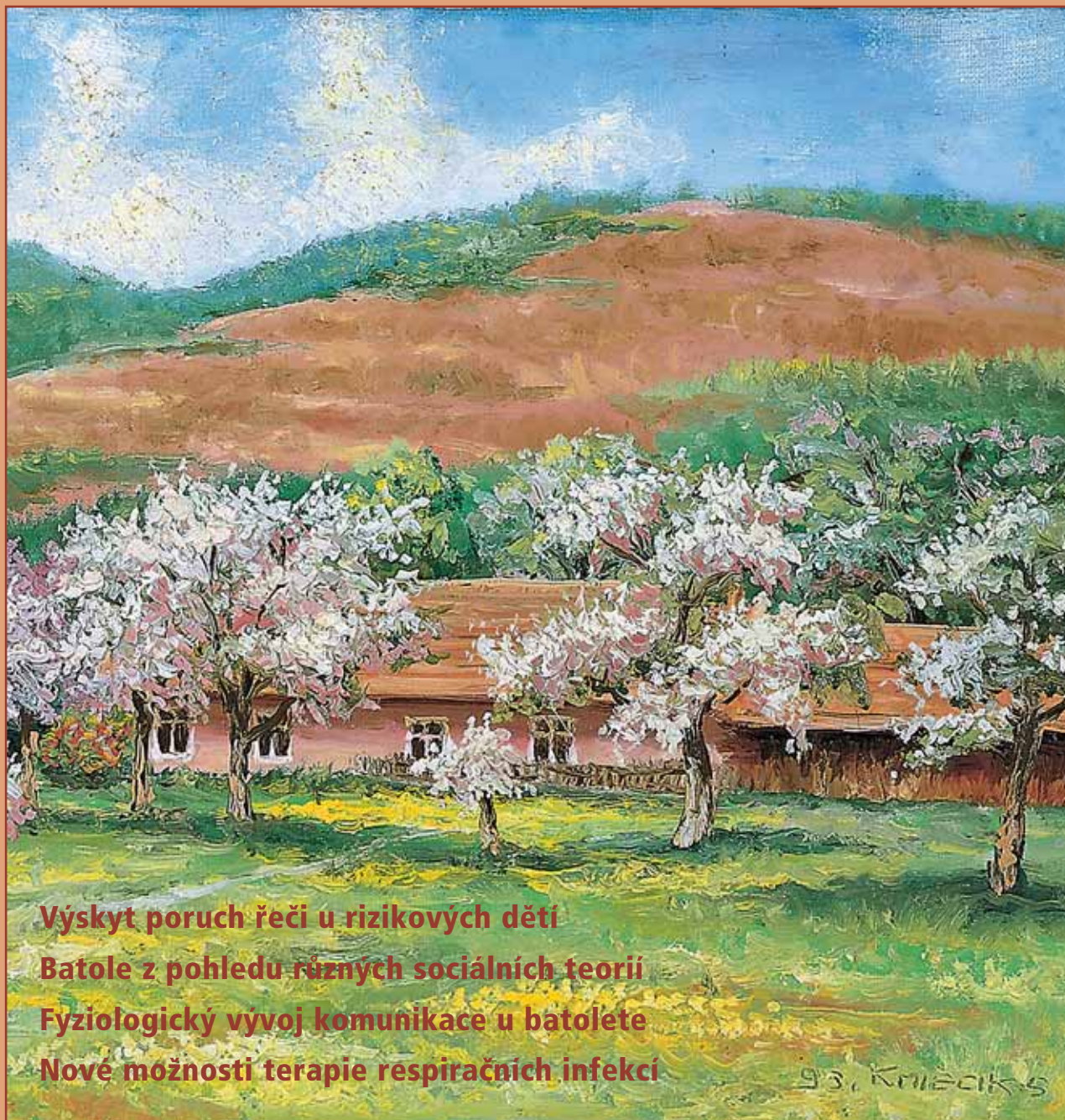


VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

květen 2007 ■ číslo 5 ■ ročník 7



Výskyt poruch řeči u rizikových dětí

Batole z pohledu různých sociálních teorií

Fyziologický vývoj komunikace u batolete

Nové možnosti terapie respiračních infekcí



ZENTIVA



Orion Diagnostica

Hefo

Sunar



OSPDL ČLS JEP

**nejčtenější časopis
dětských lékařů**

(Promediamotion,
Medical Research
2005)

Avent - Kouzelné hrnečky

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

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

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s.r.o.

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

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

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

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc duben 2007 5

Aktuální situace a Koalice soukromých lékařů 5

Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR 7



MUDr. O. Roškotová
Pochybení 10

Mgr. P. Pavlišová
Kognitivní vývoj batolete a možnosti jeho ovlivnění 12

PhDr. Y. Mikuličová
Batole z pohledu různých sociálních teorií 16

Mgr. P. Pavlišová
Emoční a sociální vývoj - možnosti jeho ovlivnění 19

PaedDr. L. Pospíšilová
Fyziologický vývoj komunikace batolete 22

Mgr. J. Tesnerová
Vývoj pohybu a možnosti jeho ovlivnění - hrubá motorika 24

J. Tintěrová
Vývoj jemné motoriky z pohledu ergoterapeuta 27

doc. MUDr. O. Dlouhá, CSc.
Výskyt poruch řeči u rizikových dětí 29

MUDr. P. Gricová
KAZUISTIKA: Těžký kombinovaný imunodeficit 32

MUDr. B. Machaň
Nové možnosti terapie respiračních infekcí u dětí 35

Zajímavosti ze světa odborné literatury 40



Aktuality 41

Řádková inzerce 46

Příloha: Supplementum - Zdravotnické noviny střed



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s.r.o.

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

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

Obrázek na titulní straně namaloval ústy Stanislav Kmiecik



Vážené kolegyně a kolegové,

v posledních dnech jsou stránky medií plné otázek, propočtů a úvah o zavedení poplatků u lékaře. V zemích EU běžná realita. V našich zeměpisných šířkách fenomén experty dlouho diskutovaný, u veřejnosti neoblíbený a u politiků obávaný. Neboť i když zdraví a nemoc nemají politickou příslušnost, každý volič se někdy stává pacientem.

Budeme si ale nyní my všichni odpovědět na otázku, zda naše zdraví je skutečně tou základní prioritou, kterou si všichni při různých výročích přejeme, nebo je to cosi vedlejšího, zástupného, co nestojí za hlubší zamyšlení nad možností spolupodílet se na rozhodování o účelnosti návštěvy u lékaře a tím o vyjádření solidarity s potřebnými, kteří zdravotní péči nezbytně potřebují ke svému přežití. Měli bychom se vážně, bez jakékoliv míry politické demagogie o „sociální genocidě“, zamyslet nad ekonomickými možnostmi současného systému přerozdělování zdravotní daně, zda je schopen pokrýt všechny náklady na nejmodernější přístrojovou diagnostiku, kvalitní lékařskou péči a léčbu s ní spojenou pro všechny z nás, kteří ji potřebují či potřebovat budou. Nelze do budoucna akceptovat rétoriku správních rad zdravotních pojišťoven „nemám-nedám“. Je to silně demotivující nejen pro lékaře, ale i pro ty občany, kteří se významnou měrou podílejí na naplnění fondu veřejného zdravotního pojištění.

V minulých týdnech proběhly protestní akce praktických lékařů pro dospělé i děti. Měly upozornit veřejnost mimo jiné právě na dopady úhradových vyhlášek z roku 2006 z dílny exministra Ratha. Ty stanovily tvrdé regulace a limity na celkové úhrady za pacienty čerpané zdravotní péče a léky. Lékař se stal „regulátorem“ požadavků svého pacienta a „spořičem“ finančních prostředků zdravotních pojišťoven, jejichž klientům poskytl jimi vyžádanou péči a léčbu! Tento „úhradový trik“ měl bezprostřední dopad na pacienty. Byl problém sehnat ošetřujícího lékaře, registrovat své novorozené dítě, docházelo k omezení preskripce hrazených léků a prodloužení objednávacích lhůt na odborná vyšetření.

Chci tím upozornit, že pokud nedojde k realizaci navrhovaných reformních kroků ve zdravotnictví (a nejde jen o poplatky), můžeme se dočkat opět dalších triků, zadlužování zdravotních pojišťoven, regulací a limitů, které povedou k omezení dostupnosti a kvality zdravotní péče. A tím zjevné diskriminace nás, českých občanů EU.

Přímá finanční účast pacienta formou správních poplatků u lékaře primární péče povede ke změně chování, a to na obou stranách. Pacienti budou více zvažovat nezbytnost návštěvy lékaře (řadu banálních onemocnění lze zvládnout v prvních dnech domácí samoléčbou). Lékaři, kteří budou ochotni přizpůsobit styl, náplň své práce a provoz své praxe novým podmínkám, budou moci takto získané prostředky použít na rozvoj diagnostických a léčebných možností pro své pacienty přímo ve své ordinaci.

Tím, že se pacient bude přímo finančně spolupodílet na úhradě za poskytnutou službu v ordinaci, dojde v některých případech k legalizaci a větší transparentnosti plateb, které mnohdy již probíhají formou různých poplatků za registraci, sponzorských darů atp. Vztah lékař-pacient by se díky tomu mohl dostat na kvalitativně vyšší úroveň, kdy lékař bude pacientovi partnerem a rádcem, nikoliv soudcem a dozorcem jeho nároků a požadavků na vyšetření a léčbu, omezenou regulačními vyhláškami a pochybnými propočty limitací. Možná se někdy i dočkáme individuálního zdravotního pojištění, kdy přímý smluvní vztah mezi občanem a jím zvolenou zdravotní pojišťovnou umožní připojištění na konkrétní zdravotní stav.

MUDr. Milan Kudyn

Akutní skrotální syndrom

Kryptorchismus

Varikokéla u dětí

Fimóza u dětí

Hypospadiie urétry

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

červen 2007 ■ číslo 6 ■ ročník 7



seznam inzerujících firem

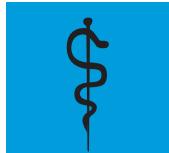
ANAG
AVENT
BEIERSDORF
ČESKÁ SPOŘITELNA
GLAXOSMITHKLINE
HERO
HIPP
INPHARM
MARKDISTRI
NESTLÉ
NUTRICIA
SERVIER
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

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

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

Úterý
13,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
9,00 - 11,30 - MUDr. Eva Vitoušová
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
Středa
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová
15,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
Čtvrtek
8,00 - 10,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc duben 2007

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Aprílový měsíc byl ve znamení pokračování v hledání cesty ze slepé uličky vyrovnání se s rokem 2006, slabá světýlka na konci tunelu snad začala konečně probleskávat, ale... Dokončen byl cyklus regionálních konferencí, na kterých se projednávaly závažné otázky týkající se samotného chodu ordinací PLDD, škoda jen, že často za tomu neodpovídající účasti těch, kterých se to bytostně týká... Ministr zdravotnictví prezentoval poskytovatelům zdravotní péče a novinářům část svého koncepčního řešení jím navrhované reformy zdravotnictví, na mnoho otázek jsme však ještě nedostali jasné odpovědi...

5.4. - v hotelu Krystal v Praze pokračoval cyklus regionálních konferencí, Pražské konference se účastnil i dr. Pokorný z ústředí VZP a musel čelit řadě připomínek ze strany našich členů, vážnosti celé akce prospěla i účast radního pražského magistrátu Mgr. Straňáka, jen účast z řad členů by na akci podobného významu a za podobné situace měla být trochu jiná....

10.4. - ministr zdravotnictví si svolal Radu poskytovatelů a snažil se spolu s kompletním vedením ministerstva diskutovat problematiku zavedení regulačních poplatků na straně pacienta, škoda, že tato diskuse přišla v době, kdy o mnohém bylo již rozhodnuto, nicméně pro nás zůstává stále mnoho nezodpovězených otázek

10.4. - Koalice soukromých lékařů na svém jednání znovu podrobně probírala nejnovější výstupy legislativního plánu ministra zdravotnictví, především se však věnovala problematice navrhovaných poplatků v ordinacích

12.4. - v poměrně bouřlivé atmosféře proběhla na ministerstvu zdravotnictví tisková konference věnovaná především regulačním poplatkům na straně pacienta, otázek ze strany novinářů bylo mnoho, nutno přiznat, že ne všichni novináři odcházeli s pocitem, že jim bylo vše uspokojivě objasněno

14.4. - cyklus jarních konferencí se přestěhoval tentokrát do Liberce. V pěkném a již tradičním prostředí Krajského úřadu bilancoval roční činnost Severomoravský region, i zde byla samozřejmě v popředí problematika smluv a úhrad za činnost, především za rok 2006, i zde zaznívalo alibistické - my nic, to centrum - ze strany krajských poboček VZP

21.4. - v krásném prostředí hotelu Jezerka na Seči se sešli členové Východočeského regionu, aby i oni probírali možnosti a strategie při jednání se zdravotními pojišťovkami

27.4. - v předvečer poslední z regionálních konferencí, tentokrát v Jihomoravském regionu se sešlo Předsednictvo Sdružení, aby projednalo a vyhodnotilo aktuální stav jednání se zdravotními pojišťovkami, na tomto jednání padlo nakonec rozhodnutí uzavřít dlouhodobý spor s VZP ohledně podepsání dodatků za rok 2006, půjde však o skutečné uzavření bilance tohoto roku?

28.4. - cyklus regionálních konferencí byl tedy završen v regionu, kde vznikl aktivní odpor proti navrhovaným dohodám ze strany zdravotních pojišťoven, především pak VZP, členové Jihomoravského regionu si na své jednání přizvali i zástupce praktických lékařů pro dospělé, nechyběl ani „nezávislý“ právník, i zde zazněla silným hlasem nespokojenost našich lékařů s přístupem zdravotních pojišťoven k řešení problematiky primární péče, i zde zazněly obavy, že pokud se tento přístup radikálně nezmění, hrozí rozpad tohoto dlouhá léta budovaného systému péče o dítě. ■

Aktuální situace a Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se sešla v dubnu dvakrát, první schůzka byla věnována především výstupům z Rady poskytovatelů, poradního orgánu resortního ministra, a druhá stavu jednání s jednotlivými zdravotními pojišťovkami. Ani jedno z uvedených témat nepokládají členové Koalice za uzavřené a předpokládají ještě celou řadu jednání. Za důležitou považují ochotu všech členů Koalice svá jednání koordinovat v rámci možného s ostatními členy Koalice.

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 10. dubna 2007

Schůzka Koalice soukromých lékařů se konala mimořádně v budově Ministerstva zdravotnictví ČR po ukončení jednání Rady poskytovatelů zdravotní péče, vzhledem k tomu, že většina členů Koalice je současně členy Rady.

■ 1. Informace z jednání Rady poskytovatelů

Hlavním bodem programu byla diskuse k závěrům předcházejícího jednání Rady poskytovatelů, které bylo zaměřeno na regulační poplatky pacientů. Zástupci Koalice vyjádřili svůj nesouhlas s postupem MZ ČR, protože materiál k projednávanému tématu jim byl na jednání předložen v ko-

nečné podobě, kterou již nebylo možné připomínkovat.

V diskusi nedospěli členové KSL ke společnému stanovisku, proto se k principu regulace přístupu pacienta k čerpání zdravotní péče (lékař, nemocnice, pohotovostní služby) budou jednotlivé organizace Koalice vyjadřovat individuálně.

■ 2. Setkání zástupců KSL s ministrem zdravotnictví

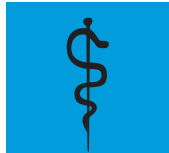
Na základě rozhodnutí z předcházejícího jednání Koalice byl MUDr. Dvořák, jako mluvčí KSL, pověřen dohodnout s MUDr. Julínkem termín setkání se zástupci Koalice na téma posílení

ambulantní péče.

■ 3. Různé

■ MUDr. Dvořák informoval o reakci zástupců poskytovatelů lázeňské péče na jeden ze závěrů minulého jednání Koalice - vystoupit proti úhradám lázeňské péče z veřejného zdravotního pojištění. Všichni členové KSL opět shodně konstatovali, že lázeňství by nemělo být hrazeno z veřejných peněz. Existují výjimky, které by poskytovatelé lázeňské péče měli projednat s jednotlivými odbornostmi.

■ Členové Koalice se dohodli na pozastavení členství KSL v Unii zaměstnavatelských svazů ČR.



II. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 26. dubna 2007

■ 1. Jednání jednotlivých členů KSL se zdravotními pojišťovnami

■ Jednání probíhají, zatím nejsou k dispozici nové informace.

■ V diskusi členové Koalice vyjádřili nesouhlas s požadavkem zdravotních pojišťoven na poskytnutí informací, týkajících se vlastnických vztahů. KSL navrhuje oslovit krajské zdravotní rady, nabídnout jim spolupráci, účast členů Koalice na jednáních zdravotních radů a informovat hejtmany.

■ Dr. Pekárek informoval zástupce Koalice o stanovisku ČSK k výběrovým řízením před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, zaslaném MZ ČR. ČSK nesouhlasí s vypisováním výběrových řízení na ZZ v případě přijetí nového zaměstnance nebo změny adresy.

■ 2. Perspektivy spolupráce s MZ ČR po vzniku

Rady poskytovatelů, schůzka s ministrem

■ Členové Koalice komentovali alarmující nárůst finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění nemocnicím. Tuto situaci je třeba projednat na schůzce zástupců KSL s ministrem zdravotnictví, která je plánována na červen. Současně bude MUDr. Julínek informován o nedostatečném množství informací poskytovaných zdravotními pojišťovnami zástupcům segmentů, jako podklad pro dohodovací řízení.

■ 4. Změny chystané MZ ČR, postoj jednotlivých členů KSL

■ Zástupci Koalice souhlasí s pokračováním reformních snah MZ ČR, ale pokud má být reforma českého zdravotnictví úspěšná, nemůže být založena na kompromisech a musí být hovořeno

o všech jejích částech, diskuse nesmí být redukována na otázku poplatků.

■ 5. Stav v ČLK - iniciativy prezidenta ČLK, stavovský předpis č. 16

■ Členové Koalice diskutovali o sporných paragrafech novely stavovského předpisu č. 16, který se týká systému celoživotního vzdělávání lékařů. Nesouhlasí s vysokými částkami za evidenci akcí, poplatek za evidenci vzdělávací akce je třeba uzákonit.

■ 6. Různé

Dr. Pekárek pozval členy Koalice na mezinárodní workshop u příležitosti PDD na téma: „Vznik, provoz a zánik praxí“, který se bude konat v prostorách Senátu ČR dne 12. 10. 2007 (k dispozici cca 100 míst).

III. Stanovisko ČSK k výběrovým řízením před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče

Výběrové řízení se koná dle ust. § 46 odst. 2 zák.č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, před uzavřením nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Novou smlouvou nutno rozumět smlouvu, která má být uzavřena se zdravotnickým zařízením, které smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče s dotčenou zdravotní pojišťovnou neuzavřelo, popř. s takovým zařízením, jehož smlouva s pojišťovnou zanikla. Pouze za této situace zákon vyžaduje, aby se konalo výběrové řízení.

Zamýšlí-li smluvní zdravotnické zařízení měnit svoji kapacitu, zpravidla přijetím nového lékaře apod., přičemž se má jednat o změnu týkající se rozsahu poskytované péče sjednaného se zdravotní pojišťovnou, pak je nezbytné, aby takové zdravotnické zařízení jednalo s dotčenou zdravotní pojišťovnou o změně smlouvy, nikoliv však o smlouvě nové. Sjednání dodatku či jakákoliv jiná forma změny smlouvy znamená, že stávající smlouva trvá a pouze se její obsah mění. Je tedy zřejmé, že se pojmově nemůže jednat o smlouvu novou, které by muselo předcházet výběrové řízení. Tomu odpovídá i příslušná úprava rámcových smluv, které zpravidla v ust. čl. 4 odst. 3 stanoví, že mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení.

I rámcová smlouva (a v souladu s ní i smlouvy individuální) tedy reflektují možnost změny objemu poskytované hrazené péče a stanoví, že je

možné takové změny realizovat jen na základě konsenzu smluvních stran (formou změny smlouvy), nikoliv však na základě výběrového řízení.

Je třeba na tomto místě zdůraznit, že povinnost předchozího projednání se zdravotní pojišťovnou dopadá pouze na ty případy, kdy z důvodu změny dojde ke změně objemu poskytované hrazené péče. Takový požadavek zdravotních pojišťoven je jistě legitimní. Z dané úpravy ovšem také zcela nepochybně plyne, že pokud změnou kapacity nebo struktury zdravotnického zařízení nedojde ke změně objemu jím poskytované zdravotní péče, pak předchozí dohoda není nutná. V praxi to může mít význam například v situaci, kdy zubní lékař - provozovatel zdravotnického zařízení - přijme dalšího zubního lékaře, který bude poskytovat péči hrazenou, zatímco sám provozovatel pouze péči nehrazenou ze zdravotního pojištění. V takovém případě nedojde ke změně objemu zdravotní péče poskytované dotčeným zdravotnickým zařízením a dohoda se zdravotní pojišťovnou není nutná.

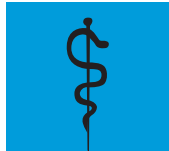
Kromě výše uvedených právních závěrů platí dále, že výběrové řízení se týká uzavření smlouvy se zdravotnickým zařízením. Jeho účelem je poskytnout zdravotní pojišťovně (coby subjektu odpovědnému za dostupnost zdravotní péče pro své pojištěnce) před uzavřením smlouvy pokud možno úplné a objektivní informace o jejím budoucím smluvním partneru tak, aby své povinnosti zajistit zdravotní péči svým pojištěncům mohla zdravotní pojišťovna dostát. Smluvní vztah, který na základě výběrového řízení vznikne, je vztahem mezi zdra-

vozní pojišťovnou a provozovatelem zdravotnického zařízení, který za své závazky z této smlouvy též plně odpovídá. Výběrové řízení se však z podstaty věci nemůže týkat osob, které provozovatel k plnění svých smluvních závazků hodlá použít, a to již proto, že tyto osoby nejsou v přímém právním vztahu ke zdravotní pojišťovně a za výsledky, popř. i následky jejich činnosti odpovídá provozovatel.

Obdobně jako změny kapacity zdravotnického zařízení, resp. změny sjednaného objemu poskytované zdravotní péče je nutno posuzovat situace, kdy provozovatel mění místo provozování zdravotnického zařízení. Místo provozování je údajem obsaženým ve smlouvě, přičemž z hlediska zdravotní pojišťovny jako subjektu, který je povinen svým pojištěncům zajistit dostupnost zdravotní péče, jde o údaj velmi podstatný. Jeho změna proto přichází v úvahu pouze na základě dohody smluvních stran, tedy zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Pokud ovšem k dohodě dojde, půjde o změnu stávající smlouvy, nikoliv o uzavření smlouvy nové, proto není na místě konat výběrové řízení.

Praxe zdravotních pojišťoven, které vyžadují konání výběrových řízení zejména v situacích, kdy smluvní zdravotnické zařízení přijímá další zaměstnance nebo kdy zaměstnaný absolvent získává způsobilost k samostatnému výkonu povolání, popř. při změně místa provozování zdravotnického zařízení, je tudíž nesprávná.

MUDr. Jiří Pekárek
prezident České stomatologické komory



Usnesení západočeské regionální konference SPLDD ČR konané v Plzni dne 17. března 2007

- Zpráva o činnosti regionu za rok 2006 přednesenou předsedkyní MUDr. Alenou Šebkovou
- Zpráva o hospodaření regionu přednesenou pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou
- Informace předsedy SPLDD ČR MUDr. Pavla Neugebauera o situaci ve zdravotnictví
- Informace prim. MUDr. Černé, zástupce přednosta dětské kliniky FN Plzeň, o vývoji další spolupráce PLDD a DK FN Plzeň

Schvaluje:

- Volbu mandátové komise (Benešová, Urbanová, Žižková)
- Volbu návrhové komise (Kozderka, Pečenková, Růžičková, Volšíková, Friedmann)
- Rozpočet na rok 2007

Doporučuje:

- Členům nepodepisovat žádné dodatky na rok 2007, dokud nebude uzavřeno vyúčtování r. 2006. Podmínkou je, aby úhrady

v r. 2007 neklesly pod r. 2006.

- Nepodkročitelným minimem je kapitace minimálně 36 Kč a bodová hodnota 0,97 dle nového sazebníku.
- Vyčkat doporučení Centra.
- Členům SPLDD Zpč. regionu účastnit se protestní akce 28.3.07.
- Pro media a pacienty mít připravenou argumentaci.

Žádá:

- Jasný a průhledný systém v úhradách a ve vyúčtování poskytnuté zdravotní péče. Smlouvy požadujeme srozumitelné.
- S dostatečným předstihem stanovená pravidla úhrad.

Odmítá:

- Individuální limity na pojištění v primární péči.
- Vratky za rok 2006.
- Návrat k sazebníku v hodnotách roku 2005.

Ukládá:

- Regionálnímu předsedovi vytvořit přehled argumentace k chystané protestní akci
- Okresním zástupcům předat mediím argumenty k protestní akci, media informovat o formě protestu v okrese, v případě uzavření ordinací o zajištění akutní péče
- Členům aktivněji se zapojit do činnosti ČLK s cílem vyvážit činnost ČLK mezi jednotlivými skupinami lékařů
- Regionálnímu výboru iniciovat vytvoření výkladu vedení zdravotní dokumentace

Konference:

- Negativně vnímá náhlou změnu chování prezidenta ČLK ve smyslu podpory protestních akcí PLDD, která působí dojmem populistickým a zpolitizovaným
- Vyslovuje plnou podporu vedení SPLDD ČR.

Usnesení konference regionu Severní Morava a Slezsko SPLDD ČR konané v Hradci nad Moravicí dne 24. března 2007

Konference konstatuje, že je přítomno 119 členů.

Konference zvolila:

- návrhovou komisi ve složení MUDr. Pukovec, Jiroušková, Nytrová
- mandátovou komisi ve složení MUDr. Furišová, Sobotková, Andresová

Konference vyslechla:

- přednášku MUDr. Machaně - ORL problematika v ordinaci PLDD
- zprávu o činnosti předsedkyně Regionu Severní Morava a Slezsko MUDr. Kubénové Heleny,
 - a) o jednáních na Krajském úřadě MSK k LSPP a k výběrovým řízením
 - b) o jednáních na zdravotních pojišťovných ohledně regulačních srážek za 1. pololetí roku 2006
 - c) informaci o vzniku tzv. očkovací ambulance na území Ostravy a nebezpečí z této situace plynoucí
- zprávu MUDr. Křivské Elišky o hospodaření regionu za rok 2006 s příjmy 569 028 Kč a výdaji 287 602 Kč a

■ Návrh rozpočtu Regionu na rok 2007 s plánovanými příjmy 619 145 Kč a výdaji ve výši 372 800 Kč

■ zprávu revizní komise MUDr. Losové Ludmily,

■ vystoupení MUDr. Havlanta, náměstka ředitele RBP-ZP s informací o :

a) Vyúčtování nákladů segmentu primární péče za rok 2006 a

b) Regulačních srážkách za rok 2006

■ informaci předsedy SPLDD ČR MUDr. Pavla Neugebauera

a) o jednáních na republikové úrovni

b) o situaci na půdě ČLK a

c) o stavu jednání mezi SPLDD a Pojišťovnou

d) Informace ke stávce praktických lékařů na Jižní Moravě a důvody ke stávce vedoucí

■ informace MUDr. Milana Kudyna

a) k činnosti Koalice ambulantních lékařů

b) k programu generační výměny

Konference projednala zapojení členů SPLDD do systému SMS brány a rychlé informovanosti k aktuálním problémům

Konference bere na vědomí:

■ informaci o reálném nebezpečí snižování globálních úhrad v roce 2007

■ informaci o stavu podúčtu a pokladny Regionu

Konference souhlasí a odhlasovala:

■ návrh rozpočtu regionu na rok 2007

Konference nesouhlasí:

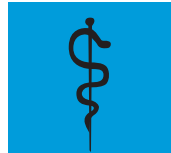
■ s regulacemi Revírní bratrské pokladny Zdravotní pojišťovny za rok 2006 a nedává mandát členům Výkonného výboru k podpisu dohody s RBP-ZP o regulačních srážkách a nesouhlasí

■ s jakýmkoliv regulacemi a finančními postihy ze strany všech zdravotních pojišťoven za námi poskytnutou zdravotní péči jejich klientům

Konference kategoricky odmítá:

■ reálné snižování úhrad zdravotní péče v roce 2007 proti roku 2006

Konference si plně uvědomuje nebezpečí změny systému financování zdravotní péče



v roce 2008 a kategoricky odmítá přechod z KKVP na výkonový systém vyplývající z dopisu ředitele VZP MUDr. Horáka!!!

Konference žádá Výkonný výbor SPLDD ČR o pokračování intensivního jednání se Zdravotními pojišťovnami, zejména s VZP, směřujícího:

- k zachování systému KKVP a jeho zkvalitňování
- k navyšování úhrad v KKVP pro rok 2008 na úroveň odpovídající důležitosti oboru PLDD

Konference doporučuje Výkonnému výboru pokračovat ve:

- sledování nákladovosti vybraného vzorku Ordinací praktických lékařů pro děti a dorost, aby bylo možné vytvořit reálné podklady pro navyšování plateb od Zdravotních pojišťoven v roce 2008 a vypracování výkonového ceníku
- Konference dává mandát výkonnému výboru, aby i nadále zastupoval členy SPLDD ČR při dohodovacích řízeních se zdravotními pojišťovnami.

Konference odmítá zastupování zástupcem ČLK o.s. na těchto jednáních!

Konference souhlasí s podporou stávky lékařů Jihomoravského regionu formou dle individuálního uvážení a dle vlastních organizačních možností.

Konference doporučuje Výkonnému výboru SPLDD zvyšovat aktuální informovanost členské základny aktivováním komunikačních cest přes SMS bránu, e-mailovou komunikaci a pravidelným aktualizováním webových stránek SPLDD ČR.

