř. zdravot. pojištění dochází nejen k omezení hospodářského práva zdravotnických zařízení, ale nepochybně i k omezení nabídky zdravotní péče (prakticky jen na péči hrazenou z veř. zdravot. pojištění) pro **občany-pojištěnce**, čímž je jim fakticky bráněno realizovat dle jejich představ právo na ochranu zdraví dle čl. 31 Listiny základních práv a svobod.

Domníváme se, že **je právem občanů, včetně pojištěnců rozhodnout se o možnosti čerpat zdravotní péči či služby za přímou úhradu** v případě že tento způsob léčby není plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, a **právem příslušných zdravotnických zařízení jim tuto péči a služby**, pokud o ně mají zájem, **poskytnout a přijmout za ni úhradu**, byť poskytnutá péče s péči hrazenou ze všeobecného zdravotního pojištění nějakým způsobem **souvisí**.

## ■ Zákoné vymezení zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Zákon 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, v platném znění vymezuje rozsah zdravotní péče hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění. Toto vymezení je provedeno pozitivním výčtem, přičemž řada výkonů, léčebných metod, pomůcek jakož i dalších služeb souvisejících je z veřejného zdravotního pojištění hrazena buď částečně, či vůbec, event. pouze při splnění dalších podmínek. Některé zákroky, výkony, léčivé přípravky či pomůcky zdravotnické techniky



tedy nejsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny vůbec (např. akupunktura, či některé prostředky zdravotnické techniky), některé pouze v určitém počtu (např. nejvýše třikrát za život péče v souvislosti s mimotělním těhotenstvím), některé pouze částečně (75% ceny u některých prostředků zdravotnické techniky) atd. V některých případech je hrazena pouze „základní“ zdravotní péče (např. zdravotnický prostředek v základním provedení nejméně ekonomicky náročném).

**Je tedy zřejmé, že kromě zdravotní péče hrazené plně z veřejného zdravotního pojištění existuje celá řada výkonů, prostředků zdravotnické techniky, léčivých přípravků, jakož i dalších služeb (např. úhrada ubytování ve zdravotnickém zařízení – lázeňské léčebny), které z veřejného zdravotního pojištění nejsou hrazeny buď vůbec, nebo pouze částečně, nebo při splnění určitých zákonem stanovených podmínek.**

Zákon tedy vymezuje péči tzv. „bezplatnou“ ve smyslu čl. 31 LZPS, ovšem **právě napadané ustanovení tohoto zákona zakazuje zdravotnickým zařízením za péči nezahrnutou do této péče hrazené přijmout od pojištěnce úhradu**, pokud souvisí s poskytnutím péče hrazené.

Použitý text „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“ je natolik obecný, že zahrnuje v podstatě veškerou zdravotní péči (ale i jiné služby), kterou jsou zdravotnická zařízení oprávněna poskytovat, a nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Z hlediska intenzity souvislosti lze rozdělit tuto související péči či služby rozdělit do následujících kategorií:

- neoddělitelná – jedná se o případy, kdy zákon stanovuje u určitého výkonu, léčiva či pomůcky, pouze částečnou úhradu z veř. zdrav. pojištění (např. procentem) – časté např. ve stomatologické péči, doplatky u léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky.

- úzce související – jde o situaci, kdy lékař v rámci poskytování zdravotní péče hrazené z veř. zdrav. poj. zjistí, že pro zlepšení či zachování zdravotního stavu pacienta je vhodný způsob léčby, pomůcka či léčivý přípravek apod., který není z veřejného zdravotního pojištění hrazen a pojištěnec má zájem tento způsob využít a uhradit a lékař má možnost a zájem tuto péči poskytnout (např. nepovinná očkování, akupunktura, homeopatická léčba atd.).

Obdobná je situace, kdy sice určitá základní zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění je, ovšem alternativně

je k dispozici zdravotní péče kvalitnější a pro zdraví pojištěnce prospěšnější, ovšem nehrazená (např. kvalitnější či trvanlivější prostředky zdravotnické techniky).

Pacient může po dohodě s ošetřujícím lékařem požádat o použití kvalitnějších a nákladnějších léčiv a materiálů, než jsou kalkulovány v ceně výkonu – tedy ne plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění (čochky, endoprotézy, obvazový materiál, lokální léčivé přípravky, kvalitnější inkontinenční pomůcky atd.).

Pacient má také možnost po dohodě s lékařem vyžádat si namísto ústní informace o svém zdravotním stavu informaci písemnou – takováto služba opět není hrazena z veř. zdrav. pojištění.

- související – pojištěnec má zájem dohodnout se se zdravotnickým zařízením, které mu běžně poskytuje zdravotní péči hrazenou (nejčastěji registrující lékař) na poskytování další navazující péče jejímž účelem je zlepšit jeho zdravotní stav, ale není již hrazena z veřejného zdravotního pojištění (např. objednávání na dobu mimo běžný chod ordinace – ošetření, edukace, administrativa v domácím prostředí versus v ordinaci, telefonická konzultace v době mimo běžný chod ordinace, aktivní spolupráce během hospitalizace pacienta, smlouvené objednání ke konkrétnímu ambulantnímu specialistovi na konkrétní čas – event. s osobní účastí ošetřujícího lékaře, zjištění dostupnosti konkrétního léku v zařízení lékárenské péče, internetové spojení s pacientem, podání podrobných informací a konzultace před výjezdem do zahraničí vč. doporučení optimální sestavy léků. Zapůjčování přístrojové techniky do domácího prostředí, či další výkony ve vyšší než hrazené frekvenci – preventivní prohlídky, výkony domácí ošetrovatelské péče atd.)

- široce související – zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči hrazenou z veř. zdrav. pojištění, se kterou souvisí poskytnutí dalších, již nehrazených služeb (např. při poukazu na lázeňskou péči jsou u příspěvkové lázeňské péče hrazeny pouze léčebné procedury a nikoli ubytování a strava. Přesto tyto služby nepochybně souvislost s péčí hrazenou z veř. zdrav. pojištění mají.)

Zdravotnické zařízení nemocničního typu nabízí např. přítomnost (včetně ubytování) rodinného příslušníka při hospitalizaci, či otce při a po porodu. Nepochybně i přítomnost této blízké osoby má pozitivní vliv na zdravotní stav (minimálně psychický) pacienta.

Se zdravotní péčí souvisí také vystavování

různých posudků a potvrzení na žádost a pro potřeby pacienta, které by nebylo možno vystavit bez poskytnutí péče hrazené – jsou vystavovány na základě vyšetření hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Je tedy zřejmé, že souvislost různého typu intenzity mezi péčí hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a zdravotní péčí nehrazenou nepochybně existuje.

**Pokládáme za porušení práv uvedených v úvodu tohoto materiálu – tj. čl. 26 a 31 LZPS situaci, kdy občan – pojištěnec prakticky nemá právo rozhodovat o způsobu, kterým bude pečovat o své zdraví, jen proto, že jím zvolený způsob není plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, ale s péčí hrazenou z tohoto pojištění souvisí, a kdy zdravotnické zařízení, pokud mu realizaci jeho ústavního práva dle jeho představ umožní – tj. poskytne občanovi – pojištěnci tuto zvolenou péči a přijme za ni úhradu – přestoupí zákon a vystavuje se tak sankci odebrání oprávnění ke své činnosti.**

*Mgr. Jakub Uher  
Sdružení praktických lékařů  
České republiky*

## II. Problematika oddělení ambulantního fondu

- Trvá trend navyšování úhrad segmentu nemocnic, předpoklad i 60% oproti 40% pro ambulance.

- Těžko lze předvídat dopady nedohod pro 1. Pololetí roku 2002.

- Požadavek na sjednocení DŘ o seznamu výkonů a o cenách v jedno se stanovením ceníku v korunách.

## III. Příprava tiskové konference

- Vydefinovány hlavní dva body

- a) Výzva Sdružení praktických lékařů ČR parlamentním politickým stranám: „Žádost o podporu podání k Ústavnímu soudu“ – MUDr. Jan Jelínek

- b) Návrhy systémových změn ve financování ambulantní zdravotní péče: MUDr. Jiří Pekárek



# Lékařská služba první pomoci (dále jen LSPP)

## materiál z jednání pracovní skupiny SPLDD ČR ze dne 9.10.2001

Tento materiál je pracovním materiálem SPLDD, který by měl sloužit jako podklad k řešení organizace LSPP, tj. její transformace z dnešního nevyhovujícího a kritizovaného stavu. Materiál byl vypracován pracovní skupinou ustavenou v rámci SPLDD ve složení MUDr. Neugebauer, MUDr. Soukup T., MUDr. Kudyn a MUDr. Roškotová. Členové pracovní skupiny předkládají tento materiál k odborné diskusi nejen pro členy SPLDD.

### ■ Definice LSPP:

Jedná se o pohotovostní ordinaci, ve které mohou být ošetřeni pacienti, u kterých došlo ke vzniku akutního onemocnění nebo zhoršení onemocnění již probíhajícího, a to v případech, kdy se nejedná o přímé ohrožení života (péči o tyto stavy jsou zajišťovány záchrannou službou) nebo u nichž lze důvodně předpokládat nutnost zahájení léčby v čase kratším, než je možná návštěva u příslušného ošetřujícího lékaře.

### ■ Základní rozdělení:

1. LSPP garantovaná státem
2. Péče o registrované klienty registrujícím praktickým lékařem, resp. praktickým lékařem pro děti a dorost

### ■ ad 1. LSPP garantovaná státem

#### a) garant:

■ stát (MZ ČR) ve formě státní veřejné zakázky stanovuje základní organizační a legislativní rámec vč. definovaného podílu na financování

■ státem garantována minimální síť a dostupnost, kvalifikace pro výkon, materiálové a technické vybavení, rozsah činnosti a minimální finanční ohodnocení za výkon této služby

#### b) organizátor:

■ za vlastní organizaci této služby při splnění ukazatelů z předchozího odstavce odpovídá krajská samospráva, resp. příslušný referát krajského úřadu

■ realizace předchozího nebrání organizování této služby případně místní samosprávou, nad rámec minimální sítě ale vždy nutný podíl na financování této služby

#### c) minimální síť:

■ vždy stanovená spádovost

■ dojezdová vzdálenost z kteréhokoliv místa spádové oblasti do jedné hodiny

■ jedna pohotovostní ordinace pro území do 100.000 obyvatel (odpovídá přibližně dnešním okresům)

#### d) časový rozsah:

- všední den: 18,00 hod – 06,00 hod
- sobota, neděle, svátek:

07,00 hod – 18,00 hod

a 19,00 hod – 06,00 hod

■ určené hodinové přestávky slouží pro bezproblémovou výměnu službukonajícího personálu, péče v tuto dobu o stavy bezprostředně ohrožující život zajišťuje záchranná služba, vše ostatní odkladné s lhůtou nepřesahující maximální dojezdovou vzdálenost

#### e) odbornost lékařů:

■ preferované vždy na daném území rozdělení na pohotovostní ordinaci pro děti (atestovaný pediatr – odbornost 002 ev. 301) a pohotovostní ordinaci pro dospělé (odbornost 001 ev. 101)

■ variantně dle místní specifiky pod odborností 003 možné odbornosti předchozí + odbornosti vyjmenované ČLK příp. v Metodickém pokynu MZ ČR

#### f) místo provozování:

■ nemocnice – upřednostněná varianta vzhledem k možnosti využití komplementu a konziliárních služeb

■ součást příjmové ambulance, resp. příslušné lůžkové zařízení (dětské, interna), resp. samostatné ordinace v rámci objektu nemocnice

■ střediska záchranné služby – zde jednoznačné oddělení především organizační od výjezdových posádek záchranné služby, nutno oddělit kompetence

■ jiný subjekt – poliklinické zařízení, konkrétní ordinace apod.

#### g) technické zajištění:

■ personální – lékař v rámci obchodní smlouvy nebo pracovněprávní vztah (možnost rozdílného finančního ohodnocení, nutné vyjasnění pojištění – zdravotní sestra vždy v pracovněprávním vztahu k provozovateli, ten zodpovídá za zajištění – dopravní zdravotní službu zajišťuje provozovatel

■ materiální, technické a léčiva (příp. PZT) – zodpovídá provozovatel

#### h) rozsah činnosti:

■ oddělené ordinace pro děti a dospělé v rozsahu činnosti odbornosti 001 resp. 002

■ pro odbornost 003 rozsah odpovídá rozsahu odborností 001 a 002

■ rozhodně nelze směřovat s odborností

urgentní medicíny – odbornost 709

■ ordinace výhradně nevyjezdí – zaručuje vždy dosažitelnost lékaře, stavy urgentní s nutností výjezdu řeší záchranná služba

#### i) kontaktní zajištění:

■ vždy jeden kvalifikovaný centrální dispečink na určenou spádovou oblast

### ■ ad 2. Péče o registrované klienty registrujícím praktickým lékařem, resp. praktickým lékařem pro děti a dorost:

#### a) garant:

■ tato péče je čistě dobrovolná a závisí na aktivitě jednotlivých praktických lékařů a případně zájmu registrované klientely, může být i součástí „balíčku“ placené individuální služby

#### b) organizátor:

■ konkrétní praktický lékař nebo lékaři v dané lokalitě

#### c) minimální síť:

■ dána registrovanou klientelou

#### d) časový rozsah:

■ „sedmidenní péče“

#### e) odbornost lékařů:

■ 002 (smluvně možno zaměstnat lékaře odbornosti 301), obdobně 001 resp. 101

■ možnost „delegované péče“ u skupinově organizované péče

#### f) místo provozování:

■ ordinace lékařů provozujících tento typ péče

#### g) technické zajištění:

■ personální, materiální a technické vybavení dáno výbavou konkrétní ordinace praktického lékaře

#### h) rozsah činnosti:

■ v rámci kompetence odbornosti 002 resp. 001

#### i) kontaktní zajištění:

■ za využití „mobil servisu“, s výhodou využití placené služby přes mobilní telefon

Zpracoval:

MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda SPLDD ČR



# Usnesení X. Konference SPLDD ČR v Brně dne 10.11.2001

Na konferenci přítomno 201 členů, z toho s mandátem 159, konference je usnášepischnopná.

## Konference bere na vědomí:

- zprávu o činnosti, přednesenou Předsedou Sdružení dr. Neugebauerem
- zprávu o hospodaření, přednesenou pokladníkem Sdružení dr. Dvořákovou
- zprávu Revizní komise, přednesenou jejím předsedou dr. Dufkou

● ● ●

## Konference schvaluje:

- dodatečný rozpočet centra pro rok 2001
- finanční a revizní řád Sdružení ve znění, která jsou přílohou tohoto usnesení (s výjimkou Směrnic, které budou projednány a přijaty předsednictvem Sdružení)
- rozpočet centra SPLDD pro rok 2002 – zvýšení členských příspěvků na 1.500,- korun za rok

● ● ●

## Konference ukládá Předsednictvu Sdružení:

- projednat a přijmout Směrnice Finančního řádu do konce r. 2001 – přijmout opatření, která:

- 1) zajistí aby internetové stránky Sdružení byly provozovány na vlastní doměně,
- 2) zajistí, aby příjmy z provozu internetových stránek plynuly do pokladny Sdružení

● ● ●

## Konference ukládá Výboru Sdružení:

- dokončit cenová jednání o proplacení očkování podle nového schématu, tak aby bylo možné vykázat všechna provedená očkování pojišťovně do konce tohoto roku.
- vést dialog spolu s koaličními partnery o systémových změnách, vedoucích ke zlepšení ekonomické situace poskytovatelů ambulanci zdravotní péče (oddělení fondů)
- aby společně s OSPDL pracoval na vytvoření a legislativním zakotvení činnosti PLDD jako základního atestačního oboru.

● ● ●

## Konference žádá Výbor a Předsednictvo Sdružení:

- o maximální podporu činnosti analytických komisí a snahy o aktualizaci registračních listů
- o dopracování koncepce LSPP, Katalogu PIS a projektu předávání praxí v souladu

s předloženými materiály.

● ● ●

**Konference vyzývá členy Sdružení,** aby neposkytovali své služby za dumpingové ceny.

● ● ●

**Konference ukládá pracovní skupině** pro analýzu systému bonifikací a uplatňování regulačních mechanismů pokračovat v činnosti s cílem zprůhlednit a prověřit data předkládaná zdravotními pojišťovnami a pravidelně zveřejňovat výsledky. Výsledkem jednání by mělo být důstojné financování lékařské praxe, zahrnující pokrytí nákladů, modernizaci praxe i přiměřený zisk.

● ● ●

**Konference konstatuje výrazné zlepšení** a zefektivnění činnosti Sdružení v uplynulém období a vyjadřuje poděkování členům Předsednictva a Výboru Sdružení ze její realizaci.

Zapsal:

MUDr. Jiří Soukup



## Praktičtí dětské lékaři mají nový web.

Provoz nové webové aplikace Dětský lékař zahájilo Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP. Projekt vytvořila společnost Pears Health Cyber a je podporován z edukačního grantu společnosti GlaxoSmithKline. K dispozici jsou kromě aktuálních informací i všechna čísla našeho časopisu VOX PEDIATRIAE. Je možnost vyhledávání v lékové databázi AISLP. Aktuální odpovědi na Vaše dotazy prostřednictvím diskusního fóra nebo poradny budou vystaveny na webu.

**Naše adresa je: [www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz)**





# Výroční zpráva o činnosti SPLDD ČR

## předložená na konferenci dne 10.11.2001

Vážené kolegyně a kolegové,  
na konci května loňského roku jsme se naposledy sešli na naší republikové konferenci. Kdo jste byl přítomen, jistě si vzpomenete na celodenní nelehké jednání, ve kterém šlo především o vyjasnění si další cesty našeho Sdružení. Do naší činnosti se postupně začaly vkrádat prvky, které místo sjednocování začaly naše členy postupně stavět proti sobě. Možná je příliš brzo na podrobnou analýzu všech skutečností, které k tomuto faktu vedly, ale tuto bitvu jsme si do téměř nočních hodin vybojovali, abychom nakonec přijali novou koncepci vedení resp. řízení naší organizace. Díky tehdy přítomným členům naší organizace jsme dokázali najít pomyslné světlo na konci tunelu, resp. zazněl silný signál, že tato naše organizace je životaschopná, že dokážeme řešit i nepřijemné věci a že se snad i umíme poučit z některých omylů a nedostatků naší činnosti.

O tom, zda se nám to povedlo či nikoliv, o tom bude i má zpráva a o tom by měla být i tato naše konference. Je na Vás, abyste posoudili, zda Vámi



volení zástupci dělají čest této organizaci a zda si zasluhují i nadále Vaši podporu. Pokusím se ve svém vystoupení shrnout pro Vás naše nejdůležitější aktivity a pokusím se Vám i objasnit svůj pohled na celkovou činnost Sdružení. Je mi

velkou ctí, že jsem před oním více než rokem dostal od delegátů konference opět mandát stát v čele této organizace, organizace, která reprezentuje jednu z nejvýznamnějších profesních skupin lékařů; lékařů, kteří možná jsou svým počtem v systému jen kapkou, ale lékařů, kteří svou činností mohou ovlivnit zdraví příštích generací. Škoda jen, že se nám o této skutečnosti nepodařilo plně přesvědčit naše partnery při jednáních na všech úrovních.

V následujícím přehledu se Vám pokusím ve stručnosti předložit výčet našich aktivit a výčet nejdůležitějších událostí za období od poslední celostátní konference. Bude to občas i zamyšlení a bilance naší činnosti s ohledem na určité jubileum, které v letošním roce slavíme. Je to totiž již přibližně deset let, co se sešla parta nadšenců aby položili pomyslný základní kámen organizace, která si za oněch deset let vydobyla určité postavení, postavení takové, že se její členové již pravidelně účastní rozhodujících jednání, která předurčují další běh v našem zdravotnictví. Domnívám se, že můžeme s určitou hrdostí prohlásit, že se těchto jednání účastní často i aktivně a že je o jejich činnosti i slyšet, ale toto hodnocení je i na Vás.

Jen co se nově zvolené užší vedení Sdružení, resp. členové výkonného orgánu Sdružení, tzv. Výkonného výboru, rozkoukali, již stáli před prvními průběžnými kameny. Bylo zahájeno cenové jednání, resp. tzv. dohodovací řízení o cenách, které již v této době nastoupilo jednoznačný trend zvyšování lůžkové péče na úkor péče ambulantní. Všeobecná zdravotní pojišťovna přes odpor obou sdružení praktických lékařů spustila ve vybraných

okresech experiment vykazování signálního kódu tzv. průchodu pacienta ordinací a ČLK přechází do ofenzivy v postojích k činnosti obou profesních sdružení praktiků.