Konference žádá členskou základnu o aktualizaci e-mailových adres a telefonních spojení.

Usnesení jihočeské regionální konference SPLDD ČR konané v Písku dne 31. března 2007

Účastníci schválili mandátovou komisi ve složení:

Hejnová, Lukešová, Slanina

a návrhovou komisi ve složení:

Cihlová, Viktora, Rytíř.

Konference se účastnilo 41 členů SPLDD.

- Konference bere na vědomí Zprávu o činnosti přednesenou předsedkyní MUDr. Verdánovou, zprávu pokladníka MUDr. Blažka a zprávu předsedkyně revizní komise MUDr. Hejnové.

- Konference vyzývá praktické dětské lékaře k odeslání žádostí o sestavy pacientů Všeobecné zdravotní pojišťovny k vysvětlení výpočtu regulačních srážek za 1. pololetí roku 2006.

Současně konference konstatuje, že dosud praktičtí dětské lékaři nedostávají od VZP přehledné sestavy ani na základě písemné žádosti a bere na vědomí příslib krajské ředitelky VZP v Českých Budějovicích Ing. Hlachové, že budou na požádání zasílány sestavy jednotlivým lékařům k vyúčtovaným regulacím.

- Po dohodě s ředitelkou Ing. Hlachovou bude individuálně a ve spolupráci s regionálním výborem SPLDD řešeno rušení degressivních koeficientů a jeho dopad.

- Požadujeme na VZP neuplatnění regulací za r. 2006 a vnímáme je jako krok proti pojištěncům.

- Pro rok 2007 účastníci konference trvají na

úhradě péče dle nového Seznamu výkonů platného od 1. 1. 2006, na hodnotě bodu 0,97 a výši kapitační platby 36,- Kč na jednoho přepočteného pojištěnce.

- Požadujeme prolomit hranici 19 let pro ukončení registrace pacientů u PLDD!

- Konference vyzývá Výbor SPLDD k jednání o oddělení segmentů PL a PLDD.

- Konference vyzývá členy SPLDD k jednotnému postupu ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám, zejména při podpisu dodatků na r.2007. Je nutné vyčkat doporučení Centra a tím posílit vyjednávací pozici vedení SPLDD.

Usnesení konference regionu Praha a Střední Čechy SPLDD ČR konané v Praze dne 5. dubna 2007

- Konference bere na vědomí zprávu o činnosti za rok 2006.

- Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření v roce 2006 a schvaluje návrh rozpočtu na rok 2007.

- Konference bere na vědomí zprávu revizní komise za rok 2006.

- Konference nemůže akceptovat způsob vyúčtování 1. pololetí roku 2006 předložený

v minulém týdnu Všeobecnou zdravotní pojišťovnou:

- preventivní výkony nejsou proplaceny v plné hodnotě bodu
- ostatní výkony, včetně vstupních vyšetření pojištěnců VZP, návštěvní služby, akutních a kontrolních vyšetření v rámci nepravdělné péče jsou regulovány.

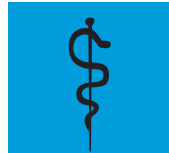
- Konference vyzývá k jednání na všech dostupných úrovních, která povedou ke stabilizaci a rozvoji primární péče a ke zvýšení od-

borné kompetence praktických dětských lékařů.

- Zajištění financování postgraduálního vzdělávání je neodkladné.

- Konference vyzývá členskou základnu k větší podpoře práce našich představitelů v těchto jednáních.

- Usnesení bylo schváleno všemi přítomnými.



Usnesení severočeské regionální konference SPLDD ČR konané v Liberci dne 14. dubna 2007

Konference vzala na vědomí:

■ zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedkyní SVČ regionu MUDr. Krukovou

■ zprávu o hospodaření za minulé období přednesenou pokladníkem SVČ regionu MUDr. Sudkovou

Konference schválila:

■ návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2007

Konference přijala:

■ zprávu revizní komise SVČ regionu přednesenou jejím předsedou MUDr. Michalíkem

Konference dále vzala na vědomí:

■ diskusní příspěvky hostů

Konference vyzývá:

■ členskou základnu k větší aktivitě

Konference konstatuje:

■ že generační problém nabývá na naléhavosti a je ho nutno intenzivně řešit

■ absenci systémových kroků ve financování

vzdělávání PLDD

Konference ukládá:

■ předsednictvu SPLDD dořešit financování péče:

- za rok 2006 (vratky 1. pololetí)

- za rok 2007 (minimálně bod 0,97 Kč, 36 Kč a nový seznam výkonů)

- pro rok 2008 prosadit maximální navýšení prostředků do oblasti primární péče

Usnesení východočeské regionální konference SPLDD ČR konané na Seči dne 21. dubna 2007

■ Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD východočeského regionu za rok 2006, kterou přednesl MUDr. Hrunka.

■ Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření východočeského regionu SPLDD za rok 2006, kterou přednesla MUDr. Doležalová.

■ Konference bere na vědomí zprávu revizní komise za rok 2006, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.

■ Konference schválila jednohlasně rozpočet na rok 2007.

■ Konference ukládá předsednictvu SPLDD nadále intenzivně jednat na všech dostupných úrovních, aby došlo ke stabilizaci a rozvoji primární péče a ke zvýšení odborné kompetence praktických dětských lékařů.

■ Konference vyzývá členskou základnu k větší podpoře práce našich představitelů

v těchto jednáních.

■ Konference vyzývá členskou základnu k větší účasti na akcích SPLDD.

■ Konference ukládá předsednictvu SPLDD nadále pokračovat v řešení financování vzdělávání a přípravy mladých PLDD.

■ Konference podporuje vznik fondu právní ochrany.

Usnesení jihomoravské regionální konference SPLDD ČR konané v Brně dne 28. dubna 2007

Konference zvolila komise:

mandátovou:

Uhlířová, Kalabusová, Vacková

návrhovou:

Svítilová, Novotná, Matoušková

Jako hosté přítomni:

Kudyn, Dvořáková, Cabrnchová, Neugebauer

za SPL:

Nečas, Novotná

za ČLK:

MUDr. Monhart (krajský předseda ČLK JMK),

JUDr. Lumír Mičánek

Konference schválila rozpočet JMR SPLDD pro rok 2007.

Konference ukládá:

■ Vedení SPLDD: požadovat po ZP oddělená jednání pro segment PLD a PLDD (odlišná náplň práce a složení mimokapitačních výkonů), nejlépe se zajištěním kvalifikované právní pomoci

■ Vedení SPLDD jednat se ZP v tomto smyslu: požadovat po ZP plné proplácení vstupních vyšetření / kódů 02021,02031/- argumentovat tím, zda VZP nestojí o nové pojištěnce, resp. odmítá svým pojištěncům zaplatit vstupní vyšetření ke zvolenému lékaři, na které má nárok. Zásadně nesouhlasíme s vynětím těchto kódů z preventivní péče.

■ Medializovat případ porodu doma - agentura DULY

■ Členům Sdružení aktualizaci plných mocí

■ Dr. Cabrnchové požadovat znovu uvolnění preskripce určitých léků

■ při podpisu dodatku za r. 2006 postupovat ve smyslu doporučení Předsednictva, prosazovat vlastní návrh cenového dodatku Sdružení na rok 2007

■ zavazuje dr. Neugebauera jednat o problematice ÚSP

■ Konference vyjadřuje zásadní nesouhlas s regulacemi a finančními postihy ze strany ZP, zejména VZP, za poskytnutou péči PLDD jejich pojištěncům v roce 2006.

■ Konference zásadně nesouhlasí s hrozícím snížením úhrad PLDD pro rok 2007 a 2008.

■ Odmítáme přechod z KKVP na výkonový systém, nesouhlasíme se zavedením tzv. signálního kódu v souvislosti se zavedením regulačních poplatků u lékaře.

■ Konference vítá otevření diskuse kolem zavedení regulačních prvků na straně pacienta.



Pochybení

MUDr. Olga Rošková

Nestátní dětské středisko, Litoměřice

Neuvědomuji si jiný obor lidské činnosti než je zdravotnictví, který by více přitahoval zájem médií a veřejnosti, dojde-li k pochybení, jehož následkem je poškození zdraví nebo smrt.

Neznám jiný obor než je zdravotnictví, k němuž se kdekdo tak často zaslíbeně vyjadřuje a přitom si s ním málokdo ví rady.

Denně dochází u zdravých jedinců z nedbalosti, nepozornosti, lehkomyšlnosti nebo z přecenění svých sil na silnicích, na pracovištích, při sportu, zábavě nebo zájmové činnosti ke zbytečným úrazům s následkem újmy na zdraví nebo dokonce smrti.

Denně se u mnohých nemocných pacientů zhoršuje jejich zdravotní stav díky vlastním nezodpovědnému chování a špatnému přístupu ke svému zdraví.

Z těchto pochybení se většinou nikdo nikomu nezodpovídá.

Ve zdravotnické praxi vzniká každodenně celá škála pochybení. Většinou jsou připisována na vrub zdravotnickému personálu. Jednostranný pohled s cílem určit viníka je sice nejjednodušší, ale krátkozraký. Vždy by měl být zvažován případný podíl účasti pacienta na pochybení, jinak to neumožní příště podobným situacím předejít.

Jedním z nejčastějších pochybení, jehož následkem bývá rozlada, špatná nálada, zklamání nebo jiný šrám na duši bez závažných trvalých následků, je špatná komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem a naopak, ale také mezi jednotlivými zdravotnickými subjekty.

A přitom by někdy stačilo málo - vzájemné respektování daných pravidel.

Pokud jsem zdravotníkem, měl bych být na takové profesionální úrovni, že moje hranice trpělivosti a tolerance mají širší rozměr než u ostatní populace, nikoliv však nekonečný.

Pokud jsem slušným pacientem, měl bych znát základní pravidla provozu zdravotnických zařízení, která navštěvuji, jako jsou ordinace hodiny a harmonogram lékaře. Tyto informace jsou obvykle na vstupních dveřích každého zdravotnického zařízení. Je až s podivem, jak málo lidé to zajímá.

Mnohým pochybením lze předejít správnou komunikací mezi zdravotnickými subjekty formou přehledných lékařských zpráv. Vybavení pacienta zprávou k doporučenému vyšetření u specialisty nebo k hospitalizaci a zpětná zpráva z odborného vyšetření nebo hospitalizace jsou nedílnou součástí vyšetření pacienta.

Za zvláště nehorázné komunikační pochybení ze strany zdravotnického personálu považuji nemístnou uvítací řeč typu: „...kdo vás sem poslal, když máme plno“ (v nemocnici při příjmu), „...kdo vám to napsal“ (lék), „...to je hrůza, vy jste u téhle zdravotní pojišťovny, ta mi neplatí!“...apod. Je nutno si uvědomit, že nemocný pacient je vždy v nevýhodném postavení a jeho psychická odolnost je oslabena.

Ze strany pacienta pak komunikační pochybení v podobě naléhání různého druhu a vyžadování vyšetření nebo ošetření v době mimo ordinace hodiny z důvodů jeho pohodlnosti nebo tzv. zaneprázdněnosti. Jednak to naruší provoz zdravotnického zařízení, jednak vyvolá atmosféru, která může nastartovat pochybení závažnějšího rázu.

Říká se, že slovo, které zaznělo už nelze vzít zpět. Přesto, pokud komunikačně pochybím, existuje opravný prostředek - omluva. Ta může mnohé napravit.

Odjakživa platilo, že ticho léčí. Stále více se ticho vytrácí ze zdravotnických zařízení.

Vlastní vyšetření pacienta začíná odebráním anamnézy, to je údajů potřebných ke stanovení diagnózy. Mělo by probíhat v klidu, diskrétně, nerušeno zbytečnými telefonáty nebo klepáním na dveře netrpělivými pacienty. Všechny tyto momenty, časová tíseň, neklid v čekárně, zvonění mobilů odvádějí pozornost lékaře a pacienta v situaci, kdy by naopak veškeré soustředění mělo být namířeno na zdravotní problém. Negativní roli mohou sehrát i sugestivně kladené otázky nebo naopak ostych pacienta. Podcenění tohoto úkonu může opět způsobit pochybení. Rovněž fyzikální vyšetření, stanovení vyšetřovacího a léčebného programu by mělo probíhat nerušeně za standardních podmínek. Základní podmínkou vyšetření je, aby pacient vstupoval do ordinace lékaře vyslečen do spodního prádla, aby lékař hned na první pohled mohl hodnotit stav výživy, chůzi, souměrnost pohybů, různé asymetrie, změny držení těla, dýchání, pacientův výraz, pocení, bledost nebo různé kožní změny apod. Již to může lékaři hodně napovědět. Existují ordinace, kde je pacient zaléčen bez vyšetření, jen na základě sdělení jeho obtíží nebo na základě zprávy z vyšetření lékaře - specialisty, kterého pacient při možnosti svobodné volby lékaře sám s obtížemi navštívil. Informace ze zprávy kolegy jsou velmi cenné, ale vždy se vyplatí pacienta prohlédnout, získat

osobní komplexní názor a vlastní závěr. Jen tak lze mnohdy předejít pochybení. Vždy si vážím takových zpráv svých kolegů specialistů, z nichž je zřejmé, že pacienta nevidí jen z pohledu své úzké specializace, ale že pacienta posuzují jako celek a někdy mě svými postřehy napoví.

Velkým problémem, který v některých případech může vést k prodlení, ale i k vážnému pochybení, je současný systém ekonomického vymezování ze strany pojišťoven. Různé nastavování paušálů, při jejichž překročení jsou lékaři nebo zařízení ekonomicky znevýhodňováni, může vést z důvodu oddálení plánovaného vyšetření k pozdní diagnostice vážného onemocnění s následkem prodražení léčby nebo dokonce ohrožení života pacienta.

Za takto vzniklá pochybení bych nevolala k zodpovědnosti lékaře, kteří z časových nebo ekonomických důvodů neměli možnost pacienta přijmout do péče, ale ty, kteří zodpovídají za nedostatky v systému zdravotnictví.

V posledních letech se stále častěji objevují na odborných vzdělávacích akcích odvážní lékaři s prezentací konkrétních případů s pochybením ze svých praxí. O tzv. festivaly kasuistik je mezi lékaři velký zájem. Nadarmo se neříká, že chybami se člověk učí. Prezentace takových případů se posluchačům nesmazatelně vryje do paměti a přínos takových akcí má často pro lékaře mnohem větší význam, než prostudování stohu odborných knih. Možnost diskuse o problému s přednášejícím a mezi kolegy navzájem je velmi užitečná.

Otevřená komunikace lékaře nutí k přemýšlení, zpytování, k samostudiu a v konečném důsledku k předcházení pochybením.

Počínaje zářijovým číslem našeho časopisu, budou pravidelně na jeho stránkách vycházet případy z praxí praktických lékařů pro děti a dorost. Každý z Vás, kdo se chce s ostatními podělit o svoji zkušenost z praxe, může poslat zajímavý případ na e-mailovou adresu:

olga.roskotova@post.cz

nebo na

centrum@detskylekar.cz

Kasuistiky budou archivovány a samozřejmě autorská práva jsou zachována.

Pro ty, kteří se zatím ostýchají a nevědí, jak do toho, rovněž v zářijovém čísle zveřejníme, jakou strukturu by při sdělení svého případu měli dodržet.

ESAP



Kognitivní vývoj batolete a možnosti jeho ovlivnění

Mgr. Pavlína Pavlišová

Centrum komplexní péče DEMOSTHENES, Ústí nad Labem

■ Úvod

Batolecí období je období věku 1-3 roky. Někteří autoři rozlišují mladší batole (1-2 roky) a starší batole (2-3 roky). V tomto období dochází k rozvoji ve všech oblastech vývoje: rozvíjí se hrubá a jemná motorika, řeč, sociální vztahy, emoce atd. Změny, které zákonitě nastávají, jsou kvalitativní i kvantitativní. Všechny výše zmíněné oblasti vývoje jsou navzájem provázané, změny nebo omezení v jedné oblasti se následně projeví i v ostatních. Proto je toto vymezení kognitivního vývoje do jisté míry umělé.

Tělesný vývoj už není tak rychlý jako v předchozím období. Nervový systém dozrává, zdokonaluje se stavba mozku a to se promítá do všech aktivit dítěte. Nyní, na začátku 2. roku života, získává dítě druhově specifické charakteristiky, které člověka odlišují od ostatních živočišných druhů: chodí vzpřímeně a začíná mluvit.

Kvalitativní mezník vývoje lze často najít v průběhu 2. roku. Podle Piageta je skutečně teprve v roce a půl nebo ve dvou letech ukončen vývoj senzomotorické inteligence a začíná nová etapa symbolického a předpojmového myšlení. Až do konce 1. roku jednalo dítě podle svých potřeb a jeho činnost se shodovala se skutečností, jak ji přímo vnímalo. Brzy po 1. roce však dítě začíná aktivně experimentovat a obměňovat své pokusy. Objevuje se představa a vzhled do situace, jako nová součást kognitivních procesů.

Batole s potěšením prozkoumává své okolí. Nemělo by se mu bránit v samostatných kontaktech s okolím, pokud jimi nemůže ohrozit vlastní bezpečnost - blokoval by se tím nejen přirozený vývoj poznávacích funkcí a motorických kompetencí, ale provokoval by se i vzdor, ke kterému má batole zvýšenou pohotovost. Typickým jevem je také zvyšující se preference symbolických „imaginativně-emotivních aktivit“ před dosud dominantními experimentálními hrami (ty slouží spíše jen k procvičení manipulačních dovedností), začínají zde zvolna přehrávat hry fiktivní, spojené se symbolickým myšlením.

■ Poznávací procesy

V tomto raném stadiu dochází k obzvlášť velkému posunu všech poznávacích funkcí. Batolata si již bezděčně neosvojují jen to, co aktuálně vnímají, ale začínají předvídat i to, co je třeba udělat k dosažení žádoucího efektu. Vznikají tak představy.

Čítí a vnímání

S rostoucí zkušeností stále narůstá rozlišovací schopnost počitků, například diferenciací odstínů barev, hlasu, rytmu atd. U vnímaného předmětu je tvar dosud důležitější než barva, a to přetrvává do 5 let věku. Vnímání tvarů a prostorových vztahů se stále zkvalitňuje dalším rozvojem vzájemné součinnosti analyzátorů zrakových, sluchových a hmatových i kinestetických. Rozšířením možnosti samostatné lokomoce se zvětšuje nejen prostor, který má batole v dosahu pro získávání zkušeností, ale dochází také k přesnějšímu chápání původně jen beztvarového zážitku rozlehlosti prostoru.

Prostor však zůstává organizován jen vůči já (resp. ode mne). Porozumění pojímům blízko - daleko je také ještě nepřesné. Vědomí konstantní velikosti předmětu, navzdory perspektivnímu zmenšení, je teprve ve vývoji, perspektivu si batole dosud neuvědomuje. Batolata však již začínají odlišovat větší od menšího, takže zasouvání většího předmětu do menšího otvoru je stále méně časté.

Časové vztahy jsou pro batole příliš nenáhorné a proměnlivé. Batole je zaměřeno téměř výhradně k přítomnosti a nejbližší budoucnosti. Existuje pro ně především tady a teď (tzv. dětský prezentismus).

Vnímání batolat má pouze názorný a konkrétní ráz. Vjemy jsou ještě převážně schematické a obsahově chudé. Komplexní jevy se ani nesnaží analyzovat. Povrchně vnímané celky tvoří tedy zpravidla jen nápadné, emocionálně účinné a často i nepodstatné elementy. Při popisu obrázku se omezují pouze na výčet předmětů bez chápání vztahů. Jejich zvyšující se zvědavost se však projevuje ve frekvenci a charakteru otázek. U mladších batolat pře-

važuje otázka „Co je to“, kdežto později přibývají otázky „Kdo je to?“, „Kde je to?“.

Pozornost

Doba bdění se postupně prodlužuje (ve dvou letech na cca 5-6 hodin), po celé období batolete si ale z důvodu regenerace nervového systému ještě neobejde bez denního spánku (celkem potřebuje spát 12-13 hodin denně).

Vývoj stability pozornosti studovalo mnoho badatelů. Údaje o vztahu věku a délky trvání hry shrnul Rubinstejn:

0 - 1 rok	15,5 minuty
1 - 2 roky	21 minut
2 - 3 roky	27 minut
5 - 6 roků	96 minut

Délka soustředění při hře se tedy rychle zvyšuje. V batolecím věku tak jednorázově nedosahuje (i u tak rozmanité činnosti jako je hra) ani půl hodiny. Délku pozornosti postupně neovlivňuje jen vnější poutavost materiálu, ale stále více i vnitřní záměr dítěte. Přes určité náznaky úmyslné pozornosti však převládá bezděčnost a tékavost. Pozornost je tedy dosud dosti labilní a unavitelná. Vzhledem k přetrvávající nestálosti je proto ještě dobré pozornost dítěte navádět pokyny a pozornost cíleně upoutávat.

Paměť

V paměti narůstá délka a rozsah podržené- ho obsahu paměti, avšak stále ještě převládá bezděčné a mechanické vštěpování i vybavování. Podle Sternových výsledků dítě ve 2 letech znovupoznává blízké lidi a známé předměty do uplynutí 8 týdnů, ve 3 letech pak již i po 7 měsících. Avšak schopnost samostatné reprodukce má latenci jen několik dní, na konci batolícího věku pak již i týdnů. To lze pozorovat např. u zapamatování říkanek.

Vzpomínky na toto období jsou jen vzácné a kusé a týkají se pouze silně afektivních emocí. Projevuje se zde vliv emocí na učení. K délce uchování paměťových obsahů přispívá postupně nejen rozsah slovní zásoby, ale především celkové zvyšování vyspělosti duševních procesů: v oblasti kvality vnímání,

představivosti, manipulační zkušenosti, chápání symbolů,...

Řeč

Nemluvit neznamená nerozumět, porozumění je možné naopak dokonce i bez schopnosti verbálního projevu. Myšlení není totožné s řečí, také jejich vývoj probíhá odlišně, nemohou se tedy vzájemně nahradit. Dítě si nerozšiřuje jen slovní zásobu, ale učí se i dialogu - pomocí sociální zkušenosti od matky. Vztah mezi řečí a myšlením bývá často zjednodušován. Dle Piageta - řeč není konstruktivní element logického myšlení; funkce řeči spočívá spíše ve stimulaci obecné intelektové aktivity a facilitaci sociální mobility.

Představivost

Představivost (imaginace) jako jeden z fylogeneticky nejstarších vyšších projevů duševna znamená u batolat živou, dosud ale poměrně vágní názornou fixaci dílčích složek skutečnosti. Ranou formou představ je nepročleněný obrys, který se teprve zkušenostmi postupně zpřesňuje a doplňuje o další detaily. Raně dětské představy tím postupně ztrácejí prvky nahodilosti a ustalují se. Jsou tak neustále bohatší a detailnější, zvláště u předmětů a jevů, se kterými jsou děti častěji v kontaktu.

Opakovaným zapojením do činnosti se tak představy zřetelně zdokonalují, stejně jako pohyby a řeč. Vnější senzorio-manipulační procesům začínají postupně předcházet vnitřní anticipační představy. Batole již začíná např. vkládat geometrické tvary do otvorů již s „rozvahou“, nikoli metodou pokus-omyl jako v předchozí vývojové fázi.

Sama vnitřní představa začíná v polovině druhého roku navozovat další názorné asociace, což je dokladem počínajícího oddělení osobního duševna od bezprostředního procesu vnímání vnější reality. Jde tedy o počátek samostatného duševního života. Pro batolata je charakteristická až nekontrolovaná živá imaginace, kterou někdy zaměňují se skutečností.

Myšlení

Myšlení batolat se zvolna rodí z povrchních vjemů v průběhu činnosti a aktivit. Konkrétní situační myšlení první poloviny této fáze nazývá Piaget „senzomotorickou inteligencí“.

Na ně navazuje v rámci názorného „předoperačního stadia“ určitý mezistupeň mezi konkrétním, dětsky osobitým a obecnějším pojímáním dílčích stránek reality, tedy symbolo-

lické a předpojmové myšlení. Určité symboly již zastupují skutečnost ve vědomí dítěte a může s nimi operovat. V kruhu blízkých a známých věcí je také již vytvořen pojem „trvalý předmět“. Dítě má již pevnou představu o konkrétním předmětu, avšak v delším časovém intervalu či širším prostoru může ještě docházet k určitým selháním. Předpokem je označení pro skutečnost, že dítě např. považuje nalezeného slimáka za totožného s tím, který byl spatřen např. včera. Chybí zde tedy vnitřní vědomí „třídy slimáků“. Jedinečná konkrétnost předpokmů vyplývá z neschopnosti zobecňovat.

Znalosti batolat jsou tedy jen útržkovité a nepropojené dosud žádnými sjednocujícími obecnými kategoriemi či pravidly. Také usuzování batolat je ještě „prelogické“ s příměsí fantazie. Piaget popsal následující typické zvláštnosti dětských úsudků:

- fenomenalismus (např. plave, protože je žlutý)
- finalismus (moře jsou, aby mohly plout lodě - výlučné hledisko lidského účelu)
- artificialismus (všechno někdo stvořil)
- animismus (oživování věcí)
- dynamismus (přisuzování vlastní vůle „oživeným věcem“)

Ze sledování racionálně-kognitivních procesů vyplývá, že batole chápe pouze dílčí prvky situace. Po 2. roce si začíná uvědomovat „množství“. Avšak při pokusu o stanovení „více nebo méně“ postřehne pouze nápadné rozdíly počtu, eventuálně část celku schází. S počty dokáže operovat jen do 2 a teprve koncem batolecího období postřehne i úbytek jednoho ze tří předmětů.

Skutečný rozvoj poznání, podněcovaný nutkavou „orientační potřebou“, je zde ještě realizován především v procesu manipulační činnosti. Manipulační hry mají pro batolata značnou přitažlivost. Kromě nových zkušeností jim to přináší i zvýšení přesnosti a rychlosti cílených pohybů, též minimalizaci neúčelných pohybů.

Dokonce i relativně destruktivní činnost, kdy dítě ničí hračky a hrové výtvořky, je určitým „badatelským přínosem“. Doporučuje se ji tlumit, teprve až když přesahuje určité rozumné meze. Také drobný úraz může přispět k rozvoji zručnosti, opatrnosti a větší samostatnosti.

Hra

Manipulace s představami, tedy něčím jiným než reálnými objekty, je nezastupitelným základem každé tvořivosti i fikce. Z imaginativ-



**Frühauf P., Fuchs M.,
Polášková S., Vernerová E.,
Zlatohlávková B.**

ALERGIE KOJENECKÉHO VĚKU

**Recenzenti:
doc. Sýkora, prim. Štolcová**

Společnost Nestlé Česko pokračuje v tradici každoročního vydávání odborných publikací pro české a slovenské pediatry, tentokrát již čtvrtou odbornou monografií. Publikace konstatuje zvyšující se výskyt alergických chorob v dětském věku. Teoretické vysvětlení tohoto jevu zatím není zcela jasné. Velký význam má genetická zátěž. Jakákoliv manifestace alergie v kojeneckém věku může být začátkem tzv. alergického pochodu, tj. rozvoje dalších alergických onemocnění. Jsou diskutovány anafylaktické, respirační, gastrointestinální a kožní projevy alergie v kojeneckém věku a jejich terapie. Zmíněny jsou vyšetřovací metody vhodné pro kojenecký věk. V závěru jsou uvedena stávající doporučení k výživě novorozenců a kojenců s aspektem prevence potravinové alergie.

Publikace je určena především praktickým lékařům pro děti a dorost, ale stejně tak dobře je využitelná i pro studenty medicíny nebo v odborných ambulancích. Distribuce probíhá prostřednictvím lékařských zástupců společnosti Nestlé.

Monografie má 59 stran, 27 tabulek, 3 schémata a 3 grafy.

ISBN. 80-903776-0-2, Nestlé 2006

**Kontakt:
Nestlé Česko s.r.o.
- divize Infant Nutrition
tel.: 800 135 135
e-mail: nni@cz.nestle.com**



ních aktivit převládá u batolat především „fiktivní hra“. Představuje mnohem víc než pouhou hru zástupných symbolů. Imaginativní znak zde ještě ani neusiluje o žádnou vnější shodu s objektem, může být dokonce kdykoli nahrazen něčím jiným. Musí však vždy vyhovovat aktuálně významné funkci imaginace. Na úrovni batolete jsou to s ohledem na dosavadní rozvoj psychiky zvláště funkce:

- orientační: znoupřehráváním dramatických zážitků se snaží lépe pochopit situaci
- abreaktivní: plní duševně hygienickou funkci uvolňováním tenze
- anticipační: pomáhá rozvoji aktivit i k rozvoji jejich podílu na imaginativní složce budoucí volní činnosti.

■ Specifika vývoje dětí s postižením

Hlavním vývojovým úkolem tohoto období je expanze do širšího prostředí, odpoutávání se z dřívější symbiotické vazby s matkou, rozvoj autonomie. S tím souvisí vývoj dětské identity, která se rozvíjí v rámci diferenciaci sebe sama od okolí. Z tohoto pohledu dochází k úzké vazbě kognitivního vývoje s vývojem sociálně-emočním.

Kromě vlastní psychické identity má důležitou úlohu i tělesná identita, vlastní tělové schéma. Vzrůstající možnosti ovládnání těla jsou značně narušené u dětí s různým postižením, nejvýrazněji u dětí s DMO. Nerovnoměrnosti pohybového vývoje jsou charakteristické i pro děti s LMD - bývají méně obratné, nešikovné a zároveň zbrklé. To ovlivňuje jejich zkušenosti s předměty a následně představy o nich.

Rozvoj všech poznávacích procesů je v tomto věku stále úzce spojen s praktickou činností, vývojem pohybové aktivity. Pohybová autonomie poskytuje možnost vnímat širší okruh podnětů, ale u naprosté většiny postižených dětí přetrvává závislost na zprostředkující aktivitě jiných lidí. Osamostatňování v oblasti poznávání je u nich více závislé na porozumění a podpoře pečující osoby. Je třeba, aby rodiče učili dítě aktivně a samostatně poznávat a nečekali až samo projeví zájem. U postižených dětí nepostupuje osamostatňování tak rychle, jako u zdravých a jestliže je tato vývojová tendence ještě navíc výchově potlačována, např. pod vlivem úzkosti matky, zůstávají děti delší dobu závislé a málo aktivní. Potřeba stimulace u nich bývá, zřejmě vlivem podnětové deprivace, snížena. Deprivace pak snižuje aktivační úroveň a tím i zájem o stimuly. Tím se zpětně prohlubuje deprivace.

Specifika dětí s různým druhem postižení:

Zrakové postižení - nevidomé děti mají vždy více pocitů nejistoty a menší potřebu zvidavnosti. Nedostatek podnětů nahrazují často autostimulací - různé formy kývání, někdy může docházet i k sebepoškozování. Tímto způsobem též uvolňují tenzi.

Sluchové postižení - vlivem postižení se nerozvíjí řeč, řečové deficity (receptivní i expresivní) ovlivňují vývoj v oblasti sociálního chování a kognitivní vývoj. Dítě méně rozumí okolnímu světu, se kterým má omezený kontakt, hůř si osvojuje adekvátní sociální chování. Mnohdy může být mylně označeno za hloupe, nepřizpůsobivé nebo agresivní, podle toho jaký vzorec chování pro komunikaci s okolím používá.

Mentální postižení - v rámci celkové vývojové retardace je opožděno i osamostatňování, tyto děti jsou déle závislé na pečující osobě. Rozvoj vlastní identity a autonomie není v batolecím věku aktuální. Potřebné kompetence pro samostatnost dítě dosud nemá nebo si je ještě plně neuvědomuje.

Hospitalizované děti - nejedná se o děti postižené v tradičním slova smyslu, ale v jejich zdravému vývoji brání četná omezení. U chronicky nemocných a často hospitalizovaných dětí dochází ke zvýšení potřeby bezpečí. Jsou vystaveny většímu množství nepříjemných podnětů, které vyvolávají potřebu ochrany. Málo stimulující prostředí nemocnic a omezení sociální zkušenosti negativně ovlivňují rozvoj osobnosti.

■ Možnosti ovlivnění vývoje

Rodiče svým chováním a reakcemi, které směřují k dítěti, pomáhají poznávat okolní svět, orientovat se v něm, strukturovat zkušenosti do významových vzorců, díky kterým dítě svět chápe. Základy jeho mentálního vývoje a rozvoje schopností se tak kladou do vzájemného vztahu mezi dítětem a rodiči. Jsou dvě základní skupiny působení, kdy mohou rodiče situaci dítěte ovlivňovat:

- a) působení rodičů z hlediska kvantitativního
- b) působení rodičů z hlediska kvalitativního

a) Dítě potřebuje přiměřené množství podnětů. I přílišné množství podnětů (zvláště různorodých) může vážným způsobem poškodit vývoj dítěte. Chaos podnětů můžeme pozorovat např. u dětí s LMD. Ty nedovedou rozlišit podstatné a nepodstatné podněty jsou jimi zahlcovány. To negativně ovlivňuje pozornost, vnímání, paměť a chování dítěte.

Podstatně více víme o tom, jak na dítě působí nedostatek podnětů, tzv. psychická deprivace, což je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení některé jeho základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.

Od narození potřebuje dítě určitou míru vnější stimulace, tj. určité množství podnětů, působících na jeho smysly. Nedostatek vnějších podnětů má za následek senzoricou (smyslovou) deprivaci, která způsobuje opožděný rozvoj vnímání a zprostředkovaně nedostatečný rozvoj dalších poznávacích procesů a schopností.

Jak se hromadí smyslové zkušenosti dítěte s vnějším světem, vynořuje se potřeba organizace těchto zkušeností do významových struktur. V těch je uspořádáno poznání, které umožňuje učení a poznávání a dále stimuluje poznávací aktivitu dítěte. Prostředí, které nedává dítěti smysl, deprivuje nedostatkem významu vnějších struktur. To má za následek deprivaci kognitivní.

b) V řadě případů nelze hovořit o tom, že by bylo dítě rodinou zanedbáváno, mělo malý přísun podnětů. Ale negativní působení může pocházet i z toho, jaké podněty rodina dodává, jakého jsou druhu a kvality. Zdrojem podnětů je v tomto věku vždy primární sociální skupina, děti do 3 let mají malou možnost korekce svých znalostí v jiném prostředí. Nevhodné podněty z hlediska kvality získává dítě v asociálních rodinách, kde se nerespektují běžné společenské normy, v rodinách kde jsou rodiče nevyrovnaní osobnostně (neurotičtí, psychotičtí, s abúzem návykových látek), či tam kde jsou složité rodinné vztahy, dítě jim nemůže porozumět, do stává se do tzv. dvojné vazby. Je vystaveno situaci, kdy jsou jednotlivé informace od rodiče vzájemně protichůdné a dítě nemůže nikdy zareagovat správně.

Kdybychom měli na závěr shrnout, co je třeba udělat pro příznivý vývoj batolete, můžeme být velmi struční. Je třeba zmobilizovat podpurné a omezit patologické podmínky v jeho běžném prostředí. Dodávat podněty v míře, které dítě porozumí. Podporovat dítě v jeho vlastní iniciativě a za jeho iniciativu a úspěchy ho oceňovat. Často je nezbytná podpora celé rodiny a dodávání informací rodičům o zákonitostech vývoje.

Literatura u autorky

Nutricia - Hami



Batole z pohledu různých sociálních teorií

Sociálně - emoční vývoj dítěte v nezvyklých úrovních pohledu

PhDr. Yveta Mikuličová

Centrum komplexní péče DEMOSTHENES, Ústí nad Labem

Batolecí věk zahrnuje období od 1-3 let života dítěte a je obdobím, kdy dochází k intenzivnímu rozvoji v oblasti osobnostních charakteristik - dítě se stává samostatnějším, aktivnějším subjektem. Typickým znakem batolecího období je široká expanze do vnějšího světa vázané na překonání tzv. Kopernikovy revoluce, kdy u dítěte po zvládnutí lokomoce dochází k pochopení, že ono samo není středobodem vesmíru, ale věci si může přibližovat vlastní iniciativou. Toto období tzv. první emancipace je spojeno s procesem osamostatňování se a uvolňování se z různých vazeb a je nezbytným stupněm pro další úspěšný vývoj jedince. Duševní rozkvět je úzce vázán na motorický rozvoj a s ním spojenou expanzí do vnějšího světa. Motorický vývoj umožňuje samostatnější uspokojování potřeby stimulace, postupně se uvolňují vazby na matku, probíhá první fáze emoční separace a s tím spojené období negativismu. Kognitivní vývoj se přesouvá na úroveň symbolického myšlení, tj. postupně se uvolňuje z vazby na konkrétní manipulaci s konkrétními předměty (symbol matka - maminka již není pouze jedna konkrétní osoba, ale může jí být každá dospělá žena). Rozvíjí se schopnost chápat v kontextu budoucího dění, vytváří se pochopení trvalosti objektu. Vědomí trvalosti je pak základem k vytváření předpojmů. Základem sociálního přizpůsobení se v tomto věku stává řeč - dítě si ji osvojuje nápodobou verbálního modelu, který má k dispozici. Batolecí období je obdobím rozvíjení sémantické složky - vytváří se slovníková zásoba. První řečové jevy jsou agramatické, syntaktické základy si děti vytvářejí teprve mezi 2. a 3. rokem života. Vývoj jedince jako sociální bytosti se odráží v každém psychologickém směru pokusem o vytvoření určité vývojové teorie, která by objasňovala zákonitosti a zdůvodňovala, resp. vysvětlovala výsledný efekt. V následujícím článku jsou popsány následující teorie:

- Kognitivní směr - teorie Piaget
- Psychoanalytický směr - psychosexuální teorie Sigmunda Freuda
- Psychosociálního směr - teorie psychosociálních stádií Erika Eriksona

■ Kognitivní směr - teorie Piaget

Východisko - osobnost je stanovena pro daný

věk typickými způsoby poznávání a chápání světa. Změny ve způsobu poznávání pak vyvolávají u jedince změny v obsahu vnímání sebe a okolí, a tím mění jeho skutečnost sebeuvědomění, tj. sebeuvědomění prostřednictvím rozvoje poznávacích procesů. Rozhodujícím činitelem v chování a prožívání člověka je kognitivní obraz skutečnosti, který je schopen si vytvořit. Jeho podstatou však není pouhé zobrazení, ale podstatou vědění je zvnitřněná činnost, již člověk stav okolím ovlivňuje. Základním pojmem osobnostní funkce se pak jeví mechanismy přizpůsobení (adaptace) - tj. děje, kterými se člověk vyrovnává se životními problémy. Adaptace v kognitivní teorii má dva aspekty - asimilace = přizpůsobení nových zkušeností existujícím vnitřním strukturám a akomodace = přizpůsobení existujících vnitřních struktur novým zkušenostem. Úspěšné přizpůsobení vyžaduje vzájemnou vyváženost obou těchto pochodů. Piaget je označuje jako „decentrovanou funkci“, zprostředkující úměrné respektování různých prvků situace. Převaha jednoho z aspektů pak vyvolává situaci „centrovaného fungování“, které vede ke zkreslení myšlení a citění, k nepřizpůsobivým odevzám, popř. k poruchám chování. Např. asimilace v převaze můžeme pozorovat v dětské hře, v psychotických bludech, kde je realita přizpůsobena vnitřním vzorcům chápání jedince. Akomodace v převaze pak vytváří model napodobování, přičemž chování je měněno tak, aby odpovídalo přicházejícím podnětům (co by tomu řekli lidi). Kognitivní vývojová stadia jsou vymezena postupně diferencovanějšími a integrovanějšími strukturami zpracování zkušenosti.

Piaget rozlišil 3 základní stadia vývoje:

Smyslově pohybové stádium

Do 2 let věku - dítě poznává a sděluje prostřednictvím tělesné činnosti, bezprostřední kontakt s prostředím, poznání přes osahávání, manipulaci, vývoj lokomoce. Koncem tohoto období se dítě učí odlišit vnější a vnitřní skutečnost tím, že odliší Já od Nejá, čímž si osvojuje pojem na sobě nezávislé skutečnosti.

Stádium konkrétních činností

Od 2 let do 11 let věku - dítě získává dovednost v zacházení se znaky představujícími konkrétní okolí. Zvládá tak vztahy prostoru, času, příčinnosti, množství.

Stádium formálních operací

Od 11 let výše - dospívající si osvojuje dovednost zacházet se znaky nezávisle na předmětu, který mají představovat. Jedinec začíná uvažovat = manipulovat skutečností prostřednictvím jejího symbolického znázornění. Vytváří si vlastní hodnoty a cíle, tvoří a ověřuje vlastní hypotézy o světě, dostupném mu ve stále větší šíři. V konečném důsledku je schopen plánovat svoji budoucnost.

Praktický význam má zvláště vývojový předpoklad, že učení závisí na vývoji, ne vývoj na učení. Vyplývá z něj předpoklad pro způsob vzdělávání dětí - přizpůsobit požadavky výuky vývojovému stupni dítěte.

Motto: Hlavním cílem vzdělávání je vytvářet lidi schopné udělat něco nového, nejen prostě opakovat, co udělaly už jiné generace - lidi, kteří jsou tvořiví, vynalézaví a schopní objevovat. Druhým cílem vzdělání je pěstovat mysl, jež umějí být kritické, umějí ověřovat, a nepřijímají vše, co se jim nabídne. Velké nebezpečí dneška představují hesla, stádnost v názorech, předem připravené směry myšlení. Musíme být schopni individuálně vzdorovat, kritizovat a rozlišovat mezi tím, co je dokázáno a co není. Proto potřebujeme žáky, kteří jsou aktivní, kteří se brzy naučí poznávat samostatně, zčásti svou vlastní spontánní činností a zčásti prostřednictvím látky, kterou jim připravíme, kteří se brzy naučí odlišit, co lze ověřit a co je jen první myšlenka, která je napadla. (Piaget)

Batolecí období z pohledu kognitivního vývoje osobnosti je charakterizováno fází symbolického či předpojmového období. Dítě si již dokáže představit nějakou činnost a její výsledky, aniž by si je muselo ověřovat experimentací (např. zasouvání tvarů do podložky: malé batole vezme kostku a snaží se ji metodou pokus omyl vsunout do otvorů, větší batole si vezme kostku, chvíli přemýšlí a následně správně zasune kostku do správného otvoru, fáze pokus - omyl proběhla na úrovni jeho představ, tj. ve vědomí). Odpoutání se z omezující vázanosti na aktuálně vnímané a manipulované objekty s rozšířením motorických dovedností umožňují dítěti stále širší okruh poznávání, kdy se dítě seznamuje nejen s objekty v prostředí, ale i s pravidly dané prostředím determinující a učí se jimi řídit. Důležitým

předpokladem v oblasti symbolického myšlení je pochopení trvalosti objektu. Vědomí trvalosti objektu se vytváří již u starších kojenců, v batolecím věku se však intenzivně posiluje, zpřesňuje. Batole začíná chápat, že stejný objekt se může vyskytovat v různém čase a na různých místech, ale řídí se nápadnými znaky objektu - jestliže je změníme, již svou hračku nepozná, případně, najde-li stejný předmět, bude ho považovat za svůj, analogicky, že stejné věci se dělají za stejných okolností. Vývoj symbolického myšlení pak staví základy k pochopení obecně platných pravidel či zákonitostí např. základy k autoregulačním mechanismům, zatím však v rovině smí - nesmí, případně naučených stereotypů chování v konkrétních situacích, a vytvoření symbolu „já“ jako pochopení trvalosti vlastní existence, tj. formují se základy sebepojetí. Prvním náznakem přechodu na nový způsob myšlení, je schopnost dítěte pochopit, že obraz v zrcadle či na fotografii je ono samo - první náznaky ve 14-15 měsících, spolehlivě až ve 2 letech. Dalším signálem svědčícím o úspěšném vývoji je pak schopnost při hře symbolizovat vlastní osobu (např. plyšák představuje jeho, on maminku). Vrcholovým vývojovým bodem v batolecím období je pak vytvoření vztahu k osobnímu vlastnictví, které batole považuje za součást sama sebe a které probíhá obvykle ve druhé půli batolecího období. Vlastnictví je v rámci symbolického myšlení chápáno jako trvalá charakteristika objektu, dítě začne používat ve správném smyslu slova já, můj, tvoje. Při hře se tenhle stupeň vývoje projevuje tím, že odmítá půjčovat svoje věci - forma zdůrazňování své pozice i svého vlastnictví. V tomto případě nejde o projev sobectví, ale o vývojově podmíněný projev. Vědomí sama sebe se tak projevuje v samostatném jednání, které je pro dítě důkazem jeho schopností a možností. Dle kognitivní teorie si ověřováním a potvrzováním hodnoty svých dovedností a kompetencí upevňuje své sebepojetí, které úzce souvisí i se sebeovládáním, kdy základním kritériem hodnocení se stává výkon, který konkrétním projevem kompetencí dítěte a s tím hodnocení výkonu prostředím - význam pochvaly i trestu. Součástí sebepojetí jsou různé role, které dítě získá a které určují jeho emoční postavení v sociálním prostředí.

■ Psychoanalytický směr

- psychosexuální teorie Sigmunda Freuda:

Struktura osobnostních vlastností je důsledkem událostí, k nimž došlo během prvních 5 let života jedince. Tyto rozhodující události spočívají ve vyrovnání se dítěte s konflikty, k nimž dochází v průběhu jeho psychosexuálního vývoje mezi pudovými tendencemi organismu a působením společenského Já. Pohlavní pud je u Freuda ústřední osou dynamiky a vývoje osobnosti a projevuje se jako zvláštní energie, tzv. libido. Základním vývojovým předpokladem je zrání řízený a pevně určený posun orgánového zaměření libida, jak se různé části těla stávají postupně převládajícím předmětem zájmu dítěte a hlavním zdrojem orgánové slasti. Nerušenému uspokojování se vstupují do cesty různé společenské překážky, představované hlavně psychologickým nátlakem na jedince (tresty, hrozby, zákazy), které se postupně zvnitřňují ve formě superega (nadJá) - svědomí. Jádrem osobnosti je pak celoživotně intrapsychický konflikt mezi pudem a společenskými překážkami jeho uspokojení. Výsledná struktura osobnosti je pak výsledkem toho, jak byl tento konflikt v jednotlivých stádiích rozřešen.

Freud rozlišil 5 stadií vývoje:

1. orální stadium (1. rok života): hlavním zdrojem slasti jsou ústa, uspokojování je dosahováno především sáním (primárně kojení, později ocumlávání) - psychologicky je to fáze pasivního přijímání a aktivní brání v širším smyslu.

Markdistri - Humana



2. anální stadium (2. - 3. rok): hlavním zdrojem slasti je anus (říř) - období experimentování s vyprazdňováním. Tato činnost je v naší kultuře vystavena silnému nátlaku na přizpůsobení zvyklostem. Psychologicky je spjata s hromaděním a s dáváním v širším smyslu.

3. falické stadium (3 - 5 let): hlavním zdrojem slasti je pohlavní ústrojí, uspokojení dítě dosahuje jeho vlastní stimulací. Současně začíná prožívat i své vazby k ostatním, především k rodičům, jako sexuální. Sexuální odezvy vyvolávají zpravidla potlačující odezvu od okolí, což může způsobit vznik konfliktních osobnostních útvarů - komplexů spjatých s úzkostí. Pozitivním řešením konfliktu je sexuální identifikace.

4. období latence (konec 6. roku až dospívání): v této době se zaměřením dítěte odvrací od těla k činností sloužícím zvládnutí okolí. Až s nástupem puberty, tj. tělesného dospívání nastupuje do popředí pohlavní ústrojí jako zdroj pudového uspokojování. Nastává však obrat od zaměření na vlastní tělo k zaměření na tělo partnera opačného pohlaví. Tím jedinec vstupuje do

5. genitálního stadia (dosahované v adolescence): v něm vrcholí dozrávání jedince ke stálosti a vzájemnosti citových a sexuálních vztahů, kdy zdrojem uspokojení je především heterosexuální styk. Výsledky pregenitálních úrovní se v tomto stadiu sjednocují v konečnou strukturu osobnosti a při úspěšném průběhu vývoje v ní zaujímají podřízená místa v žebříčku pudových cílů.

Není-li vývoj optimální, nese si jedinec svůj nevyřešený psychosexuální konflikt ve formě tzv. ustnutí (fixace), která se v situaci tísně zpravidla projeví jako neuróza ve smyslu regrese na daný vývojový stupeň. Výsledkem je pak určitý typ struktury osobnosti:

Orální osobnost - krajní stupně sklonu k optimismu nebo pesimismu, lehkověrnosti nebo podezřívavosti, manipulativnosti nebo odevzdanosti, obdivu nebo závisti. Obranné mechanismy - popření, projekce, introjekce.

Anální osobnost - krajní míra lakomství nebo přemrštěné velkorysosti, tvrdohlavosti nebo podrobivosti, pořádnosti nebo nepořádnosti, přesnosti nebo nepřesnosti. Obranné mechanismy - izolace, reaktivní výtvar a racionalizace.

Falická osobnost - krajní míra ve sklonech k ješitnosti nebo sebezavrhování, pyše nebo pokoře, slepé odvaze nebo bojácnosti, pohlavní zdrženlivosti nebo promiskuitě. Obranný mechanismus - vytěsnění.

Genitální osobnost - převládá optimální způsob obranného mechanismu - sublimace, která umožňuje úspěšné vyrovnání se pudovými i společenskými nárokům jedince života.

Teorie psychosociálního

vývoje - Erikson:

Nejdůležitější pro utváření osobnosti je společenský aspekt problémů, jejichž řešení vytváří pro každé období příznačnou vývojovou krizi, kterou musí každý jedinec překonat. Její úspěšné vyřešení je podmínkou dobrého začlenění jedince do příslušných společenských vztahů a bezporuchového vstupu do dalších vývojových stadií. Prvá čtyři stadia vycházejí z Freudovy teorie, dále Erikson vytvořil předpoklad, že vývoj není celoživotně ukončen, a vymezil další čtyři stadia, takže jeho vývojová teorie zachycuje celé období života.

1. důvěra x nedůvěra - jsem to, co cítím

Úkol - získat bazální důvěru v život a svět, která ho obrní proti prožívaným nejistotám. Základním vztahem se jeví vztah k matce. Nedostatek rané péče vede k pojetí světa jako hostilního, zakotvuje vnitřní pocity ohrožení.

2. autonomie x stud, pochyby - jsem to, co mohu svobodně dělat

Úkol - osvojit si sebedůvěru v možnost úspěšné vlastní volby i vůči požadavkům okolí. Základním vztahem je vztah s rodiči. Je-li volba potvrzována jako úspěšná, upevňuje se pocit samostatnosti a nezávislosti, schopnosti sebevlády a vynakládání vůle. Negativní zkušenosti vytvářejí pocity zahanbení a pocity pochybností v sebe samého.

3. iniciativa x vina - jsem to, co dokážu

Úkol - vytvoření základního postoje zodpovědnosti za své činy, potvrzení vlastní iniciativy jako pozitivní vytváří podmínky pro nový způsob autoregulace - svědomí. Negativní řešení vytváří v jedinci pocity viny, které mohou přerůst v nadměrně citlivého svědomí, které může následně již celoživotně ochromovat iniciativu jedince, omezí schopnost samostaného podnikání.

4. výkonost x méněcennost - jsem to, co umím

Úkol - osvojit si dovednosti, cílevědomě a úspěšně zacházet s předměty hmotného světa, zkušenost se rozšiřuje nad rámec rodiny. Nezvládnutí vývojového úkolu vede k celoživotním pocitům osobní nedostatečnosti, pocitům méněcennosti.

5. identita x zmatení rolí - jsem to, v co věřím

Úkol - ustavení pevného pojetí vlastního já. Dvě úrovně - vztah k vrstevnickým skupinám (jsem to, kam patřím) a vztah k sám k sobě (ideály, vzory). Úspěšné zakotvení ve světě jasným sebezpojetím jedinci umožňuje vytváření jednoznačných a smysluplných vztahů k vlastní osobě i k druhým. Tento přechod mívá podobu vyhořelé krize. Nezvládnutí vývojového úkolu vytváří

v jedinci napětí a neschopnost vymezení sama sebe, která může vyvrcholit až v tzv. agravované adolescentní krizi, jež se projevuje zostřeným prožíváním vnitřních rozporů, rozervaností, bezradností či bouřlivým negativismem bez pozitivního programu. Typickým jevem adolescence pak bývá tzv. vývojové moratorium, období, kdy jedinec, který nemůže zvládnout nahromaděné úkoly tohoto stádia svůj přechod do dospělosti odkládá a „sbírá síly k postupu vpřed. Věnuje se např. nějaké intenzivní činnosti, která ho plně zaměstnává, takže vývojové úkoly přestanou doléhat.

6. intimita x osamělost - jsem to, co miluji

Úkol - schopnost spojit se v důvěrném vztahu s druhým člověkem (pohlavní partnerství). Úspěšné ustavení životního partnerství vyžaduje vydat se druhému v situacích, v nichž se člověk vzdává záruk bezpečí.

7. generativita x stagnace - jsem to, co mohu poskytnout

Úkol - přispívat druhým, zejména dětem v nové rodině, ale i např. v pracovním kolektivu. Neúspěšnost se projevuje neschopností být prospěšný svému okolí, je prožíváno jako životní ochuzení a postupnou ztrátou kontaktu s druhými lidmi

8. integrita x zoufalství - jsem to, co po mně zůstane

Úkol - dospět k jistotě o smysluplnosti toho, co jsem dosud konal - neúspěch se projevuje strachem ze stárí, z konce osobního života, zoufalstvím z toho, že již nelze začít znova a lépe, provázeno závistí.

Erich Erikson považuje za typický konflikt batolecího věku rozpor mezi potřebou emancipace a pocity pochybnosti a studu, které vznikají jako reakce na nezvládnutí samostatnosti. Jestliže má dítě s počátečními pokusy o zvládnutí soběstačnosti nepřijemné zkušenosti, ztrácí sebedůvěru. Výsledkem pak může být vznik fixace závislosti jako potřeba obrany před pocitem nejistoty - zejména tam, kde dítě vyhodnotí, že na to jeho síly nestačí. Batolecí období tedy rozvíjí úkol kojeneckého období - vznik základní důvěry ve svět do roviny základní důvěry v sebe a své schopnosti. Základním předpokladem je odpoutání se z předchozí symbiotické vazby s mateřskou osobou, schopnost separace je podporována rozvojem poznávacích procesů, zejména schopnost vytvoření symbolického pojmu matka jako trvalého objektu.

Literatura u autorky



Emoční a sociální vývoj - možnosti jeho ovlivnění

Mgr. Pavlína Pavlišová

Centrum komplexní péče DEMOSTHENES, Ústí nad Labem

■ Úvod

Batolecí období je období věku 1-3 roky. Někteří autoři rozlišují mladší batole (1-2 roky) a starší batole (2-3 roky). V tomto období dochází k rozvoji ve všech oblastech vývoje: rozvíjí se hrubá a jemná motorika, řeč, poznávání, představy, emoce atd. Změny, které zákonitě nastávají jsou kvalitativní i kvantitativní. Všechny výše zmíněné oblasti vývoje jsou navzájem provázané, změny nebo omezení v jedné oblasti se následně projeví i v ostatních. Proto je toto vymezení sociálně-emočního vývoje do jisté míry umělé. Vždy však před sebou máme konkrétní dítě, které se rozvíjí kontinuálně ve všech oblastech v souvislosti s podmínkami, které mu poskytuje rodina.

Sociálně-emočního vývoje v batolecím věku se týká několik hlavních témat, která budou dále rozebrána.

- 1) rozvoj jáství a sebepojetí
- 2) dětský vzdor
- 3) separační prožitky
- 4) socializace - normy chování, které dítě přijímá, učení nápodobou a identifikace

■ 1) Rozvoj jáství a sebepojetí

Zárodek vědomí sebe - odlišnosti od světa a ostatních lidí má už i kojeneček. Batole však udělá v tomto směru velký pokrok. Podle Kagana (americký vývojový psycholog) můžeme u batolete pozorovat několik známek, které potvrzují uvědomění sebe sama:

- 1) sebechvála
- 2) sebeovládání, při kterém batole užívá řeči
- 4) citlivost k selhání, k nezdaru
- 5) snaha udělat samo, na co jen trochu stačí, např.: při oblékání
- 7) vítězný úsměv, který se objeví na tváři batolete, když se mu podaří nějaký nový výkon
- 8) poznání vlastní osoby v zrcadle
- 9) ve hře batolat se objevují některé nové prvky: batole např. nahradí svou vlastní osobu hračkou, „nechá“ medvídku za sebe telefonovat
- 11) věty v první osobě a užívání zájmena já
- 12) dětský vzdor (in Řičan 1984).

Rozvoj sebeuvědomění je důležitým krokem na cestě k plné autonomii osobnosti dítěte, v té-

to fázi vývoje se nejčastěji projevuje v podobě negativismu a vzdoru. Batolata jsou citlivá na vnější hodnocení a vztahují je k sobě. Zřetelně prožívají pozitivní emoce z pochvaly a negativní emoce z pokárání. Vše, co dítě slyší od důležitých osob ve svém okolí, zařazuje do „vnitřního obrazu sebe“, který pak následně ovlivňuje i jeho způsob jednání.

Rozvoj sebepojetí se projevuje i ve vztahu k osobnímu vlastnictví, které batole považuje za součást sebe sama. Dítě považuje věc za svou, i když ji právě nemá v ruce nebo ji nevidí. Na této úrovni vývoje si začne uvědomovat význam slov můj - tvůj a začne je správně používat. Postupně chápe rozdíl mezi „já“ a „nejá“, mezi vlastním a cizím. Dosažení této úrovně se projevuje např. ve hře, kde dítě zdůrazňuje svou pozici a své vlastnictví. Může se to projevovat tak, že dítě odmítá půjčovat své věci. V tomto případě tedy nejde o sobectví či jinou nepěknou charakterovou vlastnost, ale o vývojově podmíněný projev. Vědomí sebe sama se projevuje i v samostatném autonomním jednání, které je pro dítě důkazem jeho schopnosti a možností. Sebepečetí ovlivňuje vědomí účinku vlastní aktivity na okolní svět. Význam má i hodnocení této aktivity vztahově důležitou osobou, rodičem.

■ 2) Dětský vzdor

S narůstajícím vědomím sebe sama souvisí vznik potřeby sebeprosazení, které může mít a má charakter negativismu. Sebeprosazení má 2 složky (in Vágnerová 2000):

- a) varianta Já sám - tj. pokus o samostatnost, o vlastní řešení situace. Tato tendence souvisí se vzrůstajícím vědomím vlastních kompetencí a s tím souvisejícím uvolňováním ze závislosti na druhých lidech, nejčastěji na matce.
- b) varianta Já chci - v takovém jednání se odráží vědomí sebe sama jako aktivní a kompetentní bytosti. Způsoby sebeuplatňování mohou být velmi různorodé. Občas bývají méně přiměřené, někdy až zdanlivě nesmyslné. V tomto věku převažuje důraz na formu, o obsah dítěti velmi často vůbec nejde.