Do dohodovacího řízení o cenách pro 1. pololetí roku 2001 jsme vstupovali s myšlenkou již provždy opustit systém izolovaných regulací a u všech pojišťoven přejít na hodnocení praxí na základě rozboru nákladovosti vztažených na jednotlivá rodná čísla registrovaných pojištěnců. To se také víceméně podařilo, izolované regulace však, byť v redukováném počtu zůstaly.

Boj proti postoji ministerstva zdravotnictví ve smyslu finančního zvýhodnění lůžkové péče připomínal spíše boj s větrnými mlýny, systémové neřešení předimenzované sítě nemocnic ani jinak končit nemohlo, neboť platy zdravotníků v nemocnicích již byly neudržitelné, jejich navyšování tak je realizováno výhradně ze systému všeobecného zdravotního pojištění. Na druhou stranu boj s experimentem o signálním kódu prohráváme i vlastní vinou. Obava našich členů z možného postihu ze strany OP VZP vítězí a více než polovina lékařů podepisuje příslušný dodatek. Úvodní boj tedy prohráváme, ale celou bitvu nevzdáváme. Hrozba signálního kódu byla nakonec zažehnána, i když pojišťovna se jen tak nevzdala a dodnes se táhne soudní spor, kdy ředitel jedné OP VZP podal na mě soudní žalobu za urážku na cti. Zavedení signálního kódu považujeme za popření základního principu kapitace, tj. principu, kdy je lékař hrazen paušální částkou za registrovaného pacienta a ne částkou za každý kontakt s pacientem. O možných důsledcích plánované kombinace obou metod, tedy paušálu i monitorování průchodu pacienta ordinací, se tedy můžeme naštěstí dnes jen dohadovat. Jak však známe postupy VZP, resp. některých jejich okresních poboček, jistě by nám přibýlo mnoho vrásek.

Co říci o vztahu ČLK a naší profesní organizace? Není jistě dobře, pokud je tento vztah spíše bojovný, tj. stav, kdy jedna strana obviňuje stranu druhou z nekalých úmyslů, či se snaží jedna strana druhé dokázat, kdo je chytřejší, v horším případě kdo je víc. Tento boj rozhodně jen oslabuje celkovou pozici lékařského stavu a neprospívá ani jedné ze stran. Možná to chce jen trochu více umění naslouchat druhé straně a možná je to i o uznání svébytnosti strany druhé. Je sice chvályhodné, když má prezident lékařské komory vysoké ambice, ale to neznamená, že každý, kdo má jiný názor je nepřítel. ČLK má své nezastupitelné místo v dohledu nad odborností a etikou lékařské praxe, ale zcela přirozeně nemůže znát do hloubky problematiku všech sfér činnosti všech svých členů. Na straně jedné dominuje problematika zaměstnaneckého vztahu, na straně druhé jde naopak o vztah zaměstnavatelský, resp. podnikatelský. Jsou to vztahy natolik rozdílné, že vyhovět oběma stranám je často nemožné. Že by však obě strany potřebovaly určitého rozhodčího, který by odpískal „unfair“ zákrok, to je jistě pravda.

Pro ilustraci uvedu příklad. Proběhlo jednání svolané prezidentem ČLK MUDr. Davidem Rathem, které si kladlo za cíl koordinovat postup na cenových jednáních. Pokusili jsme se vysvětlit všem zúčastněným alespoň rámcově, o co nám v cenových jednáních jde, co je to bonifikační systém či systém výpočtu individuální výše kapitace a požádali jsme všechny účastníky jednání, jak se ukázalo později marně, aby se zdrželi kritizování naší strategie, pokud námi navržený systém úhrady nechápu, nebo se s ním seznámili nedostatečně.



Situaci v ČLK již psychicky nezvládali zástupci SPL dr. Michal Polák a dr. Jan Jelínek a tak oba požádali o uvolnění z funkcí v Předsednictvu. O některých aktivitách ČLK se ale ještě zmíním.

Druhá polovina roku 2000 také znamenala konec existenčních nejistot ve smyslu délky smluvního vztahu s pojišťovnou. Letní měsíce tohoto roku byly ve znamení prodlužování smluv na 5 let bez toho, aby se konala plošná výběrová řízení. Podařilo se nám uzavřít s VZP dohodu na centrální úrovni, která prakticky zamezila snahu o experimenty na jednotlivých okresech, i když ani toto nebyla stoprocentní pravda, jak se později ukázalo, ale byly to tentokrát jen ojedinělé případy.

Co se nám však nedaří při jednáních s VZP, to je problematika nepravdělné péče a zástupů. Zástupci VZP se stále domnívají, že naší snahou je si tímto druhem péče přivydělávat, že si záměrně tzv. vyměňujeme za tímto účelem pacienty, že to vede k omezování činnosti a dostupnosti péče o jejich klienty atd. atd. Marně se snažíme argumentovat, že přijatý regulační mechanismus paradoxně poškozuje ty lékaře, kteří tyto pacienty ošetřují, nikoliv ty, kteří možná i záměrně svůj pobyt v ordinaci krátí. Předložili jsme již řadu různých návrhů, nicméně dosud žádný nebyl ze strany VZP akceptován. Další kolo jednání na toto téma nás čeká v nejbližších dnech, proto doufejme, že cesta bonifikace, o které bude ještě řeč, je tou správnou cestou, která nám pomůže dořešit i tento problém. Nicméně zatím platí rozdílné výklady jednotlivých OP VZP, ačkoliv i VZP přiznává, že podíl plateb od pojišťoven za tento druh péče tvoří jen asi 2% celkových výdajů za zdravotní péči poskytované všemi praktickými lékaři.

Konec roku 2000 znamenal i pro nás zajímavou aktivitu ministerstva zdravotnictví. Parlamentem byl totiž projednáván návrh novely zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve které byl celkem překvapivě ministerstvem navržen i gate-keeping, i když hlavním motorem předložené novely byla skutečnost ukončení platnosti tohoto zákona. Navržená novela, stejně jako několik následujících však přijata v tomto znění nebyla, nakonec však Parlament schválil novelu jinou, která v podstatě řešila pouze platnost tohoto zákona a to tak, že tuto platnost prodloužila na dobu neurčitou.

Na podzim roku 2000 se také konal v Hradci Králové pediatrický kongres. Proč se o něm zmiňuji. Je to proto, že se, podle mého názoru, nesl ve znamení snahy o zahájení lepší komunikace mezi klinickými pediatry a praktickými dětskými lékaři. V celém průběhu bylo cítit, že i naši kliničtí kolegové si začali uvědomovat, že v péči o dítě hrají nezastupitelnou roli právě praktičtí lékaři pro děti a dorost. Možná to byl i jeden z prvních výraznějších signálů pro nastolení vzájemné komunikace, pro nastolení věcné diskuse se zástupci praktických dětských lékařů a já jsem tuto skutečnost vnímal i jako signál znamenající uznání legitimity zastupování praktických dětských lékařů jejich profesní organizací. Škoda, že této situace tehdy dostatečně nevyužili zástupci vedení naší Odborné společnosti, které na této akci nebylo příliš vidět.

Na podzim roku 2000 nově zvolený Výbor začal také intenzivně řešit problematiku našich tiskovin. Situace kolem tehdejšího VOX PEDIATRIAE a VOXu info se zdála neudržitelnou, a to i pro úzké a široké vazby na předchozího pokladníka Sdružení, dr. Hanu Taxovou. Smlouva na zajištění inzerce, tedy i základního finančního pokrytí byla uzavřena pouze do konce roku. I proto padlo rozhodnutí od základu změnit koncepci našich tiskovin a zvítězil názor na vytvoření profesního časopisu, který bude jednak informovat praktické dětské lékaře o našich základních aktivitách, bude ale i zároveň sloužit k prohlubování odborných znalostí a v neposlední řadě bude nabízet i servis legislativní. Po vytvoření této koncepce jsme se sami možná zalekli rozsahu a zvolené idey časopisu, zejména, když jsme diskutovali o jeho měsíčním vydávání, proto jsme zahájili jednání o jeho případ-

ném profesionálním vedení. Věděli jsme, že stávající časopis má problémy s naplněním obsahu a tak jsme se trochu i trápili, jestli jsme si neukousli příliš velké sousto.

Vše nakonec dopadlo jinak než jsme předpokládali. Ať už byly okolnosti jakékoliv, faktem zůstává, že jsme v polovině ledna stáli před problémem, jak vyřešit situaci, kdy jednání s profesionalizací vedení časopisu selhalo a spolupráce mezi Sdružením a odbornou společností se začala nápadně blížít nule. Nakonec jsme se rozhodli, že nezbyvá nic jiného, než vše uchopit do svých rukou a myšlenku nového časopisu uvést v život. Výsledek dnes již znáte a doufám že mi dáte za pravdu, že ten výsledek zase není tak špatný. V počátku nás pronásledovaly mnohé problémy, mezi které patřilo i obtížné hledání inzerentů, tedy zároveň i sponzorů časopisu, mnohé firmy z různých důvodů nestihly zaregistrovat změnu ve vedení našeho Sdružení a domnívali se, že i nadále přispívají do časopisu pro praktické dětské lékaře. Inzerce však končila v časopise jiném, který vznikl také až na přelomu roku 2000 a který si do vínku dal myšlenku pokračování způsobu předávání informací typu předchozího VOXu info.



Konec roku 2000 byl také obdobím intenzivních jednání s VZP na téma hodnocení stávajících regulací a možnosti změn od 1.1.2001, obdobím, kdy se intenzivně pracovalo nad možností zásadní změny pohledu této pojišťovny na hodnocení a ekonomické ohodnocení činnosti praktických lékařů. Jednání nakonec vyústila ve spuštění bonifikačního systému praktických lékařů, nicméně VZP se zároveň odmítá zbavit dosavadních izolovaných regulací. Nakonec přeci jen došlo k jejich určité redukci, pro registrované pojištěnce zůstala jen regulace léková a to jen v případě, že v celkových sledovaných nákladech konkrétní zdravotnické zařízení přesáhne 5% celostátního průměru a zároveň o příslušnou hodnotu přesáhne celostátní průměr na preskripci. Tehdy jsme ještě netušili, že jsme vytvořili absurdistan, kdy bonifikován může být lékař až do překročení celkových sledovaných nákladů do 10%, ale zároveň může být trestán za lékové překročení. Tak máme již dnes popsane případy, kdy pojišťovna jedním dopisem lékaři děkuje za ekonomizaci jeho činnosti a přiznává mu tak určitou výši bonifikace, aby tentýž lékař dostal vzápětí dopis, kde je mu sděleno, že mu byla vypočtena regulační srážka za překročení stanoveného lékového limitu, a že se tudíž z pohledu pojišťovny chová neekonomicky. Tato situace by však změnou parametrů již nastat od poloviny letošního roku neměla. O bonifikačním systémem se ještě dnes bude diskutovat, a to především v odpolední panelové diskusi se zástupci zdravotních pojišťoven.

Přelom roku 2000 a roku 2001 byl i obdobím, kdy dostal reálnou podobu projekt iZIP (= tzv. internetová zdravotnická informace pacienta). Jde o projekt, který si klade za cíl internetové zpracování a předávání informací o vyšetřeních a způsobu léčby pacienta. Kdo jste se zúčastnil regionálních konferencí nebo sněmu Sdružení již víte o tomto projektu více. Budeme se i nadále snažit Vás i prostřednictvím našeho časopisu seznamovat s dalším postupem a realizací tohoto projektu. Domnívám se, že se jedná o pozoruhodný projekt, který nemá ve světě obdoby, ale který by mohl přinést nové světlo do nepřehledného systému poskytování zdravotní péče.

Projekt iZIP však přinesl nový okruh problémů. Jsou vůbec naši členové schopní a umějí vůbec pracovat s internetem? Výsledek následného prů-



zkumu byl žalostný. Z výsledku bylo patrné, že je sice vysoké procento z nás, kdo se již naučil používat počítač, a je nás více než 2/3, ale 4/5 z tohoto počtu ho používá pouze jako nástroj k vyúčtování zdravotním pojišťovně. Pouze 1/3 z nás je schopna a má praktickou zkušenost s internetem. Přes to jsme se rozhodli podporovat tuto aktivitu a ať se nám to líbí nebo ne, internet se stává postupně moderním komunikačním prostředkem.

I proto jsme zahájili přípravné práce nad tvorbou našich webových stránek, což znamená na virtuální úrovni vytvořit informační a komunikační systém, který umožňuje kdykoliv se podívat a seznámit se s aktuálním stavem jednání, ale také může právě internet posloužit k předání informací o aktuálním problému a zároveň monitorovat reakci Vás na tento problém. Jsem rád, že Vám mohu oznámit, že v těchto dnech je dokončována reálná fáze vytvoření webových stránek Sdružení a ve velmi krátké době by se již měl stát samozřejmostí nový komunikační systém našeho Sdružení na adrese [www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz). Konec roku 2000 však přinesl i začátek vážné diskuse nad další koncepcí a osudu odbornosti praktického dětského lékaře. Jednak se v této době intenzivně jednalo nad koncepcí oboru pediatrie, jednak došlo ke změně ve vedení naší odborné společnosti, která vyvolala vážnou diskusi, zda jsme schopni sami svými silami, tj. silami lékařů pracujících v ambulancích pro děti a dorost dostatečně obhajovat tuto naši odbornost. Do čela naší odborné společnosti byl zvolen přednosta pediatrické kliniky, o jehož odborné erudici si nikdo snad ani nedovolil pochybovat, diskusi však vyvolala skutečnost, zda je správné, že v čele odborné společnosti praktických dětských lékařů stojí především klinický lékař. Situace byla navíc komplikována dost nešťastným způsobem volby, který byl následně výborem našeho Sdružení předán k prošetření revizní komisí ČLS JEP. Ta nakonec konstatovala oprávněnost podaného podnětu a volbu anulovala. I proto proběhly koncem jara letošního roku nové volby, které do čela naší odborné společnosti postavily místopředsdkyni našeho Sdružení, MUDr. Hanu Cabrnchovou.

I přesto nelze krátkou dobu činnosti docenta Nováka ve vedení naší odborné společnosti zcela anulovat. Jeho působení přineslo pro obě strany, nyní mám na mysli klinické pediatriy a praktické dětské lékaře, mnoho důležitých poznatků. Nám praktikům se více přiblížil náhled klinického pediatra na naši činnost a naopak, lékař s dlouholetou zkušeností s klinickou pediatrií snad více pochopil naše záměry a snahy týkající se budoucnosti postavení praktického dětského lékaře. Alespoň tak si já vysvětluji, že jsme dnes schopni se vážně společně bavit nad možnou koncepcí vzniku nového atestačního oboru praktický dětský lékař.

Přelom roku 2000 a 2001 také přinesl vznik koaličního uskupení organizací hájících zájmy ambulantních lékařů. Zástupci České stomatologické komory, Sdružení praktických lékařů, Sdružení smluvních lékařů zdravotních pojišťoven, Sdružení soukromých gynekologů a našeho Sdružení se shodli, že je třeba spojit své síly proti narůstajícímu upřednostňování lůžkové péče před péčí ambulantní. Shodli se na tom, že tento trend je zcela v rozporu s celosvětovým trendem a může vést k přímému ohrožení ambulantní složky a tedy i ohrožení činnosti všech nás zde přítomných. Toto koaliční uskupení si brzy vybojovalo poměrně silnou pozici, již několikrát byli jeho zástupci urgentně přijati i ministrem. O činnosti tohoto volného sdružení suverénních organizací jste pravidelně seznamováni v našem časopise, navíc budou zástupci zmíněných organizací i hosty našeho odpoledního jednání, takže se o některých aktivitách dozvíte přímo od nich. Snad jen na připomenutí, posledními aktivitami je důsledný dozor nad připravovanou legislativou, snaha fakticky oddělit ambulantní fond od fondu lůžkového a vytvoření ceníku lékařské činnosti v korunách po jednotlivých odbornostech na rozdíl od dnešního sazebníku s bodovými hodnotami.

Od začátku roku 2001 začala postupně sílit diskuse nad Lékařskou službou první pomoci. Jelikož bude tato problematika i předmětem odpolední diskuse, zmíním se jen krátce o nejdůležitějších meznících. Začátek roku přinesl v důsledku reformy státní správy výraznější obtíže s financováním této služby. Tak dochází mnohde za dramatických okolností k její redukci, aby bylo následně překvapivě zjištěno, že se nic podstatného v péči o občany nestalo. Na ministerstvu zdravotnictví proběhlo několik jednání, které se snad konečně jednoznačně vyjádřily k dvěma nejpálčivějším problémům. Za prvé, že není možné nikomu nařídít 24 hodinovou povinnost pečovat o své pacienty a že by LSPP neměla suplovat činnost středisek záchranné služby. Že to v praxi leckde neplatí je však věc jiná. Před prázdninami předložila také ČLK svou koncepci LSPP, ve které dominují 3 prvky. Za



prvé přenesení činnosti LSPP do nemocnic, za druhé zřízení konzultační telefonické služby zkušeným lékařem a za třetí zavedení tzv. „SOS lékářů“. Naše Sdružení vytvořilo za účelem vypracování našeho

stanoviska k tomuto problému svou pracovní skupinu a se současným výsledkem její činnosti budete seznámeni v odpolední panelové diskusi, kam také směřujte své případné dotazy či připomínky. Z pověření Předsednictva Sdružení bylo začátkem roku 2001 zahájeno jednání k ukončení smluvního vztahu mezi Sdružením a JUDr. Janem Machem, právníkem, který byl smluvně vázán pro činnost Sdružení. Některé kroky ČLK, zejména spojené s její licenční politikou, legislativní politikou, ale i některé postoje ČLK vůči profesním sdružením nás vedli k nutnosti přehodnotit účelnost tohoto smluvního vztahu s právníkem, který současně vykonává funkci vedoucího právního oddělení ČLK. Zároveň bylo zahájeno hledání nových možností na poli právního poradenství pro členy Sdružení. Spolupráce s JUDr. Janem Machem byla ukončena koncem června letošního roku. Bohužel se nám zatím nepodařilo smluvně zajistit právní poradenství s jiným právníkem, takže zatím řešíme právní problematiku ve spolupráci s právním oddělením Sdružení praktických lékařů pro dospělé, případně využíváme služeb vzájemné spolupráce v rámci již zmíněné koalice ambulantních lékařů. Začátek roku 2001 přinesl také bouřlivé diskuse na téma prodloužení splatnosti faktur. VZP využila euforické doby při prolongaci smluv na 5 let v létě loňského roku a do prolongačního dodatku zabudovala ustanovení, které ve svém důsledku umožnilo této pojišťovně jednostranné prodloužení splatnosti faktur v návaznosti na vydání vyhlášky o rámcových smlouvách. V tomto případě vyslala koalice ambulantních lékařů silný signál vůči VZP a důrazně její vedení upozornila, že takovýto způsob jednání nepatří mezi dobré mravy a svým rozhodným stanoviskem zvrátila snahy o individuální „lidovou tvořivost“ jednotlivých okresních poboček VZP, zejména ve vytváření různých splátkových režimů.

Začátek roku 2001 také přinesl založení jakési tradice společných schůzek zástupců organizací reprezentující celé spektrum péče o děti a dorost pod gescí náměstka ministra zdravotnictví dr. Maliny. Na první schůzce se tak u jednoho stolu sešli (bez titulů) Hrstková., členka vědecké rady MZ ČR, Šolc, předseda ČPS ČLS JEP, Novák, předseda OSPDL ČLS JEP, Hamanová, za dorostové lékařství, Schmeiberg za sociální pediatrii a já společně s T. Soukupem za Sdružení. Jednání se dále zúčastnila za MZ ČR Truellová z oddělení péče o matku a dítě a Březovský, ředitel odboru zdravotního péče. Předmětem jednání bylo vymezení možné vzájemné spo-



luprace, včetně vymezení ustavování komisí řešící problematiku pediatrie. Dále byla diskutována otázka koncepce oboru pediatrie, hovořilo se i o Zdravotním a očkovacím průkazu dítěte a v neposlední řadě se diskutovalo nad možnostmi přechodu i u náročnější léčby z nemocničního do domácího prostředí.

Začátek roku nás vedl i ke změně v přístupu k jednání s farmaceutickými firmami, které jsou pro nás důležitým zdrojem finanční podpory naší činnosti. Vymezili jsme si 3 základní okruhy našeho zájmu odpovídající i základní náplni naší činnosti. Tyto tři okruhy jsou farmakoterapie, výživa a očkování. Vytvořili jsme určitou koncepci partnerství odpovídající zmíněné náplni tak, aby výsledkem nebyla jen určitá finanční podpora, ale také vytvoření prostoru pro odbornou diskusi nad uvedenými činnostmi každého z nás.