Výrazné projevy vlastní vůle dítěte pozorujeme u dětí od 3-4 měsíců: omezují se většinou na zlostné výbuchy odporu proti zásahům vychova-

telů. V 7.- 8. měsíci, kdy dítě naváže specifický citový vztah, je příležitostí k odporu více. Po jednom roce věku je slovo „ne“ trvalou součástí slovníku. Sebeprosazující projevy stále narůstají a období mezi 2. a 3. rokem života nazýváme někdy obdobím vzdoru nebo negativismu. Projevy jsou u každého dítěte individuální - průběh může být mírný nebo výraznější. U některých dětí je fáze vzdoru jen naznačena, u jiných jde o důrazné popírání všeho a odpověď na vše níže. Vzdor se může projevovat ve formě slovního odporu, nebo ve formě zlostného chování, provokací, tichého a vytrvalého trucování, může odmítnout jíst nebo nejoblíbenější hru. Výchovné metody jako domlouvání, křik či fyzické tresty se májejí účinkem. V tomto období je vzdor zcela zákonitý vývojový jev, někdy i vyprovokovaný nevhodnými výchovnými zákroky. Není proto dobré tuto spontánní reakci dítěte nějak trestat nebo přísně usměrňovat. Vzdor vyplývá ze střetu dítěte - nadaného již určitou vnitřní autonomií s nějakou vnější překážkou - často ve formě vůle rodičů. Nejčastěji se objevuje v situacích, kdy dítě setrvalo určitou dobu v klidu, nebo se věnovalo nějaké poutavé činnosti (např. hře a bylo z ní vytrženo a nuceno věnovat se jiné aktivitě), nebo si na nějakou událost či jev vytvořilo vlastní názor a je mu vnucován jiný.

Mnoha konfliktním situacím, ale lze snadno předejít. Vhodná je postupná příprava dítěte na změnu činnosti, či vhodná motivace (např. požádání o pomoc, s pomocí hračky), nebo odpoutání pozornosti nějakým jiným zajímavým podnětem. Obecně platí, že je vhodnější vzdoru předcházet, než vzdorovitě dítě usměrňovat. „V plně rozvinuté podobě se negativismus nejčastěji objevuje mezi 2. a 3. rokem a trvá zhruba rok (v průměru 14 měsíců)“ (in Langmaier, Krejčířová 1998). Vzdorovitost dítěte není tedy nahodilá, závislá jen na nesprávné výchově, ale není ani patologická - pokud není nadměrná (např. když některé děti odmítají příjem potravy a tekutin), příliš dlouho přetrvávající a výchovně nezvládnutelná. Patří nezbytně k vývoji dítěte, které chce být nezávislé a zároveň naráží na překážky. Překážkami je chápána jak jeho nevyzrálost, tak i hranice, které mu určují dospělý. Z hlediska smyslu batolecího vývoje je negativismus jedním



z faktorů, které pomáhají vymezit novou pozici dítěte ve světě. Výsledkem je ověření vlastních možností a limitů.

Dítě získává informaci, která uspokojuje jeho potřebu orientace ve světě a jistoty - ví o vlastní svobodě a zároveň potřebuje vědět, kde svoboda končí a začínají platit pravidla. S pravidly dítě získává představu o tom, že existuje řád, který představuje jistotu. Proto by rodiče měli být ve svých reakcích na dětské jednání důslední, aby děti tomuto řádu porozuměly.

Pokud tento řád rodiče nedovedou zprostředkovat, vzniká chaos; důsledky tohoto chaosu můžeme nazvat i deprivací v oblasti smysluplného učení. Mnozí autoři vidí zásadní rozdíl v tom zda rodiče dítěti zabránili v něčem, co chce, nebo jej nutí, aby dělal, co nechce. „Jestliže dítěti násilím zabráníme, aby jednalo, jak právě chce, jestliže je třeba i odneseme na místo, kde si nepřeje být, je vše v pořádku: narazilo na větší sílu, než je samo a muselo se podrobit, ale nemuselo jednat proti své vůli. Jestliže však batole hrozbami a surovostmi přimějeme, aby šlo, kam nechce, a aby případně ještě poděkovalo, že tam smělo jít (kdysi se v takových situacích musela políbit ruka milostivé vrchnosti), vychováváme - Příhodovým výrazem - zárodek skety.“ (Říčan, 1989).

Rady rodičům od J. Dobsona (autor knihy Dětský vzor):

- 1) Určete přesné hranice dříve, než budete vyžadovat jejich dodržování.
- 2) Když jste dítětem vzpurně vyzváni na souboj, reagujte s důvěryhodnou rozhodností.
- 3) Rozlišujte úmyslnou neposlušnost a dětskou nezodpovědnost.
- 4) Po konfrontaci dítěte ujistěte o své lásce a vysvětlete jim svůj postoj.
- 5) Nepožadujte od dětí nemožnosti.
- 6) Nechte se vést láskou. (Dobson 1995)

Ačkoli se informace o zákonitosti dětského vzoru dostaly do širšího povědomí veřejnosti, mnohdy se rodiče obrací s žádostí o pomoc na svého pediatra. Často stačí poskytnout rodině informace o vývojové podmíněnosti tohoto jevu, podpoření rodičů a jednoduché informace o tom, jak projevy zvládat. V některých případech (např. výrazné přetrvávající vzdorovité projevy, úzkostní rodiče) je vhodné doporučit vyšetření u psychologa, který je zvyklý s rodinami v této situaci pracovat.

■ 3) Separční prožitky

Dítě i přes snahy o samostatnost nadále zůstává závislé na matce (i ostatních dospělých členech rodiny). Odloučení od vztahově důležité

osoby vyvolává prudké emoční reakce dětí. Robertson a Bowlby popsali separační reakce u dětí ve věku 18-24 měsíců. Tyto děti byly poprvé ve svém životě odloučeny od svých matek. Při pozorování reakcí dítěte na separaci od matky popsali 3 fáze:

- 1) fáze protestu: dítě křičí a volá matku, čeká na základě předchozích zkušeností, že přijde, pokud ji bude volat dost dlouho. Aktivně se pokouší zbavit cizího člověka, který s ním navazuje kontakt.
- 2) fáze zoufalství: dítě postupně přestává doufat, ztrácí naději, křičí stále méně a uzavírá se do sebe. Odmítá navázat kontakt s druhým člověkem, který se mu snaží pomoci, odmítá i hračky. Dítě bývá v této fázi obyčejně apatické, bez zájmu, pasivní.
- 3) fáze odpoutání od matky: dítě postupně potlačí své city k matce a je schopno navázat vztah k jinému dospělému, který nahrazuje mateřskou péči. Pokud taková osoba v dosahu není, dítě ztrácí zájem a upoutává se spíše na věci. Dochází k emoční deprivaci (in Langmaier, Krejčířová 1998).

Tyto fáze mohou u každého dítěte trvat různě dlouho (hodiny - dny - týdny) a nemusejí být takto zřetelně oddělené. Tyto reakce bychom měli chápat jako přirozené ve chvílích, kdy je dítě odpoutáno od matky. V minulosti byly tyto reakce u dětí považovány spíše za projev rozmazlenosti a hysterie, než jako přirozenou reakci nasvědčující tomu, že se dítě až dosud vyvíjelo dobře a vytvořilo kladný citový vztah k matce. Novější studie o separaci původní teorii doplnily. Tam, kde je dítě při separaci samo aktivní (samo se vzdaluje od matky na tak dlouho a tak daleko, jak samo uzná za vhodné), je jeho separační chování spojeno spíše se zvědavostí. Tam, kde je pasivní obětí situace, kterou nemůže ovlivnit, tam se projevuje úzkost a beznaděj; někdy se užívá pojmu separační úzkost.

Vysvětlování v těchto situacích nemá smysl, protože ujišťování slovy brzy, zítra nemají pro dítě význam, dosud je nechápe. Důležité je předcházet a bránit separaci dítěte od matky. Při hospitalizaci by měla být matka přijata s dítětem společně, nebo by alespoň měly být podporovány pravidelné a neomezené návštěvy. Informace o přirozených separačních reakcích by měl mít i ošetřující personál a vystupovat vůči dítěti s velkou mírou empatie a trpělivosti.

Velký význam v této situaci má hra - s její pomocí může dítě odvést pozornost a zároveň aktivně znovu prožít celou situaci. Dojde k emoční abreakci, uvolnění tenze, což má výrazně pozitivní

účinky. Je-li dítě již ve fázi symbolického myšlení, může pomocí hry situaci kontrolovat, stát se v ní aktivním účastníkem. To mu pomůže zvládnout ohrožující situaci, kterou rozumem nechápe.

Pokud je separace příliš dlouhá a dítě nemá možnost navázat nový vztah či ohrožující situaci odžít, potom je vystaveno emoční deprivaci, která ovlivňuje jeho chování ve smyslu opožďování psychomotorického vývoje či vývojového regresu. Emoční deprivace v raném věku bývá často vnímána jako precipitující faktor pro rozvoj duševních poruch, zejména disharmonického vývoje a emočních poruch.

■ 4) Socializace

Socializace batolete je podmíněna dosažením určitých kompetencí, které batoleti umožňují osvojit si komunikaci, základní normy chování a odlišovat různé sociální role včetně své vlastní. Dítě samo získává ve svém sociálním prostředí různé role související s jeho hodnocením, ale i s očekáváním a požadavky druhých lidí, s důrazem na význam schopností, které jsou důležité a zároveň jsou vyděleny ty schopnosti, které nejsou důležité. Tak odlišujeme roli chlapce a dívky, prvorozeného a posledního.

Na rozvoj socializace batolete má vliv jeho primární sociální skupina, tedy rodina. Reakce všech členů rodiny mohou již v batolecím období ovlivnit formy jednání dítěte. Matka jako primární pečovatel pomáhá u dítěte vytvořit pocit bazální důvěry a usnadňuje mu odpoutání z jejich vzájemného vztahu. Funkce otce je podružná pouze zdánlivě, je zdrojem aktivit a činností, podněcujících kognitivní vývoj i nezávislost. Hra otce je aktivnější, stimuluje tělesnou aktivitu. Přípravuje tak dítě na pozdější hru s vrstevníky. Naproti tomu matky preferují spíše klidnější hry a více podněcují verbalizaci. Starší sourozenci poskytují velkou příležitost pro nápodobu. Nápodoba je ovšem i mladších sourozenců, ve chvíli, kdy si dítě uvědomí, že je mladší sourozenec ve středu zájmu a začne napodobovat ty projevy, které poutají pozornost dospělých. Narození mladšího sourozence vyvolá téměř pravidelně reakci žárlivosti. V těchto situacích je vhodné batoleti věnovat přirozenou pozornost a umožnit mu zapojení do péče o sourozence.

Kolem 2. roku začínají děti navazovat vztahy k vrstevníkům - tyto vztahy jsou z počátku omezeny na krátké výměny pozornosti, tahanice o hračky, ale i první známky prosociálního chování (např. tíšeni plačícího dítěte). Ve 2 letech označujeme hru batolat jako paralelní. Hrají si spíše vedle sebe než společně, nejsou schopny při hře spolupracovat a rozvíjet ji stejným smě-



rem. Ve 3 letech se již začíná objevovat hra kooperativní, kdy se rozvíjí spolupráce obou dětí. Plná spolupráce se však objevuje až v následujícím stadiu vývoje. U 5-15% dětí se objevují větší adaptační obtíže, které jsou příčinou ukončení docházky do jeslí či jiného kolektivního zařízení.

Aby se dítě mohlo lépe orientovat ve vnějším světě, musí chápat základní pravidla chování ve společnosti. O sociálních normách získává informace na 2 úrovních:

- 1)** dítě přímo pozoruje chování lidí - pokud se situace opakují, dítě si může vytvořit představu jaká pravidla v této situaci platí. Pozorované chování pak napodobují, a tak své zkušenosti v daných podmínkách uplatňují (i neadekvátně - např. mytí špinavého medvídko po tom, co vidí, že matka omyje vše, co se ušpiní).
- 2)** dítě získává informace pomocí verbálního sdělení - naučí se jaká pravidla v okolí platí, ale i proč je dobré, aby tato pravidla platila. Normy chování jsou batoleti tlumočeny a rodič zároveň vysvětluje, proč danou činnost dělat či nedělat.

Pochopení existence základních sociálních norem a jejich přijetí se projevuje nejen adekvátním chováním, ale i snahou hodnotit chování své a chování jiných osob. Učení nápodobou a identifikace jsou významné prostředky socializace. Nápodoba jako opakování nějakého pozorovaného projevu je jednou ze základních forem učení, je projevem snahy přizpůsobit se světu, ve kterém dítě žije. Předpokládá se, že tato snaha je vrozená. Nezbytnou podmínkou je schopnost rozeznat podobnost, což vyžaduje určitou zkušenost s různými sociálními situacemi, a existenci představ, které by podobné porovnávání umožnily. Napodobivé chování se proto rozvíjí současně s nástupem symbolického myšlení. Dítě napodobuje takové chování, které se mu zalíbilo a které je schopné v rámci svých kompetencí imitovat. Nemusí jít ani o ucelený projev chování, nýbrž pouze o jeho část, vytrženou z celku.

Na vývojové úrovni batolete je situací, ve kterých je třeba se orientovat, mnoho. Proto bude nápodoba chování vhodné modelové osoby dostupným a častým řešením situace. Nápodoba je

zároveň projevem závislosti na okolí, tendence očekávat řešení od někoho jiného a přejímat je.

Specifickou variantou napodobování je identifikace. Identifikace je ztotožnění s někým, potřeba být jako on a chovat se stejně jako on. Ke konci tohoto vývojového období se dítě začíná identifikovat s rodiči - převažuje identifikace s rodičem stejného pohlaví. Napodobuje jeho chování, přejímá jeho postoje a hodnoty.

Uvádí se 2 důvody proč se dítě s dospělým identifikuje:

- 1) identifikace souvisí s potřebou neztratit vazbu s citově důležitou osobou. Je to obrana před ztrátou a nebezpečím, vyhýbá se tedy nejistotě.
- 2) identifikací s osobou, která má vysokou prestiž, dítě přejímá určité její charakteristiky, opět se tím vyhýbá nejistotě. Identifikační fáze následuje až po uvolnění ze symbiotické vazby s matkou.

Literatura u autorů

Servier - Bioparox



Fyziologický vývoj komunikace u batolete a možnosti jeho ovlivnění

PaedDr. Lenka Pospíšilová

ředitelka Centra komplexní péče DEMOSTHENES, Ústí nad Labem

Již z vývoje komunikace během prvního roku dítěte (viz Literatura, Pospíšilová 2005) je patrné, že vývoj v raném věku nelze chápat jako samostatný proces. Vyvíjí se **na morfolo- gickém podkladě v úzké souvislosti s vý- vojem sociálním, pohybu, kognice, vnímání a pocitů**, a to bez priorit, neboť dítě, které teprve sbírá zkušenosti z jednotlivých oblastí, zatím žádné priority mít nemůže. Řešit otázku, zdali pro něj je důležitější pohyb nebo vnímání, komunikace či kognice, je proto nesmyslné. Naopak potřebné je v propojenosti s ostatními vývojovými oblastmi méně či více stimulovat vývoj tehdy, pokud někde existuje problém. Určit, jestli vůbec a kdy začít s korekcí vývoje v prvním roce života, není vůbec jednoduchou záležitostí. Neurologové i vysokoškolsky vzdělaní fyzioterapeuti jsou např. vybaveni soustavou reflexů, foniatři zase použijí výsledky vyšetření evokovaných potenciálů (jejich diagnostický přínos vzhledem k možné časnosti jejich užití je zásadní), psychologové disponují starými i novými vývojovými škálami, podle kterých hodnotí psychomotorický vývoj malého dítěte (což může být až zavádějící, neboť jeden obor nemůže detailně obsáhnout vývoj všech oblastí, a tak se v době existence nových oborů jedná vlastně o přežitek). Nové obory jako např. klinická logopedie či vysokoškolská ergoterapie přicházejí s vlastní diagnostikou, jejíž pomocí ve spojení s tradičními disciplínami vnášejí zřetelnější pohled na stav vývoje. Jednotlivé obory se tak přirozeně prolínají podobně jako jsou propojeny jednotlivé vývojové oblasti u malého dítěte. Tento interdisciplinární přístup již ve fázi diagnostické se jistě v budoucnu bude stále více prosazovat.

Analyzujme nyní vývoj od konce 4. trimestru.

Na zdvojování slabik a na první porozumění formou motorické reakce na globální zvukový obraz slov („Jak jsi veliký?“) navazuje první verbální projev - tzv. **jednoslovné věty**. Řekne „máma“ a myslí tím např., aby přišla

k němu, aby mu dala napít atd. Můžeme rozlišit tři typy těchto vět o jednom slově: oznámení, otázku a žádost. Dítě v této době ještě stále žvatlá, má aktivní zásobu 3-6 slov a používá svůj dětský žargon. V 18. měsících se jeho aktivní slovník pohybuje okolo 20-30 slov.

Jak pomoci - a jestli vůbec je třeba - jeho dalšímu rozvoji slovníku? Rodiče většinou dělají vše intuitivně. Když se jejich dítě projeví jednoslovnou větou a rodič pochopí její význam, užije např. tzv. obrácenou imitaci (velmi důležitou z období vývoje 3. a 4. trimestru) - zopakuje po dítěti, a pak krátce odpoví k tématu: „Táta dá napít.“ Rodič také často pojmenovává věci v okolí batolete, na které ukazuje, dítě nenutí opakovat, ale umí projevit radost tehdy, když se slůvko podaří. Vhodné je přirozeně seznamovat dítě s různými druhy obklopujících zvuků.

K nápadnému nárůstu slovní zásoby dochází většinou kolem 21. měsíce, ve 2 letech užije asi 250 slov a doba nejprudší exploze končí s 36. měsícem (až 1000 slov). Jednotlivé studie (Krejčířová, Lechta) se v počtu slov příliš neshodují, je nutno je vnímat pouze orientačně a v kontextu. Na začátku exploze (tedy 21. měsíc) hovoříme o tzv. **prvním věku otázek** „Co je to?“ „Kdo je to?“, v této době pomalu přestává dětský žargon a začínají **dvojslovné věty** bez gramatické struktury, kdy vedle sebe hromadí podstatná jména, zčásti také slovesa a přídavná jména. Po 24. měsíci pozvolna startuje **gramatizace** (začíná skloňovat) a víceslovné věty. Pro strukturu vět je typické, že slovo, které má pro dítě emocionálně klíčový význam, klade na první místo. Také již **diferencuje distinktivní znaky některých fonémů** z hlediska znělosti a místa artikulace. Studie poslední doby však přinášejí překvapivá poznání o vysoké sluchové percepci fonetických segmentů po celý první rok vývoje se závěrem, že s nastupující intelektualizací řeči se tato citlivost naopak snižuje (viz Literatura in Pospíšilová 2005). Do dvou a půl až tří let **o sobě hovoří ve 3. osobě**, proto také zájmena přicházejí

později. **Chápe již komunikační poslání řeči** - „tady a teď“, upozorňuje na sebe, upřednostňuje verbální formu komunikace, uvědomuje si posluchače, ale ještě se mu nepřizpůsobuje; samo při **komunikačním neúspěchu začíná být frustrované**, neboť má aktivní zájem o interakci s druhými dětmi (a tuto frustraci bychom neměli podceňovat).

Doba **exploze aktivního slovníku** není u všech dětí stejná, vývoj komunikace je skutečně významně variabilní a individuální. Pokud se vývoj řeči zpožďuje, je pravdou, že statisticky významný počet dětí má vývoj pouze opožděný, tedy takový, který předpokládá, že dojde k jeho normalizaci bez jakékoliv intervence. Uvědomme si však, že právě **vývoj řeči často bývá symptomatickým ukazatelem řady vývojových poruch**, u kterých je včasnost jejich rozpoznání velmi významná, ne-li rozhodující pro budoucí kvalitu života. Je možno říci, že právě velká vzájemná odlišnost mezi dětmi v tomto období ztěžuje včasný záchyt vývojových poruch (např. vývojových dysfází, které systémově vedou ke specifickým poruchám učení). Řešením se jednoznačně jeví co nejdříve doporučit dítě k odborníkovi z klinické logopedie, a to i přes omezení zdravotních pojišťoven směrem k pediatrům. Skutečný specialista totiž nebude dítě „učit hlásky“, ale provede standardní diagnostiku (zásadní jsou anamnestická data) v kontextu s celkovým stavem vývoje a posoudí, zdali na určení diagnózy, která může mít často svoji dynamiku v čase, stačí sám, anebo je třeba dalších kolegů z jiných oborů (v první řadě je třeba mít jistotu ve stavu sluchu a rozumových schopností - k oběma oblastem je schopna se klinická logopedie vyjádřit orientačně). Sám se rozhodne, zdali si dítě pozvat na kontrolu za čtvrt či za půl roku anebo dříve, a podá konkrétní instrukce ke stimulaci vývoje rodičům. Jeho zpráva se pak stane nápomocnou dětskému lékaři k objektivizaci stavu vývoje.

Jak pomoci mezi 18. a 24. měsícem fyziologickému vývoji jako rodiče? Např. začít



předkládat dítěti přídavná jména - „hodný“, „ošklivý“ „hodný méďa“ apod., dospělý by měl také více než dříve užívat příslovce, stejně tak by měl zcela nenásilně stimulovat percepci předložkovým vazbám („na stole“, „pod stolem“), neboť je pravidlem, že dítě slovu porozumí daleko dříve než jej užije. Samozřejmostí je trpělivost při odpovídání na otázky, stále také v tomto vývojovém období není zanedbatelná ani řečová prozódie dospělých (melodie, tempo i barva hlasu) v souvislosti s emočním podtextem.

Do tří let dítě pojmenuje nejběžnější předměty denní potřeby, zvládá některé časové pojmy (den a noc) a některé protiklady (malý a velký), zná své jméno. Kolem třetího roku a později je v oblasti transferu gramatických jevů jazyka natolik přesný, že neakceptuje výjimky (k babičce - k dědečce) - jedná se o tzv. **fyzilogický dysgramatismus** (pokud dysgramatismus nápadně přetrvává po čtvrtém roce, bývá znakem narušeného vývoje). Nastupuje rovněž tzv. **stádium logických pojmů**, což je počátek přechodu na druhosignální úroveň. Toto asi nejnáročnější období v rozvoji řeči provázají **vývojové obtíže**, např. vývojová dysfluence (iterace, zadrnutí). Normálním jevem je v tomto období rovněž nesprávná - nikoliv patologická - výslovnost řady fonémů - tzv. **fyzilogická dyslalie**, která je pro odborníka na řeč systematizovaná, proto pouze on (a opět v kontextu s celkovým vývojem) může posoudit, co je ještě norma, co hraniční - tedy riziko - a co je už symptomem narušeného vývoje. Začíná také tzv. **druhý věk otázek „Proč?“**. Zapamatuje si krátkou básničku a ve stále se prodlužujících větách je z pohledu syntaktické řečové roviny možno sledovat vývoj souvětí - nejdříve souřadná v poměru slučovacím, později podřadná.

V tomto věku mu již pomáhá **společenský styk s jinými dětmi**, kde se z několika důvodů (např. nastavení sluchové percepcie na podobný rozsah kmitů v Hz dětského hlasu, samotná socializace s vrstevníky apod.) jazykové schopnosti vyvíjejí snadněji než s dospělými, také proto je již doporučován dětský kolektiv (vhodná jsou rytmická říkadla a zpěv s pohybem). Stále však není nic podstatnějšího než milující osoba, vyprávějící či čtoucí vhodné příběhy a učící ho novým pojmům. Neméně důležitá je také tzv. **komunikační strategie**: dítěti nechat pocítit dialog (třeba i s obsahem čistě hlasovým, ale tak, aby bylo zřejmé, že se účastníci dialogu střídají)

a poskytnout mu tak dostatečný časový prostor (umění vyčkat na odpověď).

Vezmeme-li v úvahu **dialektickou vazbu mezi myšlením a řečí** (díky výzkumům v oblasti psychologie zvířat je prokázáno, že myšlení a řeč mají geneticky odlišné kořeny - u antropoidních opic není mezi těmito procesy spojitost), je právě toto období rozhodující. **Dorozumívání předpokládá zobecnění a zobecnění vzniká při rozvoji sdělování**. Během vývoje se oba procesy vzájemně protínají, a tedy zásadně vzájemně obohacují. **Řeč na konci tohoto období a v době přechodu do období předškolního znásobuje rozsah a rychlost myšlení, proto také není jakákoliv bagatelizace opoždění ve vývoji na místě**. Na druhé straně neodborná stimulace či dokonce korekce řečového vývoje je nejen zbytečná, ale přímo škodlivá.

Fyzilogickému vývoji komunikace na konci batolecího období můžeme napomoci spíše zjevným neopravováním či případně šetrnou korekcí toho, co dítě právě řeklo, aniž by si této korekce povšimlo, či mu dokonce narušila tok řeči. Důležité je jednoduše odpovídat na jeho otázky či naznačit, že se dítěti naslouchá. Možno dítě zapojit do projednávání jednoduchého problému nejlépe s několika alternativami a probírat s ním každý krok řešení. Takto je možno pomalu a přiměřeně zpřístupňovat příčiny jevů, pokud začíná pátrat po jejich kauzalitě.

Pro pochopení vývoje komunikace je též zásadní analyzovat **vazbu mezi motorikou a řečí**. Je evidentní, že se verbalita rozvíjí s vývojem samostatné chůze a také s rozvojem úchopu ruky. Vývoj jemné motoriky rukou zpočátku zaostává za vývojem řečové motoriky (přirozeným tréninkem motoriky mluvidel je přijímání potravy), brzy s ním však po dlouhou dobu vývoje koreluje. Přemýšlet lze také o názoru, že řeč zpětně působí na vývoj motoriky prostřednictvím chápání instrukcí - verbálně kognitivního plánování, kontroly pohybových vzorců. Proto je také fyzioterapie v nejranějším období zásadní terapií nejen pro samotný vývoj pohybu, ale také pro vývoj komunikace a jak bylo vysvětleno i kognice, tedy, pokud rodiče, praktičtí pediatři, neurologové, fyzioterapeuti a další zaznamenávají určité odchylky od normy (např. DMO). Moderním trendem je, že tyto obory se již v průběhu raného věku dělí o své názory s jinými (ergoterapie, klinická psychologie a klinická logopedie, raná péče) již ve fázi diagnostické a společně nacházejí řešení.

Závěrem je třeba si říci, že **hlavním kritériem vývoje řeči je morfologicko-syntaktická rovina** (na rozdíl třeba od foneticko-fonologické roviny, ve které např. lehce mentálně retardované dítě může v určitém věku dosahovat i větších úspěchů ve vývoji řeči nežli intaktní dítě). V této rovině se rozlišuje **porozumění gramatickým strukturám a schopnost uplatnit gramatická pravidla v řečové expresi**. Často se hodnotí klinicky a je možné ji zčásti vyšetřovat již ve třech letech. Je pochopitelné, že velkou úlohu zde hraje kognitivní zralost. Tato řečová rovina poměrně přesně odráží úroveň duševního vývoje (např. převládání podstatných jmen nad slovesy po 3. roce je příznakem omezeného řečového vývoje - tedy patologie, anebo poměr sloves a přídavných jmen koreluje s emocionální stabilitou dítěte) tehdy, pokud je hodnocena v kontextu s ostatními řečovými rovinami a dalšími oblastmi vývoje společně s nezbytnou osobní i rodinnou anamnézou. ■

Literatura u autorů

Desetina populace má chronické onemocnění ledvin

Desetina dospělé populace má chronické onemocnění ledvin, které se dříve nebo později výrazně podepíše na zdraví pacienta. Mezi seniory nad 70 let má s ledvinami problémy každý čtvrtý. Všeobecně se ale nemoci ledvin podceňují.

„Možná je to i tím, že pacient dlouho žádné příznaky onemocnění nemá,“ řekl Právu profesor Vladimír Tesař, přednosta nefrologické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Varovným signálem je únava, dušnost, nechutenství, ale i změna barvy moči.

„Přitom jednoduchým vyšetřením moči a samozřejmě i krve lze zjistit a vypočítat filtrační funkci ledvin,“ dodal děkan první lékařské fakulty profesor Tomáš Zima.

Poškození ledvin hrozí hlavně lidem s vysokým krevním tlakem, cukrovkou a kuřákům. Riziko zvyšuje i dlouhodobé užívání analgetik, tedy léků proti bolesti. Profesor Tesař varoval i před neznámými bylinnými čaji z exotických zemí, kde není stanoveno jejich složení.

Prevencí je dostatek tekutin, tedy vypít denně dva až tři litry vody a pravidelné prohlídky u praktického lékaře, který by měl provádět vyšetření krve i moči.



Vývoj pohybu a možnosti jeho ovlivnění - hrubá motorika

Mgr. Jana Tesnerová

Centrum komplexní péče DEMOSTHENES, Ústí nad Labem

V batolecím období se ještě více zvyrazňují individuální rozdíly ve vývoji dítěte. Proto není podstatné, jestli dítě začíná chodit v 11. nebo 13. měsíci, ale je důležité v jakém sledu jednotlivé aktivity přicházejí a jakým způsobem je dítě provádí. Z tohoto důvodu je pro ucelené sdělení potřeba věnovat se též aktivitám, které obvykle přicházejí již v kojeneckém období.

■ Rozdíl mezi kvadrupedálním stojem (cca 10. měsíc) a samostatným stojem (cca 11. měsíc)

Při kvadrupedálním stoji plní horní končetiny opěrnou funkci stejně jako dolní končetiny. Pokud jedna horní končetina tuto funkci přestane plnit, dítě se vrací do nižší polohy. Kvadrupedální stoj je s větším zatížením přední části nohy, tzn. že těžiště těla je posunuté vpřed. Další vyzrávání nervové soustavy umožňuje uvolnit jednu ruku k fázické (především úchopové) činnosti. Dítě začíná v prostoru samostatně stát o široké bázi bez opory a na plných chodidlech. V ideálním vývoji se objeví samostatný stoj dříve než první kroky dítěte. Objevení se prvních krůčků dítěte má často příčinu v přílišné vnější motivaci.

■ První krůčky (cca 12. měsíc) kontra samostatná sociální bipedální lokomoce (cca 15. měsíc)

Po dosažení vertikalizace začíná batole obcházet kolem opory (nejčastěji nábytku) úkroky s držením za obě ruce, tzv. kvadrupedální lokomoce ve vertikále stranou. Po získání dostatečné stability ve frontální rovině, zkouší chodit přímo s držením za jednu ruku (cca 11.-13. měsíc), tzv. tripedální lokomoce. Poté se objevují první samostatné kroky (cca 12.-15. měsíc). Jedná se o tzv. primitivní nezralou chůzi, kdy horní končetiny mají balanční funkci, jsou v abdukci a ve flexi, pánev je v ose těla, nedochází ke švihů dolní končetiny při nakročení, pouze k flexi v kyčelním a kolenním kloubu, špičky chodidel leh-

ce směřují k sobě a dítě našlapuje na plná chodidla. Při chůzi nejsou souhyby horních končetin. Kroky jsou krátké, kratší než je délka chodidla, proto se tato chůze jeví batolově. Chůze není stabilní, časté jsou pády. Při otočení o 180 stupňů udělá tři a více kroků. Za samostatnou chůzi nepovažujeme první kroky dítěte, které vykonává pro radost rodičů. Nejzazší termín pro zvládnutí samostatné bipedální lokomoce je 18. měsíc. Lokomoce se souhybem horních končetin se objevuje až po 15. měsíci.

■ Ostatní dovednosti mezi prvním a druhým rokem

Během druhého roku života zvládne dítě dřep na plných chodidlech s těžištěm na patách a zevním okraji nohy. Pokud dřep nezvládne nebo ho provede na špičkách, jedná se o patologický nále. Abnormální jsou i nálezy extrémní hyperlordózy bederní ve stoji a kyfózy zad v sedu, tyto nálezy pak vyžadují rehabilitaci.

■ Vývoj mezi druhým a třetím rokem

S postupným zlepšováním stability dítě zvládá nejprve chůzi do schodů, poté ze schodů, zpočátku pouze s přidřením a bez střídání dolních končetin. Pravidelně střídá dolní končetiny až kolem 3. roku - obdobně to jde i ze schodů. Výrazně se vylepšují jednotlivé koordinační aktivity, jejichž hodnocení začíná být složité, protože se v nich začínají čím dál víc odrážet individuální rozdíly. Jednou z vrozených vlastností je též tzv. motor learning - schopnost pohybového učení, která ale nemusí automaticky souviset s kvalitním provedením pohybu, tzn. že tzv. pohybově šikovné dítě nemusí mít správné držení těla.

■ Třetí rok

Ve třech letech zvládá dítě stát na jedné dolní končetině 3 sekundy. Provedení musí být ze stabilního stoje v prostoru. Samostat-

ný stoj musí být již s plně sklopenou pánví do dorziflexe a na akrech dolních končetin je dokončena klenba nožní. Objevuje se letová fáze kroku, tedy dítě je schopno běžet. Určení ovládnutí letové fáze může pomoci k včasné diagnostice mentální retardace a k racionální pohybové terapii. Za retardaci pokládáme všechny stavy, kdy dítě neovládně letovou fázi do 38 měsíce nebo výšky 100 centimetrů.

■ Jaké jsou možnosti ovlivnění kvality i kvantity pohybu

Obecná východiska

Pokud dosavadní pohybový vývoj dítěte dosahoval fyziologických mezníků je možné předpovídat i následný fyziologický vývoj. V dnešní urychlené době je potřeba rodičům zdůraznit význam nejen dosažení určité pohybové dovednosti ale i vhodnost upřednostňování konkrétní dovednosti po určitou dobu. Např. je rozdíl pokud dítě leze 14 dní a poté již upřednostňuje chůzi (v chodítku, mezi nábytkem, s dopomocí dospělého) či pokud upřednostňuje lezení dva či tři měsíce.

Konkrétní aktivity

U vertikalizujících se dětí kvůli nerovnoměrnému zatížení chodidel cíleně nepodporujeme kvadrupedální stoj. Nedoporučujeme chodítka či hopsátka. V chodítku či hopsátku umožňujeme dítěti zvládnout vyšší polohu, než by ovládlo samo. Dítě tak zapojuje jiné svaly a pracuje v jiných svalových koordinacích, než by pracovalo při samostatné vertikalizaci a lokomoci. Tyto svalové koordinace se fixují v podvědomí a vytváří základ pro následné pohybové činnosti. Svaly se přetěžují a podporují vznik vadného držení těla a následných obtíží (včetně strukturálních odlišností). Též není vhodné dávat obuv předčasně hned z několika důvodů. Bylo zjištěno, že děti, které nosily obuv předčasně (myšleno bačkory v domácím prostředí), trpěly častěji rýmou a nachlazením. Noha původně slouží k úchopu terénu. Pokud tento kontakt s pod-

Beiersdorf - Nivea Baby



ložkou chybí, dochází k útlumu exterocepce, na to nasedá útlum propiocepce a organismus přichází o důležité informace zpětné vazby. Obuv poskytuje noze pasivní zpevnění, při kterém nejsou nuceny pracovat svaly, ale je umožněna častější vertikalizace na nekvalitním podkladě, a tím je podpořena fixace nekvalitních pohybových vzorů nejenom v oblasti nohy ale i celého těla. Správná obuv pro zdravou nohu nemá mít zpevněný kotník (pohyb v hlezenním kloubu je fyziologický) a ani podporu klenby nožní (dítě má místo klenby tukový polštář).

Pokud dítě projevuje zájem o lokomoci není vhodné ho hned vodit za ruce vpřed. Je důležité nechat ho dostatečně dlouho projít obdobím kvadrupedální lokomoce stranou, která je důležitá pro aktivaci bočních stabilizátorů pánve. Rychlost přechodu od kvadrupedální lokomoce stranou k chůzi vpřed ať s oporou či bez závisí např. též na rozmístění nábytku a tedy opory v místnosti, kde dítě tráví většinu času. Pokud se rozhodneme dítě vodit za horní končetiny, je lepší nezvedat je vysoko nad tělo, protože se tím mění poloha těžiště, která pak dítě nutí k chůzi po špičkách a podporuje výraznější antevertzi pánve.

Obecně se doporučuje nepřetěžovat dlouhodobou stereotypní činností. Pokud chceme s dítětem někam dojít, nenutíme ho k delší chůzi, ale umožníme mu odpočinek v kočárku. Též je vhodné umožnit v kočárku změnu polohy (např. u menších dětí vozit v poloze na břiše u větších v kleku). Prostor pro ideální pohybovou aktivitu poskytují prolézačky, kde lze dítě ponechat spontánní pohybové aktivitě a které nabízejí rozmanité množství stimulů.

V batolecím období je vhodné podporovat koordinační aktivity, psychomotorické hry, zapojení do kolektivu, dát prostor pro spontánní pohybovou aktivitu - dítě samo nejlépe ví, kdy je unavené. Podstatná je otázka oblečení, které nesmí omezovat pohyb ve směru ani rozsahu.

Pohybová aktivita je důležitá, neboť vytváří poměrně velké množství životně důležitých pohybových vazeb. Batole vyžaduje vysokou pohybovou aktivitu ve všech úrovních, volí její typy i intenzitu a často ji střídá. Spontánní aktivitu musíme propojovat se řízenou (učení pohybů), jejíž efekt je v tomto období spíše psychologický, nelze v tomto období mluvit o tréninku. Je dobré využívat napodobovací schopnost dítěte. Mimo obecně výchovného efektu můžeme prokázat i roli fyzické a psychické zátěže - např. při prolézání pytle se zvyšuje tepová frekvence z důvodu strachu. Podle výzkumů batole tráví 70 - 80% času v dynamické pohybové aktivitě. Už v tomto věku dochází k diferenciaci podle potřeb na hypo, hyper a normomobilní. Je třeba respektovat skutečnost, že batole používá pohybu k realizaci myšlenkových pochodů. Tím plní pohyb funkci přímého stimulatoru i indikátoru myšlení. To znamená, že napomáhá rozvoji myšlení a myšlení naopak v tomto věku vyúsťuje do konkrétních pohybových aktivit. Již v batolecím období můžeme dle pohybu usuzovat na stanovení některých diagnóz, hlavně mentální retardace, která se projevuje pohybovou chudostí. Batole má velkou pohybovou potřebu, jejímž smyslem je pohybová stimulace organismu i orgánů.

Pohybové činnosti batole by měly mít určitou hierarchii:

1. obratnostní cviky s harmonickou stimulací a s omezením jednostranné zátěže či systémové preference,
2. využívání rychlostních pohybových aktivit založených na izotonických svalových kontrakcích,
3. dynamická síla je průvodní činností.

V procesu výchovy by měly být vždy všechny tři složky pohybových činností. Ale do 10 let věku by měla být v ideálním případě všeobecná průprava ve 100% činností.

Jedna injekce zničí nádor

Čeští vědci vyvinuli nový lék: stačila injekce a u psů zmizely do šesti dnů nádory v břiše a v krku.

Čeští vědci přišli s lékem proti rakovině, který má neuvěřitelné výsledky.

Stačila jedna injekce jejich preparátu GS9219 a u pokusných psů po šesti dnech zmizely zhoubné nádory na krku či v břiše.

Americká firma Gilead Sciences nyní začíná látku vyvinutou v pražském Ústavu organické chemie a biochemie testovat na několika tisících pacientů v USA.

Cílem je zjistit vedlejší účinky léku, který by se mohl začít prodávat zhruba do šesti let.

Na vývoji mimořádně účinné látky proti rakovině lymfatických uzlin spolupracovaly tři české týmy. Vedli je Antonín Holý a Ivan Votruba z Ústavu organické chemie a biochemie a Berta Otová z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Holého tým už získal světové uznání za léky na virové nemoci a AIDS.

Nový lék je ojedinělý v tom, že působí pouze na buňky zasažené rakovinou a neničí zdravou tkáň. Léčba pak není tak drastická jako třeba chemoterapie, která zničí celý imunitní systém.

Zbývá vyloučit tajenku.

proč je lék tak účinný

„Proč naše látka působí jen na nemocné buňky a zdravé nechává na pokoji, bohužel zatím nevíme,“ říká ředitel Ústavu organické chemie Zdeněk Havlas. Až vědci rozluští tuto tajenku, dokáží prý říci: Umíme léčit rakovinu. Rozpoznají totiž, jaké typy léků mohou proniknout do různých variant nádorů.

„Teprve potom budeme moci hovořit o skutečném průlomu v léčbě rakoviny,“ doufá Havlas.

Látku GS9219 představila americká firma Gilead na konferenci Americké společnosti pro výzkum rakoviny. Až do včerejška podléhaly informace embargo. „Gilead se na výzkumu podílí, proto mohu o objevu hovořit až dnes,“ vysvětlil Havlas. „Je to něco zcela mimořádného a neváhám říct, že i úžasného,“ uznává ředitelka Mikrobiologického ústavu Blanka Říhová, jejíž vědecké týmy testují rovněž některé nadějně látky proti rakovině. Zatím je jisté, že nový preparát působí na rakovinu lymfatických uzlin, která tvoří čtvrtinu nádorových onemocnění. Léčba působí na nádory v břiše, v hrudníku, brzlíku či slezině.



Vývoj jemné motoriky z pohledu ergoterapeuta

Jitka Tintěrová

Centrum komplexní péče DEMOSTHENES, Ústí nad Labem

Dělení jemné motoriky vychází ze známých standardizovaných škál psychomotorického vývoje, jen je více zaměřené na neurologické aspekty v oblasti motoriky rukou, které jsou pro ergodiagnostickém vyšetření důležité: kooperace rukou, diferenciací činností rukou, lateralita, grafomotorické dovednosti, diferenciované činnosti prstů (izolované použití ukazováčku, pinzetový, špetkový úchop, schopnost anticipace tvaru předmětu, adekvátní používání síly při úchopech, kvality výkonu). Zvládnutí těchto věcí v průběhu batolecího období je důležité pro další celkový vývoj dítěte.

1) Obranná: má záměr. Záleží na vytvoření představy, na paměti a realizaci představy. Důležitá je zde motivace. Řízení je z kortexu, informace na periférii jsou vedeny pyramidovou dráhou k motorické buňce (alfa motoneuronu) - jedná se o dvouneuronovou dráhu, která je velmi rychlá a přesná. Výkonným orgánem ideokinetické činnosti je systém akrálních svalů, především horních končetin. Používání této motoriky je asymetrické (jedna končetina je dominantní). Důležitá je zpětná vazba (proprioceptory - hmat, zrak).

2) Sdělovací: zaměřená především na komunikaci s okolím. Pohyby jsou pomalejší, přesné a jemné. Řízení je prováděno mozkovými motorickými nervy, které ovládají motoriku očí, mluvidel, obličej. Používání této motoriky je symetrické.

■ Rozdělení hybného vývoje po narození

Holokinetická fáze (od 5. dne - 2. měsíce): na horních končetinách se objevují pyramidové flekční jevy, ty jsou důležité z hlediska vývojové perspektivy (jedná se o prosté sevření dlaně v pěst, při vložení předmětu do ruky).

Monokinetická fáze (2. - 5. měsíc postnatálního života): jednotlivě pohybuje končetinami, pohyby ještě nemají směr, nejsou přesně ovládnuty. Důležité, že taktální informace, které do té doby dítě získávalo hlavně ústy, jsou získávány i z jiných míst kůže.

Dromokinetická fáze (5. - 12. měsíc): důležité pro vývoj samotné praxe. Od 5. měsíce se jedná o stádium kinetické - vývoj stereotypních pohybů hrubé motoriky. Od 9.-10. měsíce se jedná o stádium kineticko - ideatorní - zahrnuje dokončení zrání hrubé motoriky a počátek jemné mo-

toriky (hybná reakce na slovní podnět). Dítě v průběhu tohoto období začíná vědomě sahat po předmětech, i když často mine cíl. Kvalita samotného úchopu se vylepšuje. Úchop je veden ze semisupinačního postavení horních končetin, palec již není v arche postavení, předměty lze uchopit mezi palec a ukazovák - radiální dlaňový úchop (Gesell). V 8. měsíci se objevuje nůžkový a radiální prstový úchop. V 9. měsíci spodní klíšťový úchop. V 11. měsíci vrchní klíšťový úchop.

Kratikinetická fáze (15. - 16. měsíc): nastává plynulý vývoj motorický i intelektuální. Kvalita hrubé a jemné motoriky na horních končetinách a motoriky celého těla jsou prostředkem k uspokojení potřeb dítěte (oblast ADL, orientace v prostoru, vnímání tělesného schématu).

■ Vývoj praxe

Praxe je schopnost a zručnost vykonávat naučené, tzn. účelně a cílevědomě vykonávat složitější pohyby a výkony v běžném denním životě. Jedná se období, kdy dítě dospělo do období asymetrických pohybů, kdy se kvalitativně mění úchop z nepodmíněného v podmíněný volní úchop. Kdy dítě sahá po předmětech (stále tápavě) - začíná se budovat schopnost praxe (5. - 12. měsíc). V tomto vývoji dítě provádí věci ve smyslu pokus - omyl. Začínají se vytvářet podmíněné reflexní reakce a hybné stereotypy. Vytváří se spojení mezi proprioceptivním hybným analyzátozem (kinetickým) v parietálním laloku dominantní hemisféry a lokomotorických v laloku frontálním. Vzniká spolupráce s prvosignální soustavou, systémem extrapyramidovým, vestibulárním a mozečkovým. Pohyb je sledován zrakem dítěte a je korigován zrakovým analyzátozem. Vytváří se tak podmíněné reflexní spoje mezi optickým analyzátozem v okcipitálním laloku a analyzátozem motorickým. Procvičováním, zkušenostmi se zpřesňuje pohyb a dovednost dítěte - dítě se dostává do období kranikinetického (15.- 16. měsíc). Pohyby tak mají směr a jsou správně ovládnuty. Jedná se o dobu soustavného stoje. Současně se zpracováním hybných stereotypů se vytváří vazba mezi slovem a pohybem. Dítě na pokyn (zpočátku po ukázce) provádí požadovaný pohyb (9.-10. měsíc). Jedná se o naučenou nikoli cílenou reakci. Volní hybnost, vývoj jemné motoriky a praxe nastupuje, když je dítě schopné abstrahovat, generalizovat a chápat

pojmy. Pohyb má tak plán (kolem 24. měsíce). O praxi v pravém slova smyslu je možné hovořit, když je dítě schopné základních úkonů - samostatně se najíst, obléci se atd. Schopnost praxe se postupně zdokonaluje s nabýváním zkušeností a s rozvojem analyticko - syntetické činnosti mozku.

Dělení praxe na 2 složky:

1. kinetická (provedení pohybu): při poruše se dítě vyznačuje nešikovností, neobratností,
2. ideatorní (vytvoření plánu pohybu): při poruše se dítě chová bezradně (obtíže v oblasti ADL - neví na jakou část těla patří konkrétní část oděvu).

Pro obratnost dítěte je nezbytné mít obě složky v souladu.

■ Schématický vývoj praxe

- Přípravné stádium kinetické: vývoj stereotypních pohybů (od 5. měsíce).
- Přípravné stádium kineticko - ideatorní: dokončení vývoje hrubé motoriky, počátek jemné motoriky - hybná reakce na slovní podnět (od 9.-10. měsíce).
- Počáteční stádium praxe: rozvoj jemné motoriky - vědomá hybná reakce na slovní podnět (od 18. měsíce).
- Dokončení vývoje praxe: nástup plné funkce mozečku (kolem 6. roku).

■ Vývoj jemné motoriky v batolecím věku

- výrazný mezník ve vývoji dítěte, dochází k vývoji osobnosti
- osamostatnění, autonomie, první forma emancipace
- vědomí vlastních motorických dovedností
- zpřesňování tělesného schématu
- schopnost uspokojování osobních potřeb
- přechod z dromokinetického fáze do kratikinetické fáze tzv.: od fáze vývoje, kde pohyby dítěte měly směr, ale ještě nebyly správně ovládnuty, kde dítě vědomě sahalo po předmětech, ale ještě často minulo cíl. Přes fázi, kdy úchopy byly vedeny ze semisupinačního postavení ruky, do období radiálního úchopu - od začátku správného uchopování - k začátku praxických dovedností (jemné motoriky, koordinovanějších, ladnějších pohybů, které ale zůstávají v batolecím věku stále ještě méně obratné).



■ Důležitost hry

- Hry a jiné činnosti, při kterých používáme ruce, jsou přirozenou aktivitou dítěte, která se dá přirovnat k činnostem dospělého.
- Jde o psychomotorické hodnocení, na rozdíl od lokomoce, která je více automatizována.
- Vývoj ruky ve spojitosti s hrou nás informuje o zralosti případně poruše pyramidové dráhy příslušné strany.
- Věk prvních her je charakterizován významnými změnami:
 1. v první řadě jde o motorickou změnu
 2. další významnou změnou je schopnost komunikace
 3. uvědomění si sama sebe jako samostatné bytosti.
- Motorické hry přispívají k výcviku koordinace svalových pohybů a napomáhají k odstranění prostorové nejistoty (míče, odstrkovadla, tahací hračky, vozíčky, houpačky).
- Manipulační hry procvičují jemnou motoriku, zpevňují držení tužky, zlepšují koordinaci obou rukou (vkládací kostky, mističky, puzzle s velkými díly malého počtu, kostky).
- Intelektové (námetové) v sobě odrážejí prostředí a vztahy, ve kterých dítě vyrůstá. Důležitější však je odraz dětských představ do těchto her. Vyhledávají hry, hračky, které napodobují svět dospělých. Velký význam těchto her je především v podpoře rozvoje řeči.

■ Rozvoj motoriky v jednotlivých měsících

12. měsíc

- Nedochází ještě ke zkříženému souhybu na HKK, ale končetiny jsou mírně abdukovány a semiflektovány v loktech a pomáhají vyrovnávat rovnováhu při chůzi, které vážně rotační složka.
- opakuje izolované pohyby, které vidí ve svém okolí, složitějším pohybům se bude teprve učit
- ke konci měsíce se naučí předměty pokládat, stavět, vyprazdňovat duté předměty, zasouvat, uzavírat
- používá izolovaně ukazováček
- používá pinzetový úchop (otáčí stránkami v knize, sebere hrozinku)
- anticipace tvaru předmětu: nepřesná (nesprávně uchopuje předměty, občas vypadnou z rukou, tužkou atd.)
- předměty vloží po dotyku okraje nádoby
- síla: neuchopuje dávkovanou sílou
- kooperativní činnost rukou: není upevněn rozvíjí se - dokáže pracovat jednou, tak druhou rukou
- předání předmětu z jedné do druhé

- grafomotorika: seznamuje se s pastelkou, neumí vždy správně uchopit
- naučí se používat nástroje složitějším způsobem
- první projevy fyziologické dominance
- ADL (spojeno s rozvojem orientace): nastavuje některé části těla při oblékání
- snaha o samostatné krmení rukama, lžící, pokusy pít z hrnečku

13. měsíc

- zpřesnění pohybů
- spolehlivě pustí kostku do kbelíku, bez doteku zápěstí o okraj
- postaví 2-3 kostky na sebe, navleče kroužky na tyčku (5 cm velké)

15. měsíc

- první náznaky snahy o správný špetkový úchop
- uchopí lépe kolíček, hrozinku, kuličku a umí umístit do láhve
- vezme desetihaléř pravou i levou rukou
- vloží 3-5 kostek do nádoby, vyndá až na jednu a hru opakuje, tluče předměty o sebe
- grafomotorika: kresba znaků, čáry jen jedním směrem, úchop digitopalmární v pěst s radiálním natočením k papíru
- překročení středové čáry: při nabídnutí druhé hračky si první předá do druhé, aby si nabízený předmět mohl vzít. Pokud má v obou rukou hračku, jednu z hraček odloží, aby si mohl nabízený předmět vzít. Dokáže to provádět se 2-3 předměty najednou

- jemná motorika: rozbálí bonbóny, rozvazuje tkaničky

- ADL: díky zlepšení koordinace pohybu se dokáže čistěji najíst lžičkou, někdy zacházet s vidličkou, napít se z hrnečku, učesat hřebemem

16. měsíc

- diferenciovaná akce rukou (jedna ruka je preferovanější)
- bimanuální práce (podrží si ujíždějící předmět)
- rozšroubuje víčko (průměr 5 cm)
- grafomotorika: kresba celou paží, úchop do pěsti s ulnárním postavením, obrazce nejsou projevem viděného, spíše přináší uspokojivý pocit z pohybu

18. měsíc

- správná anticipace předmětu (správné uchopení ze semiflexe a mírné abdukce prstů a nikoli z extenze a addukce prstů), imitace pohybů, počáteční stádium praxe - jemné motoriky, volní hybná reakce na slovní podnět (nikoli naučená)
- grafomotorika: počátky kreslení, koordinovanější neuzavřeného kruhu, intenzivně čará po papíře, dělá tečky, napodobuje tahy tužkou, úchop nefixovaný do pěsti, občas se pokouší

chybně uchopit prsty

- postaví komín ze tří kostek - napodobí pohyb a zvuk
- vloží do nádoby 10 kostek, 6-8 vyndá a opakuje celou akci znovu
- postaví 2-3 kostky na sebe
- síla: lépe si poradí při rozbalování měkkého sýra
- taxe: zacílí na malý knoflík, šroubek, knoflík
- obrací stránky v knize po jedné
- taktálně kinetické vnímání: chytá se za bolestivá místa, ukazuje na části těla

24. měsíc

- výrazně zlepšeny pronosupinace, kooperace, diferenciované činnosti prstů ruky
- hra: složí do nádoby všechny kostky a nádobu poté podá matce, postaví věž ze 6-7 kostek do svislé nebo vodorovné řady (bez exkurzí), přidá 2-3 kostky k předloze, obrací jednotlivé stránky v knize, hra s modelínou, hra se stavebníci (rozpojování, stavění), navlékne korálky o průměru 2,5 cm
- manipulace s předměty se zdokonaluje (přízpůsobení struktury a funkce předmětu)
- může být zřejmá preference jedné ruky
- grafomotorika: někdy se podaří nakreslit písmeno V, uzavřený kruh, lépe pracuje s plochou (dodržování krajů), kresba vertikální čáry
- vezme za kliku, umyje si ruce, rozšroubuje víčko
- ADL: snaha dát boty na nohy, ponožky nesvede, jí samostatně vidličkou, lžící (čistě), pije z hrnečku, dokáže si nalít vodu do nádoby, pokouší se rozepnout knoflíky (větší), zip na dostupném místě, používá nočník, někdy záchod, samostatně se svleče, při jídle používá obratněji větší lžici (přechod od digitopalmárního úchopu ke správnému držení)
- je schopný splnit 4 slovní pokyny
- 2,5 - 3 roky
- vývoj somatognozie (uvědomění si vlastního těla - souvisí s rozvojem senzitivního a senzorního vnímání) - pojmenuje své tělo, tvář
- rozliší teplé a studené
- staví věž z 6 - 8 kostek (důležité je zpřesnění taxe, rychlosti)
- zasunuje tyč do roury
- listuje stránkami v knize (precizní úchop)
- grafomotorika: pohyby při kresbě jsou koordinovanější, jemnější, začíná intenzivní čarání, tužku drží v prstech, přechod od hranatých tvarů ke kulatým, od otevřených k uzavřeným, nakreslí horizontální čáru
- dokáže složit papír
- přelévá z pohárku do pohárku
- hodí míč nad hlavou

Literatura u autorky

Výskyt poruch řeči u rizikových dětí

doc. MUDr. Olga Dlouhá, CSc.

Foniatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

■ Úvod

Na foniatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze preventivně vyšetřujeme děti s riziky pre-, peri- a postnatálními: jedná se u nich o komplex rizik daných zejména nízkým gestačním stářím a nízkou porodní hmotností. Program je zajištěn od r. 1993 ve spolupráci s neonatologickými odděleními Všeobecné fakultní nemocnice. Během vývoje těchto dětí nejdříve provádíme screening sluchových vad, dále sledujeme vývoj řeči.

Pokrok v perinatální a neonatální medicíně v posledních 30 letech umožňuje zvýšení přežívání i extrémně nezralých novorozenců s hmotností pod 1000 g - nabízí se tedy úvaha, zda se nezvyšuje riziko dlouhodobého neurosenzorického postižení. Incidence trvalých poruch sluchu u dětí, které byly v péči neonatologických oddělení je uváděna 2-4%. Většina studií dokazuje význam neonatální intenzivní péče v rámci specializovaných center (NICU - neonatal intensive care unite). U nedonošených dětí se převážně jedná o kombinace rizik v rámci postižení několika systémů - RDS (respiratory distress syndrome), BPD (bronchopulmonary dysplasia), postižení kardiovaskulárního systému (např. vrozené vady), intrakraniální krvácení (intra- a periventriculární - IVH, PVH). Uvádí se, že IVH se objevuje u 25 % dětí s porodní hmotností menší než 1500 g.

Při preventivním vyšetření sluchu v období let 1993 - 2005 jsme na foniatrické klinice u 1100 vyšetřených rizikových dětí zjistili 2,45 % výskyt trvalé poruchy sluchu (u 27 dětí: 13 dívek, 14 chlapců). Z těchto 27 sluchově postižených dětí mělo 21 dětí Phm pod 1500 g.

Na program záchytu trvalých poruch sluchu navazuje u nás další dispenzarizace a péče o vývoj řečových schopností těchto rizikových dětí.

Z dosavadních sledování výskytu poruch řeči v dětské populaci podává přehled Novák ve své publikaci Vývoj dětské řeči (1999): obecně se opožděný vývoj řeči různého typu vyskytuje u 10% dětí, prostá dyslalie - patlavost u 5-6 l. dětí ve 41-44%. Mehlová v rámci publikace Zkušenosti se screeningovým foniatrickým vyšetřením v běžných MŠ (2004) diagnostikovala dyslalii v souboru 512 5-6 l. dětí u 42% dětí. V rámci sledování v 90. letech ve státech Evropské unie Keilmannová došla k údaji 5-7% dětí s vývojovou poruchou řeči. Schindler na kongresu UEP (European Union of Phoniatics) v Berlíně v r. 2005 prezentoval odhad výskytu vývojových poruch řeči až do 15% dětí.

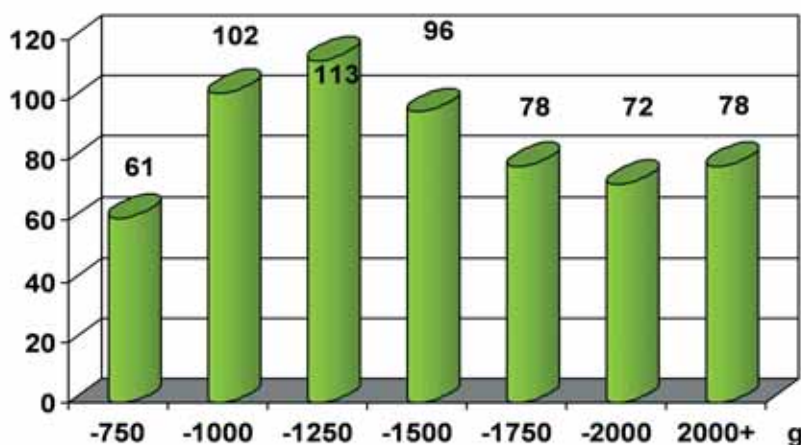
■ Výsledky záchytu poruch řeči

Z uvedeného souboru 1100 dětí bylo zatím vyšetřeno nebo je dále sledováno 600 dětí z hlediska výskytu vývojových a dalších poruch řeči. Je sledován výskyt rizikových faktorů pre-, peri- a postnatálních a návazné komplikace (kombinace RDS - respiratory distress syndrom, bronchopulmonální dysplazie, anémie, infekční

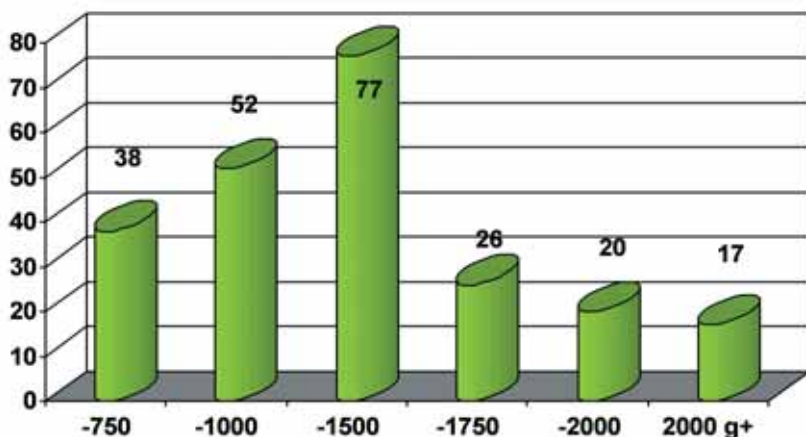
Hipp - mléka



Obr. č. 1 - Porodní hmotnost sledovaných rizikových dětí (N = 600), 62% dětí mělo Phm do 1500 g



Obr. č. 2: Porodní hmotnost dětí se závažnou poruchou řeči (N-230), 73% dětí z této skupiny mělo Phm pod 1500 g



stavy, intra- a periventrikulární krvácení apod.). Děti byly vyšetřeny nejčastěji kolem 5. roku věku nebo jsou kontinuálně sledovány od prvního vyšetření sluchu a je dále podezření na opožděný vývoj řeči. Mimo získání základních časových vývojových anamnestických údajů byla provedena vyšetření sluchu, řeči, jemné motoriky, grafomotoriky, lateralizace a chování. Děti absolvovaly audiologické testy (tónový audiogram, tympanogram, index vnitřní informace řeči, dětský percepční test, test fonemického sluchu, popř. dichotické testy a Heidelbergský test).