Tak byla zahájena jednání, jejichž výsledkem bylo uzavření takového partnerského vztahu s firmou Léčiva, velkým českým farmaceutickým kolosem, dodávající na náš trh množství léků, které jsou běžně používány v našich ordinacích. Do praktické realizace této smlouvy spadá i v současnosti vrcholící práce nad vytvořením nového centra praktického lékařství, které by spojilo pod jednu střechu jednak profesní sdružení obou typů praktických lékařů a odborné společnosti reprezentující tytéž lékaře. Výsledkem by tedy měl být vznik nové moderní a funkční kanceláře Sdružení společné s naší odbornou společností umožňující vzájemnou úzkou spolupráci a propojování činnosti a zároveň umožňující důstojnou prezentaci naší činnosti. Pokud vše dopadne tak, jak je předjednáno od nového roku bychom se měli stěhovat do nových prostor, které by umožnily opustit budovu polikliniky v Klimentské, kde stále zápasíme především s parkovacími možnostmi a pražskou galerkou. Není již prakticky žádný člen vedení Sdružení, který by nepocítil činnost pražské galerie na svém vozidle.

Obdobně byla uzavřena partnerská smlouva s firmou Heinz, která by nám měla umožnit dostatečnou orientaci na poli výživy především v kojeneckém věku. Firma Heinz je firmou, která svým spektrem výrobků obsáhne prakticky veškeré možnosti umělé výživy používané v kojeneckém věku a její výrobky se těší značné oblibě praktických dětských lékařů. Přínos spolupráce s firmou Heinz je zatím nejlépe patrný v dodávání odborných článků na téma výživy do našeho časopisu a zajišťování odborných sdělení na našich akcích. I tato spolupráce se zatím slibně rozvíjí, i když jsme se v úvodu nevyvarovali určitých problémových kroků.

Co se nám ale zatím nepodařilo je zajistit obdobnou smlouvu zajišťující partnerství na poli očkování. Je pravdou, že tato naše aktivita začala v době, kdy všechny významné firmy zásobující náš trh očkovacími látkami věnovaly veškerou svou pozornost jednáním nad zaváděním nových typů očkování v souvislosti se změnou legislativy. Firma Smith Kline Beecham se již tradičně více orientuje na spolupráci s naší odbornou společností, navíc řešila slučováním s firmou Glaxo. Zdá se však, že na slibné cestě jsou jednání s firmou Aventis Pasteur. Ale nebudeme zatím předbíhat, vše je v začátcích a vše se může ještě změnit. Že je však očkování velmi podstatnou sférou naší činnosti svědčí i poslední měsíce, kdy změna očkovacího kalendáře, používání nových vakcín, ale i nedostatek nových vakcín způsobuje zvednutí hladin adrenalinu nejednomu z nás. Ale o očkování budeme ještě hovořit v našem odpoledním programu.

Co si však již nyní neodpustím, je postoj VZP k vykazování a proplácení souběhu očkování. VZP vyřešila problém po svém a ohodnotila naši činnost ve smyslu podání druhé vakcíny v jednom dni třemi body, což při převedení na Kč znamená 2,40, navíc nesmyslným zalimitováním možnosti použít vykazání souběhu očkování na jedno rodné číslo jedenkrát za život. Osobně pokládám tento postup VZP za urážku naší činnosti. O to více mne překvapilo, že část našich kolegů takovýto postup odsouhlasila a pode-

psala dodatky, kterými dobrovolně dehonestují svou činnost.

V souvislosti s jednáními o spolupráci s různými firmami bych se rád zmínil i o uzavření smlouvy o spolupráci s firmou Orion Diagnostica. Při řešení problematiky stálého úbytku počtu pacientů v našich ordinacích jsme se rozhodli jít cestou postupného zkvalitňování naší činnosti a rozšiřování našich diagnostických a léčebných kompetencí. Sem lze jednoznačně zařadit i používání rychlotestů v našich ordinacích. Je to právě firma Orion Diagnostica, která nabízí celou řadu takových testů. Tak jsme ve spolupráci s touto firmou vypracovali kalkulační list pro provádění vyšetření CRP v našich ordinacích a pracuje se na dalších, jako používání uri testů, strep testů, vyšetření mikroalbuminurie, či vyšetření na *Helicobaktera pylori*. Ani tento výčet není doufám konečný a bude předmětem našich dalších jednání.

Sféry našeho zájmu jsou samozřejmě širší. Jsem rád, že Vám dnes mohu zde oznámit, že jsem jménem Sdružení podepsal Rámcovou smlouvu s pojišťovnou Generali, která Vám umožní získat zajímavé pojišťovací produkty, resp. běžně známé produkty za zajímavých podmínek a za zajímavou cenu. Dnes zde máte možnost se blíže seznámit s nabídkou této pojišťovací společnosti. Na závěr dopoledního bloku, pokud zbude čas, Vám bude tento zajímavý produkt představen. Určitě se ale můžete obrátit na zástupce společnosti, který má svůj stánek v předšálí. Na Vašem zájmu pak bude záležet, jak se tato naše spolupráce bude nadále rozvíjet. Určitě si nenechte ujít možnost se s produkty pojišťovny Generali alespoň seznámit.

První polovina letošního roku se také nesla ve znamení projednávání textů Individuálních smluv v návaznosti na již zmíněnou Vyhlášku o Rámcových smlouvách. Jednání byla nesmírně obtížná, jen velmi pomalu se dařilo přesvědčit pojišťovny a opět se jednalo především o VZP, že smlouva má být aktem domluvy rovnoprávných stran. Jednání nakonec vyústila ve znění individuálních smluv, které se jen minimálně liší od textu Rámcové smlouvy dané vyhláškou.



První polovina letošního roku přinesla i zvýšenou legislativní aktivitu ministerstva zdravotnictví. I v rámci již zmíněné koalice ambulantních lékařů jsme museli čelit návrhům nových právních norem, které v jednu chvíli zakotvovaly praktické ukončení soukromého podnikání a nastolení jakéhosi „Národního zdravotního systému“. K dnešnímu datu nebyla zatím žádná ze zásadních legislativních norem přijata, ale k projednání Parlamentem již byly předloženy návrhy Zákona o zdravotní péči, Zákona o zdravotnickém zařízení a Zákona o odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, který by měl nahradit již přežitou v současnosti platnou vyhlášku. Předložené normy obsahují mnohá ustanovení, která jsou i námi pozitivně hodnocena, ale ve své podstatě nepřinášejí zásadní reformu současného systému.

V souvislosti s legislativními aktivitami se musím zmínit i o dvou dalších. Za prvé, byla již schválena novela staříčského zákona č.20/1996 Sb. o péči o zdraví lidu, která přináší jeden ze zlomů a to je možnost vést za určitých podmínek zdravotní dokumentaci v elektronické podobě, text novely jsme uveřejnili i v našem časopise, a druhá je právě schvalovaná novela zákona č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění která zakotvuje ustanovení o možnosti předávání informací mezi zdravotní pojišťovnou



a registrujícím praktickým lékařem. Bez tohoto zákonného ustanovení by bylo velmi obtížné nadále rozvíjet systémy komplexního hodnocení nákladovosti vztahované na rodné číslo registrovaného pojištěnce.

Dohodovací řízení o cenách zdravotní péče na II. pololetí roku 2001 potvrdilo trend k bonifikačním systémům s individualizací plateb praktickým lékařům při zachování nepodkročitelného minima, byla zvýšena spodní hranice hodnoty bodu na 0,80 Kč. I když ani v tomto období nedošlo v základních sazbách k výraznějšímu navýšení, byli jsme jednotlivými zdravotními pojišťovnami ubezpečováni, že slíbená navýšení deklarovaná v jejich zdravotně pojistných plánech budou promítnuta do individuálních plateb. V současné době si tento fakt snažíme objasnit i s VZP a pokud nás odpovědi neuspokojí jsme připraveni se obrátit i na její správní radu. Pro Vaši informaci, zdravotně pojistný plán VZP stanovuje pro letošní rok celkové navýšení plateb praktickým lékařům o 12%. Na to, že je listopad, jsem zvědav, kdy bude naplněn. Ale třeba budeme příjemně překvapeni a dostaneme hezký vánoční dárek.

Na jaře letošního roku jsme také intenzivně pracovali na vytvoření něčeho, co jsme pracovníci nazvali Katalog placených individuálních služeb. Výsledkem byl materiál, který jsme zveřejnili před prázdninami v našem časopise. Nebyla to však jen naše aktivita. Na vytvoření jakéhosi ceníku placených služeb pracovala a pracuje i ČLK. Nebudu v tuto chvíli tuto problematiku šířeji rozvádět, neboť bude předmětem jednoho z odpoledních diskusních bodů. Zde bych se zmínil snad jen o tom, že pojetí naše a pojetí ČLK se od sebe diametrálně liší a to především ve své základní filosofii, která obsahuje základní zámysl, co je těmito placenými službami myšleno. Ale nechme to tedy na dnešní odpoledně.



Před nedávnem byla ukončena cenová jednání na 1. pololetí příštího roku. Za naše Sdružení mohu prohlásit, že jsme byli tentokrát velmi blízko nedohodě. Odmítli jsme totiž nadále akceptovat snahu VZP zachovat individuální regulace a požadovali jsme minimální navýšení základních sazeb o 5%. Nakonec jsme pod tíhou dalších okolností k podpisu předběžné dohody přistoupili. Jaké byly ty další okolnosti? Především došlo k nedohodě v rozhodujících segmentech poskytovatelů zdravotní péče, tj. v segmentu nemocnic a v segmentu ambulantních specialistů. Co by pro nás tyto nedohody mohly znamenat? Především snahu přidat všem stejně, resp. řešit přidání limitovaně, což by mohlo znamenat i konec individuální výše kapítace či konec bonifikačního systému tak, jak ho uplatňuje VZP a v našem případě by se vycházelo z oněch minimálních sazeb uvedených v předchozích rozhodnutích o cenách.

Když jsme propočítali dopad navrženého navýšení plateb, a možný dopad regulačních opatření, došli jsme k následujícím číslům pro nejhorší verzi. Navýšení základních sazeb znamená pro každé zdravotnické zařízení průměrný nárůst příjmu za pololetí kolem 25ti tisíc a možný dopad regulací kolem 10ti tisíc, při výpočtu jsme vycházeli z podkladů dodaných VZP. Jednoduchým matematickým úkonem jsme tak dospěli k závěru, že každé zdravotnické zařízení praktického lékaře by si mělo v následujícím roce finančně polepšit. Navíc nepokládáme za uzavřené jednání nad možností neuplatnění individuálních regulací, neboť navržená dohoda toto uplatnění nepřikazuje.

Posledním problémem, který jsme řešili, byl problém navyšování režii v sazebníku výkonů. SSL ZP ČR a následně i ČLK předložili dohodovacímu

jednání k sazebníku výkonů návrh na plošné navýšení režií u všech odborností v seznamu výkonů uvedených s odůvodněním, že tyto režie nebyly již téměř 5 let navyšovány, ačkoliv náklady samozřejmě každoročně stoupají. Jednání o této problematice přinesla opět hodně emotivna, o čemž jste se mohli dočíst jak ve zdravotnickém tisku, tak i v našem časopise. Nás poněkud zaskočila informace, že s navýšením režií se nepočítá v návrhu ČLK u praktických lékařů, neboť ti mají svou kapitační platbu, alespoň tak zněla zpráva ČTK, kde byl uveřejněn rozhovor s prezidentem ČLK. Dr. Rath by se měl zúčastnit našeho odpoledního jednání a tak i tam by mohlo být toto objasněno a diskutováno. Je ještě mnoho dalších aktivit, o kterých by se možná slušelo dnes pohovořit, ale to bychom zde mohli být i několik dní. Ano, tak široký je záběr naší činnosti. Vždyť například problém omluvenek stále hýbe situací v mnoha okresech, ale tomuto problému jsme již věnovali dost času na jiných akcích našeho Sdružení a podrobné informace byly zveřejněny i v našem časopise.

Milé kolegyně a milí kolegové,

doufám, že jsem Vás zatím moc neunavil výčtem některých našich aktivit a věřte, že se jedná opravdu jen o výčet, bylo by i množství dalších témat, o kterých by se dalo hovořit a která odrážejí široké pole našich aktivit, ale pro tento účel jsem je již neuvedl. Pokud budete pozorně číst náš časopis, a věřím, že ho i pozorně čtete, dozvíte se na jeho stránkách o těchto aktivitách více. Předpokládám, že i přes Vaše volené zástupce v regionech jste v tomto smyslu informováni. A právě o vlastní činnosti našeho sdružení a jeho orgánů bych se rád nyní také zmínil.

Zdá se, že vytvoření jakéhosi akčního orgánu, a promiňte mi prosím to označení „akční“, se ukázalo jako krok správným směrem. Jsme v užším kruhu pěti lidí více schopni řešit naléhavé situace, snadněji se scházíme a jsme schopni rychleji reagovat. Narážíme však na strop svých možností. Možná se to mnohým z Vás nezdá, ale množství aktivit, do kterých jsme zapojeni již přesahuje únosnou mez. Není prakticky dne, kdy by nebylo potřeba řešit nějaký problém. Jaká máme možná východiska? Buď se podřídíme tomuto pomyslnému stropu, tj. s vypětím budeme i nadále naplňovat zhruba dnešní penzum činnosti, což je již dnes jen velmi obtížně proveditelné, zejména s ohledem i na současné vedení svých praxí, nebo půjdeme cestou jakési profesionalizace. Co je tím myšleno? Jde především o vytvoření prostoru pro činnost ve Sdružení. Jak by k tomu mělo dojít? Především je to zajištění řádného chodu své ordinace ve smyslu jejího personálního obsazení kolegou, jehož hlavním motivem nebude mi pacienty přebrat, ale o tyto pacienty se postarat. To sebou nese samozřejmě i určitou ekonomiku. Bylo by jistě podivné, když při všech našich jednáních prosazujeme náležitě ekonomické ohodnocení naší odborné práce a přitom se tvářit, že se toto ohodnocení netýká naší činnosti ve smyslu zastupování Vás všech na jednáních na všech stupních. Byl bych velmi rád, aby jste k těmto skutečnostem přihlédl při posuzování návrhu na Finanční řád našeho Sdružení a návrh rozpočtu, což je také součástí našeho dopoledního programu.

Rád bych se tedy ohlédl na činnost některých jednotlivců ve vedení našeho Sdružení tak, jak jsem tuto činnost vnímal já.

Konference koncem května loňského roku potvrdila ve funkci ve vedení Sdružení také kolegyni Hanku dnes již Cabrnocovou. Proč říkám dnes již, jistě si jí všichni dobře pamatujete pod příjmením Váchalová, ale v průběhu prvního roku jejího nového zvolení do vedení Sdružení uzavřela manželský sňatek s kolegou Cabrnocem, nám snad dobře známým poslancem našeho Parlamentu a častým hostem našich jednání. Pouze na krátkou chvíli přerušila svou činnost a to v důsledku plnění svých mateřských povinností, jinak po většinu doby se aktivně zapojovala do naší činnosti. Je to právě ona, která stojí za většinou našich ekonomických kalkulací. Je to ona, která se výraznou měrou podílela a podílí na tvorbě a úpravě systémů



ohodnocování činnosti našich ordinací v cenových jednáních, podílí se jakési kultivaci systému hodnocení a je činná v komisi, která uděluje statut „Malé praxe“. Nelze zde nezpomenout ani fakt, že na přelomu května a června letošního roku byla zvolena zároveň do čela naší odborné společnosti, od čehož si slibujeme snad i Vámi užší propojení činnosti mezi našim Sdružením a společností, kterou v současnosti reprezentuje. Tento trend bych rád i z tohoto místa potvrdil a věřím, že nastoupená cesta pomůže nám všem, a to především v důsledném a jednoznačném zakončení naší činnosti v systému poskytování zdravotní péče. Dovoluji si zde z tohoto místa poděkovat jí za dosavadní činnost s vírou, že velký záprah společně s plněním svých mateřských povinností zvládne a že vydrží ve své dosavadní aktivitě.

Dalším zástupcem něžného pohlaví byla do výboru našeho sdružení zvolena dr. Jiřina Dvořáková. Neúnavný kritik předchozího vedení financí našeho Sdružení se plně položil do práce nad vyjasněním a zpřesněním vedení ekonomiky našeho Sdružení. Především její zásluhou vznikl a byl dopracován Finanční řád, který bude předkládán tomuto shromáždění, stejně jako se zasadila o postupný přechod na striktní rozpočtování veškeré naší činnosti. A to problematika financí je vždy problematická a velmi delikátní. Koneckonců o tom se možná i dnes přesvědčíme. Je třeba připomenout, že se kolegyně Dvořáková výraznou měrou zasloužila i o rozjezd a další fungování současné podoby našeho časopisu a stala se i aktivní členkou jeho redakční rady. Dovolte mi, abych i jí poděkoval za její dosavadní činnost a věřím, že ji starost o finance našeho Sdružení jednou nepřivede do určité specifické ordinace ambulantního specialisty.

Do čela Sdružení byl předchozí konferencí opět zvolen všem dobře známý dr. Milan Kudyn. Od počátku se aktivně zapojil do celé řady problematik, jeho účast na jednáních byla ale často limitována právě možnostmi zajištění chodu ordinace. Nicméně má Iví podíl na podobě současného našeho časopisu VOX PEDIATRIAE, byl pověřen vedením jeho redakční rady. Především jeho zásluhou dnes na redakční radě řešíme spíše problém, jaké příspěvky zařadit, než co vlastně budeme otiskovat. Nelze se nezmínit i o jeho aktivitě ve vytváření naší podoby koncepce lékařské služby první pomoci. Nemalou měrou se podílel na přípravě již zmíněného Katalogu placených individuálních služeb. Jsem rád, že tu dnes může být odprezentován projekt nazvaný pracovní „generační výměny lékařů“. Byl to právě dr. Kudyn, který si vzal tuto problematiku za vlastní a výsledkem je jasná koncepce ve spolupráci s ČSOB. Jsem rád, že ve vedení Sdružení jsou taková lidé, jako právě kolega Kudyn, byt' mě občas svými dotěrnými dotazy a poznámkami přivádí až k šílenství (samozřejmě přeháním), ale jenom přítomnost takového „šťouralů“ ve vedení určité společnosti může být i určitou zárukou, že činnost nesklouzne někdy tam, kde by snad mohl být upřednostňován i vlastní prospěch před prospěchem ostatních a za tuto činnost bych mu rád i poděkoval.



Posledním místopředsedou a zároveň i členem výboru sdružení se stal dr. Tomáš Soukup. I on se hned od počátku aktivně zapojil do činnosti spojené s touto funkcí. Jeho účast na jednáních byla a je limitována vzdáleností jeho bydliště od našeho centra. I přesto se účastnil mnoha jednání především nad koncepcí našeho oboru, resp. oboru pediatrie. Za předcho-

zího vedení naší odborné společnosti byl pověřen vzájemným předáváním informací. I když byla někdy tato jeho činnost předmětem různých diskusí, vůbec jsem mu tuto roli nezáviděl a věřte, že nebyla jednoduchá. Dnes si již ani neumím představit činnost našeho Sdružení bez jeho mnohdy velmi podrobných a velmi účinných kritik předkládaných právních norem, ale je to právě kolega Soukup, který se stále snaží pozvednout roli a úlohu praktického dětského lékaře v našem systému zdravotnictví. Byl to i on, kdo inicioval rozvoj i našich mezinárodních aktivit, pro které je i dobře jazykově vybaven. Věřím, že i jemu jeho úsilí vydrží a rád bych tedy i jemu za jeho dosavadní činnost poděkoval.

Dovolil jsem si alespoň krátce zhodnotit práci svých nejbližších spolupracovníků. Chtěl bych ale poděkovat všem, kdo jsou ochotni dělat něco více pro druhé, těm, kteří si uvědomují, že nežijí v uzavřeném světě a že práce ve prospěch celku se nakonec promítne i do uspokojení nad prací vlastní.

Chtěl bych poděkovat všem regionálním zástupcům našeho Sdružení, jmenovitě dr. Vitoušové, dr. Halaškové, dr. Šrůtkové, dr. Pečenkové, dr. Hülleové, ale i dr. Pukovcovi a dr. Bočinskému za jejich přínos pro práci Sdružení, poděkování patří ale i všem ostatním členům regionálních výborů a všem okresním zástupcům za to, že dnes již i v mnohých okresech vědí, že tu naše Sdružení existuje a že to s námi při mnohých jednáních nemusí mít jednoduché.