Výsledky jsou porovnávány kritériem závažnosti řečové poruchy a pozornost je věnována zejména strukturaci vývojových poruch řeči (dysfázie a dysarthrie) a dysarthrii v rámci DMO či kombinovaných vad. Etiologicky hraje významnou roli prvotní extrémní nezralost dětí, nevyzrálость orgánů a postižení zejména CNS (infekční stavy, intra- a periventrikulární krvácení a cerebrální infarkty).

■ Přehled sledovaného souboru - 600 dětí (281 dívek, 319 chlapců)

- NNPH (novorozenci s nízkou porodní hmotností) do 1500 g - 372 dětí (62% souboru)
- NENPH (extrémní nezralost) do 1000 g - 163 dětí (27%): 61 dětí s Phm do 750 g, 102 dětí s Phm 751 g - 1000 g (obr. č. 1)
- Děti s vyšší porodní hmotností jsou sledovány pro jiné riziko (např. sepse, ikterus...)
- V souboru je patrný významný výskyt vícečetných těhotenství - dvojčata byla zastoupena 80x, trojčata 8x a čtyřčata 2x.
- Poměr pohlaví dětí s Phm do 1500 g: dívky - 204, chlapci - 168.

■ Přehled zjištěných typů poruch řeči u 600 rizikových dětí

- 1) Opožděný vývoj řeči prostý (OVR prostý) - 75 dětí

Děti mají časově opožděný nástup řečových funkcí, ale další vývoj řeči se rychle kompenzuje, děti nemají specifické jazykové postižení, mají jen přetrvávající dyslalie - patlavost)

- 2) Vývojová dysfázie - 90 dětí

Vývojová porucha řeči se specifickými jazykovými poruchami na všech úrovních: fonologicko-fonetické, lexikální, morfologicko-syntaktické, sémantické i asociční.

- 3) DMO - centrální dysarthrie - 38 dětí (z tohoto počtu vývojová dysarthrie u 14 dětí), mentální retardace byla zjištěna u 20 dětí s DMO

- 4) Kombinované poruchy: vývojová dysfázie + kóktavost (balbuties) - 10 dětí
Dyslalie + kóktavost (balbuties) - 14 dětí

- 5) Autismus - 3 děti

- 6) Různé formy dyslalie - patlavosti 352 dětí (58,7% souboru)

Jedná se nejčastěji o sigmatismus interdentalní nebo addentalní a o rotacismy (velaris či bohemicus)

- 7) Řeč byla shledána v normě u 18 dětí (3% souboru).

■ Výskyt vážnějších poruch řeči (38,3% souboru)

- Celkem u 230 dětí: 92 dívek, 138 chlapců (poměr 2:3)
- Závažné poruchy řeči (dysfázie, dysarthrie, OVR prostý, balbuties, autismus)
- Dále výskyt komplikujících nálezů: epilepsie (5 dětí), sy ADHD (14 dětí) a sy LMD (6 dětí), mentální retardace (20 dětí), vážnější oční vada (10 dětí).

■ Závěr

Sledování 600 vysoce rizikových dětí ukazuje příznivou převahu méně závažných poruch řeči - výskyt dyslalie u 61% dětí. Těžší a komplikované poruchy řeči i s opožděným řečovým vývojem se objevují u 39% dětí ze souboru.

Při porovnání prezentovaných souborů v r. 2003 a nyní v r. 2006 se prakticky poměry výskytu závažných poruch řeči nemění:

- 2003 - 40% dětí z rizikové skupiny (vyšetřeno 320 dětí)
- 2006 - 38% dětí z rizikové skupiny (vyšetřeno 600 dětí)

K přehlednutí určitě není význam porodní hmotnosti jako rizikového faktoru.

- Ze skupiny závažných poruch řeči (N-230):
je 40% dětí s Phm do 1000 g

-
- 33% dětí s Phm 1001-1500 g
 - 27% dětí s Phm 1501-2500 g

Z toho vyplývá, že 73% těchto řečově postižených dětí se narodilo s hmotností pod 1500 g (obr. č. 2)

Během posledních let díky kvalitnější lékařské péči v neonatologických centrech intenzivní péče významně pokleslo % výskytu hluchoty a těžkého mentálního postižení.

U dětí, u kterých bylo zachyceno závažné řečové postižení, však nebylo možné přesně stanovit specifické riziko. Spíše se bude jednat o komplex komplikací daný gestačním stářím a nízkou porodní hmotností. Predominantním faktorem je gestační stáří - přežívání novorozenců pod 26. týden plynule narůstá s každým dalším týdnem. Gestační stáří odráží stupeň zranění anatomických a metabolických systémů plodu, je rovněž vedoucím faktorem v etiologii periventrikulárního krvácení a cerebrálních infarktů. U extrémně nezralých novorozenců narůstá riziko dlouhodobého poškození - většina prací dokazuje, že neonatální intenzivní péče zvyšuje přežívání bez nárůstu hrubého poškození.

Realizovaný program záchytu poruch řeči u nedonošených dětí přispívá k včasnosti záchytu a k zajištění návazné edukační péče nejen v oblasti řeči, ale spíše komplexně i vzhledem ke kombinovaným postižením. Význam programu sledování těchto rizikových dětí je nesporný: vzhledem k časnému záchytu závažnějších poruch řeči se daří zajistit včasnou adekvátní edukační péči a zařazení dětí do specializovaných zařízení, či jejich integraci do běžných školek a škol. Zatímni zkušenosti indikují sledovat vysoce rizikové děti do školního věku (i během období docházky na I. stupeň škol).

Obecně lze říci, že nejčastěji se vyskytují vývojové poruchy řeči a prostý opožděný vývoj řeči s dyslalií. V každém případě je nutno doporučit, aby dítě s opoždujícím se řečovým vývojem bylo odesláno na specializované pracoviště, na spádové foniatrické oddělení, odkud by měla být koordinována komplexní diagnostická a léčebně-preventivní péče. Ideální je situace, kdy je dítě se symptomem opožděného vývoje řeči zachyceno ve 3 letech a začne docházet ke stimulaci řečového vývoje i na logopedii. Diagnostika vývojové poruchy řeči probíhá v tomto věku při opakovaných návštěvách, s narůstajícím věkem dítěte přibývá možností testování jeho řečových schopností. U dětí, které jsou rizikové již od narození vzhledem ke známé rodinné a osobní anamnéze, je vhodné kontinuální sledování ve spolupráci s neonatologem již v prvním roce života (**vyloučení poruchy sluchu a následná stimulace vývoje řeči**).

Foniatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze disponuje péčí ambulantní, lůžkovou péčí a denním stacionářem pro děti se závažnějšími poruchami řeči. Diagnostika a edukace poruch řeči je zajišťována týmem lékařů, klinických logopedek a sester. Na klinice jsou k dispozici i služby MŠ a ZŠ pro děti v denní péči ve stacionáři a pro hospitalizované děti. Spádovou oblastí je celá Česká republika, rehabilitační pobyty jsou převážně 4-týdenní, v případě pobytu menších dětí s matkou 1-týdenní (s instruktáží doprovodu). Edukace řeči je realizována komplexně, tzn. individuálně i ve skupině, dále rozvíjíme hrubou a jemnou motoriku dětí, grafomotoriku. Pobyt je možno opakovat (2x ročně).





Kazuistika:

Těžký kombinovaný imunodeficit (SCID - severe combined immunodeficiency syndrome)

MUDr. Parvine Gricová

PLDD, Uherské Hradiště



OA: K.S. narozen 19.7.2002, PH 3200/49 cm, AS 10/10/10.

Dítě z II. fyziologické gravidity nepřibuzných rodičů. Porod ve 40. týdnu gravidity, spontánní, záhlavím. Poporodní adaptace bez komplikací. RPMV v normě. Kojen 5 měsíců.

4. den po porodu BCG vakcinace. Ve třech měsících života zahájena vakcinace proti tetanu, záškrtu, černému kašli a Haemophilus influenzae b - TETRAct HIB, ve čtyřech měsících života II. dávka TETRAct HIB + 1. dávka Engerixu B. V 5 měsících života III. Dávka TETRAct-HIB + II. dávka Engerixu B.

RA: Rodiče i 1 nevlastní sestra (nar. 1994) zdraví. Závažné onemocnění ani porucha imunity v rodině se nevyskytují.

NO: Od 4. měsíce života neprospívání, infekty dýchacích cest.

V 5 měsících života vyšetřen dermatologem pro exanthem na kůži a hnisání v místě BCG vakcinace. Ve zprávě dermatologa je, že je dítě zchvácené, neprospívá, na těle okrouhlá likvidní ložiska, bez šupinek, patrně praskliny žilek.

RES: ECZEMA MICROBIALE PŘI HNISAVÉM INFEKTU NA RAMENI.

DOP: VZHLEDEM K CELKOVÉMU STAVU A SOUVISLOSTI S HNISAVOU INFEKCI PŘELÉČIT DÍTĚ CELKOVĚ ATB, LOKÁLNÍ TERAPIE BEZ KORTIKOIDU, PO SKONČENÍ ATB TERAPIE KONTROLA + ODBĚRY, LOKÁLNĚ ENDIARON pasta.

Po přeléčení Amoclenem výrazné zlepšení kůže, dle parere dermatologa jen lichenifikace

a mírné zarudnutí. V laboratorních nálezech zjištěna hepatopatie - ALT 2,66 ukat/l, AST 3,45 ukat/l, KO + diff - bez patologie! Dítě odesláno k hospitalizaci na DO - při této hospitalizaci hledán důvod hepatopatie - vyloučena hepatitida A, B, EB virosa, toxoplasmosa a rubeola, CMV, protilátky pro KM a laktoglobulinu negativní, UZ epigastria, EKG bez patologie. Chloridy v potu 12,5 (norma).

Při této hospitalizaci KO+diff. opět bez nápadnosti: Leukocyty: 11,8, Ery 5,36, Lymfocyty 48,3, Monocyty 9,7, Baso. seg. 0,2, Eos. seg. 5,9, FW 1/3 2/6

RES: HEPATOPATHIA, ECZEMA ANULARE V.S. MICROBIALE

Na kůži stále okrouhlá lividní ložiska s drobnými šupinkami. Dítě v dobrém stavu propuštěno domů s doporučením sledovat váhovou křivku a PMV.

V 8 měsících života pro přetrvávající kašel a zahlenění dělán Rtg S+P - vpravo na rozhraní horního a středního pole plošné homogenní zastření. Ve stejné době se objevují difúzně podkožní tužší uzlíky, stále přetrvává mokvající leze v místě BCG vakcinace. Přeléčen Klacidem a odeslán k dalšímu vyšetření 3/2003 (8 měsíční) k panu prof. Litzmanovi do Ústavu klinické imunologie a alergologie Brno FN u sv Anny: Výsledky vyšetření:

IgG: menší 0,43 g / l (norma 3,00 - 10,00)

IgA: 0,01 g/l (0,30 - 1,40)

IgM: 0,09 g/l (0,30 - 1,00)

IgE: 20 IU/ ml

C-reaktivní protein menší 5 mg/l (norma 0-10)

Komplementový systém:

CH 50: 101 % (norma 50- 150)

C3: 1,45 g/l (0,75 -1,80)

NÁLEZY V MEZÍCH NORMY

C4: 0,29g/l (0,10 -0,40)

RES: Agamaglobulinemie, těžká deplece CD4 lymfocytů CD8 T lymfocyty susp. mateřské, dle předběžného vyšetření v laboratoři Dr. Freiberga (Paříž) přítomno v izolovaných lymfocytech více jak 50% mateřského původu.

ZÁVĚR: T-B+NK - SCID s MATERNOFETÁLNÍM ENGRAFTMENTEM!

4/2003 - ve věku 9 měsíců chlapec přijat na II. dětskou kliniku FN Praha Motol k potvrzení dg: SCID.

Klinicky dítě afebrilní, na trupu, břiše i končetinách okrouhlá načervenalá ložiska, na levém rameni mokvající rána po BCG vakcinaci. Ostatní interní nálezy v normě.

Váha: 6,25 Kg, výška 74 cm.

Laboratorní nálezy, CRP opakovaně pod hranici detekovatelnosti.

KO + diff: leukoc. 4,l, ery 5,25, Hb 115, HTK 0,35l, MCV 66,8,Trombo. 230, MPV 9,6, Lymfo 0,44,mono 0,l, seg. 0,32, tyč. 0,09, eozin 0,04, bazo 0,0l.

Biochemie: AST II,8, ALT 9,74 - ostatní v normě. Virologie pomoci real-time PCR: HHV6, CMV, EBV negativní.

Imunologie: Velmi nízké zastoupení CD4 + lymfocytů, vysoké procento CD8 + lymfocytů.

Vzhledem k velmi pravděpodobné diagnóze SCID je vysoké zastoupení CD4 + i CD8, mateřský engraftment je tedy kvantitativně vysoký. Rovněž je vysoký podíl T-NK buněk a TCR gamma/delta buněk.

IgG 0,65 IgA pod 0,067, IgM 0,9.

Chimerismus: V lymfocytární populaci přítomno





50% maternální DNA, nález svědčí pro materno- fetální engraftment.

Koagulace: APTT 32,4 (n: 28,4) Quick: 76% INR 1,23 Tr.č.: 15,5 (N: 16,6), TBG: 1,39.

Moč + sed.: bez patologického nálezu.

Rtg S+P: Kombinace oboustranných intersticiálních změn s atelektaticko- infiltrativními plícními změnami ve ventrálním segmentu pravého horního laloku.

CT plic: Bronchopneumonia v oblasti předního segmentu horního laloku vpravo. Bula v apikálním segmentu dolního laloku vpravo. Zvýšená denzita v obou plícních křídlech.

Provedená vyšetření prokazují přítomnost materno-fetálního engraftmentu, aktivní BCG infekci, minimální proliferační odpověď lymfocytů na polyklonální stimulace svědčí pro dg. SCID. Pro objasnění defektu na genové úrovni byla odeslána DNA chlapce a matky na zahraniční pracoviště (prof. A. Fischer, Hopital Necker-Enfants-Malades v Paříži).

Další vyšetření k vyloučení genové mutace provedeno v Itálii. Tato vyšetření neprokázala genovou mutaci.

Po celou dobu hospitalizace byl chlapec bez T, s nízkými zánětlivými parametry, v dobrém stavu. Jedinou možností léčby je transplantace hematopoetické kmenové buňky. V rodině nenalezen vhodný dárcce kostní dřeně. Během hledání vhodného dárcce k nepřibuzenské transplantaci KD ambulantně sledován u prof. Litzmana v Brně.

Diagnóza: Těžký kombinovaný imunodeficit SCID - D819. Aktivní BCG infekce A 199.

Terapie: Rifampicin, Nidrazid, Biseptol, Pyridoxin, Endobulin (0,3 g /kg co 4 týdny = 2,5 g /1 měsíc).

8/2003 - (13. měsíc života) - hospitalizace pro mykotickou stomatitidu a laryngitidu - přeléčen Diflucanem p.o.

9/2003 zahájená předtransplantační příprava = kompletní vyšetření laboratorní + vysokodávkovaná chemoterapie s následným převodem buněk krvetvorby.

Pacient přijat na transplantační jednotku II. dětské kliniky FN Motol dne 9.9.2006 v dobrém klinickém stavu, kožní BCG infiltráty klidné. Při prvním podání Endobulinu těžká alergická reakce, při dalších substitucích podávána Flebogama - bez problému.



19.9.2003 - (14 měsíční) provedena transplantace kostní dřeně od vhodného nepřibuzenského dárcce (42 letý zdravý dárcce z Rakouska). Po transplantaci pokračováno na antituberkulotické kombinaci INH Rifampicin, Klid, při neutropenii preventivní Maxipim, kontinuálně Dolsin. 12. den po transplantaci pro febrilie přidán Amikacin. 13. den po transplantaci výraznější výsev podkožních bolestivých zarudlých BCG infiltrátů, k dosavadní antituberkulotické léčbě přidán clofazimin (Lampren) a ciprofloxacin, ceftazepim vysazen.

13. den záchvat pravostranných křečí s poruchou vědomí, na EEG pomalé delta vlny nad levou hemisférou, na CT drobné petechiální krvácení v levém okcipitálním laloku a v.s. starší postischemické změny okcipitálně l. sin.

Neurolog. konzilium se závěrem v.s. cyklosporinová neurotoxicita (hladina CsA a Mg v normě) - zahájená léčba Phenobarbitalem, vysazen cyklosporin, dány kortikoidy. Po přechodném poklesu T, opět 18. den febrilie do 39°C, při nízkém CRP, pokračováno v léčbě INH, Rifampicin, Klacid, Ciprinol, Amikacin, Lampren. Od 20. dne pokles T, rychlá regrese podkožních BCG infiltrátů. 28. den sternální punkce - dobře buněčná, trilineární s výraznou převahou myeloidní řady.

Kontrolní EEG 41. den obtížně hodnotitelný, bez jasného epi ložiska, na NMR mozku pouze susp. glióza vlevo okcipitálně.

63. den vzestup podílu autologní krvetvorby na 20%.

70. den na 29%, v KO narůstá lymfocytosa, ve vyšetření buněčné imunity odpovídající růst CD19+subpopulace.

V dobrém klinickém stavu 63. den první propustka do intenzivního ambulantního sledování.

Doporučení: zákaz pobytu na sluníčku, opalovací krém, brýle, nízkobakteriální strava.

Léky: Sumetrolim, Klacid, Nidrazid, Arfcin, Lampren, Pimafucin, Urosen, Herpesin, Vitamíny skupiny B, Flebogama 2,5 g / týden.

V dalším průběhu opakovaně aktivace a progresse kožní BCGi-

tidy - 5/2004, 6/2004.

Zvětšení, bolestivost, zarudnutí kožních infiltrátů - kulturačně: Candida albicans, C. cruzel, C. tropicalis, Klebsiella pneumoniae - léčba opakovaně korigována dle bak. nálezu.

26.6.2004 teplota 38°C, opět progresse kožní BCGitidy, četné podkožní infiltráty na trupu, končetinách, zarudlé, silně bolestivé, některé s fluktuací, největší v jizvě po BCG vakcinaci a nad pravou lopatkou, zduření a prosáknutí měkkých částí kolem pravého loketního kloubu a pravého kolenního kloubu. Na Rtg těchto kloubů patrné mírné difúzní prořidnutí kostní struktury, zřetelné osteolytické a periostální změny nejsou patrné. Na Rtg S+P pouze zmnožená plícní kresba, bez ložiskových změn.

Dne 1.7.2004 v CA provedena excize ze dvou podkožních infiltrátů, mikroskopicky v preparátu acidoresistentní tyče, histologický nález odpovídá BCG infiltrátu.

26.11.2004 ve večerních hodinách rodiče žádají vyšetření pro náhle vzniklé profúzní zvracení a bolesti hlavy. Odpoledne údajně snědl hodně leča a zapil to ovocnou šťávou, před měsícem odstraněno klišťe, exanthem nebyl. Při vyšetření je chlapec bledý, stěžuje si na bolest hlavy, zvrací lečo. T není.

Hydratovaný dobře, interní nález v normě, meningální není. Celkově stav není alterovaný. Doporučena dieta, sledovat T. Po vyspání již bez obtíží, čilý.

V dalších dnech při této terapii chlapec afebrilní, nezvrací, na bolesti hlavy si nestěžuje.

30.11.2004 - opět náhle profúzní zvracení, bolest hlavy, rodiče sdělují, že byl chvíli „bez sebe“. Klinické vyšetření bez pozoruhodnosti. Telefonicky domluveno přijetí na kliniku v Praze - Motol.

Zde vyšetřen neurologem - bez ložiskového nálezu, oční pozadí bez patologie, biochemie

v normě. Rtg S+P ložiskové změny nejsou patrné, lehká hyperplasia thymu.

UZ břicha - jen mírná hepatomegalie s difúzní parenchymovou lézí, hraniční velikost sleziny s difúzní parench. lézí-ostatní bez patologie.

Dne 10.12.2004 - MRI - ve srovnání s nálezem z 31.10.03 jsou vlevo na tentoriu okcipitálně uzlovitá na sebe nasedající ložiska v rozsahu asi 35 x 25 x 30 mm. Postkontrastně výrazně zvyšují signál na periferiích, jejich centra zůstávají hyposignální.





Kolem tohoto útvaru, který se nespíše vtlačuje do okcipitálního laloku, je patrný výrazný perifokální edém, stlačující a dislokující zadní roh levé postranní komory ventrálně. Jiné ložiskové změny neprokázány. Středové struktury mozku zůstávají bez dislokace. Komorový systém, kromě zadního rohu levé postranní komory a subarachnoideální prostory kromě okcipitálního laloku vlevo jsou přiměřeně prostorné. Ethmoidy a antra jsou

vzdušná, frontální siny zatím nejsou vyvinuté vnitřní zvukovody, orbity, hypofýza zůstávají s normálním nálezem.

Oční pozadí bez známek měštnání, LP s negativním kultivačním i PCR (BCG) nálezem, Pandy1, 14/3 elementů (lymfo, mono), bílkovina 722, ostatní v normě.

RES: Ložiskové změny okcipitálně vlevo s edémem v okcipitálním laloku nejspíše zánětlivé etiologie. V dif.dg. specifická meningitida či absces v okcipitálním laloku s perifokálním edémem.

Po konzultaci s neurochirurgem indikována extirpace abscesu. 16.12.04 zahájena antiedematózní léčba.

Dne 21.12.04 provedena resekce polu okcipitálního laloku vlevo s abscesem - výkon i pooperační průběh bez komplikací. (CRP nízké, jen mírná elevace JT, mírná leukocytosa.

Materiál odeslán na histologické vyšetření do TBC laboratoře na Veleslavíně.

Makro: absces mozku - částka průměru 20 mm, na řezu v centru zachyceno žlutavé ložisko s lemem šedé tkáně.

Mikro: v mozkové tkáni jsou mapovité popraškové nekrozy s lemem histiocytů a místy i obrovskými vícejadernými buňkami Langhansova typu. Na periferii jsou nakupené lymfocyty. Nález je ve shodě s klinickou diagnózou BCG-itidy.

Nové BCG infiltráty se neobjevují, starší dále kolikvují a vyprazdňují se.

Další průběh onemocnění již bez komplikací - poslední Phlebogama dána dne 10.12.2004 180. den po transplantaci.

Imunosuprese CsA ukončena dne 11. 8. 2004.

Nadále v péči II. Dětské kliniky FN Motol a Dětské onkologické kliniky v Brně. Nyní má chlapec 4 roky a pět měsíců, prospívá dobře, psychomotorický vývoj přiměřený věku. Při poslední kontrole 9/2006 - EEG, oční, neurologický nález bez patologie.

Difúzně na celé kůži četné drobné jizvy po TBC.

V léčbě jen Ospen sirup, zahájená vakcinace - dokončuje se TE DI PER - očkovací látkou Infanrix Hib, potom Engerix a polio - parenterálně Imovaxem.

Literatura u autorky

Geny, po kterých se přibírá

Vědci objevili klíčový gen, který zvyšuje pravděpodobnost obezity

Rozsáhlá studie identifikovala dědičné znaky, které výrazně přispívají ke vzniku obezity. Dědičné sklony k obezitě dostaly jasnější obrysy díky nejnovějšímu objevu britských vědců. Tým vedený Andrewem Hattersleyem z exeterské Peninsula Medical School prokázal, že pokud zdědíme po obou rodičích určitou variantu genu FTO, znamená to pro nás v průměru tři kilogramy tělesné hmotnosti navíc. „Obézní“ varianta genu nám přidává na váze už od dětství. Zprávu o objevu přinesl týdeník Science.

Nález „ genu obezity“ ohlásili vědci už mnohokrát. Následně ale vždycky ze svých ambiciózních prohlášení výrazně slevili. Odhalené geny nesehrávaly tak důležitou roli, jak se původně zdálo. V případě „obézní“ varianty genu FTO nic podobného nehrozí.

„Tahle studie byla provedena na 39 000 dobrovolnicích. Není pochyb o tom, že její výsledky jsou správné,“ prohlásil na adresu britských badatelů americký genetik Francis Collins. ředitel amerického National Human Genome Research Institute.

Vědci z Hattersleyovy laboratoře původně pátrali po genech, které se podílejí na vzniku cukrovky II. typu. Onemocnění postihuje obézní pacienty, jejichž tělo přestane poslouchat pokyny přinášené hormonem inzulinem. Britští genetici vyšetřili dědičnou informaci 2500 diabetiků a 3000 zdravých dobrovolníků. U každého prověřili zhruba půl milionu variant DNA a následně sledovali, zda se některý „rys“ dědičné informace nevyskytuje nápadně častěji u pacientů s cukrovkou. Tak narazili na variantu genu FTO, která se odlišuje od standardní verze genu jediným písmenem genetického kódu. Při podrobnějším pohledu se ukázalo, že gen nepřispívá ke vzniku cukrovky tím, že by přímo zasahoval do činnosti hormonu inzulínu. Významně se však podílí na zvýšení tělesné hmotnosti. Genetici pojali podezření, že tato varianta genu FTO nemusí přidávat kilogramy jen pacientům s cukrovkou a rozjeli rozsáhlé pátrání. „Pátrali jsme po mutaci genu FTO ve všech vzorcích DNA, které jsme dokázali sehnat,“ řekl Andrew Hattersley časopisu Science.

Ukázalo se, že zhruba každý šestý Evropan zdědil „obézní“ variantu genu FTO po obou rodičích. Neodsuzuje ho to k obezitě bezpodmínečně. Rozhodují i další faktory (životní styl a zřejmě i souhra dalších genů). Ale příspěvek mutace genu FTO je nezanedbatelný: zvyšuje riziko obezity asi o dvě třetiny.

Zatím není jasné, co všechno má gen FTO v lidském organismu na starosti. To se zřejmě záhy změní, protože po „horké stopě“ okamžitě vyrazilo hned několik špičkových genetických týmů. Poznání funkcí genu FTO by mohlo lékařům dovolit, aby pochopili základní mechanismy vzniku obezity a vyvinuli nové metody boje s ní.

Genetické lépe rozumějí tlouštíkům

Britským odborníkům se podařilo najít gen, který je jasně spojený se zvýšeným rizikem obezity. Klíčovou roli hraje gen označovaný zkratkou FTO. Ukázalo se, že u lidí s jedním výskytem tohoto genu se obezita vyskytuje o třicet procent častěji, než je průměr. Pokud se tato variace vyskytuje dvakrát, je riziko nadváhy dokonce o 70 procent vyšší. Objev je výsledkem široce založeného výzkumu, který se týkal dvou tisíc lidí s diabetem druhého typu. V kontrolním souboru pak byly tři tisíce osob. Následně vědci analyzovali dalších 37 000 vzorků.

Stupně obezity

Aby člověk spadl do kategorie těžká obezita, musí jeho BMI stoupnout nad 35. Pro průměrného dospělého člověka to znamená, že nosí o 45 kg větší hmotnost, než je optimální.

Ve vyspělých zemích trpí obezitou čím dál větší část populace, vědci doufají, že objev genu FTO pomůže tento problém zvládnout

Lidé, kteří mají v těle dvě kopie genu FTO, vážili v průměru o asi 3,3 kilogramu víc než ti, kteří ho nemají

Proč mají lidé s genem FTO tak často vyšší hodnotu BMI, není ještě jasné BMI patří mezi nejpoužívanější měřítka obezity. Hodnotu BMI (z anglického BODY MASS INDEX, česky index tělesné hmotnosti) získáme, vydělíme-li váhu v kilogramech druhou mocninou výšky v metrech.

Zdravotní rizika spojená s obezitou

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) dýchací problémy | 4) cukrovka druhého typu |
| 2) srdeční choroby, infarkt | 5) rakovina tlustého střeva |
| 3) žlučové kameny | 6) osteoporóza kyčlí |



Nové možnosti terapie respiračních infekcí v dětském věku

MUDr. Bohuslav Machaň

ORL ambulance, Prostějov

Nárůst incidence akutních respiračních infekcí v dětském věku je problémem pediatrie i otorinolaryngologie. Do 5 let věku se vyvíjí základní mechanismy imunity, časté respirační infekty, silně znečištěné životní prostředí a stoupající prevalence atopie přispívá k vývoji chronického poškození respiračního systému.