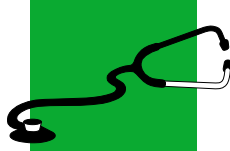
Jistě není zatím vše optimální, ne vždy je komunikace mezi námi na takové úrovni, jak bychom si třeba i přáli, i nám se stalo, že jsme museli odložit jednání Předsednictva, protože jsme se nesešli v potřebném množství, ale ono je to i o odpovědnosti, kterou na sebe beru, pokud se nechám zvolit do určité funkce. Je na Vás, aby jste posoudili, zda jsme si opravdu Vaši důvěru zasloužili, stejně jako na regionálních konferencích budete hodnotit činnost regionálně volených zástupců. Věřte, že jednání, která mnohdy tito zástupci i za Vás absolvují, nejsou jednoduchá, stojí za nimi mnoho práce, přípravy, zpracování materiálů. Jsou to někdy nekonečné hodiny, kdy je třeba si dobře připravit argumentaci, neboť protistrana nám na žádném jednání nedá nic zadarmo. Trochu mne mrzí, když je pak výsledek vnímán jako jakási samozřejmost, často i slyším, že to třeba šlo dohodnout i lépe. Ono ne vždy je skutečně výsledek takový, jaký bychom si přáli, tak to holt musíme zkoušet znovu a znovu. Často si připadáme jako onen Sisyfos, který před sebou valil balvan a on se vždy skutálel v ten nevhodnější okamžik o kousek zpět.

Proto mějte i Vy s námi občas trpělivost, vězte, že i my bychom si přáli často jiný výsledek, ale on bývá často výsledkem mnohých kompromisů, bez kterých bychom mnoho věcí neposunuli i pouze o ten pomyslný krůček kupředu.

Myslím, že jsem hovořil již dlouho a že je třeba předat slovo také dalším, takže Vám přeji příjemný den a věřím ve zdárný průběh dnešního jednání.

Děkuji Vám za pozornost.

MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda SPLDD ČR



# Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 10.10. 2001

**1) Doporučené diagnostické a léčebné postupy zveřejní řešitelský tým ČLS JEP grantu interní grantové agentury MZ ČR č. NO/5390-3 na WWW stránkách od 22. 10. 01 adresa: [www.cls.cz](http://www.cls.cz)**

**Informace také v článku Doporučené diagnostické a léčebné postupy pro praktické lékaře v Praktickém lékaři 81, 2001, č. 2.**

2) Sekce Dětské gastroenterologie při ČPS plánuje setkání dětských gastroenterologů na březen 2002 v Praze. Výbor OSPDL bude pozván k účasti, informace bude o novinkách z oboru se zaměřením na oblast primární péče.

3) Sekretářka OSPDL bude mít k dispozici adresář členů v elektronické podobě. Bude třeba připravit v regionální struktuře pro kontrolu členství v OSPDL pro regionální akce.

4) Předsedkyně revizní komise MUDr. Kolářová a člen výboru MUDr. Hanousek vznesli požadavek na vybavení faxovým přístrojem – odsouhlaseno.

5) Pokračují jednání o pronájmu nových prostor pro kancelář OSPDL, SPLDD s firmou Léčiva a.s..

6) MUDr. Cabrnchová informovala o založení Nadačního fondu PRAKTIK Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Má sloužit k podpoře výzkumu v primární péči k zvýšení kvality péče. Informace byla zveřejněna ve Zdravotnických novinách číslo 41/ročník 50, které vyšlo 12. 10. 2001.

7) OSPDL projevila zájem na účasti v projektu Společnosti všeobecného lékařství – Regionálních center primární péče. Vhodné by bylo, aby na regionu byl zástupce odbor-

nosti (OSPDL) a zástupce řešící problematiku profesní (SPLDD).

Vedoucí odboru péče o dítě MUDr. Truellová informovala MUDr. Cabrnchovou o záměru MZ na vytvoření sítě regionálních (krajových) konzultantů, kteří by spolupracovali v regionech se státní správou. OSPDL se domnívá, že lze nabídnout právě projekt Regionálních center. Další informace po jednání na MZČR dne 5.11.2001.

8) MUDr. Seifertová předložila návrh curricula pro školitele PLDD, který by měl být diskutován s členy katedry pediatrie IPVZ a přednesen na ČLK pro sjednocení představ pro akreditaci praxe. Bude projednáno na příštím jednání výboru.

9) Členské příspěvky ČLS JEP: výbor nepovažuje za potřebné změnit výši členských příspěvků na r. 2002.

10) OSPDL spolupracuje s prim. V. Jindrákem na preskripční studii ATB v našich praxích. Je nutné zajistit finanční náklady pro administrativní zajištění. Metodická a informační schůzka pro účastníky studie proběhne 20. 10. 01 v Praze 4 – posluchárna IKEm. Výbor OSPDL odsouhlasil finanční zajištění této akce a podílení se na distribuci dotazníkového materiálu.

11) Účastníci 12. kongresu Společnosti ambulantních evropských pediatrů v září v Ženevě (Seifertová, Hanousek) připraví zprávu pro výbor.

12) Očkování Tetract a Engerix se potýká s nedostatkem vakcín. MUDr. Cabrnchová jednala s firmou Aventis – firma dodala včas požadované množství vakcín, chyba byla pravděpodobně v objednávce a v distribuci.

Firma GSK v současnosti rozesílá vysvětlující dopis. Opět diskutovány na výboru průvodní jevy při očkování. Sbíráme informace z terénu, infiltráty v podkoží po Tetract jsou spíše mechanického původu a místem vpichu (jehla je kratší, je nutno aplikovat přímo do svalu – nedělat kožní řasu). Podrobnosti k aplikaci rozesílá firma Aventis.

13) Diskutována problematika zdravotního a očkovacího průkazu, poslední jednání proběhlo v dubnu 2001, MUDr. Hanousek posílal ještě v květnu připomínky, dále není nic nového. MUDr. Cabrnchová zjistí na MZ ČR.

14) Přečteny připomínky MUDr. Cabrnchové k vyhlášce k zákonu o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání, které jsou v souladu s připomínkami z května letošního roku, podporují zavedení nového základního oboru praktického dětského lékařství.

15) MUDr. Cabrnchová oslovena doc. Jandou k účasti na přípravě materiálu na téma fluoridová prevence u dětí. Toto téma je vysoce aktuální. Zástupce OSPDL se zúčastní kongresu o fluoridové prevenci. OSPDL se zasadí o dopracování doporučeného postupu pro praktické dětské lékaře. Na příštím výboru informace z kongresu.

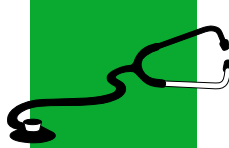
16) Za členy OSPDL přijati: MUDr. Alena Mernová, MUDr. Zuzana Andresová

*Zapsala:*

*MUDr. Hana Cabrnchová*

*Ověřil:*

*Výbor OSPDL ČLS JEP*



# Sonografie dětských kyčelních kloubů

MUDr. Jiří Košťál

Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, FN Plzeň

Sonografie dětských kyčelních kloubů je v dnešní době nezbytnou součástí vyšetřování kyčelních kloubů u všech novorozenců. Provádí je ortoped, vzhledem k tomu, že je nutné současné vyšetření klinické.

**Klinické vyšetření** probíhá ve 3 etapách, v podstatě mu stále říkáme systém trojího síta. Do praxe bylo zavedeno v šedesátých letech a uzákoněno v roce 1977. Tento systém, který přinesl pokles incidence VDK z 10–20% na nynějších 5–10%, od nás převzalo mnoho zemí i s velmi vyspělým zdravotnictvím.

Dnes se vyšetření skládá z vyšetření klinického a sonografického a rozdělujeme je do tří etap. Uvedu stav, který je již na mnohých pracovištích delší dobu zaveden a byli bychom rádi, aby časem fungoval všude.

## 1. etapa:

a) Vyšetření na porodnici, tam již prakticky všude mají USG přístroj. Používáme lineární sondu 7,5 Mhz, v horším případě 5 Mhz.

b) Ortoped by měl vyšetřit všechny děti, narozené v ústavech před propuštěním. Zatím je ještě tolerován zaškolený pediatr, ale mělo by se jednat spíše o výjimky.

c) Na porodnici by měl chodit ortoped 2x týdně, protože optimální doba vyšetření všeobecně uznávaná, je 3.–5.den po narození. Časnější vyšetření, do kterého je někdy ortoped nucen z provozních důvodů, bývá zkrácené.

d) Již od porodnice je nutné dbát na správné balení novorozenců, preventivně vždy abdukční.

## 2. etapa:

a) Všechny děti, které měly původně negativní nález, by měly být vyšetřeny na konci šestinedělí (s tolerancí 6.–8.týden).

b) Děti jsou k vyšetření posílány pediatrem, není-li místní domluva jiná, např. nezve-li si je ortoped přímo prostřednictvím propouštěcí zprávy z porodnice.

c) Nejvíce nestabilních a dysplastických kyčlí se zjistí kolem 6.týdne věku a je nutné zahájit neprodleně léčbu.

## 3. etapa:

a) Všechny děti vyšetříme klinicky i sonograficky kolem 16. týdne, při nejasných a podezřelých nálezech ještě doplníme RTG vyšetřením.

b) Normální nálezy již dále nesledujeme, patologické sledujeme a případně léčíme.

Sonografické vyšetření umožňuje vést a zachovávat dokumentaci. Ultrazvuk je vlnění s frekvencí větší než 20 kHz. Principem tohoto vyšetření je šíření UZ tkáněmi různou rychlostí. Při překonávání rozhraní tkání se rychlost vlnění skokově mění, dochází k vyzáření energie, která se zpětně odráží a je zachycena sondou. Pro vyšetření dětských kyčlí užíváme lineární sondy 5 a 7,5 kHz.

Při sonografickém vyšetření a dělení VDK jsme si zvykli na hodnocení dle **Grafa**. K měření a hodnocení užíváme sonogramy, zhotovené ve standardní rovině. Ta vede středem acetabula a je kolmá k rovině vchodu acetabula. Na sonogramu je echo kosti kyčelní paralelní s okrajem obrazovky a jeho laterální okraj se jeví jako přímka. Dále je patrný dolní okraj kosti kyčelní. Ten se nezobrazí u decentrovaných kyčlí.

Další podmínkou je nastavení standardní situace, která je definována přítomností anatomických struktur na obrazovce v pořadí labrum, chrupavčitá stříška acetabula, kostěný okraj acetabula a dolní okraj kosti kyčelní.

Při vyšetřování užíváme těchto pomocných linií:

1. **Základní linie** je buď totožná s echem kosti kyčelní (u typů I–II B), u ostatních typů jde o tečnu na konkavitu kosti kyčelní v místě, kde perichondrium přechází v periost. Tím je určeno, jak je hlavička centrována.

2. **Linie kostěného okraje acetabula** (úhel alfa), je přímka, procházející dolním okrajem kosti kyčelní a inflexním bodem (promontoriem) či vrcholem kostěné stříšky.

3. **Linie chrupavčité stříšky** (úhel beta) je linie, spojující inflexní bod a střed labra

4. **Úhel alfa** – úhel kostěné stříšky – hodnotí kostěný vývoj acetabula a zařazuje příslušný kyčel do typů dle Grafa. Je to úhel, který svírá linie základní s linií kostěné stříšky a normálně je 60 a více stupňů.

5. **Úhel beta** – úhel chrupavčité stříšky – hodnotí vývoj chrupavčité části acetabula a je definován jako úhel, který svírá základní linie s linií chrupavčité stříšky. Rozlišuje subtypy dle Grafa a je normálně 55 a méně stupňů.

6. **Centrace hlavičky** – je správná, je-li větší část hlavičky mediálně od základní linie.

Podle parametrů, které jsme takto získali, dělíme nálezy do skupin:

**Typ I – normální nález** bez ohledu na věk dítěte. Jde o centrováný kloub s dobře vyvinutým kostěným i chrupavčítým okrajem acetabula. Kostěný okraj acetabula je ostrý, chrupavčitá stříška přesahuje polovinu hlavičky a umožňuje normální vývoj. Úhel alfa je 60 st. a více.

Bez závislosti na věku pak podle velikosti úhlu beta ještě rozlišujeme dva subtypy:

IA – úhel alfa je 60 a více stupňů, okraj kostěné stříšky je ostrý a úhel beta je menší než 55 stupňů.

IB – kostěný okraj stříšky je lehce zaoblený, úhel alfa je 60 st. a více, ale úhel beta je větší než 55 stupňů, což svědčí o menší zralosti chrupavčitého okraje acetabula.

Nález I A a I B u tříměsíčního dítěte je normální a nemusíme již kyčle dále sledovat. Výjimka je u asymetrie či aplasie jader, zde pak kontroly prodloužíme do normalizace USG nálezu.

**Typ II** – je nejrozšířenější forma vývoje kyčelního kloubu. Varianta II A se liší od varianty II B věkem (do tří měsíců II A, od 3 měsíců II B). Jde o centrováný kyčelní kloub se zaobleným kostním okrajem, úhel alfa je 50–59 st a beta je vyšší než 55 st. Terapeuticky doporučujeme prodloužit abdukční balení do normalizace USG nálezu.

**Typ II C – ohrožená kyčel** – u které je kostní vývoj acetabula již nedostatečný a tím již není hlavička dostatečně kryta acetabulem. Hlavička je centrována a chrupavčitý okraj stříšky ještě přesahuje střed hlavičky. Úhel alfa je 43–49 st., úhel beta 70–77 stupňů. Je-li klinicky možné vyvolat decentraci hlavičky, zahajujeme léčení abdukčními pomůckami (dle zvyklostí pracoviště). Sonograficky se při decentraci úhel alfa nemění, úhel beta přesahuje 77 stupňů.

**Typ III – decentrováný kyčelní kloub** – má ne-





# Systemové vady pohybového aparátu

MUDr. Ivo Mařík, CSc., F.A.B.I.

Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu, PŘ.F. UK Praha

dostatečně vyvinutou kostěnou i chrupavčitou stříšku. Kyčel je decentrovaný a hlavice proximálnízovaná, takže nelze měřit úhel alfa. Léčebně zahajujeme distrakční režim za hospitalizace, nález verifikujeme RTG vyšetřením.

**Typ IV – nejzávažnější** – v praxi končí často otevřenou reposicí. Zde je původní acetabulum kryto echem stehenní kosti a nelze najít echo dolního okraje kosti kyčelní. I zde okamžitě hospitalizujeme a zahajujeme distrakční režim.

## ■ Závěr

Ultrazukové vyšetření dětských kyčelních kloubů zatím nenahrazuje RTG vyšetření, ale může je minimalizovat. Tím, že je možná reprodukce nálezu (pomocí tiskárny), lze dokumentaci uchovávat. Vyšetření je pro pacienty nezatěžující (na rozdíl od RTG) a je možné sledování v kratších intervalech. Čím dříve diagnostikujeme dysplasi kyčelního kloubu, tím dříve můžeme léčení zahájit. Na druhé straně je nutné si uvědomit, že vyšetření ultrazukem nám zobrazí okamžitý současný stav a i nález I A či I B po narození či v šesti týdnech věku, nás neopravňuje k tomu, abychom přestali doporučovat novorozencům abdukční balení. Je-li tento nález ve 3 či 4 měsících, je již kyčel stabilní a prevence není nutná.

Ortopéd využívá sonografického přístroje u dětí ještě v jiném případě. Velice často se v jeho praxi vyskytuje stav, který nazýváme parainfekční synovialitida kyčelního kloubu, kdy je bolestivá kontraktura, omezení hybnosti a laboratorně je většinou normální nález. Tekutina v kloubu roztahuje kloubní pouzdro a nervová zakončení v něm pak bolestivost. Při punkci získáme nezánětlivou synoviální tekutinu, která je sterilní, přesto ji vždy necháme vyšetřit.

Kromě klinického vyšetření zhotovujeme RTG snímek v předozadní a Lauensteinově projekci. Zde bývá nález negativní (nejedná-li se o Perthesovu chorobu). Při vyšetření ultrazukem zjišťujeme zvětšení distance kloubního pouzdra ve srovnání se zdravou stranou.

Podobně tomu může být v počáteční fázi Perthesovy choroby, kdy ještě na RTG nejsou změny. I zde je tekutina nezánětlivá, sonografický nález je rovněž pozitivní. Naopak při zánětu kyčelního kloubu (coxitis), je sonografický nález sice rovněž pozitivní, avšak laboratoř jeví známky zánětu (vysoká sedimentace erytrocytů, vysoký CRP, bývá pozitivní hemokultivace, febrilie).

V ortopedické praxi je tedy sonografie výrazným přínosem pro lékaře i pro pacienta. Časná diagnóza umožní cílenou léčbu a zkracuje dobu léčení.

Systemové vady pohybového aparátu jsou v písemnictví uváděny také názvy konstituční kostní choroby, kostní dysplazie (KD) nebo osteochondrodysplazie (OCHD).

**OCHD jsou dědičné poruchy metabolismu chrupavčité, kostní a vazivové tkáně, které vznikají na základě endogenních faktorů (monogenní a polygenní dědičnost) v době koncepce za spoluúčasti teratogenních vlivů.** OCHD, v širším slova smyslu označované jako kostní dysplazie (KD), se vyznačují zpravidla krátkou nesouměrnou postavou, abnormalitami tvaru lebky, hrudníku, pánve, obratlů a disproportionálními většinou deformovanými dlouhými kostmi končetin s různě závažnou poruchou funkce kloubů končetin i páteře. Kostní dysplazie jsou vývojové choroby růstových epifýz (plotének, chrupavek) dlouhých kostí i obratlů. Termín **dysplazie** je odvozen od „disordered growth“ a vyjadřuje symetrickou poruchu vývoje a růstu celé kostry na rozdíl od termínu **dysostóza**, kterým označujeme jednak vrozené malformace jednotlivých kostí (končetiny) nebo více kostí (hrudník, páteř aj.) a jednak získané malformace skeletu vlivem zánětu, úrazu, ozáření apod. (9). U jedinců s OCHD (kde příčinou jsou poruchy hormonální nebo metabolické) bývá častěji porušen psychomotorický a duševní vývoj – postižení jsou oligofrenní. Často se diagnostikují i přidružené vrozené vady jiných systémů, např. kardiovaskulárního, hemopoetického, centrálního nervového systému, močopohlavního ústrojí, smyslových orgánů, kůže a kožních adnex, ale i některé jiné metabolické vady (např. hyperlipoproteinemie, hyperhomocystinemie, poruchy kostního metabolismu aj.) (10, 11).

## ■ Etiopatogenetické poznámky

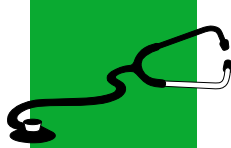
Odhalení příčinných souvislostí patologického procesu má význam nejen pro teoretické obory, ale i pro klinické obory z hlediska prevence, profylaxe a léčby Vrozený

malformační syndrom se oprávněně uznává za samostatnou nosologickou jednotku pouze tehdy, když se prokáže etiologie, to znamená porucha enzymu, genu. Nosologie zahrnuje i poznání dědičné podstaty onemocnění (8).

Pro kostní dysplazie většinou platí mendelovská dědičnost, KD často vznikají jako čerstvé dominantní mutace. Pro KD je typická genetická variabilita a heterogenita a různě závažná exprese mutovaného genu v rodokmenu. Vysoká variabilita se týká jak dysplastického vývoje kloubů tak deformit skeletu – patobiomechanické změny končetin i páteře se různě závažně projevují u jedinců se stejnou nosologickou jednotkou.

U dětí bývá kloubní hyperlaxita (v některých případech naopak kloubní ztuhlost), s růstem progredují geneticky předurčené deformity dlouhých kostí a páteře, zvyrazňují se malpozice kloubů (poruchy torze dlouhých kostí) zejména dolních končetin. Později většinou vzniká omezení rozsahu pohybu a kloubní kontraktury v důsledku nekongruence kloubních ploch s předčasným vznikem (již ke konci růstového období) osteoartrózy nosných kloubů dolních končetin, spondylózy a spondylartrózy páteře.

Příčinou předčasného rozvoje degenerativních kloubních změn jsou jednak biochemické metabolické poruchy (např. vrozené defekty kolagenu typu II, I, IX, X, XI, porucha metabolismu proteoglykanů, kalciofosfátového metabolismu aj.) a jednak biomechanické abnormality (např. kloubní inkongruence, porušené osy končetin a páteře, ale i odchylky v mikrotvrlosti zejména subchondrální kostní tkáně a odlišné biomechanické vlastnosti kloubní chrupavky). Funkční adaptace kostí a remodelace chondro-seální tkáně u kostních dysplazií, i když je v řadě případů vrozeně odlišná, se řídí do jisté míry zákonitostmi, které platí pro kosti zdravé (1, 13, 12).