V otorinolaryngologii přes veškerou snahu neklesá incidence otitid, sinobronchitid v dětském věku. Stále se setkáváme s komplikacemi. V diagnostice máme výhodu kvalitního a často čerstvého antibiotiky nezkrasleného hnisavého materiálu - punkce dutin, aspirace ze středouší a obsah abscesů paratonsilárních, ale třetina kultivací je negativní a 10% sterilní - nemožné. Problém je v kultivaci in vitro a in vivo, je-li negativní výsledek kultivace, není to synonymum - nejde o bakteriální infekci. Je možno konstatovat původce se nám ne-

podářilo zachytit.

Do 5 ti let věku jsou původcem respiračních infekcí viry a z bakterií jsou hlavním patogenem koky.

Atypické patogeny se v tomto věku neuplatňují, a proto léčba makrolidy do 5 ti let věku je diskutabilní.

■ G+ koky

Streptococcus pneumoniae

Nejčastější a nejnebezpečnější patogen dětského věku je Streptococcus pneumoniae - jak v pediatrii, tak v otorinolaryngologii. Celosvětově ročně zemře na invazivní pneumokoková onemocnění - meningitida, sepse - kolem 1-2 milionů dětí, zejména v rozvojových zemích a ekonomicky a společensky slabších vrstvách. Narůstá rezistence až ke 30 % např. na makrolidy, a to naopak v těch nejrozvinutějších ekonomikách. Celosvětově

se terapeutický přístup obrací k prevenci.

Vakcinace konjugovanými polysacharidovými vakcínami představuje spolehlivou ochranu před invazivními pneumokokovými onemocněními v dětském věku. Vakcinace od druhého měsíce věku do 2 roků snižuje nasofaryngeální nosičství i přenos pneumokoka z dítěte do okolí. Od 1.1.2007 otorinolaryngolog navrhuje vakcinaci na základě 4 atak prodělané otitidy, a to i v případě, že nebyl prokázán pneumokok a toto očkování je hrazeno. Je to další důležitý krok v péči o děti v nejtětlejším věku a zkušenosti ze zahraničí hovoří o poklesu komplikací otitid, snižujícím se počtu operací a poškození sluchu.

V terapii pneumokokových infekcí hraje prim penicilín a obecně betalaktamy. Případnou alergii bychom měli prokázat IgE protilátkami, jelikož většina tzv. alergických reakcí je idiosynkrazie - meta-

Anag - Našemu sluníčku



bolická nesnášenlivost konkrétního léku, potom je chyba zahrnout betalaktamy, které jsou jedinou selektivní skupinou antibiotik - zasahují do produkce proteoglykanů bakteriální stěny. Lidská buňka proteoglykany neobsahuje. Betalaktamy jsou nejméně toxickou skupinou antibiotik a věřím, že ještě zdaleka neřekly poslední slovo.

Streptococcus-

G+- řetizkovec se sice zvládá léčebně snadněji klasickými betalaktamy a stále penicilínem, ale není možná vakcinace a včasná léčba ATB sice zmírnila počet akutních komplikací - zánětů ledvin, kloubů, srdečního svalu, ale nedostatečná odezva imunitního systému, okamžitým podáním ATB způsobuje nárůst chlopenních vad, které jsou zapříčiněny larvanou infekcí. Musíme dodržet minimálně 10-14 dnů léčby a kontrolovat antigeny v moči, ASLO, CRP - to by mělo tuto hrozbu zmírnit.

Antibioticky musíme léčit nejen skupinu *Streptococcus pyogenes* beta hemolyticus- A, ale i B-agalactie, C- které nejlépe zachytíme v tekutých transpolutech, ale i skupina D- viridující - je obávaným patogenem imunokompromitovaných dětí.

Staphylococcus aureus, ale i *epidermidis* - tento G+ hrozníčkovec vytváří velmi odolný biofilm a dokáže zničit jak mukociliární aparát nosní a vedlejších nosních dutin, tak středoušní ventilaci a drenážní mechanismus Eustachovy trubice, bohužel v ČR se přestal vyrábět oxacilin, který byl plně účinný i na *Staph. epidermidis*.

Staphylococcus aureus nalézáme ve výtěru u 1/3 populace a jedná se jen o nosičství, u všech koků platí korelace mezi mikrobiálním nálezem a klinickým stavem - febrilie, CRP. Doporučuji zvažovat ATB při nálezu na +, nebo ojedinele. Jediná výjimka - masivně streptokok a po pomnožení stafylokok znamená nikdy PNC nebo nepotencované betalaktam. Betalaktamáza stafylokoků zničí všechna nepotencovaná betalaktamová ATB. Máme kvalitní potencované aminopenicilíny a cefalosporiny II. generace, ale opět nutná léčba 10 dnů a dítě po ATB ponechat týden, lépe dva, doma v rekonvalescenci, ale to je problém vysvětlit dnešním rodičům.

■ G- koky

Z G- negativních monomorfních klasických bakterií je nejzávažnější patogen respiračních infekcí v dětském věku **Haemophilus influenzae** - je to druhý nejčastější patogen pediatrie a ORL, kde resistance k betalaktamům v minulých desetiletích narůstala k hrozivým 70%, ale díky vakcinaci konjugovanou vakcínou klesá pod 50 %. K ampicilinu má *Haemophilus* přirozenou resistenci a pouze Anglie jako primární preferuje léčbu Amoxicilínem - 90mg/kg/den. V dětském věku jsou záživací potíže časté a Evropa i druhý břeh Atlantiku preferuje potencované aminopenicilíny a cefalosporiny II generace. Makrolidy jsou sporné na hemofilové infekce zejména v dětském věku.

Moraxella - třetí nejčastější patogen ORL i pediatrie je téměř vždy vybavená betalaktamázu,

proto purulentní infekce vyžaduje kvalitní potencované betalaktamy, nebo cefalosporiny II. generace.

Zmiňuji-li **Escherichia coli** - není to patogen komunitních respiračních infekcí, ale dobrovolný dárcce genového materiálu s vysokou přirozenou resistencí k ATB - dříve (a snad ne i nyní) podávali zemědělci jako růstové stimulanty silná antibiotika - rozdrčený genom *escherichiae* se dostal do zevního prostředí a patogeny tuto softwarovou informaci rády zařadily do své výbavy, a tak se šíří resistance k ATB.

Poslední z G-, kterou zmiňuji, ale nikoliv významem, je **Pseudomonas aeruginosa** - zákeřná kobra mezi G- bakteriemi a stvořitelka úžasných biofilmů. Léčba vyžaduje injekční aminoglykosidy a je velkým problémem otorinolaryngologie.

Biofilm je problémem v terapii, bakterie jsou živé společenství a brání se zabíjení. Odstraníme-li biofilm nebo nedovolíme-li vytvořit tuto ochranou bariéru, zvítězíme i bez antibiotik.

Podle mého názoru největším problémem komunitních respiračních infekcí jsou atypické patogeny. U dětí zejména od 5 let věku.

Téměř je neumíme kultivovat, prakticky neznáme jejich citlivost k antibiotikům, natož pak regionální změny citlivosti k antibiotikům, jako to známe u klasických bakterií.

Vycházíme při hodnocení terapeutického úspěchu z poklesu titrů protilátek po ATB léčbě, je to drahé a záleží na stavu imunitního systému - aktivovaný imunitní systém, např. probíhající virovou typou infekční mononukleosa, bude mít zvýšené hladiny všech protilátek, ale nejde o akutní infekci, naopak imunokompromitované dítě nebude schopno na chlamydiovou infekci reagovat vzestupem protilátek.

Chlamydia pneumoniae je druhá nejchytřejší bakterie ze všech známých bakterií. Byla popsána i ve zmenšené formě - small-form, stres antibiotické léčby způsobil, že bakterie odhodí část své hmoty a uschová se v neutrofilech a erytrocytech a číhá na krach imunity. Situace je obtížná, protože chlamydie jako energetický parazit, žijící a využívající hostitelskou buňku k pomnožení, je chráněna před imunitním systémem a není citlivá na léčbu betalaktamy, které jsou netoxickou skupinou antibiotik - protože lidská buňka neobsahuje proteoglykany, jejichž syntézu betalaktamy inhibují.

Specialisté na léčbu jsou makrolidová antibiotika a v dětském věku se lépe snáší podskupina azalidy - metabolicky i terapeuticky.

Mykoplasma pneumoniae - byla popsána i jako zmenšená forma a víme, že má schopnost penetrovat do buněk - a zde je terapie svízelná. Na prokázanou infekci makrolidy - azalidy, i cotrimoxazol.

Legionella vytváří biofilm a ohrožuje oslabené pacienty, zejména v nemocnicích.

Závažnou hrozbou je **borelie**, která nezpůsobuje jen lymeskou nemoc, ale small-forma se přenáší i z člověka na člověka. Tyto nitrobuněčné formy

chráněné před imunitním systémem představují závažnou hrozbu, na kterou musíme stále častěji myslet.

Závažnost atypických patogenů spočívá v nedostatečné schopnosti imunitního systému patogeny rozpoznat, zneškodnit a odstranit. Neutrofilní leukocyt by měl spáchat apoptosu, je tak naprogramován, aby zahynul i s patogenem, ale protože je příliš velká úroveň zánětlivosti, k apoptose dojde předčasně. Náš úkol je řetěz zánětu optimalizovat ve prospěch nemocného dítěte.

Imunitní systém chrání 1 na 24 buněk lidského těla - 1 trilion a mimo bakterií, virů, plísni, zachycuje alergeny, ničí potenciálně zhoubné buňky a měli bychom mu pomáhat, aby se nezmylil.

Disulfidické skupiny, propojují glykoproteiny molekul hleu a vytvářejí odolnost biofilmu. Biofilm musíme odstranit mukolytiky přírodními, nebo klasickými - Ambroxol, A-acetylcystein, nebo nejmodernějšími mukomodulátory - Erdosteine, který jako antibakteriální mukomodulátor brání narůstání resistantních kmenů a nárůstu bakteriální resistance všeobecně.

Kombinací moderních antihistaminik III generace, moderních antiflogistik s mukomodulátory optimalizujeme řetěz zánětu ve prospěch nemocného, optimalizujeme výkon imunitního systému a umožníme mukociliárnímu systému respirační sliznice chemotakticky odstranit pozůstatky biofilmu - a často nemusíme podávat antibiotika.

Srovnávám situaci na našem ambulancním pracovišti v roce 1998 před zavedením této terapie a v roce 2006.

Uvedená kombinace v léčbě sinobronchitid, umožnila snížit četnost nezbytných punkcí z 30% pacientů na 10% a v dětském věku je punkce výjimečná např. u orbitocelulitid. Je pravda že prokázané hladiny v dutinách jsou důvodem k hospitalizaci na dětském odd. s rodičem, k anemiacím a odsávání, a výsledky léčby konzervativní jsou srovnatelné s léčbou s punkcemi a výplachy. V současné době léčím 63% sinobronchitid bez antibiotik.

V diagnostice jsem vyzkoušel diagnostické testy na chlamydii metodou ELISA - reakce antigen protilátka nepotřebuje zvláštní výbavu mikrobiologického pracoviště - a za 1-2 hodiny mám výsledek, pozitivita byla 42%, vyzkoušel jsem tento postup u 40 pacientů v dětském věku. Nejčastějším nálezem v souběžné kultivaci byl *Pneumokok*, na druhém místě *Haemophilus*, potom *Corynebacterium spec*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus* a opět 30% negativních stěrů - a to byly excentrické purulence.

Tato pilotní studie vyžaduje potvrzení - odběry hladin protilátek.

Atypické patogeny nám budou motat hlavu stále více a zatím se zdá, že tyto testy jsou přínosem pro rozhodnutí lékaře o nasazení terapie správným směrem.

Literatura u autora

Nestlé - Beba

Mléčný tuk ve výživě dětí

MUDr. Bohumil Turek, CSc.

Mléko je produkt mléčné žlázy. Potravina jiného původu nesmí být nazývána mlékem. Kravské mléko je jediným vhodným zdrojem a surovinou pro přípravky kojenecké výživy, pokud z různých důvodů nemůže být podáváno mateřské mléko.

Na náš trh je již dlouhodobě uváděn tradiční výrobek náhradní kojenecké mléčné výživy, který obsahuje mléčný tuk. Mnoho lidí má ale stále k tomu zcela neodůvodněné výhrady.

Mateřské mléko je v podstatě stejně tučné jako mléko kravské. U kravského mléka je méně vhodné složení mastných kyselin, ale rozdíly nejsou značné (tab. 1). Tuk ve výživě dětí má významné postavení. Procentuální zastoupení by u dětí mělo tvořit 30 - 35% energetického podílu u dětí do 2 let. Tuk je zejména dobrým zdrojem energie. Lidský organismus využívá mastné kyseliny v metabolickém procesu nazývaném beta-oxidace, který může dodat dětskému organismu více než polovinu potřebné energie.

V tomto ohledu jsou velmi dobře využitelné nasycené mastné kyseliny, které pomocí karnitinu procházejí do buněčných mitochondrií a zde slouží k energetickému využití. Tím jsou chráněny nenasycené mastné kyseliny, ze kterých jsou v organismu vytvářeny biologicky velmi významné deriváty jako prostanoidy důležité pro ochranu cévní-

ho systému nebo leukotrieny pro zvýšení aktivity imunitního systému organismu a jiné. Také mononenasycená kyselina olejová, obsažená v kravském mléce ve významném množství, má značný biologický význam.

Z nutričního hlediska není mléčný tuk na závadu, pokud je používán v odpovídajícím množství. Obsahuje sice nasycené mastné kyseliny, které by mohly zvyšovat endogenní tvorbu cholesterolu, ale v celkovém efektu, díky dalším složkám kravského mléka, nedochází ke zvýšení cholesterolemie, ba právě naopak. Obecně u kravského mléka s obsahem 2 % tuku dochází ke snížení hladiny cholesterolu a u mléka se 4 % tuku dochází ke změně obsahu cholesterolu v krvi i když mléko samo určité množství cholesterolu obsahuje. Podíl na tom má několik dalších složek mléka.

Kyselina orotová snižuje aktivitu endogenní syntézy cholesterolu tím, že potlačuje beta-hydroxy-beta-methylglutaryl koenzym A reduktazu, dále laktóza má hypocholesterolemický efekt, vápník se váže na žlučové kyseliny a tvoří s nimi nerozpustné sloučeniny, které se pak vylučují stolicí. Tím dochází ke snížení návratu žlučových kyselin do jater (entarohepatální oběh) a organismus musí více cholesterolu využít pro tvorbu nových žlučových kyselin a tím hladina cholesterolu v krvi klesá. Na hypocholesterolemickém efektu mléka se podílejí též fosfolipidy.

Nicméně cholesterol je důležitá biologická látka, zejména pro rostoucí organismus, kdy zabezpečuje tvorbu buněčných struktur. Jak je to vlastně s aktivací endogenní syntézy cholesterolu v těle? Lidský organismus si zabezpečuje cholesterol vedle přívodu potravou endogenní syntézou. Měla by existovat zpětná vazba, kdy při dostatečném přívodu cholesterolu se vlastní syntéza snižuje a střevní bariéra tvořená enterocyty zabraňuje vyššímu přívodu cholesterolu než 200 mg za den. U řady jedinců tak tomu není, pomíneme-li familiární hypercholesterolemii, pak zůstává nedostatečná funkce fyziologické bariéry z důvodu přetížení nebo narušení.

Ve vztahu k počátkům rizika aterosklerózy v dětském věku se nyní více uvažuje s účastí bílkovin, zejména kaseinu, především A1. Nejde o již zastaralé názory Aničkova, ale o možnost působení kaseinu na zvýšení oxidace LDL (low density lipoproteinů).

V současnosti se nyní také objevily názory, že riziko narušení cévní stěny zvyšuje enzym xantin-oxidáza, obsažená v mléce a vázaná na tukové částičky. Větší význam by měla mít proto xantin-oxidáza v homogenizovaném mléce. Tyto názory byly již před 20 lety odmítnuty jako nepodložené a vyvráceny. Tento enzym obsahuje molybden a nyní je spíše obava z nedostatku molybdenu u dětí.

Mléčný tuk má také významné postavení jako nositel sensorických vlastností. Přípravky obsahující mléčný tuk dětem více chutnají, což může být důležité i při získávání návyku a oblíbenosti mléka pro další věková období.

Mléčný tuk z kravského mléka má příznivé vlivy na dětský organismus při používání v rámci výživy dítěte v odpovídajícím množství, při dodržení váho-výškového indexu (hmotnostně-výškového indexu) a hmotnostních a růstových grafů.

tab. č. 1

Složení vybraných mastných kyselin v mléčném tuku kravském a mateřském

% všech mastných kyselin	kravské mléko	mateřské mléko
kys. máselná	2 - 4	0
kys. laurová	1,7 - 3,7	3-4
kys. myristová	7,9 - 12	6-8
kys. palmitová	25-32	26-32
kys. stearová	8-12	11-15
kys. palmitoolejová	1,6 - 5,0	2,2 3
kys. olejová	26 -33	23-28
kys. linolová	1,0-2,4	4-6
kys. linolenová	0-0,5	0,5-1,5
kys. arachidonová	0-0,8	0,4-1
trans-izomery	5-9	2-9

Literatura u autora

Hero - Sunar



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Individuální a rodinné charakteristiky při užívání psychotropních látek u adolescentů

Studie ohodnocuje efekt individuální a rodinné charakteristik adolescentů při užívání psychotropních látek. V Evropě a zvláště v USA předepisují lékaři psychotropní preparáty i adolescentům. Toto pak prezentuje velký medicínský problém. Týká se následně nemocnosti těchto pacientů, zranění, narušení kvality života i mortality.

Sledovaný vzorek zahrnuje 2396 studentů ze dvou středních škol a ze dvou vysokých škol. Respondenti odpovídali na otázky týkající se rodu, věku, body - mass indexu, kouření, alkoholu, drog ale také unavitelnosti během dne, charakteristických rysů osobnosti a rodinného stavu. Prevalence užívání psychotropních látek pro bolesti hlavy, únavu, úzkost a poruchy spánku se pohybovala kolem 43%. Dvakrát tak vyšší jsou potíže u děvčat. Je patrná korelace mezi kouřením a rodinou. Když se zasáhne včas proti těmto nejruznějším negativním vjemům, je možné výrazněji snížit další riziko. Je evidentní vazba mezi užíváním psychotropních látek, kouřením a konzumací alkoholu, ale také je tato vazba více patrná u depresivně laděných jedinců. Závažná forma únavy u uživatelů psychotropních látek je globálním problémem. Někteří adolescenti, zvláště děvčata, řeší své nastalé problémy větší konzumací jídla. Obesita se projevuje v 16%, kouření ve 20%, konzumace alkoholu ve 37%, špatná rodinná atmosféra ve 28%, výrazná unavitelnost během dne ve 44% a nejruznější trápení ve 48%. Předráždění, jako reakce na úzkost, je patrná ve 38%. Prevalence psychotropních preparátů je vyšší u děvčat starších 17-ti let s tendencí k obezitě. Dále je patrný u těchto jedinců spánkový nepořádek a i narušení kognitivních funkcí, zvláště u těžkých současných kuřáků v depresivních stavech. Také alkohol se objevuje u velkého počtu depresivních jedinců. Je nesmírně důležité včas informovat rodiče dětí a adolescentů.

Eur.J.Pediatr. 2007, 166, 29-35.

Klinické, hormonální a jiné nálezy u 27 dětí s diabetes insipidus centralis

V práci autoři analyzovali klinické, auxologické, biologické a neurologické charakteristiky u 27 dětí s centrálním diabetes insipidus



(CDI). Střední věk stanovení diagnózy se pohyboval kolem 8,6 roku. Vlastní CDI je charakterizován větším volumem zředěné moči více než 2 litry/m²/den nebo 150 ml/kg/den v době po porodu nebo 100 ml/kg/den ve dvou letech nebo 50 ml/kg/den po dvou letech věku. Osmolalita je menší než 300 mOsmol/kg, z toho resultuje deficientní sekrece osmoregulačního vasopresinu. Jedná se o poměrně řídké onemocnění u dětí. Bez léčby však může resultovat s těžkou dehydratací, někdy zapříčiňující exitus, speciálně u kojenců. **Ukazatelé a symptomy jsou velmi variabilní. Diagnosa bývá stanovena mnohdy pozdě. Etiologicky je CDI heterogenní.** Může být familiární, kongenitální nebo získaná. Ve 30% získané CDI se nepodaří získat jednoznačnou etiologii a proto onemocnění je hodnoceno jako idiopatické. Klinické a biologické průběhy s opakovanými vyšetřeními pomocí nukleární magnetické resonance odhalují vývojové abnormality hypothalamo - pituitárních struktur, mnohdy intracranální tumor nebo histiocytozu z Langerhansových buněk. U těchto diagnóz je především důležité sledovat celý vývoj, který pak asociuje s hormonální patologií. V jejich souboru byla konečná etiologie v 7-mi případech infundibulo - hypofyzální narušení, u 8-

mi pacientů cerebrální tumor, uvedená histiocytosa pak ve 3 případech, septo - optická dysplasie u jednoho pacienta a octodermální dysplasie také u 1 a u 7-mi pacientů byla příčina idiopatická. Toto byly nálezy u chirurgicky revidovaných pacientů. Z klinických vyšetření pacientů s uvedenou dg. byly v popředí především **polyurie, polydypsie** u 20-ti pacientů, **nykturie** u 10-ti, **růstová retardace** u 9-ti a **bolesti hlavy** také u 9-ti. V asociaci s insuficiencí předního laloku hypofýzy s vlivem na somatotropní složku bylo toto dokumentováno u 11-ti pacientů. Z hlediska vyšetřování měli všichni pacienti, kromě jednoho, vyšetření CT a NMR. Jedna třetina idiopatických pacientů měla tlustý pituitární stonk. Všichni pacienti s idiopatickou formou byli dále intenzivně 32 měsíce vyšetřováni, včetně tumorových markerů a absolvovali NMR každých půl roku!!

U jednoho z nich se pituitární stonk normalizoval do 4 let. Jeden pacient s histiocytozou byl diagnostikován až po 7-mi měsících a další s maligním teratomem po 2,4 rocích. Dominující pro praktiky je kombinace polyurie a polydypsie při normálních glykemiích. V literatuře se uvádí, že z tumorů se jednalo většinou o craniopharyngeomy nebo germ-cell tumory. Na druhé straně prevalence idiopatických forem byla v % vyjádřena kolem 26%. Z hlediska úspěšnosti jsou diskrepance v pracích vysvětlitelné především včasnou diagnosou. Nepodařilo se prokázat autoimunní etiologii. **Asociace s polyurií a polydipsií má u těchto pacientů ve všech pracích velký význam. Také v popředí často uvádějí autoři k uvedeným symptomům růstovou retardaci, bolesti hlavy a oční příznaky patří k dalším symptomům.** Široká variabilní latence až do 4 let věku mezi iniciální manifestací a diagnózou CDI. Je patrný konstantní charakter tohoto obrazu na NMR, tj. přítomnost hyperintenzivního signálu. Dále také lze konstatovat, že absence tumorových markerů nevylučuje tumorosní proces.

Eur.J.Pediatr. 2007, 166: 43-49

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



Aktuality

■ Stále dražší vakcinace

Američtí pediatři začínají protestovat proti současné situaci v oblasti dětských vakcín. Kombinace stoupajících nákladů a zvyšujícího se počtu vakcín znemožňuje, aby měli v ordinaci všechny potřebné vakcíny, navíc pojišťovny často platí příliš málo, takže pediatři na vakcinaci svých pacientů prodělávají.

Část pediatrů proto odmítá nabízet nejnovější (a tedy také nejdražší) vakcíny. Někteří experti již varují, že pokud bude tento trend pokračovat, mohlo by dojít ke kolapsu celého národního imunizačního programu. Většinou se jako klasický příklad uvádí vakcína Gardasil chránící proti rakovině děložního čípku, která stojí 360 dolarů, nebo RotaTeq chránící proti rotavirum a stojící 190 dolarů. Merck & Co, který obě vakcíny prodává, tvrdí, že Gardasil má 70 % ordinací a RotaTeq 60 %.

Lékař vakcínu pouze aplikuje

Zhruba 85 % amerických dětí dostává nejméně jednu z vakcín v ordinaci pediatra, federální vláda či vlády jednotlivých států pak platí za zbytek vakcinací (asi 55 %), zejména u dětí z chudších vrstev. I tyto vakcinace se však provádějí u soukromých lékařů. Ti ale začínají na vakcinacích prodělávat, a tak buď nabízejí jen některé vakcíny, nebo vyžadují platbu předem, případně posílají pacienty do lékáren, ať si vakcínu koupí sami a potom přijdou jen na aplikaci. To je změna proti běžné praxi, neboť až dosud si vakcíny kupovali lékaři sami do zásoby. S podobným přístupem mají někteří pacienti špatné zkušenosti. Michele Rabito chtěla Gardasil pro svoji 15letou dceru a pokaždé musela do lékárny, která lék objednala. To znamenalo další dvoudenní zdržení, navíc vakcína stála o 65 dolarů více než v ordinaci.

Prodloužení splatnosti

Vedle narůstající ceny - v roce 1980 stála kompletní sada dětských vakcín 23 dolarů, zatímco dnes je to již 1600 dolarů - vzrostl i počet vakcín. Ve stejném roce 1980 sada obsahovala 7 injekcí a 4 orální dávky, dnes je to celkem 37 injekcí a 2 orální dávky (do věku 18 let). Vedle lékařů jsou však stále méně spokojeny i jednotlivé americké státy. Některé dlouho poskytovaly dětem veškerou imunizaci, většina z nich od toho ale již upustila. Důvod je jediný - prudce rostoucí náklady. Federální program Vaccines for Children, který hradí vakcinaci dětí z chudých vrstev, v roce 2000 platil 500 milionů dolarů, v loňském roce již 2,5 miliardy dolarů.

Nejhlasitějšími kritiky jsou však pediatři. Například větší pediatrická oddělení nemocnic mají běžně v ledničkách vakcíny v hodnotě 100 až 200 tisíc dolarů, a nevědí, jestli je všechny využijí. Ztrátové jsou především vakcíny proti chřipce, kterých buď není dost, nebo se koncem sezóny vyhazují. Dalším problémem je fakt, že zatímco lékař může svému nepojištěnému pacientovi účtovat kolikoli, u pojištěných pacientů je odkázán na to, co pojišťovna zaplatí. Některé kroky k nápravě již byly zahájeny, výrobci začínají prodávat vakcíny s delší splatností, často až 60 dnů, některé pojišťovny zase zvýšily platby.

■ Léky spojily své síly

Správná kombinace málo účinných antibiotik může pomoci pacientům, kteří bojují s mikroby odolnými vůči lékům.

Směs jen málo účinných léků může mít na původce chorob překvapivě razantní účinky. K tomuto na první pohled nelogickému závěru dospěl tým amerických vědců z Harvard Medical School vedený Royem Kishonym. Ve studii zveřejněné v týdeníku Nature tak odhalili poměrně nečekanou metodu boje s bakteriemi odolnými vůči antibiotikům.

Kishonyho tým testoval účinky kombinací různých antibiotik na bakterie *Escherichia coli*. Některé bakterie byly na antibiotika vnímavé, jiné měly dědičnou informaci upravenou tak, aby se dokázaly léku zbavit a odolávaly jeho působení.

Nadějně antibiotikum ze zkumavky

Antibiotikum Nisin znají vědci už déle než 40 let. Lék působí velmi razantně na původce nebezpečných infekcí, k nimž patří i listerie nebo bakterie vyrábějící ve špatně konzervovaných potravinách prudký „klobásový jed“ botulotoxin. Nisin tyto bakterie zabíjí tím, že proděraví stěny jejich buněk. Syntetická výroba léku je však složitá. Chemici musejí provést celkem 67 reakcí, než získají molekuly nisinu. V přírodě žijící bakterie vyrábějí nisin velmi jednoduše s pomocí dvojice enzymů.

Nedávno se americkým vědcům z University of Illinois podařilo napodobit přírodní produkci nisinu v laboratorních podmínkách. Výroba léku a jeho možných derivátů se tak výrazně přiblížila praxi. Americký chemik David Christianson z University of Pennsylvania označil tento objev za „trefu do černého v nekonečném hledání opravdu účinných antibiotik“.

Struktura enzymu, který lze využít k výrobě nisinu, je navíc příslibem pro léčbu některých nádorů. Z jeho struktury vědci vyčetli, že by mohl účinně blokovat některé změny nutné pro tvorbu rakovinných buněk.

Vědci vystavili bakterie antibiotikům doxycyklinu a ciprofloxacinu. Tato kombinace měla na bakterie výrazně slabší účinky, než když bakterie vzdorovaly každému léku zvlášť. Důvod této paradoxní reakce nebyl jasný. Když se vědci podívali podrobněji na složení vzdorující populace mikroobů, čekalo je velké překvapení.

Hodně záleželo na tom, v jakém poměru jsou oba léky smíchány. Pokud byla dávka doxycyklinu snížena ve prospěch ciprofloxacinu, v mohutně rostoucím bakteriálním společenství převládaly bakterie citlivé k antibiotikům. Kishony usoudil, že tento stav je výsledkem soupeření mezi dvěma kmeny bakterií, v němž získal navrch pro člověka méně nebezpečný kmen.

Mohli bychom nechat vybojovat podobný duel i mezi původci závažných onemocnění? Výsledky harvardských vědců naznačují, že je to schůdná cesta. V laboratorních podmínkách se podařilo tímto způsobem zdolat bakterie „zlatého stafylokoka“ *Staphylococcus aureus*, jejichž kmeny rezistentní k antibiotikům patří k původcům velmi nebezpečných a komplikovaných infekcí.

Z výsledků práce Kishonyho týmu vyplývá, že by pacienti nakažení bakterií odolnou k antibiotikům mohli být léčeni směsí antibiotik, složkou tak, aby pomáhala v množení bakterií, které jsou na antibiotika citlivé.