## ■ Výskyt

Incidence VVV kolísají v různých časových intervalech a různé nadmořské výšce. Dosud nikdo neprokázal, že VVV celosvětově přibývá (M. Kučerová – symposium Novinky v klinické genetice, Průhonice 29. 4. 2001 – osobní sdělení). Preventivní zaměření pediatrického oboru a neustálý rozvoj diagnostických metod na všech úrovních poznání vede k zjišťování stále většího počtu VVV zejména metabolických (8). K. Kozłowski a P. Beighton (6) v podruhé vydané monografii „Gamut Index of Skeletal Dysplasias“ v roce 1995 uvádějí, že závažné vrozené vady kostry se zjišťují u více než 500 genetických a vrozených syndromů. Ačkoliv se většina z nich vyskytuje vzácně, jako soubor jsou běžné. Průměrná incidence OCHD se uvádí 0,30 – 0,45 : 1000 živě narozených dětí (3).

Otázkou celosvětového počtu lidí s kostní dysplazií se zabývali autoři internetového serveru dwarf.org: Frekvence výskytu achondroplazie se uvádí 1 : 26 000 – 1 : 15 000 dětí. Odhaduje se, že achondroplazie se vyskytuje u 80 % tzv. „malých lidí“. Světová populace čítá 6 060 350 000 lidí. Z této kalkulace dospějeme k výskytu kostních dysplazií v populaci žijící na Zemi v rozmezí 291 363 – 505 029 (In: Zpravodaj 2, ed. T. Cikrt, Praha: Paleček – společnost lidí malého vzrůstu, 2000, s. 26).

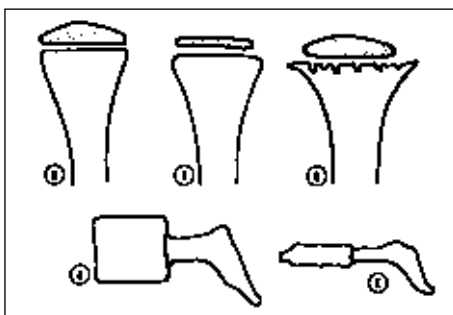
Podle dostupných statistik VVV odhadujeme, že se v ČR ročně narodí okolo 100 novorozenců s nějakou kostní dysplazií, což znamená, že ve věkovém rozmezí od narození do 20 let potřebuje komplexní péči přibližně 2000 jedinců s disproporcionální krátkou postavou (9).

## ■ Diagnostika

Bez ohledu na nové etiopatogenetické poznatky díky úžasným pokrokům v biochemii a molekulární genetice, diagnostika OCHD se stále opírá o klinicko-genetické a kompletní rentgenologické vyšetření, které zobrazuje dlouhé kosti, ruku, páteř, hrudník a lebku v období růstu a je ve většině případů rozhodující pro stanovení genetické diagnózy. Systematické analytické pátrání je nejlepší cestou, jak nepřehlédnout důležité příznaky. U většiny KD jsou radiografické abnormality po uzávěru růstových štěrbin nespecifické, takže přesná diagnóza z radiogramů dospělých disproporcionálních jedinců již není

možná. Na snímek ruky a zápěstí pohlížíme jako na zrcadlový obraz kostní dysplazie nebo vrozeného malformačního syndromu, který odráží dysplastické změny epifýz a metafýz, kostní věk a jiné tvarové i strukturální odlišnosti. U neurčitých nálezů bývá přínosné přezkoumání radiogramů zhotovených v různém věku (10).

Na RTG snímcích se hodnotí tzv. dysplastické symetricky se vyskytující změny tvaru a struktury epifýz, metafýz, diafýz a obratlů. Takto se rozlišují epifyzární a metafyzární kostní dysplazie, které se dále dělí v závislosti na případném současném postižení páteře (obr. 1). Radiografie skeletu postačuje pro určení přesné diagnózy u 25 % KD na základě rozpoznání spolehlivých, plně diagnostických



obr. č. 1 - Radiologická klasifikace osteochondrodysplazií založená na postižení dlouhých kostí a páteře: rozlišují se epifyzární a metafyzární kostní dysplazie, které se dále dělí v závislosti na případném současném postižení páteře na spondyloepifyzární, spondyloepifyzární a spondyloepimetaphyzární dysplazie. A – normální tvar epifýzy, D – normální tvar obratle, B,C,E – schéma dysplastických změn.

kých či patognomonických příznaků. V ostatních případech určíme pouze obecný typ KD, např. spondylo-epi-metaphyzární dysplazie.

Pro stanovení klinicko-genetické diagnózy je velmi důležité přesné antropometrické určení proporcionality, disproporcionality a růstové rychlosti včetně predikce výšky v dospělosti. Využíváme praxi ověřenou kombinaci klasické neinvazivní antropometrie a měření z rtg snímků zhotovených na dlouhé kazety u stojících pacientů (tzv. „telerentgenogramy“), což využíváme i při rozvaze o rekonstrukčním operačním řešení (17).

Velkou pomocí při diferenciálně diagnostické rozvaze je kromě přesně provedeného klinicko-geneticko-radiologického, laboratorního (včetně markerů kostního metabolismu /52 – Mařík et al. 2000/) a histo-

patologického (včetně elektronmikroskopického) vyšetření vynikající monografie autorů K. Kozłowski a P. Beighton „Gamut Index of Skeletal Dysplasias. An Aid to Radiodiagnosis“ (6) podruhé vydaná v roce 1995. Autoři připravují již 3. vydání (poznámka autora).

K potvrzení suspektní diagnózy využíváme radiologické atlasy kostních dysplazií, genetických syndromů a metabolických chorob (např. 14, 16, 15). Z našich učebnic je dlužno citovat „Nárys kostní radiodiagnostiky“ autorů J. Kolář a H. Zídková (5) a „Diagnostika syndromů a malformací“ autora J. Žížky (18). V posledních letech je dostupná „On-Line Mendelian Inheritance in Man (OMIM)“ pomocí Internetu (<http://www3.ncbi.nlm.nih.gov/Omim>).

Součástí diferenciální diagnostiky je i pátrání po přidružených vrozených vývojových vadách (VVV) ostatních systémů.

## ■ Klasifikace

**Mezinárodní nomenklatura konstitučních kostních chorob** byla poprvé vypracována výborem pro nomenklaturu intrinsických chorob kostí Evropské společnosti pro pediatrickou radiologii v Paříži v roce 1969 (1). Dnes se užívá již 5. verze **Mezinárodní nomenklatury a klasifikace osteochondrodysplazií**, kterou vypracovala Mezinárodní pracovní skupina kostních dysplazií v Los Angeles v Kalifornii v roce 1997 (4). Rodiny chorob byly znovu uspořádány na základě recentních etiopatogenetických informací, týkajících se genového anebo proteinového defektu. Kostní dysplazie byly seskupeny do zvláštních rodin podle základního defektu, který vznikl mutacemi ve stejném genu. Patří sem **choroby skupiny achondroplazie s mutacemi ve fibroblast growth factor receptoru 3 (FGFR-3), choroby skupiny diastrofické dysplazie s mutacemi diastrophic dysplasia sulfate transporter gene, II. typ kolagenopatií s mutacemi kolagenu typu II, XI. typ kolagenopatií a choroby s mutacemi v cartilage oligomeric matrix proteinu (COMP)**. Stále existuje množství kostních dysplazií, u kterých základní molekulární defekt není rozpoznán. Se stoupajícím tempem molekulárních objevů bude klasifikace a nomenklatura průběžně doplňována a obměňována. Mezinárodní pracovní skupina i v této verzi vynechala klasifikaci **dysostóz** s vědo-



mím, že je nezbytná reklasifikace této rozsáhlé heterogenní skupiny ve světle rychlého vývoje našich znalostí o genomu člověka. Mezinárodní nomenklatura a klasifikace osteochondrodysplazií z roku 1997 (4) je dostupná pomocí Internetu na Webové stránce „International Skeletal Dysplasia“ (<http://www.csmc.edu/genetics/skeledys>).

### ■ Komplexní léčení

Léčba dětí i dospělých s osteochondrodysplaziemi zůstává i přes překotné objevy v molekulární biologii symptomatická. Léčení musí být komplexní, zajišťované týmem specialistů, ale vždy individuální. Od narození po neohraničeně dlouhé období se kombinuje a vzájemně doplňuje léčení medikamentosní a operační s rehabilitací a ortopedicko-protetičtým ošetřením.

Důsledky postižení a způsob jeho léčení často hluboce ovlivňují psychickou a sociální situaci rodiny. Spolupráce s rodinou je nezbytným faktorem komplexní léčby. Rodina má být zcela jednoznačně informována o rozsahu, následcích a reálných perspektivách svého postiženého člena (8). Ve všech etapách komplexního léčení a péče je nezbytné přistupovat k postiženým s OCHD (i k jejich rodinám) s nejvyšší lékařskou etikou.

### ■ Kasuistika:

#### Hypofosfatemická křivice (HypK)

**Rachitida** označuje porušenou mineralizaci a dezorganizaci růstové chrupavky, která se projevuje v období růstu různě biomechanicky závažnými deformitami skeletu. Osteomalacie je nedostatečná mineralizace spongiózy a kompakty, která se vyskytuje po skončení růstu v adolescentním věku i v dospělosti. Hypofosfatemickou křivici (HypK) odlišil od deficitní křivice kojenců Albright et al. v roce 1937. V písemnictví je HypK známá také jako hypofosfatemická vitamin D rezistentní křivice, familiární hypofosfatémie, fosfátový diabetes a je nejčastěji se vyskytující formou vitamin D-rezistentní křivice (VDRR). Nově ověřená frekvence se uvádí 1 : 25 000 živě narozených dětí (7,8).

**Dědičnost** je XLD, tj. dominantní vázaná na X chromosom s úplnou penetrancí hypofosfatémie. Děvčata jsou dvakrát častěji postižena než chlapci, ale pouze u části heterozygotů ženského pohlaví se projeví úplný syndrom VDRR. Postižení kostry je vždy mír-

nější než u hemizygotů mužského pohlaví. Choroba se manifestuje u všech dcer postiženého muže, všichni synové jsou zdraví. Ženy s HypK mají 1/2 synů a 1/2 dcer postižených. Ojedinele byly popsány rodiny s AD nebo AR dědičností (8,7). AR dědičnost je známá u křivice pseudodeficitní, renální a jiných metabolických typů.

**Etiopatogeneze:** Genový defekt (PHEX), lokalizovaný na krátkém raménku X chromosomu (v pozici Xp22.2 – p22.1), kóduje „X-Linked hypophosphatemia protein“ a vede zatím neobjasněným způsobem k vrozené poruše fosfátového transportu (reabsorpce fosfátu) v proximálním tubulu ledvin, z čehož vyplývá ztráta fosfátu a hypofosfatémie. Uvažuje se, že tyto změny jsou vyvolány cirkulujícím fosfaturickým faktorem. Pravděpodobná je též snížená aktivita 1 $\alpha$ -25(OH)D-hydroxylázy v ledvinách a nedostatečná funkční schopnost osteoblastů a osteocytů. Hladina 1,25(OH)2D v séru není přes výraznou hypofosfatémii zvýšena. Jedná se o kombinovanou poruchu fosfátové zpětné resorpce a regulace výměny látkové vitamínu D, nejasné příčiny. Snížení zpětné resorpce renálního fosfátu působí víceméně výraznou hypofosfatémii, která vede snížením kalciofosfátových produktů v séru k rachitidě nebo osteomalacii (7).

Od 3 let rodiče pozorovali varosní zakřivení dolních končetin. V 6 letech byl poprvé vyšetřen v Ambulantním Centru pro vady pohybového aparátu v Praze. Na základě klinicko-radiologického a laboratorního vyšetření (zvýšení celkové ALP a kostního izoenzymu ALP, snížení anorganického fosforu, trojnásobné zvýšení močového pyridinolinu a deoxypyridinolinu) byla stanovena diagnóza HypK, která byla při genealogickém vyšetření zjištěna i u matky dítěte (výška 154 cm), její sestry (výška 157 cm), syna sestry matky a matky obou postižených sester (výška 155 cm). V 7 letech byla zavedena léčba Rocaltrolem a anorganickým fosforem.



obr. č. 2

**Fenotyp chlapce v 7 letech.** (obr. 2, 3, 4, 5) Chlapec si stěžoval na bolesti DK při delší chůzi, která byla kolébová, nápadná byla zevní torse kolenních kloubů, anterolaterální zakřivení femurů, varozita bérců s maximem v distální



obr. č. 3

obr. č. 4

obr. č. 5

čtvrťině, kde bylo i mírné ventrální zakřivení diafýz obou tibií, interkondylární vzdálenost ve stoje byla 12 cm.

Medikamentózní léčbou, která byla konzultována na Klinice dětského a dorostového lékařství 1. LF UK v Praze (prof. MUDr. J. Zeman, DrSc.), byla dosažena částečná kompenzace kalciofosfátového metabolismu. V 7 letech a 8 měsících byla provedena operace pravé DK (korekční segmentární osteotomie femuru i bérce s nitrodřeňovou fixací podle Küntschera). 3 měsíce po operaci zatěžoval pravou DK bez odlehčování. V 8 letech a 4 měsících byl stejný výkon proveden na levé DK, současně byly extrahovány hřeby z pravého femuru a pravé tibie. Pacient byl mobilizován za 1 měsíc po operaci pomocí individuálně zhotovené ortézy s kolenním kloubem. Pro varozitu v oblasti proximální tibie vpravo byla zavedena léčba ortézou s vysokým ohybovým předpětím přes noc.

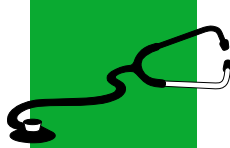


obr. č. 6

**Histologické vyšetření kostní tkáně z proximální metafýzy levé tibie** (obr. 6) ukázalo

rozšířené neosifikované osteoidní lemy na trámečcích spongiózy, což je typický obraz osteomalacie (Prof. MUDr. C. Povýšil, DrSc.). Vyšetření markerů kostního metabolismu opakovaně potvrdilo nedostatečnou kompenzaci obou fází kostního obratu (hypofosfatémie, zvýšení celkové ALP i kostního izoenzymu ALP v séru krevním, zvýšení močového pyridinolinu a deoxypyridinolinu). Na doporučení Kliniky dětského a dorostového lékařství 1. LF UK v Praze (prof. MUDr. J. Zeman, DrSc.) byly zvýšeny dávky Rocaltrolu na 3x denně 1 tableta a Phosphore Sandoz na 6x denně 1/4 tablety. Vzhledem k reziduální zevní rotaci a progresi varozity v krajinně pra-

**inzerce1**



vého kolenního kloubu byla v 11 letech provedena suprakondylická valgizační osteotomie femuru a zevně derotační osteotomie proximálního bérce. **Výsledek operačního léčení v 11 letech a 5 měsících** je dokumentován na obr. 7, 8, 9. Dřep provedl bez obtíží, chůze byla kolébavá, byl schopen chůze po patách i špičkách. Kostra robustní, trup relativně dlouhý, absolutně úzká ramena (-2, 6 SD), vysoce významně zkrácené



obr. č. 7



obr. č. 8



obr. č. 9

končetiny: DK -2,8 SD, HK - 1,7 SD. Výška 134 cm byla pod normou (-1,7 SD), hmotnost 41,5 kg svědčila pro nadváhu mezi 75. – 90. percentilem. Kumulace tuku zvláště na hýždích. Predikce výšky v dospělosti se odhaduje kolem 165 cm.

**Závěr: HypK** se řadí mezi **KD s defektní mineralizací**, které se vyznačují poruchou remodelace a modelace metafýz i diafýz – tzv. tubulární tvar dlouhých kostí. Prezentovaný klinický případ ukázal komplexní léčení chlapce s HypK, které zahrnovalo i rehabilitační léčbu ambulanti a ústavní. Cílem léčení je vyřešit biomechanicky závažné deformity DK již v období růstu. U dospělých pacientů jsme se setkali s opožděným hojením korekčních osteotomií (u matky probanda a sestry jeho matky) zejména při nekompenzovaném nebo subkompenzovaném kostním metabolismu. Jedině trvalá celoživotní laboratorně monitorovaná léčba kalciotropními léky zabrání osteomalatickým změnám i nežádoucím účinkům medikamentózní terapie (především nefrokalcinóze). Předpokládá se, že biomechanické zlepšení zátěžové kapacity růstových chrupavek dlouhých kostí dolních končetin se uplatňuje jako

stimulační efekt pro růst kostí spolu s již uvedenou vyváženou substituční léčbou, která se stala nezbytnou součástí úspěšné chirurgické i ortotické korekce.

### ■ Závěr

Klinický a radiologický obraz KD je velmi variabilní. Přesto u téměř poloviny nosologických jednotek jsou klinické nálezy a rentgenologické změny kostry v růstovém období natolik charakteristické, že lze stanovit genetickou diagnózu (5, 6). Na tělesném postižení dětí a dospělých s KD se kromě krátké postavy nepříznivě uplatňuje disproporcionalita postavy, která různě závažně porušuje držení těla. Jak již bylo zmíněno, postižení je různé podle lokalizace dysplastických změn na skeletu (epifýzy, metafýzy, obratle) a změněné struktury kostní tkáně (sekundární osteopenie, osteoporóza či osteoskleróza). Klinicko-radiologický obraz každopádně dříve či později vyústí v různě závažné deformity dlouhých kostí a páteře s primárními či sekundárními degenerativními změnami, které jsou příčinou trvalého zdravotního postižení. Lidé s kostními dysplaziami se stávají závislí na pomoci druhých osob, neobejdou se v běžném životě bez podpůrných ortopedicko-protetických pomůcek, různých adjuvatik a kompenzačních pomůcek (např. individuální končetinové a trupové ortézy, hole, berle, chodítka, různé nástavce a speciální držáky), pohybují se někdy na mechanickém či dokonce elektrickém invalidním vozíku. Ti šťastnější zůstanou mobilní díky speciálním aloplastikám nosných kloubů dolních končetin, případně operacím páteře. Krátká postava často vyžaduje individuálně přizpůsobené bezbariérové prostředí (úprava bytu, pracoviště – výška schodů, židlí, umyvadel, vypínačů, WC aj.).

Cílem komplexního léčení a komplexní péče je připravit děti na důstojný, smysluplný a spokojený život a zařadit je do společnosti jako maximálně plnohodnotné jedince s dobrým sociálním zázemím (9).

### Literatura

- 1) Fauré C, Kaufmann HJ, Kozłowski K, et al. Nomenclature of Constitutional (Intrinsic) Diseases of Bones. *Pediatrics*, 47, 1971, s. 431 – 36.
- 2) Frost HM. Osteogenesis imperfecta. The set point proposal (a possible causative mechanism). *Clin*

*Orthop*, 216, 1987, s. 280 – 96.

3) Hagenäs L. Auxological Standards in Bone Dysplasias. *Horm Res*, 45 (suppl 2), 1996, s. 24 – 34.

4) International Nomenclature and Classification of the Osteochondrodysplasias (1997). International Working Group on Constitutional Diseases of Bone. *Amer J Med Gen*, 79, 1998, s. 376 – 382.

5) Kolář J, Zídková H. *Nárys kostní radiodiagnostiky*. Praha: Avicenum 1986. 419 s.

6) Kozłowski, K., Beighton, P.: *Gamut Index of Skeletal Dysplasias. An Aid to Radiodiagnosis*. 2nd ed., London, Berlin, Heidelberg, New York, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag 1995. 214 s.

7) Kruse K. Pathophysiology of calcium metabolism in children with vitamin D-deficiency rickets. *J Pediatr*, 126, 1995, s. 736 – 741.

8) Mařík I. *Kostní dysplazie. Kandidátská disertační práce, 1. a 2. svazek*. Praha: Fakulta dětského lékařství University Karlovy, 1986, 470 s.

9) Mařík I, Zubina P, Kuklík M, Hadraba I, Kříž V. *Komplexní přístup k systémovým a kombinovaným končetinovým vadám pohybového ústrojí. Pohybové ústrojí, 1*, 1994, č. 1, s. 33 – 49.

10) Mařík I, Kozłowski KS. *Diagnostika, klasifikace a komplexní péče o pacienty s osteochondrodysplaziami. Pohybové ústrojí, 5*, 1998, č. 3 + 4, s. 172 – 189.

11) Mařík I, Kuklík M, Zemková D, Kozłowski K. *Osteochondrodysplazie – diagnostika, klasifikace, terapie. Čes Pediatr* 54, 1999, č. 5, s. 183 – 189.

12) Mařík I, Hulejová H, Špaček P, Hyánek J, Adam M, Hyánková E, Mazurová F, Zemková D. *Hodnoty některých biochemických ukazatelů kostního metabolismu u kostních dysplazií. Čes-slov Pediatr*, 55, 2000, č. 1, s. 9 – 15.

13) Sobotka Z, Mařík I. *Remodelation and regeneration of bone tissue at some bone dysplasias. Pohybové ústrojí, 2*, 1995, č.1, s. 15 – 24.

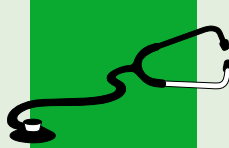
14) Spranger JW, Langer LO, Wiedemann HR. *Bone Dysplasias: An Atlas of Constitutional*

15) Taybi H, Lachman RS. *Radiology of Syndromes, Metabolic Disorders, and Skeletal Dysplasias*. 4th ed. St. Louis, Baltimore, Boston: Mosby, 1996, 1135 s.

16) Wynne-Davies R, Hall Ch M, Apley A G. *Atlas of skeletal dysplasias*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985, 646 s..

17) Zemková D, Mařík I. *Antropometrie a její využití v komplexní péči o pacienty s kostními dysplaziami. Pohybové ústrojí, 5*, 1998, č. 3+4, s. 119 – 126.

18) Žižka J. *Diagnostika syndromů a malformací*. Praha, Bratislava: Galen, 1994, 414 s.



# Recidivující bronchopneumonie

## kazuistika

MUDr. Eva Kalabusová

PLDD, Slušovice

**T. T., 9. 3. 1995**

**RA:** otec v dětství opakovaně bronchitidy, matka zdravá, mladší bratr sledován pro febrilní křeče. Prarodiče zdraví.

**OA:** z 1. rizikové gravidity (plastika pochvy), porod v termínu, per S.C., kříšena nebyla, 1 den v inkubátoru na zotavení. P. h. 3 500 g, p. d. 50 cm. Ikterus 0. Poporodní adaptace v normě. Kojena 2 měsíce. Psychomotorický vývoj bez nápadností, očkována řádně. Od kojeneckého věku atopický ekzém.

Alergie 0.

Operace 0.

Úrazy 0.

Od 3 let opakovaně nemocná – rhinitidy, rhinopharyngitidy, bronchitidy, často s obstrukcí.

**Hospitalizace:** 1998 – Viroza, 1999 – Bronchitis ac.

Balneoterapie 2000 ve Cvikově.

Sledována v alergologické ambulanci pro susp. alergologickou etiologii bronchitid.

**Terapie:** inhalační kortikoidy, bronchodilatacia, Zaditen.

Dětské nemoci: Varicella.

**SA:** v rodinném domku, bez plísni, na zahradě kočka a pes.

**NO:** 22. 12. 2000 ošetřena na Slovensku pro bronchitidu, užívala Ventolin sir., Duomox, ten poté vyměněn za Augmentin.

12. 1. 2001 přichází ke kontrole do mé ordinace. Subj. trvají dechové potíže, píská, teploty nemá. Občas vykašlává zelené hleny.

Obj. je bledá, dýchání je povrchní, ztížené exspirium, při neklidu lehce zatahuje mezižební prostory, difusně nad oběma plicními křídly chrůpky, při prohloubení ventilace pískoty, rachoty, dráždí ji to na kašel s expektorací. Aplikuji Bricanyl s.c., inhalačně Berodual, per rectum Rectodelt 100 mg. Uzavírám jako Bronchitis ac. Bronchopneumonia susp. Odesílám k hospitalizaci.

**Hospitalizace na dětském oddělení BN Zlín**

**12. 1. 2001 – 23. 1. 2001 a 30. 1. provedeno CT.**

Z četných provedených vyšetření uvádím:

**FW:** 32/75 ... 29/46 KO+diff, PS, moč + sed, výtěr nos a krk b+c, potní test, imunoglobuliny – to vše v normě.

**Vykašlané sputum:** Enterobacter cloacae

**Bronchiální laváž:** kult. sputum sterilní, mikroskopie ART negat.

**CT plic:** v levém dolním laloku je kondenzace širokou bazí nasedající na pleuru těsně nad levou bránicí prům. 32 mm, nerovných kontur. Interlobium je zde ztlustělé – nelze ani jednoznačně vyloučit sekvestraci plicní – s největší pravděpodobností jde o atelektázu na podkladě postpneumonického. Obdobná, mnohem menší kondenzace je ve středním laloku pravé plíce ventrálně. Peribronchiální kresba je difusně zhrubělá, zřetelné bronchiectasie neprokázány.

**RTG plic:** kolem obou hilů vločkovité zastínění, souvislá infiltrace neznázorněná. Střední a periferní části plic jsou v celém rozsahu vzdušné. Bránice jsou hladké, kostofrenické úhly volné. Srdce bpn.

**Závěr:** vločkovité perihilosní infiltrace. RTG paranasálních dutin: patolog. změny nejsou. Ventilací scinti plic: v místech poruchy perfuse je normální ventilace.

**Perfusní scinti:** výrazná porucha perfuse plicní v obou plicních křídlech až se segmentovými výpadky perfuse plicní zejména vlevo. Výpadky jsou až ostrých okrajů, postihují více než 5 segmentů. Relativní perfuse vlevo 44%, vpravo 56%.

**Rigidní bronchoskopie a laváž bronchů:**

**Závěr:** normální bronchoskopický nález.

**Terapie:** Netromycin, Zaditen, Mucosolvan, Syntophyllin, Becloforte, Ventolin, inhalace Vincentkou.

**Dg.: Bronchitis et bronchopneumonia recidivans Atelektasis pulmonum susp. Sequestratio pulmonum susp.**

Propuštěna do domácího šetření s norm.

poslechovým nálezem v celkově dobrém stavu.

Objednána ještě k došetření do FN v Praze – Motole, kde hospitalizována od 12. 2. do 15. 2. 2001.

Po celou dobu hospitalizace bez známek akutního respiračního infektu, dýchání čisté, spirometrické plicní funkce normální, CRP nízké, KO bez leukocytosy, FW zvýšená 32/40, řasinky pohyblivé, výplach z bronchů sterilní. CI v potu v normě.

Bronchoskopicky obstrukce subsegmentálních bronchů v oblasti B9, jinak normální klidný nález. CT vyšetření jednoznačně přehodnoceno ve smyslu atelektázy. V imunologickém vyšetření jen zvýšené celk. IgE/1043 IU/ml/

Vzhledem k laboratorním nálezům a vývoji onemocnění byla doporučena dlouhodobější terapie Biseptolem, dále Becloforte inh. 2x250 µg.

**5.4. provedeno v Praze kontrolní CT:**

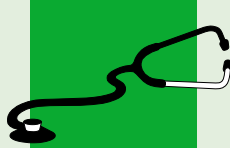
**Závěr:** stp. levostranné bronchopneumonii v laterobazálním segmentu dolního laloku vlevo.

Nález prakticky normalizován, jiné ložiskové změny ani zvětšené LU neprokázány. Další kontroly v Praze, pokud dívka nebude mít potíže, nejsou indikovány, možnost pokračovat již bez ATB terapie, doporučena jako vhodná časná léčba infekcí.

Naposledy jsem dívku viděla 25. 4., kdy dívka bez potíží, poslechový nález na plicích zcela normální. FW přetrvává 35/71.

V terapii: Becloforte 2x250 µg, Zyrtec 1x1/2 tbl.

Protože rodina změnila bydliště, předávám do péče MUDr. Ve Zlíně.



# Laddův syndrom

## kazuistika

MUDr. Ctirad Kozderka

PLDD, Kralovice

**Některé vrozené vývojové vady jsou již podchyceny během gravidity, jiné se prokázají pro přehlednější symptomy až v pozdějším věku, další se objeví náhodně jako vedlejší nález při některém grafickém vyšetření prováděném z jiné indikace, některé dokonce, pokud jsou asymptomatické, až ve stáří na prosektuře. Některé VVV se chovají dlouho němě, na jiné je možno vyslovit podezření záhy po narození. Úkolem dětské medicíny je odhalit VVV co nejdříve a pokud je terapie známa a pacient z ní může profitovat, jistě ji uplatnit. K diagnostice i terapii většinou je potřebná mezioborová spolupráce včetně využití služeb komplementu.**

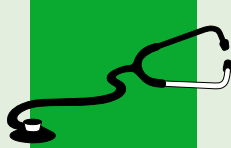
Dovolet mi seznámit Vás se dvěma případy těchto VVV, které mám ve své péči.

První pacient je chlapec zdravých rodičů – L.H., který se narodil 21.5.1996, jako prvorozený. Žijí na vesnici v ekologickém prostředí. Gravidita probíhala bez komplikací až do konce těhotenství, kdy matka pro IMC užívala Furantoin, těhotenský screening byl negativní. Porod spontánní, záhl., v 39. týdnu s předčasným odtokem plodové vody. Porodní hmotnost 2.920 g, por.délka 50 cm. Apgar 10–10–10 bb. Po porodu byl kojen, ale dle propouštěcí zprávy z porodnice byl kojen po malých porcích častěji pro ublinkávání. Propuštěn 6. den s hmotností 2.750 g. Doma matka pokračuje v kojení jak byla poučena z porodnice. Chlapec ale stále ublinkával, na hmotnosti nepřibýval, po nasazení Prepulsidu se stav nelepšil. Ve 3. týdnech věku měl téměř stejnou hmotnost jako při propuštění. Stolice byly 2–3\* denně, žlutavé, kašovitě, bez nápadností. V té době matka onemocněla mastitidou, pro níž byla nasazena ATB. Došlo k úbytku mateřského mléka. Proto zavedena umělá výživa Nutrilonem k příkrmování. Po jejím nasazení se u chlapce manifestovaly příznaky obstrukce trávicí trubice s předpokládanou lokalizací v úseku žaludek – lačnick (jejunum). Pro dystrofizaci odeslán na spádové dětské lůžkové zařízení, kde vysloveno podezření na střevní malrotaci s neúplnou obstrukcí GIT na základě grafických vyšetření. RTG nativ ve visu vykazuje zmnoženou střevní pneumatizaci bez výraznější distenze či hladin, žaludek celý vyplněn plynem. Proto provedena pasáž GIT s vodným kontrastem: při aplikaci

KL nasogastrickou sondou se plní i duodenum a KL rychle postupuje do kliček jejunum, známky pylorostenosy nejsou patrné, duodenum štíhlé norm. tvaru. Za 60 minut je kontrastní látka v colon včetně rekt. ampuly. Zbytky KL přetrvávají ve fundu žaludku. Uzavřeno jako zpomalená evakuace žaludku, pasáž tenkými kličkami i tračnickem je urychlená. Podobný popis je i z kontrolních vyšetření pasáže za použití baryové KL za 13 dnů. Na žádné pasáži nebylo možno oddiferencovat náplň céka a colon asc. v obvyklé lokalizaci. Při vyšetření baryovou KL popsáno, že KL prochází do bulbu duodena, který je bez deformace, dále prochází nedistendovaným, norm. uloženým duodenem, na kterém je pouze na 1 snímku náznak tlakových změn ve výši D1–D2. Na kličkách v pravé polovině břicha je náznak tlakových změn v oblasti hepatální flexury. Irigografické vyšetření popisuje kranální subhepatickou dystopii céka, uložení appendixu mediálně směřujícím kranálně. Sonografická vyšetření nepřispěla významněji k objevení příčiny zvracení a dystrofizace dítěte, byla vyloučena pylorostenosa, gastroesofageální reflux nebyl prokazatelně zachycen. Po 16 dnech hospitalizace bylo přistoupeno k laparotomii, při níž byla diagnostikována malrotace Laddův syndrom (cekum nalezeno subhepaticky, vazivové adheze k duodenu a peritoneu). Byla provedena Laddova operace s úpravou anatomických poměrů a appendektomie. V pooperačním období opakovaně ublinkával, po zavedení antirefluxní polohy a nasazení Prepulsidu se stav pomalu začal upravovat. Dále byl pooperační průběh komplikován katetrovou sepsí (hemokultura s Staphyl.epid. a Klebsiella pn.), která byla zvládnuta ATB Zinacefem. Po propuštění do domácí péče 41 dnů po operaci již stav stabilizován, postupně převáděn na běžnou stravu s vyloučením potravin s možností vyvolat obstrukci (intususcepci) jako je mák, pomeranče a mandarinky. Hmotnostní křivka začala plynule stoupat, v roce věku ale hmotnost jen 7.830 g. Opožděný motorický vývoj celkem rychle upraven pod vedením RHB odd. V dalším období byl sledován ve specializované poradně pro choroby zažívací a pro bezproblémový další průběh v 1,5 roce vyřazen. Dotsud je chlapec bez potíží, navštěvuje MŠ v místě bydliště, stravuje se již běžně. Defekace bez pro-

blémů. Nemocnost je minimální. Jeho psychomotorický vývoj je zcela upraven, fyzická zdatnost je velmi dobrá.

Druhým pacientem s touto diagnosou je děvče B.K. narozené 11.6.2000 matce ve věku 21 let, která trpí atopickým ekzemem. Otec 22 let, je zdravý. Tato I. gravidita byla riziková, od 5. měsíce udržovaná, jinak probíhala bez pozoruhodností, porod spont. záhlavím v 38. týdnu, por. hm. 3.450 g, por. délka 49 cm, Apgar 9–10–10 bb. V pupečnickové krvi zvýšené hodnoty IgE. Subikterus. Děvče bylo plně kojeno. 3. den vomitus, po zvýšené poloze a Prepulsidu stav upraven, hmotnostní křivka stoupala. Vyšetření zaměřená na GER, včetně Astrupa, iontů a dalších biochem. ukazatelů byla v normě. Do domácí péče propuštěna 6. den s doporučením zvýšené polohy a zvýšeného dohledu. Protože se opět objevilo zvýšené ublinkávání, byl znovu zaveden Prepulsid, doporučeno dále kojit. 10 dnů po propuštění matka uvádí zvracení většího objemu žaludečního obsahu a to opakovaně, téměř po každém pití, v posledním dnu se žlutým koloritem. Stolice mělo děvče denně 3–4 norm. barvy a konsistence. Při vyšetření jsem zastihl mohutnější peristaltické vlny v oblasti pylorického kanálu a s podezřením na obstrukci v této oblasti odeslal na spádové lůžkové dětské odd. Hmotnost děvčete byla 3.520 g. Děvče bylo přijato a provedeno sonografické vyšetření: i po 2 hodinách od posledního jídla je žaludek naplněn tekutinou, je patrna velmi živá peristaltika. Pylorus normální, Duodenum má nápadně dilatovaný bulbus, úsek D1 a D2. Náplň duodena náhle končí v úrovni aorty, v dalších oddílech není náplň patrna. Na základě tohoto obrazu vysloveno podezření na Laddův sy., čemuž odpovídalo i vyšetření RTG ve visu a s KL zavedenou nasogastrickou sondou. Nález odpovídal částečné obstrukci v oblasti D2–D3. KL se do aborálních oddílů dostávala jen velmi prchavě. Irigografické vyšetření popisuje podobný nález jako u pacienta č.1. Ve věku 19 dnů bylo přistoupeno k laparotomii, kdy skutečně prokázán Laddův syndrom, proto provedena derotace s extirpací duodenální membrány, lýze adhezí a současně byla provedena appendektomie. Od 10. pooperačního dne je zaváděna perorální výživa, kterou postupně dobře toleruje. Hmotnostní



křivka dále již plynule stoupá, děvče velmi dobře prospívá. V 6. měs. hmotnost 8.340 g, délka 67 cm, v 12. měs. hmotnost 10.700 g a délka 74 cm. Nemocnost děvčete zatím minimální. Zaživací potíže nemá. Defekace je bez problémů. Běžnou batolecí stravu snáší.

Výše uvedené případy spadají do skupiny akutních střevních neprůchodností na podkladě chybného nitroděložního vývoje zaživací trubice a její rotace – malrotace. Na objasnění malrotací a jejich léčbě se nejvíce podílel bostonský dětský chirurg William Ladd. U syndromu nesoucím jeho jméno se jedná o poruchu v 2. období rotace, kdy za normálních okolností se střední část střeva stáčí proti směru hodinových ručiček, takže budoucí cékum putuje z oblasti pupečnicku doleva, pak vzhůru k subliennální a dále vpravo do subhepatální oblasti. Ve 3. období se již umístí cékum do pravé jámy kyčelní. S sebou táhne colon, které tak vytváří colon asc., transv. a desc. Při Laddově sy. dochází k nedokončení rotace, takže nerotované cékum komprimuje duodenum peritoneálními pruhy a současně dochází ke kongenitálnímu volvulu středního střeva (embryonálně jde o úsek od duodena do poloviny colon transversum). Příznaky se objevují záhy po porodu, nejčastěji kolem 3.–4. dne zvracením, zácpou, bolestmi břicha. Bříško bývá vzdučnaté. Léčba je chirurgická, kdy je nutno provést nejen detorsi volvulu, ale též uvolnit komprimované duodenum přerušením peritoneálních pruhů a stažení céka doleva dolů a jeho zafixování. Současně se provádí appendektomie. Ladd varoval před snahou chirurgicky dokončit rotaci střeva pro vysokou pooperační mortalitu a cékum transponuje doleva. V mém 1. případě šlo o Laddův syndrom s ne zcela komprimovaným duodenem, proto příznaky a grafická vyšetření nebyly zcela průkazné. Zajímavostí je popis zrychlená pasáž KL klíčkami tenkého střeva a colon. Ve 2. případě byl průběh téměř klasický. Oba případy dopadly dobře, i když literární zdroje uvádějí při pozdní diagnóze asi 30% mortalitu. Nebylo třeba provádět resekci střeva s anastomosou. Otázkou je vhodnost zavedení prokinetik u zvracení pacientů ještě před objasněním jeho příčiny. U obstrukcí GIT jsou kontraindikována. Navíc by nasazení cisapridu mělo předcházet i zvážení rizik z ovlivnění srdečního rytmu.

#### Literatura:

- 1) Dětská chirurgie, kolektiv, Avicenum, 1981
- 2) Náhlé příhody břišní u dětí, Tošovský, Avicenum, 1981
- 3) Chirurgie, Niederle, SPN, 1975

# Cystická fibróza

## kazuistika

MUDr. Ctirad Kozderka

PLDD, Kralovice

Dovolil bych si Vám předložit následující kazuistiku, která by mohla být zdrojem úvah v diferenciální dg. a současně upozorněním na nespolehlání se vždy pouze na závěry lůžkových zařízení či specialistů. V neposlední řadě i z uvedené kazuistiky vyplývá náš dennodenní problém práce s rodiči a získávání je pro spolupráci jak při stanovení dg., ať již za účelem verifikace suspektního patologického procesu, či jeho vyloučení, tak pak u chronicky nemocného dítěte i jejich neustálé provázení v terapeutické péči o dítě. Ne vzácně rodiče po praktických lékařích pro děti a dorost požadují okamžité vyléčení relativně banálních onemocnění, na druhé straně titíž rodiče při závažném onemocnění, i chronického rázu, se snaží celý problém bagatelizovat. Někdy se jedná o zřejmou nevědomost o podstatě onemocnění, jindy rodiče nechtějí diagnózu, či suspekci, vůbec přijmout. V obou případech je pak naší povinností použít všechny dostupné prostředky k tomu, abychom se dopracovali jasného závěru a rodiče v pozitivním případě získali ke spolupráci. K tomu je často u chronicky nemocného dítěte nutná multidisciplinární spolupráce na nejvyšší možné úrovni. Sám mám někdy pocit nedokonalé komunikace mezi odborníky a námi praktiky, což jistě nepřispívá k nejsolidnější péči o chronicky nemocné dítě a jeho rodinu. Jistě by nebylo od věci častěji konzultovat své chroniky s příslušným specialistou, který o našeho pacienta pečuje a ujednotit se i na poskytovaných informacích rodičům dítěte. Jak uvedla nedávno MUDr. Jarmila Seifertová, vhodné by bylo najít si čas navštívit naše hospitalizované pacienty přímo na oddělení a s klinickým lékařem prodiskutovat u závažných případů další strategii. Jistě by tento postup byl přínosem jak pro kliniku, tak pro naše další k nejsolidnější péči o chronicky nemocné dítě a jeho rodinu. Jistě by nebylo od věci častěji konzultovat své chroniky s příslušným specialistou, který o našeho pacienta pečuje a ujednotit se i na poskytovaných informacích rodičům dítěte. Jak uvedla nedávno MUDr. Jarmila Seifertová, vhodné by bylo najít si čas navštívit naše hospitalizované pacienty přímo na oddělení a s klinickým lékařem prodiskutovat u závažných případů další strategii. Jistě by tento postup byl přínosem jak pro kliniku, tak pro naše další k nejsolidnější péči o chronicky

nemocné dítě a jeho rodinu. Jistě by nebylo od věci častěji konzultovat své chroniky s příslušným specialistou, který o našeho pacienta pečuje a ujednotit se i na poskytovaných informacích.

Můj případ začíná celkem tradičně–přijetím novorozence do péče po propuštění z porodnice.

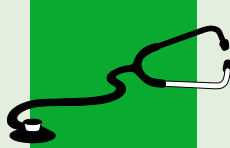
Jedná se o tmavovlasé a tmavooké bělošské děvče narozené 19. 4. 2000, 33 leté matce z 1. gravidity fyziologického průběhu v 42. týdnu těhotenství. Základní preventivní vyšetření během těhotenství byla provedena s fyziologickými nálezy. Porodní hmotnost byla 2,850 g = 20. perc., porodní délka 48 cm = 30. perc. Apgar 10 – 10 bb. Na porodnici provedený screening nezastihl žádnou patologii. Dítě bylo plně kojeno a 5. den bylo propuštěno domů jako fyziologický novorozenec.

Matka po přijetí do mé péče uvádí, že je od svého dětství atopička (dermatitis atop.) s nejzjevnějším specifickým alergenem. Na základě doporučení svých známých a literárních údajů z laických časopisů zkusila vyřadit ze svého jídelníčku maso a pozorovala pozitivní změnu. Proto cca od svých 14 let je laktoovovegetariánkou. Po ZŠ matka absolvuje SZŠ a pracuje až do nástupu na mateřskou dovolenou jako zdravotní sestra ve fakultní nemocnici. Jak anterográdně uvádí, těhotenství prožila v psychické nepohodě pro neshody s manželem, s nímž se během gravidity rozvedla.

Otec dítěte, v době narození dítěte 42 letý, má dle anamnesy skoliosu. Jiný závažný údaj v rodinné anamnesě se neobjevil. Prevence LCC negat. Očkování BCG na porodnici, DiTePe očkováno až v 7. měsíci po dosažení hmotnosti 5 kg se stoupající tendencí a proběhlo bez nežádoucí reakce. Očkování polio též bez reakce.

Od narození bylo dítě neklidné, dle matky spalo jen 4 hodiny denně, hmotnostní křivka a růstová křivka byla oploštělá. Matka se během gravidity i kojení neodklonila od vegetariánství, což zdůvodňovala obavou z rozvoje atopie u své dcery. Z tohoto důvodu odmítala také nasadit umělou kojeneckou výživu v době hmotnostního úbytku v prvních 2 měsících a to ani hypoalergenní formule. Plochou hmotnostní křivku si zdůvodňovala nedostatečným množstvím spánku. Po celou tuto dobu mělo dítě hnědavé stolice tuhé bez zbytků 1\* za 3 dny. KO+diff. provedený v 1 měs. věku nevykazuje odchylky, až na eosinofilii (0,12). Teprve





od 3. měsíce přistoupila na dokrmování přípravkem Beba HA. Kontrolní KO v 5. měsíci zcela v normě, moč chem.+sed. též. Stolice i moč oplývaly běžným oděrem. Děvče v prvním trimestrujevilo známky hyperkinetického sy. a proto jsem jej odeslal k neurologickému vyšetření pod touto dg. s poznámkou o podezření na metabolickou vadu pro neprospívání. Neurolog neshledal výraznou patologii, stav uzavřel jako neklidné dítě, poruchy spánku a neprospívání a doporučil dovyšetření k vyloučení metabolické vady při hospitalizaci na dětské klinice. V tomto momentě přistoupil výše zmiňovaný problém s rodiči, resp. matkou, předsvědčit je o nutnosti stanovit příčinu stavu. Matka se k hospitalizaci stavěla negativně, přesto ji nakonec s dítětem absolvovala, ale s řadou výhrad podružného charakteru, které zřejmě vyvěraly i z obtížné komunikace mezi personálem oddělení a matkou. Dosud mi není jasno, proč zdravotnický vzdělaná matka se tak negativisticky stavěla ke všemu, co jí dnešní zdravotnictví může nabídnout. Během pobytu byla znovu vyšetřena neurologem s norm. nálezem, provedeno základní labor. vyš. včetně Astrupa, oční vyš., sono břicha a CNS – vše s norm.nálezem. Nabrán vzorek na metabol.vady k odeslání do Prahy. Po krátké hospitalizaci bylo děvče ještě jednou na ambulantní kontrole, kde matce byly sděleny výsledky dodatečně došlých labor. vyšetření včetně metabolického screeningu a TORCH. V provedených testech se nezjistila žádná patologie. Případ byl hodnocen jako neprospívání na podkladě nevyhovující stravy kojící matky. Nad vývojem děvčete jsem dále často přemýšlel a opakovaně studoval propouštěcí zprávu z oné hospitalizace. Pro trvale plochou hmotnostní a růstovou křivku pod 3. percentilem i po zavedení smíšeného (leč zřejmě vegetariánského) jídelníčku jsem požádal matku o provedení vodního testu se stolicí na orientační průkaz tuku, který byl negativní. Děvče za celý první rok života nestonalo, stolice byla normální, močilo dobře, somatický nález byl při preventivních prohlídkách vždy až na opožděnou růstovou aktivitu normální. Psychomotorický vývoj se po odeznění hyperkinetického sy. během druhého trimenonu jevil jako normální. Při 10.měsíční prohlídce uvedla konečně kruciólní symptom, na základě něhož byla pak již cíleně provedena další laboratorní vyšetření, která vedla k správné diagnóze. Matka popsala, že má pocit, že pot dítěte ji na kůži obličje pálí. Příčinu si vysvětlila ale opět po svém – „přeci mám atopický ekzem a tak mne pot dítěte více dráždí“. Dále pot chuťově klasifikovala jako slaný – opět s dovětkem „ale to všichni máme slaný pot“. Na základě těchto symptomů a shrnutí průběhu vývoje dítěte (navíc podpořen právě probíhající konferencí

o cystické fibroze v Průhonicích) jsem i přes vydatný odpor matky k dalším vyšetřením („z dítěte děláte pokusného králíka a teď, když už se spánek upravil, tak se zase v dceři budete šfourat“) domluvil vyšetření potního testu, který prokázal pozitivní výsledek (92 mmol/l Cl v potu, u zdravé populace jsou hodnoty 10–30mmol/l, hraniční 30–60, u postižených jsou nad 60). Ještě v tomto období matka stále nedůvěřovala, měla tendenci opakovat. Až na základě výsledku indikovaného molekulárně genetického vyšetření se chování matky rapidně změnilo, dokonce uznala svoji chybu a za svůj pro mne nepochopitelný přístup (nota bene profesionálního zdravotníka) se omluvila, což jistě každého lékaře pohladí po duši. Genetickým vyšetřením byla prokázána homozygotní forma mutace deltaF508. Děvče bude dále sledováno v pediatrickém spádovém centru pro pacienty s cystickou fibrozou.

V mém registru mám ještě jednoho pacienta s CF, dnes již 18 letého chlapce, u něhož byla symptomatologie již během kojeneckého věku velmi rozvinutá – recidivující bronchitidy, průjmovitě stolice s nestrávenými zbytky, neprospívání. Zde byla dg. celkem záhy stanovena během druhého půlroku života. Je též nosičem mutace deltaF508 na obou alelách. V současné době studuje obchodní akademii, jeho celkový stav není právě uspokojivý, je nosičem Ps. aeruginosa s potřebou opakovaných léčebných kúr s použitím i.v. ATB, potřebou denní několikahodinové dechové rehabilitace, vysokokalorickou stravou se suplementací. Přesto u chlapce dochází ke kachektizaci. Jeho dechové funkce jsou významně sníženy, restriktce cca na 30%. Uvažuje se o jeho zařazení do transplantačního programu.

Cystická fibroza (mukoviscidosa) je geneticky podmíněné onemocnění a to autosomálně recesivně. Nepostižení heterozygotní rodiče dítěte jsou nosiči po jedné mutované alele, jejich plod má pak 25% riziko onemocnění, 50% riziko nosičství bez postižení a 25% šanci být zcela „geneticky“ zdravé. Mutace genu se týká tzv. transmembránového regulátoru vodivosti (CFTR) ovlivňujícího chloridový kanál závislého na c-AMP, který se nachází v membráně epitelálních buněk dýchacího ústrojí, acinů pankreatu, střeva, žlučovýchodů, chámovodů a kůže, což má za následek neprostupnost Cl iontů a sekundárně též iontů Na. Od toho se odvíjejí klinické projevy s multiorgánovým postižením se změnou reologických vlastností sekretů. To pak vede k poruše příslušných orgánů – chronický zánět průdušek, sinobronchiální sy., nosní polyposa, prolaps rekta, mekoniový ileus, malabsorpce, diabetes mell., sterilita, slaný pot a vysoké ztráty solí potem. V dýchacích ces-

tách s poruchou mukociliární clearance se snáze uchytí patogeny jako Pseudomonas aeruginosa a Burkholderia cepacea, což je navíc umocněno přítomností patologických receptorů pro tyto bakterie (chybně sialyzované glykolipidy na epitelálních buněčných membránách). Dále patologický genotyp pro CF způsobuje též poruchu imunity (zvýšená tvorba IL-8 vede k chemotaxi leukocytů, minimální hladina protizánětlivého IL-10 vyvolává zánět i bez přítomnosti mikroorganismů, zvýšení IGF-1 vede k fibrogenézi). Postižení jsou tedy významně stigmatizováni, zejména postižením plicních funkcí, malabsorpce s nutností substituce pankreatickými enzymy ve vhodné formě (mikropelety, přípravek Kreon)), vitaminy rozpustnými v tucích, vysokokalorickou stravou a přiměřenou dávkou NaCl. Ke komplikacím patří diabetes mellitus na podkladě fibrotizace pankreatu s poškozením endokrinní funkce, fibrotizace střevní stěny, gastroesofageální reflux, kardiomyopatie aj. Pacienti jsou ohroženi šokovým stavem při pobytu v horku či při febriliích ze zvýšených ztrát iontů potem. Neprůchodnost vasis deferentis vede k neplodnosti mužů, postižené ženy na podkladě změněných vlastností cervikálního hlenu mají problémy s otěhotněním (někdy jako první symptom vedoucí ke stanovení dg.!) V naší populaci není cystická fibroza vzácným onemocněním, uvádí se frekvence 1 postižené dítěte na 2500–3500 živě narozených. Z toho vyplývá, že se ročně u nás rodí cca 30–40 postižených dětí. Ne všechny děti jsou však správně diagnostikovány, ne vždy se na toto onemocnění v rámci diferencielně-diagnostické rozvahy pomýšlí. Zhruba každý 25. – 30. občan republiky je heterozygotním zdravým nosičem genu pro CF.

Dosud je známo zhruba 800 mutací genu pro CF, z více jak 70% se ve střední Evropě vyskytuje mutace deltaF508.

Diagnostiká verifikace podezření je založena jednak na potním testu, který by měl být proveden zkušenou laborantkou, aby bylo zaručeno jeho standartní provedení, jednak molekulárně genetickým vyšetřením. Nelze spoléhat na zjištění parametru Cl v potu v referenčním rozmezí, jestliže klinické podezření trvá. U neprospívajících dětí bychom neměli opomenout požádat matku o zhodnocení chuti potu dítěte při políbení čelíčka. Léčba postižených pacientů se neustále upravuje dle nově získaných vědeckých poznatků. Ještě před 20 lety se děti nedoživaly 20 let, při dnešní léčebné strategii se mohou dožít 40 let věku, předpokládá se ale přežívání se získáváním dalších poznatků o tomto onemocnění a jejich uvedení do praxe jako u ostatní populace. Přesto příbuzným postiženého pacienta je nutno nabídnout

nout molekulárně genetické vyšetření a dostatečnou prenatální péči. Terapie nemocných musí být komplexní – časově nejnáročnější je dechová rehabilitace včetně inhačních technik (několik hodin denně!), naučení dítěte správně dýchat, vykašlávat vazké sputum, substitute pankreatických enzymů, vitaminů A,D,E,K, soli, zajištění dostatečně kalorické stravy, včasná a důsledná terapie častých a úporných respiračních infekcí. V indikovaných případech je dnes možno život zachránit transplantací plic či bloku srdce–plíce.

Postiženým dětem a jejich rodinám je též vhodné ve spolupráci s odborníky pečujícími o tyto děti nabídnout využití systému sociálních dávek a podpor.

Dorostový věk se může stát problematickým obdobím u pacientů s CF více než u zdravé populace, proto v indikovaných případech je vhodné nabídnout podporu zkušeného psychologa. Problémem doposud zůstává předávání přeživších pacientů odborníkům pro dospělé. Lékaři pečující o dospělou populaci, včetně pneumologů, vlastně se dosud s tímto onemocněním často ani neměli možnost ve svých ordinacích setkat.

Rodičům postižených dětí je možno nabídnout získávání informací od jiných rodin s tímto postižením v Klubu rodičů a přátel dětí nemocných cystickou fibrózou ve FN Motol, pavilon F, V úvalu 84, 150 18, Praha 5, tel. 02/24436184, fax 02/24436207. Další informace lze získat i na internetových stránkách <http://free-web.coco.cz/cf>

#### Literatura:

1) Věra Vávrová et al.: *Cystická fibróza v praxi*, 1999, *Kreace ve spolupráci s fi.Roche* Čs. *pediatrie*, 56, *Supplementum S1*, 2001, str. 8.

## Rectodelt v lékařské praxi

V posledních letech i čeští PLDD objevují a začínají používat ve svých lékařských praxích akutní kortikoterapii v čípkové podobě. Tato léková forma je rozšířená zejména v oblasti německy mluvících zemích Evropy, u našich sousedů. Ambulantní dětský lékař oceňuje jednoduchost aplikace, relativně rychlý nástup účinku a prakticky žádné kontraindikace u akutní léčby. V indikacích dominují akutní exacerbace asthma bronchiale, akutní subglotická laryngotracheitida a silnější alergické reakce. PLDD výše uvedených vlastností využívá zejména z pozice dětského - rodinného lékaře, který dobře zná rodinu dětského pacienta, kde často alergická onemocněním recidivují a často mají i obdobný průběh. Tento lék možno operativně používat přímo v domácí prostředí, při návštěvách, při ošetření v rámci LSPP či přímo v dětské lékařské praxi, zejména u mladších dětí.

Výše uvedená flexibilita Rectodeltu v čípcích, zejména po osobních zkušenostech s ním, dále rozvíjí terapeutické možnosti v primární dětské péči. Tím poněkud klesá potřeba parenterálních či perorálních léků. Nutno vždy pečlivě zvažovat jeho nasazení vzhledem k indikaci, dodržovat správné dávkování, a po krátkodobé terapii jej vysazovat.

MUDr. Tomáš Soukup



# Naše zkušenosti s výživou Sunarka ready meal firmy Heinz a poznámky ke kojenecké výživě

**MUDr. A. Kolek**

Dětská klinika FN v Olomouci

Tradiční jídelní návyky jsou charakterizujícím rysem určitých etnik, socioekonomických okruhů a také rodin. Často jsou bez větších změn přejímány z generace na generaci i když jejich skladba nemusí odpovídat aktuálně doporučeným zásadám racionální výživy.

Výjimkou je věková skupina kojenců, jejichž výživa se mění a je permanentně a intenzivně ovlivňována výsledky vědeckého výzkumu a technologického pokroku. S trochou nadsázky lze říci, že dobře míněné rady babiček nově narozených dětí, vycházející z vlastních zkušeností, se mohou značně lišit od aktuálních rad vyslechnutých v ordinaci dětského lékaře.

Kojenecká výživa plní funkce nutriční, imunologické, psychologické a vyjadřuje se k ní řada specialistů. Jak časový režim výživy tak i vývoj a výroba výrobků jsou řízeny doporučeními expertů Evropské unie a pro členské státy jsou závazné (1–3). Tato doporučení se nyní stala součástí i našeho zákonodárství (4). Výživa pro tuto věkovou skupinu je označována termínem „potravinová pro zvláštní výživu“. Nedostatečný odborný dohled, přecenění možností umělé výživy a asi i komerční zájmy vedly v minulosti k relativizování i takové nutriční konstanty jakou je kojení. Výsledkem byl růst incidence potravinové přecitlivělosti a kojenecké celiakie.

Plné kojení až do 6. měsíce života je bez výjimky doporučováno všem dětem. Jeho přednosti jsou všeobecně známy. Biologická dostupnost makro i mikronutrientů je v ma-

teřském mléce vyšší než u výživy umělé. V současné době se věnuje pozornost zejména vysokému obsahu nenasycených mastných kyselin nezbytných pro rozvoj CNS. Délka kojení se v ČR prodlužuje. V roce 1999 jsme ve spolupráci s osmi PLDD zjistili, že je kojeno 57 % 3 měsíčních a 36 % 6. měsíčních fyziologických kojenců. U našich nemocných s celiakií se v posledních 20 letech prodloužila průměrná doba kojení z 1,5 na 3 měsíce.

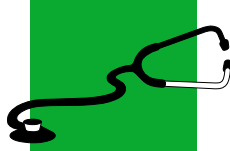
Nekritické přijímání prolaktačního programu vede někdy k prodloužení kojení i za hranice jeho prospěšnosti. Zaznamenali jsme několik plně kojeneckých dětí devíti a dokonce i dvanáctiměsíčních. Delší než šestiměsíční výlučné kojení již nevyhovuje nutričním požadavkům. Navíc děti nezískávají nezbytné návyky nutné pro přijímání stravy u stolu a patřičné návyky socializační. Děti výlučně kojenecké déle než 6 měsíců se obtížně odstavují. Odmítají přijímat potravu z hrníčku a nebo lžičky, jejich energetický příjem klesá a často jsou odesílány k dětskému gastroenterologovi s diagnózou nechutenství. Situace může být velmi stresující, matka postupně ztrácí mléko a dítě jinou výživu odmítá. Nucení stravy může narušit dobrý vztah dítěte k jídlu.

Velmi se zdokonalila i praxe výživy umělé. Nekožené děti jsou již výhradně živěny adaptovanými preparáty a prakticky již nevidíme v nedávné minulosti relativně často podávané různě ředěné běžné konzumní mléko, kondenzované mléko či jiné bizarnosti.

Současný vědecky zdůvodněný trend ve výživě kojenců přispívá k indukci imunologické tolerance enterálně podávaných antigenů. Naopak předčasná antigenní zátěž nezralého střevního imunitního systému byla typická pro nedávné období (výskyt častých střevních infekcí v jeslích, časně podávání příkrmů ve 3.–4. měsíci života). Antigenní zátěž indukuje imunitní Th1 odpověď, prezentaci antigenů T lymfocytům a expresi kostimulačních molekul (CD 28). Zvyšuje se pravděpodobnost rozvoje jednak lokální i systémové přecitlivělosti a pravděpodobně i chorob s autoimunními projevy (např. DM. 1. typu, celiakie, nespecifických střevních zánětů). Působky a supresorové T lymfocyty obsažené v mateřském mléce potlačují reaktivní klony T lymfocytů, indukují tlumivou Th3 odpověď a vedou k prezentaci střevních antigenů v tolerogenní formě. Např. prodloužené kojení v průběhu 20 let bylo jedním z příčin posunutí věku manifestace celiakie z 9 na 15 měsíců.

Přechod z výlučné mléčné stravy mladších kojenců na stravu „u stolu“ musí být postupný a regulují jej rovněž odborná doporučení dbající na nezávadnost výchozích surovin a jejich optimální skladbu. Tato opatření m.j. oddalují zavedení neracionálních stravovacích návyků běžných v domácím prostředí, jedná se nejčastěji o zbytečné překrmování, neracionální skladbu stravy nebo pro tento věk nevhodné vegetariánství. Podávání následných formulí (follow on formulas) ve srovnání s dříve podávaným plnotučným

**inzerce Heinz**



mlékem snižuje vysoký příjem bílkovin a tuků. Ve druhém půlroce života se vytvářejí důležité praktické nutriční návyky, chuťové preference a preference určitých jídel. Špatně vytvořené a neracionální časné stravovací návyky mohou u vnímavých jedinců přispět k pozdějšímu rozvoji civilizačních chorob (např. obezity, kardiovaskulárních chorob). Vysoký obsah lepku ve stravě podávané 6.-12. měsíčním dětem byl ve Švédsku příčinou vyšší incidence celiakie u 2 letých a mladších dětí ve srovnání se zeměmi s nižší spotřebou lepku. Analýzou stravy našich dětí této věkové skupiny jsme zjistili rovněž poměrně vysokou denní konzumaci lepku u 6. – 8. měsíčních 2,2 g a 9.- 12. měsíčních dětí 3,4 g.

Matky starších kojenců mohou připravovat stravu buď tradičním „kuchyňským“ způsobem z jednotlivých surovin a nebo kupovat již hotové konzervované přípravky, nejčastěji tzv. „mokrou výživu“ ve skle. V naší praxi registrujeme postupně rostoucí oblibu konzervované výživy, v současné době ji konzumuje již asi polovina dětí.

Jedním z nových produktů na našem trhu rozšiřujícím stávající možnosti výživy starších kojenců a batolat je výživa Sunarka ready meal firmy Heinz zavedená na českém a slovenském trhu. Jedná se o extrudovanou a tedy „suchou“ směs zatavenou v hliníkové folii v ochranné atmosféře. Obsah sáčku je sypký bez výraznější vůně. 100 g směsi obsahuje průměrně 414 kcal, 15,8 g bílkovin, 64,6 g uhlohydrátů především ve formě složených cukrů (bez přídavku sacharózy), 9,8 g tuku, z toho jen 3,2% satureovaných, 2 g vlákniny, a dále vitaminy A, D, E, C, komplex vitamínu B, železo, zinek a vápník. Výrobek se obnovuje rozpuštěním ve vodě v poměru 1:3. Koncentrace živin je v připravené kaši ve srovnání se suchým stavem třetinová.

Na Dětské klinice FN a v Kojeneckém ústavu (KÚ) v Olomouci jsme uvedený přípravek v průběhu září – listopadu 2001 podáva-

li 50 starším kojencům. Zdravotní stav těchto dětí byl dobrý. Netrpěly onemocněním zažívacího traktu. Důvody hospitalizace na DK FN OL byly zpravidla diagnostické (vyšetření urotraktu, ortopedické). V KÚ se jednalo o stabilizované pacienty. Matky dětí hospitalizovaných na DK s podáváním této výživy souhlasily. Byla hodnocena ochota a sponzátnost s jakou děti výživu přijímaly a výskyt nežádoucích jevů jako jsou zvracení, průjem, event. alergické projevy. Nehodnotili jsme vývoj hmotnosti a laboratorních parametrů, protože délka podávání byla zpravidla příliš krátká, aby byly tyto parametry ovlivněny.

#### **Bylo hodnoceno 5 následujících směsí:**

1. Rýžová se zeleninou, 2. Květáková s brokolicí a sýrem, 3. Zeleninová se sýrem, 4. S kuřecím masem a kukuřicí, 5. S kuřecím masem a zeleninou. Všechny uvedené produkty je možno podávat dětem od ukončeného 5. měsíce věku. Mimo uvedených složek výrobky obsahovaly ještě vysoce kvalitní sušené mléko. Jsou prosty konzervancí, umělých barviv, lepku a vajec, bez přídavku sacharózy.

U žádného dítěte nebyl zaznamenán nežádoucí projev vysvětlitelný podáváním uvedené výživy. Sytívnost výrobku byla dobrá. Pro testovaný výrobek je charakteristické jednoduché chuťové spektrum a proto byl některými dětmi méně ochotně konzumován, zejména kaše s brokolicí. Neochotněji byla přijímána kaše obsahující kuře a kukuřici. Vliv může mít i nižší ochota přizpůsobit se nové stravě vlivem stresu při pobytu v nemocnici. Pokud byla výživa podávána dítěti delší dobu (v kojeneckém ústavu) tolerance se postupně zlepšovala. Sensorické vlastnosti výrobku lze přijmout jako snahu výrobce omezit nápadné chuťové dominance (zejména sladkost) a usměrnit pozdější chuťové preference směrem k racionální výživě

Domníváme se, že uvedený výrobek obohatí na našem trhu nabídku kojenecké a dět-

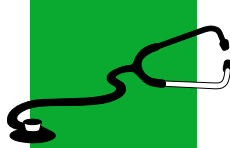
ské výživy. „Suchá forma“ může být pro matky mobilnější než tradiční výživa ve skle. Obsahuje navíc i sušené mléko jako důležitý zdroj esenciálních aminokyselin a vápníku. Z technologického hlediska je extruze šetrná pro zachování biologických vlastností zpracovávaných živin. Racionální je vysoké zastoupení složených cukrů (omezení kazivosti zubů), dále vysoký obsah nenasycených mastných kyselin (nezbytných pro rozvoj mozku a v prevenci kardiovaskulárních chorob) a obsah vlákniny (důležitého prebiotika). Obsah mikronutrientů (vitaminy, železo, zinek) je dostatečný pro pokrytí denní potřeby. Výrobek oslovuje i nezanedbatelnou část dětské populace trpící celiakií (neobsahuje lepek) a přecitlivělostí na vaječnou bílkovinu (neobsahuje bílkoviny vajec).

Z praktického hlediska bude třeba aby si děti zvykly na specifickou chuť této výživy delším podáváním. Doporučili bychom volit vyšší ředění přípravku než je doporučovaných 1 : 3 (1,38 kcal/ml), výsledná kaše je příliš hustá. Lépe je, zejména u menších dětí, přijímáno ředění 1 : 4 (1kcal/ml).

#### *Literatura:*

- 1) Commission of the European Communities. Commission directive 1992/21/EEC of 25 March 1999 on dietary foods for special medicinal purposes. Official J. Eur. Comm., 1999, L91/92, s. 29-31
- 2) Commission of the European Communities. Directive on infant formulae and follow on formulae 91/321/EEC. Official J. Eur. Comm., 1991, L175, s. 35-49
- 3) Committee on Medical Aspects of food and nutrition policy. Guidelines on the nutritional assessment of infant formulas. Dept. of Health report on health and social subjects 47. The Stationary Office, London (UK), 1996
- 4) Vyhláška 23 Ministerstva zemědělství ČR sb. z 22. prosince 2000

**inzerce**



## Vzdělávací víkend OSPDL ČLS JEP na Javorníku



Ve dnech 21.– 23.9.2001 proběhlo setkání členů odborné společnosti v dětském sanatoriu v Javorníce na Šumavě.

Setkání bylo koncipováno jako volný vzdělávací víkend s možností diskuze nad problematikou z našich praxí. Kolem 70 účastníků, kteří byli hosty Sanatoria Javorník se mohli seznámit s prostředím a organizací péče o děti, které do ozdravovny posíláme. Představitel Sanatoria MUDr. Stárek využil videotechniky, aby předvedl, jak jsou děti v ozdravovně zapojeny do jednotlivých činností – pěveckých, tanečních, sportovních. Odbornou část rehabilitačně léčebnou nám představil nový lékař ozdravovny MUDr. Masný. Pozvání přijali představitelé spolupracující krajské nemocnice z Českých Budějovic.

MUDr. Jiří Klíma nám v populárně naučné přednášce připomněl **závažnost úrazů a otrav v dětském věku**. MUDr. Jindřich Čížek v přednášce **Strategie antibiotické léčby u dětí** znovu zdůraznil, že antibiotikum není antipyretikum a jak je nutné mít neustále na mysli účinnost podávání antibiotik v primární péči. Přednáška byla dobrým startem pro

účastníky začínající studie o preskripci antibiotik při respiračních infekcích v primární péči.

Prim. MUDr. Vladimír Smrčka poukázal na **význam postnatálního UZ – screeningu ledvin a močových cest**.

Jak jsou přínosné aktivity z primární péče nám dokázala obsáhlá prezentace výsledků dotazníkové studie z našich praxí. Dotazníky připravila MUDr. Halašková a požádala o spolupráci školitele. Dotazníková akce měla přinést souhrnný **přehled o situaci s výživou nejmenších dětí, tedy o kojení z pohledu primární péče**. Data zpracoval a přednesl MUDr. Bohuslav Procházka z Kutné Hory. Jistě využije další příleži-



tosti, aby i ostatním kolegům tento hezký soubor z primární péče prezentoval.

Poučení od kolegů nad případy z našich praxí je vždy vítané. Kazustiky si připravili MUDr. Bumbová, MUDr. Adamová, MUDr. Kozderka, MUDr. Roškotová, MUDr. Seifertová, MUDr. Letáková a další.

Rozmanitá problematika: Zánět slepého střeva, Borelioza, Laddův syndrom, Chronicky nemocné dítě s letálním koncem ukazuje jak rozmanitá a zodpovědná

je práce praktického dětského lékaře, jak je důležité celoživotní vzdělávání, dobrá komunikace a spolupráce s os-



tatními odborníky na poli péče o dítě.

**Neméně důležité je, aby se kolegové sešli a naučili se diskutovat nad kvalitou péče o naše pacienty a hledali cesty jak to zajistit.** To bylo také námětem diskuze, kterou vedla MUDr. Cabrnochová – předsedkyně odborné společnosti. Představila kolegům cíle, kam chce odbornou společnost směřovat a vést.

MUDr. Seifertová podala přehled **o činnosti aktivních kolegů – školitelů** od roku 1996. MUDr. Cabrnochová za aktivitu poděkovala a vyjádřila přesvědčení, že i v budoucnosti bude tato aktivita pokračovat ve spolupráci s Institutem postgraduálního vzdělávání a Českou lékařskou komorou a že jistě k tomu napomůže i nově vznikající Zákon o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

MUDr. Jarmila Seifertová



## Aktuality

### ■ **Fišer chce, aby si lidé více hlídali zdraví**

Kdo se bude starat o svoje zdraví, mohl by se dočkat úlevy při placení zdravotního pojištění.

Ministr zdravotnictví Bohumil Fišer se pokouší přimět spoluobčany, aby pravidelně navštěvovali praktického lékaře. Podle představa ministerstva by měli Češi podstoupit preventivní prohlídku jednou za dva roky. Ve skutečnosti tak dosud činí jen málokdo. Ministerstvo se pokouší na tento stav reagovat pomocí návrhu vyhlášky k novému zákonu o zdravotní péči: upravuje v ní, jak často by se měli lidé nechat preventivně vyšetřit a co má být obsahem prohlídky. Fišer zmíněnou vyhláškou navazuje na čtyři roky starý zákon o veřejném zdravotním pojištění, který o pravidelných prohlídkách rovněž hovoří. Nová vyhláška staví na dobrovolnosti. Nemůžeme nikomu nic nařizovat, vysvětluje mluvčí ministerstva Otakar Černý a dodává: Mohli bychom ale občany motivovat, aby o své zdraví víc dbali. Jako jednu z možností připouští právě slevu na zdravotním pojištění. Největší tuzemský správce pojištění, Všeobecná zdravotní pojišťovna, by se podle své mluvčí Kateřiny Zamastilové zavedení slev pro svědomité pacienty nebránil. Pokud to povolí legislativa, lze o tom uvažovat, řekla Zamastilová. Platný zákon o veřejném zdravotním pojištění s bonifikací pacientů nepočítá. Neobsahuje ani možnost postihnout ty, kteří se svým zdravím hazardují. Výjimkou je pouze udělení pokuty za ignorování výzvy k zákonem povinnému očkování. Bylo by správné začít více rozlišovat. Prevence je vždy levnější než následné léčení choroby, podotkla Zamastilová. Podle místopředsedy Svazu praktických lékařů ČR Jana Jelínka ale bude obtížné jakékoli úlevy do systému plateb pojistného zahrnout. Vždyť se zatím nepodařilo ani bonifikovat nekuřáky, kteří se chovají ke svému zdraví mnohem odpovědněji než kuřáci, připomněl Jelínek.

### ■ **Vrátí se prohlídky do škol?**

Zájem lidí o preventivní prohlídky lékaři vítají. Podle Jelínka existuje určitý okruh pacientů, kteří o pravidelné monitorování svého zdravotního stavu stojí. Některé další k tomu musíte postrčit a s některými nehnete vůbec. V těchto případech by mohla pozitivní motivace pomoci, usoudil Jelínek. Nová vyhláška upravuje také preventivní prohlídky u specialistů ženského lékaře a stomatologa. Zvláštní kapitolu věnuje dětem. Do půl roku věku mají předepsáno šest prohlídek, do roka další tři a pak jako dospělí po dvou letech. Ani pro děti, ačkoli jsou pro jejich vývoj velmi důležité, nejsou prohlídky povinné. Většinou se ale nestává, že bychom k nim museli rodiče honit, konstatoval pediatr Milan Kudyn. Otakar Černý soudí, že by nová vyhláška mohla přispět k návratu předlistopadových pravidelných prohlídek organizovaných školami. S tím ale Kudyn razantně nesouhlasí. Školní prohlídky se zrušily, protože byly naprosto nesmyslné a formální, uvedl pediatr. Je nezbytně důležité, aby dítě

přišlo na prohlídku v doprovodu svého rodiče, s nímž může pediatr rozebrat případné problémy. A vyšetřující lékař musí mít klid a čas. Vyšetření může trvat i dvacet minut, vysvětlil.

### ■ **Vědci jsou o krok blíže úspěšné léčbě rakoviny**

Pumpa nazvaná P-glykoprotein odvádí z buněk napadených rakovinou léky ještě předtím, než mají šanci začít účinkovat. Vědci ale nyní znají její strukturu, a proto mohou začít vyvíjet látky, které její činnost zastaví.

Najdeme molekuly – Britští vědci včera oznámili, že objevili klíčový mechanismus v rakovinových buňkách, který způsobuje odolnost nádorů vůči lékům. Badatelé identifikovali strukturu molekuly nazvané P-glykoprotein, která odvádí z napadených buněk léky podávané při chemoterapii ještě předtím, než mají šanci je zlikvidovat. Vzniká tak naděje pro pacienty, jejichž nádory jsou odolné vůči běžné léčbě. Kdybychom pochopili a poté přerušili tento mechanismus, získali bychom účinný způsob, jak vyřadit z funkce tuto nežádoucí činnost, řekl profesor Chris Higgins z londýnské Imperial College. Bez schopnosti zbavit se léků proti rakovině by byly nádory opět citlivé na jejich nasazení, dodal. Higginsovi a jeho týmu se poprvé podařilo popsat molekulu P-glykoproteinu. Znalost struktury umožní vědcům vyvinout prostředky na její zablokování, což by mohlo odstranit problém s nádory odolnými vůči lékům. O výsledcích výzkumu informoval odborný časopis European Molecular Biology Organisation Journal. Není nic více frustrujícího, než léčit napadené buňky léky, o kterých víme, že mohou být účinné, a přitom vidět, jak jsou odčerpávány z buněk dříve, než mají šanci začít pracovat, řekl britské BBC Doktor Mark Rosenberg z Oxfordské univerzity. Teď ale známe strukturu této 'pumpy a můžeme začít vyvíjet léky, které by mohly zastavit práci této molekuly, dodal.

Léky Pumpa, molekula nazvaná P-glykoprotein, se nachází v malém množství ve zdravých tkáních a hraje roli v normálním metabolickém procesu. Některé buňky napadené rakovinou však obsahují velké množství P-glykoproteinu, který je schopen vypudit léky proti rakovině. Zatím měli vědci jen nejasnou představu o tom, jak molekula vypadá, a ještě méně znalostí o tom, jak pracuje. Tento objev je důležitým krokem k překonání odolnosti nádorů vůči lékům, řekl profesor Gordon McVie, který se na výzkumu také podílel. Znalost podrobné molekulární struktury této transportní molekuly samozřejmě může pomoci hledat nové molekuly – léky, které se na klíčová místa tohoto proteinu vážou a neutralizují jeho funkci, tedy pumpování cytostatik ven z buňky, řekl LN doc. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., z Masarykova onkologického ústavu v Brně. P-glykoprotein a jeho funkce jsou známy nejméně dvacet let podobně jako další transportní transmembránové pumpy, jimiž se buňky obecně, tedy jak normální, tak i nádorové, brání cizorodým látkám. Jde tedy o detailní popis struktury P-glykoproteinu britskými vědci, nikoli jeho





objev nebo objev odolnosti nádorů vůči lékům, dodal. Rakovina je nejčastější příčinou úmrtí v nejvyspělejších zemích. Podle odhadu Světové zdravotnické organizace (WHO) onemocní rakovinou každý rok na světě deset milionů lidí a 6,2 milionu na ni zemře. Nejrozšířenější typy jsou rakovina plic, žaludku, tlustého střeva, jater a prsu. Mezi obvyklé způsoby léčby patří chirurgické zákroky, ozařování, chemoterapie a hormonální terapie.

### Lékaři chtějí prosadit doplatky od pacientů za lepší péči

K Ústavnímu soudu se chtějí obrátit praktičtí lékaři, pokud zákonodárci neumožní pacientům připlatit si za nadstandardní péči.

Praktičtí lékaři žádají změnit zákon o veřejném zdravotním pojištění. Jeho novelou se bude tento týden zabývat sněmovna. Praktici chtějí, aby zrušila klauzuli, která znemožňuje pacientům připlatit si za nadstandardní výkony. Jinak jsou odhodláni probojovat se až k Ústavnímu soudu. Současný zákon neumožňuje, aby si lidé legálně připlatili např. za kvalitnější protézy či kontaktní čočky. Lékaři tvrdí, že je to diskriminace pojištěnců. Pokud s požadavkem na lepší pomůcku přijde pojištěnec u české zdravotní pojišťovny a pacient nepojištěný, je první diskriminován, protože mu podle zákona nesmíme vyhovět, tvrdí Jan Jelínek ze Sdružení praktických lékařů. Vyjít ošetřovanému pacientovi vstříc zakazuje lékařům tzv. paragraf poslankyně Fischerové. Eva Fischerová totiž před čtyřmi lety do chystaného zákona prosadila jako pozměňovací návrh větu, že lékaři nesmějí chtít po pacientech doplatky za péči, kterou platí pojišťovny, ani za tu, která s hrazenou nějak souvisí.

### Právce se nevzdává

Právě klauzule o související péči je terčem kritiky, protože se vztahuje prakticky na všechny lékařské úkony. Už několikrát se právce pokoušela ji ze zákona odstranit, nikdy však neuspěla. Nejnovější pokus hodlá teď učinit Milan Cabrnach (ODS), který chce pozměňovací návrh prosadit v rámci kosmetické novely zákona o pojištění. Chci, aby lidé konečně měli možnost si jako nadstandard koupit, co chtějí, říká. Velké šance na úspěch ale nemá ani tento návrh. Levice stojí za Fischerovou. Problém je v tom, že pacient nemá dostatečné informace o tom, na co má a na co nemá nárok bezplatně, říká Fischerová. Podle ní hrozí, že lékaři budou žádat doplatky i za to, co hradí pojišťovny. Lékaři by si měli s pojišťovnami ujasnit, co je základní péče, a pojišťovny by měly pružněji měnit nabídku úhrad podle vývoje lékařské vědy. Pozměňovací návrh před čtyřmi lety byl prý reakcí na snahu lékařské komory zavést pokladní systém úhrad jako obranu před opožďováním plateb především ze strany VZP. Pacient by zaplatil za ošetření v ordinaci a částku by si poté nechal pojišťovnou proplatit. Pokud Cabrnachův návrh neprojde, lékaři se chystají získat na svou stranu alespoň dostatek zákonodárců potřebný k podání stížnosti Ústavnímu soudu. K tomu potřebují získat nejméně 41 poslanců nebo 17 senátorů.

## I N Z E R C E

**Redakční rada upozorňuje, že v nově zřízené rubrice INZERCE je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.**

### Přenechám ordinaci PLDD

Přenechám ordinaci PLDD se zavedenou klientelou lékaři-lékařce s licencií nebo možností ji získat.

Vzdálenost 40 km od Brna.

Byt k dispozici.

Tel: 0606 803 287

### Hledáme pediatra

Hledám pediatra na zástup v ordinaci PLDD v okrese Ústí n. Labem po dobu mateřské dovolené tj. 6 - 12 měsíců od ledna nebo února 2002, event. na dobu kratší.

Ubytování lze zajistit. Odměna dle dohody.

Kontakt: MUDr. Jana Sudková 047/5102128, 0602 844 849

E-mail: sudek@iol.cz

### Hledám praxi PLDD

Hledám praxi PLDD s možností zaměstnání event. pozdějšího převzetí.

2 atestace v oboru pediatrie, 20 let praxe.

Tel.: 0606 528 804

### Hledám zástup

Hledám zástup pro ordinaci v Praze 4 na jeden rok s možností pozdějšího převzetí praxe v rámci programu generační výměny PLDD.

Telefon domů: 02/688 04 23, zn.: večer

### Výběrové řízení

Okresní úřad Žďár nad Sázavou vyhláší podle zákona č. 48/1997 Sb. výběrové řízení na poskytování ambulantní zdravotní péče v oboru praktické lékařství pro děti a dorost v rozsahu 1,0 úvazku pro spádové území Zdravotního střediska v Křižanově.

Adresa: Okresní úřad, referát sociálních věcí a zdravotnictví, Žižkova 1, 591 12 Žďár nad Sázavou.

Bližší informace budou poskytnuty na tel. číslo 0616/685 134.

### Přijmeme dětského lékaře

Dětského lékaře přijme zdravotní středisko Pernink - okres Karlovy Vary. Dětský obvod splňuje kritéria pro přidělení statutu malé praxe.

Byt 2 + 1 k dispozici.

Tel.: 0607 244 730.

### Přijmeme lékaře na dětské oddělení

Nemocnice s poliklinikou v Teplicích přijme 1 lékaře na dětské oddělení s atestací I. stupně nebo absolventa LF.

Bližší informace podá primář dětského oddělení na tel. 0417/519 311.

### Přijmeme lékaře na dětské oddělení

Nemocnice s poliklinikou Rakovník přijme 1 lékaře na dětské oddělení.

Nástup možný ihned.

Písemné nabídky zasílejte na personální oddělení NsP Rakovník, Dukelských hrdinů 200.