Tyto bakterie by vytlačily z organismu bakterie, jež antibiotikům odolávají a které nelze pomoci běžných léků zdolat. Následně by pacient dostal léky, které by jej zbavily „vítězné“ populace bakterií citlivé na antibiotika. Vše by proběhlo v duchu úsluví o mouřenínovi, který nejprve poslouží našim zájmům, a následně je hozen přes palubu.

Odborníci jsou přesvědčeni, že tato strategie by se mohla uplatnit při malých lokalizovaných nákazách rezistentními bakteriemi, kdy je infekce postižen třeba jen jeden pacient nebo jen nemocní z jednoho nemocničního pokoje.

Odborníci však varují, že hledání té správné kombinace antibiotik nebude pokaždé zcela jednoduché. Pro nemocné nemusí být celý postup dostatečně rychlý. Navíc nelze vyloučit, že se odolné kmeny bakterií nakonec naučí vzdorovat i této strategii léčby. Ani pak nebudeme proti bakteriálním chorobám zcela bezbranní.

„Antibiotika se nepromění v bezcenné léky,“ říká v komentáři pro časopis Nature britský mikrobiolog Edward Feil z University of Bath. „Stále tu



bude dost a dost bakterií, které na ně zůstanou citlivé. Ale budeme se muset naučit žít i s těmi, které jsou antibiotikům odolné. Neexistuje způsob, jakým bychom se těchto bakterií v dohledné budoucnosti zbavili.“

Zvířata, lidé, nemoci

Zvířecí nemoci se mohou rozšířit i na lidi - a pak mohou umírat miliony. Dnes Evropě hrozí nejen další chřipková epidemie, ale i další nové choroby zvířat.

I zvířata mají své nemoci. Slintavku a kulhavku, chřipku, mor. Čas od času v hospodářských chovech přerůstají v epidemie. Pro lidi neznamenaají jen ekonomické ztráty. Některé zvířecí choroby jsou přenosné na člověka. A pak ohrožují i lidské životy. Nejobávanější duo posledních let je nemoc šílených krav a ptačí chřipka. Do Evropy se však šíří i další dosud neznámé hrozby.

Západonilská horečka, která může být smrtelná i pro lidi. Africká nemoc koní. Katarální horečka ovcí, horečka z údolí Rift. To jsou infekční choroby zvířat, které působí obrovské ekonomické ztráty všude tam, kde se rozšíří. Dosud byly omezeny na území Afriky. Teď však hrozí i Evropě. Vzhledem k oteplování klimatu a rozšiřování obchodu totiž postupují rychle na sever. „Musíme být připraveni,“ varoval nedávno Christian Patermann z generálního ředitelství EU pro výzkum na půdě Ústavu Fridricha Löfflera (FLI), jednoho z nejslavnějších vědeckých veterinárních ústavů v Německu. Výzkum molekulární podstaty nových chorob, diagnostické testy, příprava vakcín, vybudování varovného systému a systému ochrany zvířat i lidí - to všechno teď čeká Evropu. „Evropské země by měly postupovat jednotně, pomáhat si navzájem a neťížit síly,“ dodal Patermann a zároveň představil nové evropské mezinárodní vědecké projekty, které by měly všechny tyto úkoly naplňovat. Například projekt EPIZONE, který je zaměřen na slintavku a kulhavku, ptačí chřipku, prasečí mor, ale i nové choroby, či NeuroPrion, který má soustředit dohromady vědce z celé Evropy na výzkum týkající se prionových nemocí.

Ostrov nakažených

Osamělý ostrůvek Rims na severu Německa je zvláštním místem. Až v osmdesátých letech jej spojila silnice se zbytkem světa, přestože zde od konce 19. století působil slavný výzkumný ústav. Vědci se sem přepravovali na lodích a před odjezdem domů je čekala řádná očista. Pracovalo se tu totiž s vysoce rizikovým materiálem. Zkoumaly se tu nakažlivé choroby zvířat, hledaly se léky a vakcíny k jejich potlačení.

Ústav založil roku 1898 Fridrich Löffler, objevitel viru slintavky a kulhavky. A na objevení podstaty nakažlivých nemocí zvířat se tu pracuje dodnes. Zde se soustřeďuje banka virů, bakterií i zmrazených vzorků nakažených tkání, sem putují z celého Německa všechny podezřelé kusy dobytka a uhynulí ptáci, aby se vyloučilo, nebo potvrdilo onemocnění BSE či ptačí chřipkou.

Vědecké týmy tu zkoumají slintavku, kulhavku, klasický mor prasat. Ale už také nové choroby, které překročily hranice Evropy. Například katarální horečku ovcí - modrý jazyk, jak se této chorobě také říká podle typického zmodránění jazyka zvířete v „posledním tažení“. Zatím se tato choroba drží spíše na jihu, její postup brzdí Alpy. Úplně poprvé se katarální horečka rozšířila v roce 2000 na Korsice, během několika let zasáhla Pyrenejský poloostrov a celé italské území. Objevila se náhle i ve Francii - a ukázalo se, jak je země nepřipravená. Žádní odborníci, žádné očkovací látky. Pro vakcínu bylo nutné poslat až do Jihoafrické republiky. Nemoc přenášejí tiplíci rodu *Culicoides*, virus se šíří mezi koňmi a hovězím dobytkem, napadá i ovce, kozy, ale i divokou zvěř. Nakažené zvíře navíc vypadá dlouho na pohled zdravě. Než mu zmodrá jazyk.

Letos na konci léta veterináři ohlásili už i první případ v Holandsku, Belgii a na severu Německa. V Ústavu Fridricha Löfflera již umějí chorobu pomocí molekulárních technik bleskově diagnostikovat a zkoumají cesty přenosu viru v nových podmínkách a oblastech. Její šíření bude pod-

le všeho pokračovat. Jedinou dobrou zprávou je, že se člověk touto chorobou nemůže nakazit.

Západonilská horečka útočí pro změnu především na koně. Tato nemoc, kterou rovněž přenáší komár, však může u lidí způsobit těžké epidemie. Tak jako v letech 1996-1997 u Bukurešti (asi padesát úmrtí) a v posledních letech ve Spojených státech. Horečka z údolí Rift, která rovněž postihuje ovce, se zatím z Egypta nerozšířila. Má však rovněž tendenci postupovat na sever.

Všechny tyto nemoci existovaly vždy, ale byly považovány za výhradně tropické. Do budoucna, se změnami klimatu, nás mohou ohrožovat i nemoci hospodářských zvířat, které byly dosud vnímány jako exotické, upozorňuje chovatele i Státní veterinární správa ČR na svých stránkách. „Lidé se však bát nemusí,“ uklidňuje tiskový mluvčí Josef Duben, „u nás je příznivá nakažová situace, zvířata jsou u nás chována ve zcela jiných podmínkách než v jihovýchodní Asii a případná nákaza je rychle řešitelná. Navíc tu již od dob Rakouska-Uherska funguje veterinární správa na vysoké úrovni.“

Záhady šílených krav

Výzkum však dál pokračuje i u chorob, jejichž nebezpečí je snad už za zenitem. První je nemoc šílených krav. Lidí nakažených touto zrádnou prionovou nemocí, při níž dochází k přeměně mozku v „houbu“, naštěstí nepřibývá, ubývá i nakažených kusů dobytka. Díky zákazu zkrmování masokostní moučky a pečlivé kontrole stád se snad podařilo dalším epidemiím zabránit. Nemoc sama však pořád zůstává záhadou. „Nyní se zdá, že existuje i jiný zdroj nákazy než masokostní moučka,“ říká Anne Buschmannová, která vede výzkum BSE a zároveň koordinuje společný evropský projekt NeuroPrion. Uvažuje se o tom, že priony přetrvávají v půdě. Další otázkou zůstává, jak se dostává prionová nákaza z potravy do mozku.

Před dvěma roky zahájili badatelé z FLI na toto téma výzkum. Priony z kontaminované masokostní moučky vpíchlí 56 kravám do jazyku. Postupně krávy zabíjejí a sledují, zda a za jak dlouho propukne nákaza, kterými cestami se priony v těle šíří do mozku. Vědci už prozkoumali 1400 vzorků tkání. Objasnili, že nákaza může putovat ze stěv přes nervové uzliny a nervová spojení do míchy a mozku, nákazu však může šířit i bloudivý nerv. Zároveň zde vyvinuli transgenní myši, které jsou vůči BSE desetitisíckrát citlivější než myši normální a desetkrát citlivější než hovězí dobytek. Genově upravené myši badatelům ukázaly, že priony obsahuje i sítnice, oční nerv, slezina, lícni a sedací nerv.

Výzkum zdaleka neprobíhá jen v tomto ústavu a rozhodně nekončí - zrovna nedávno se objevily nové vědecké publikace o tom, že v infikované buňce patrně dochází k jakési spolupráci mezi priony a viry. Dalším směrem bádání budou i případné genetické dispozice k onemocnění. Proč se některé krávy po prionové injekci vůbec nenakazily a jiné ano?

Je tu nový útok chřipky

Letošní podzim se zatím obešel v Evropě bez dalších případů nákazy smrtícím virem ptačí chřipky H5N1. Odborníci na infekční choroby již nepředpokládají, že zrovna tento kmen chřipky bude mít sílu zmutovat a způsobit smrtící epidemii mezi lidmi. Přesto výzkum musí usilovně pokračovat. Evropská unie vydělila na výzkum ptačí chřipky 28,3 milionu eur, financuje 17 mezinárodních projektů, jejichž cílem bude výzkum zvířat i lidí - a vyvinout lepší a rychlou diagnostiku, propojený varovný systém a nové a lepší vakcíny. „Virus H5N1 dosud nezmizel ze scény,“ upozorňuje šéf laboratoře pro výzkum ptačí chřipky FLI Timm Harder. Jeho slova potvrzuje nová zpráva z minulého týdne: objevil se nový druh ptačí chřipky, která infikuje lidi i zvířata a pravděpodobně je odolná vůči současným vakcínám. Novou variantu způsobuje fuťenský virus H5N1 (pochází z čínské provincie Fu-tien), který se liší od předchozích typů viru H5N1 pocházejících z Vietnamu a Hongkongu. Virus se již šíří, zasáhl Laos, Malajsii, Thajsko, nakazili se i první lidé. Není tak zabíjäcký jako předchozí varianta. O to hůř. Větší počet nakažených, ale dosud zdra-



vých ptáků znamená větší riziko pro člověka. Virus bude mít víc času zmutovat do podoby přenosné z člověka na člověka. Zatím pro to neexistují důkazy, ale bude třeba proti tomuto typu chřipky urychleně vyvinout vakcínu.

Dosud byly tyto nákazy omezeny na území Afriky. Teď však hrozí i Evropě.

■ Nebezpečné prášky z rukou lékařů

Z výzkumů plyne, že léky jsou čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí pacientů v nemocnicích. Podle odhadů v Česku zemře ročně až čtyři tisíce lidí kvůli nevhodným kombinacím léků. Jak se bránit? Problém zatím nikdo neřeší.

Když neřeknete lékaři, co všechno berete za léky, můžete kvůli dalšímu receptu, který vám předepíše, skončit v nemocnici se selháním jater. Ne hned, třeba až za pět let. Ale jde o diagnózu, na kterou se umírá.

Není to plané varování. Z výzkumů plyne, že léky jsou čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí pacientů v nemocnicích. Nedávno v jedné norské nemocnici výzkumníci prozkoumali chorobopisy u 732 pacientů. A zjistilo se, že 133 z nich, tedy celých 18 procent, zemřelo v souvislosti s chybami v předepisování či v podávání léků.

Lék však může ublížit i jinak a nemusí to rovnou skončit smrtí. Také v Česku už existují čísla, jak léky mohou ubližovat.

„Když se data získaná z pětileté studie na více než sto tisících pacientů pojišťovny Škoda Mladá Boleslav přepočítají na ostatní pojištěnce, tak se ukazuje, že s těmi nejzávažnějšími kontraindikacemi léků (nežádoucí vzájemné ovlivnění léků - pozn. red.) se v Česku každý rok musí rvát tělo dvaceti tisíc lidí,“ říká Josef Suchopár z firmy InfoPHARM, která analýzu spolu s pojišťovnou provedla. „Byl tam i pacient-rekordman, který v průběhu pěti let měl předepsané léky, které v 600 případech působily ‚proti sobě‘. Ale přežil, člověk vydrží hodně. Taky je možné, že řadu z těch léků neužíval, že je doma vhodil do krabice a zavřel do skříně,“ vypráví Suchopár.

Účinky léků se násobí

Jednou z nejčastějších chyb je, že pacienti berou léky, které mají stejnou účinnou látku, ale pokaždé zabalenou v léku s jiným názvem. Na trhu je přes devět tisíc medikamentů, takže lékaři často ani netuší, že pacientovi předepisují totéž. Týká se to hlavně léků na srdce, na cholesterol, na vysoký tlak...

„Výzkum ukázal, že řada pacientů brala zároveň i tři léky se stejnou účinnou látkou. Což znamená, že se jejich tělo muselo potýkat s několikanásobně vyšší dávkou, než by měli dostat,“ podotýká Suchopár.

Ze studie také vyplynulo, že nevhodné léky braly i těhotné ženy. Nejvíce léků, které se vzájemně nesmějí užívat, však užívali starší lidé. Není divu - podle statistik každý senior nad 65 let polyká průměrně 9 a půl pilulky denně.

„Každý desátý recept je spojen s nějakým problémem. Nejčastěji jde právě o nevhodné kombinace léků, ale i o nevhodnou dávku a podobně,“ dodává Suchopár.

Lékaři a odborníci si problém uvědomují. Jen jej neřeší. Existuje sice počítačový program, který si pamatuje všechny nevhodné kombinace léků a dokáže na to lékaře upozornit, pokud se je chystá předepsat. Pomoc to je, ale ne stoprocentní. Potíž je, že kardiologovi jeho počítač neprozradí, co pacientovi den předtím předepsal třeba psychiatr.

„Pomocí jsou internetové zdravotní knížky, kam každý lékař může nahlédnout a vidět, co pacient bere. Jenže ty nemá zdaleka každý pacient,“ říká místopředseda Sdružení praktických lékařů Jan Jelínek.

U nás má takovou knížku přes milion lidí. Jde o dobrovolné umístění zdravotní dokumentace do zabezpečeného „skladiště“ na internetu, kam smějí lékaři nahlížet, i když pacient je v bezvědomí nebo neví, co bere.

„Lepší ale bude, když pacienti nebudou moci bezhlavě cestovat po léka-

řích. Mělo by to být možné ve většině případů jen s poukázkou od praktického lékaře. A ten si pak už pohlídá, co kolega jeho pacientovi naordinoval,“ míní Jelínek.

Kromě toho by podle něho měly víc pracovat pojišťovny. „Už teď musí každý ambulanti specialista, když chce proplatit léčbu pacienta, nejdřív hlásit jeho praktickému lékaři, co s ním prováděl. Jenže se to neděje. Kdyby pojišťovna řekla, že bez toho léčbu neproplatí, vypadalo by to jinak,“ dodává Jelínek.

Dlouholetý prezident České lékařské komory David Rath zase navrhuje, aby pojišťovny nakoupily software, který by používaly v propojení s lékárnami. A když by systém zahlásil, že pacient by měl dostat nevhodný lék, vrátil by ho lékárník zpět k lékaři pro jiný.

„Měly by se tím zabývat hlavně pojišťovny. Ony vidí, že někdo bere třeba dvacet prášků naráz,“ míní mluvčí ministerstva zdravotnictví Tomáš Cíkr.

Jak užívat léky, aby neškodily

Stop grapefruitové šťávy

Lék nikdy nezapijte šťávou nebo džusem z grapefruitu. Ta obsahuje látky, které mění vlastnosti vstřebávání léku a lék pak může ublížit nebo v lepším případě nezapůsobí tak, jak by měl.

Pozor na třezalku

Zdánlivě nevinná bylinka se nesnáší s řadou léků. V době léčby se vyhněte polykání třezalkových dražé nebo pití třezalkového čaje.

Alkohol a léky

Že se léky nemají zapíjet alkoholem, je tak trochu mýtus. Ve skutečnosti je na trhu v Česku jen asi deset léků, které se s alkoholem nesnesou. Většinou jde o léky používané při protialkoholní léčbě - třeba antabus.

Kofein žaludku neladí

Když lék zapijete kávou, čajem nebo jiným nápojem, který obsahuje kofein či tein, můžete si podráždit žaludek. To je významné pro ty, kdo trpí vředy.

Zinek & spol.

Ani vitaminy a stopové prvky nejsou tak nevinné, jak se tváří: vzít si zinek, který posiluje imunitu, ráno na lačný žaludek znamená riskovat nevolností.

Násobení sil

Pozor je třeba si dát na léky, které sice mají jiný název, ale stejnou účinnou látku (prozradí to příbalový leták). Například známý acylpyrin obsahuje tutéž látku jako aspirin. Účinky léků se stejnou účinnou látkou bráných dohromady se však často nesčítají, ale násobí, což může poškodit zdraví.

Cholesterol a antibiotika

Vůbec nejčastější kontraindikace vznikají, když pacient užívá některé léky kvůli vysokému cholesterolu v krvi (a takových lidí jsou v Česku statisíce) a zároveň mu lékař dá antibiotika. Tento „koktejl“ má v mnohých případech řadu negativních účinků. Kdo bere léky na snížení cholesterolu, měl by zpozornět, když mu lékař chce předepsat antibiotika.

■ Bude Česko bez zubařů?

Stomatologové se obávají, že mladí zubaři nestačí nahradit ty starší.

Na ošetření u zubaře se stojí nekonečné fronty. Lidé s opuchlými tvářemi marně hledají pomoc...

Tak bude podle šéfa stomatologické komory Jiřího Pekárka vypadat zdravotní péče v roce 2022. Tedy pokud se nezvýší počet absolventů stomatologie a lidé se nebudou o zuby starat lépe.

Podle analýzy, kterou si zubaři nechali vypracovat, hrozí, že za patnáct let bude na jednoho zubaře 2255 pacientů. Analýzu pro Českou stomatologickou komoru vypracovali statistici z Vysoké školy ekonomické v Praze.

Zubní péče je už dnes na mnoha místech v zemi nedostatkovým zbožím.



Podle komory to však zatím není tak vážné. V Česku ordinuje zhruba sedm tisíc zubařů a na každého připadá 1500 pacientů.

„V Evropě se tak ocitáme někde uprostřed. Nezačneme-li jednat, bude za patnáct let zubařů o dva a půl tisíce míň,“ říká Pekárek. Nejpočetnější skupinu dentistů totiž tvoří lékaři padesátníci, kteří postupně odejdou do důchodu. „Pak bychom se v počtu obyvatel na jednoho lékaře přidili například k Rumunsku, kde je situace kritická už nyní,“ líčí Pekárek. A nabízí řešení.

Klíčové jsou podle něj tři věci. „Nejprve je nutné pokusit se změnit strukturu péče. Nová profese zubních preventistů by například mohla uvolnit ruce zubařům v oblasti ochrany zubů,“ vysvětluje.

Chce také lidi víc motivovat k péči o chrup. „Navrhujeme například, aby byly plomby a čištění zubních kanálků vyjmuty ze seznamu hrazených úkonů,“ říká Pekárek. Věří totiž, že šetrnost lidí povede k důkladnějšímu čištění zubů.

Studentů je málo

„Nejdůležitější je ale zvýšení počtu zubařů,“ zdůraznil Pekárek. Lékařské fakulty loni přijaly 300 studentů stomatologie, a to je podle něj žalostně málo. Ministryně školství nabízí navýšení o 20 procent ročně, to by však problém řešilo jen zčásti. Fakulty navíc volají, že na to nemají dost peněz. Budoucí zubaři totiž patří k nejdražším studentům.

„Zvýšení počtu absolventů vidím také jako jediné řešení, ale chybějí nám peníze a kvalitní pedagogové,“ říká Jiří Mazánek, přednosta Stomatologické kliniky 1. lékařské fakulty v Praze.

Ministerstvo dává na jednoho studenta ročně 120 tisíc korun. „V realu nás však stojí až 200 tisíc. Takže nemocnice na každého studenta doplácí už nyní,“ dodává Mazánek. Výchovu budoucích dentistů by mělo podle něj cíleně dotovat i ministerstvo zdravotnictví.

Zubaři a pacienti

Počet pacientů na jednoho zubaře

2006	1510
2022	2255*
2022	1903**

Věk zubařů

30 %	50-54 let
13 %	nad 60 let
Průměrný věk	48,7 roku

* Odhad, zůstane-li vše při starém

** Pokud o pětinu přibude absolventů

Analýza a prognóza VŠE, ČSÚ

Lékaři nechtějí ordinovat v domovech důchodců

Radní v některých českých městech řeší vážný problém. Nemohou totiž sehnat lékaře, který by ordinoval v domově důchodců. A to i přesto, že za péči o staré lidi pojišťovny vyplácejí praktickým lékařům vyšší paušální částky než za mladší pacienty. Lékaři však tvrdí, že se jim péče o důchodce v domovech nevyplatí. Sice dostanou více peněz za pacienta, zároveň ale mají s jeho léčbou více nákladů a také celkově více práce.

„My máme ze zákona povinnost zajistit v domovech důchodců lékařskou péči. Zákon už ale neříká, kde máme vzít lékaře, který by tuhle práci byl ochoten dělat,“ říká českobudějovický radní Rudolf Vodička. Město podle něj už dlouho marně shání doktora do jednoho z domovů, v němž současný lékař v létě odchází do důchodu. „Obrátili jsme se na pojišťovny, na Českou lékařskou komoru, ptáme se lékařů osobně. Bez úspěchu,“ stěžuje si Vodička. Podobné problémy přitom podle něj čekají i další městem zřizované domovy důchodců, v nichž současní lékaři budou postupně končit. „Nemáme za ně náhradu a vůbec nevíme, jak tuhle situaci řešit,“ tvrdí radní.

Důchodci v domovech nejsou kvůli svému zdravotnímu stavu v mnoha případech schopni za lékařem docházet. Proto jim zřizovatel údajně ze zákona musí zajistit odbornou péči přímo v místě. To znamená, že do domova dochází praktický lékař, který má kromě této práce ještě zpravidla praxi v jiném obvodu. V případě, že dnes některý z takových lékařů končí, zájemci o převzetí jeho pacientů v domovech důchodců prakticky neexistují.

„Nikdo to nechce dělat. S nadsázkou řečeno jde totiž o více práce za méně peněz,“ řekl LN předseda České lékařské komory na Českobudějovicku Ota Mach.

Důvod je podle něj jednoduchý. Praktičtí lékaři dostávají od pojišťoven takzvané kapitační platby za každého registrovaného pacienta, odstupňované podle jeho věku.

Zatímco například za čtyřicetiletého člověka lékař dostane měsíčně paušál ve výši 36 korun, za osmdesátiletého více než trojnásobek.

Zároveň pojišťovny vyplácejí lékařům i některé, přesně stanovené výkony navíc. Platby za ně, stejně jako maximální možná částka za předepsané léky jsou ale omezené.

„Náklady na léčbu starších lidí jsou v průměru pochopitelně mnohem vyšší než u mladších ročníků. A když si to pak spočítáte, musí na léčbu lidí v domovech důchodců lékař vlastně doplácet,“ tvrdí Mach.

Systém plateb by se měl podle něj změnit minimálně v tom, že za klienty takových domovů pojišťovny budou platit více peněz než doposud, navíc padnou údajně nesmyslné limity na spotřebu léků a zdravotnického materiálu.

„Jinak nejen na Českobudějovicku, ale v celé republice hrozí, že domovy důchodců zůstanou bez lékaře,“ uvedl Mach.

Jeho slova potvrzuje i mluvčí České lékařské komory Michal Sojka. „Malý zájem lékařů o práci v těchto domovech se stává skutečně celorepublikovým problémem. Celkový systém plateb je špatný,“ tvrdí Sojka.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ale tvrdí, že lékaři, docházející do domovů důchodců, si už dnes mohou vyjednat s pojišťovnou pro tuto práci speciální podmínky.

„Je tam možnost navýšení limitů na léky, pro některé výkony limity vůbec neplatí,“ řekla LN mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jana Víšková. Za odmítáním práce v domovech tak podle ní mohou stát ještě jiné důvody než jen finanční.

Pojišťovna údajně navíc připravuje pro příští rok zvýšení odměn praktických lékařů, včetně těch, kteří se starají o klienty domovů důchodců. „Můžeme ale pochopitelně vyplácet jen tolik peněz, kolik máme k dispozici,“ uvedla mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Víšková.

„Náklady na léčbu starších lidí jsou pochopitelně mnohem vyšší, než u mladších.“

Pacienti mohou nahlížet do dokumentace

ČR se asi vyhne pokutě z Unie

Prezident republiky Václav Klaus včera podepsal novelu zákona o péči o zdraví lidu. Pacienti už tak mohou nahlížet do své zdravotní dokumentace.

ČR se asi vyhne pokutě od Evropské komise za to, že neměla svou legislativu v souladu s evropskou. Novela zákona už to napravila.

Platit bude dnem zveřejnění ve Sbírce zákonů. Mluvčí ministerstva zdravotnictví Tomáš Cikrt odhaduje, že by se tak mělo stát „maximálně do 30 dnů“.

Podle novely zákona pacienti už mají právo nahlížet do své zdravotní dokumentace a pořizovat si z ní výpisy.

Zároveň mohou určit z okruhu svých příbuzných nebo jiných osob lidi, kterým budou lékaři poskytovat informace o jejich zdravotním stavu.

Pacient má zároveň právo vysloveně určit, komu tyto informace být po-

Zdravotnické noviny - kupon



skytnuty nesmějí.

Zákon také počítá s tím, že lékař by mohl částečně omezit přístup k informacím ze zdravotní dokumentace dítěte těm rodičům, kteří jsou podezřelí ze zneužívání nebo týrání svého potomka. Novela zákona také harmonizuje české a evropské podmínky pro působení lékařů z ostatních zemí EU v Česku. Lékaři-cizinci, kteří v ČR pracují, už nebudou platit členské příspěvky profesním komorám, tedy lékárnické, lékařské a stomatologické. Budou mít status tzv. hosta. To znamená, že českým stavovským komorám příspěvky platit nebudou, ale budou je platit dle své mateřské zemi.

Jak už jsme uvedli, v lednu Evropský soudní dvůr ČR odsoudil právě za to, že nesrovnala české zákony s podmínkou EU a vyžadovala, aby lékaři-cizinci českým stavovským komorám příspěvky platili.

„Výše pokutu stanovená nebyla, to je na komisi. Protože jsme ale rychle udělali nápravu, na 99 procent věřím, že pokutu Česko platit nebude,“ řekl Právu Cikrt.

Co se mění

Pacient má nově nárok nahlížet do své zdravotní dokumentace a požadovat z ní kopie. Zdravotníci musí žádosti o kopii či výpis vyhovět do 30 dnů. Může to být za peníze, jejichž výše nepřesáhne náklady na kopie. Až dosud lékař musí nemocného o zdravotním stavu informovat, ale nemusí mu poskytnout jeho kartu. Pacient z okruhu svých příbuzných nebo i mimo ně může určit lidi, které mají zdravotníci informovat o jeho zdravotním stavu a mají přístup k jeho zdravotní dokumentaci. Pacient může vysloveně zakázat, kdo nesmí do jeho dokumentace nahlížet. Pokud to nezakáže, mají po jeho smrti přístup k dokumentaci blízcí lidé. Ti mají také nárok na informaci o příčinách úmrtí a výsledku pitvy. Zakáže-li pacient, aby po jeho smrti měli příbuzní k jeho zdravotní dokumentaci přístup, pak budou mít nárok na informace o dědičných chorobách. To je důležité pro jejich případná onemocnění a možnosti jim předcházet.

VZP už platí lékařům včas

Příjmy zdravotní pojišťovny vzrostly meziročně o 9,5 miliardy korun

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) už platí lékařům včas, a zbavila se tak dluhů z minulosti. „Loňský příznivý vývoj hospodaření VZP pokračuje i letos. Vůči zdravotnickým zařízením nemáme žádné závazky po lhůtě splatnosti, a na rozdíl od minulých let platí VZP své faktury ve stanovených termínech,“ sdělila Právu ve středu Jana Víšková, mluvčí největší tuzemské zdravotní pojišťovny.

Důvodem dobrého hospodaření VZP za rok 2006 byl především růst příjmů pojišťovny, které meziročně vzrostly o 9,5 miliardy korun, tj. o 8,3 %. Podobně je tomu i v prvním čtvrtletí letošního roku.

„Celkové příjmy VZP dosáhly v prvním čtvrtletí letošního roku 32,729 miliardy Kč, což znamená proti stejnému období roku 2006 nárůst o 1,816 miliardy Kč, to je o 5,8 %. V přepočtu na jednoho pojištěnce tak bylo dosaženo příjmu 4987 Kč,“ uvedla Víšková.

Od zaměstnavatelů vybrala VZP v tomto období pojistné v celkové výši 18,834 miliardy Kč, což je o 1,542 miliardy více než ve stejném období roku 2006 (představuje to meziroční nárůst o 8,9 %). Vybrané pojistné v přepočtu na jednoho zaměstnaného pojištěnce pak dosáhlo částky 7324 Kč, což představuje meziroční nárůst o 518 Kč.

Od samoplátců (OSVČ a osob bez stálého zdanitelného příjmu) vybrala VZP 2,439 miliardy Kč, což znamená meziroční nárůst o 345 miliónů Kč (16,5 %). Vybrané pojistné od samoplátců v přepočtu na jednoho samoplátce dosáhlo částky 3337 Kč, což znamená nárůst o 477 Kč.

Podíl od státu a z přerozdělování, přidělený VZP správcem zvláštního účtu, dosáhl ve sledovaném období 2007 částky 11,456 miliardy Kč a byl ve srovnání se stejným obdobím 2006 nižší o 71 miliónů Kč (o 0,6 %).

I N Z E R C E

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

Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.

Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Nabízím místo asistenta

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD - menší obvod na Praze 5; převod praxe možný. Tel.: 777 132 194. Ev.č.: 48-02-06

Dětská lékařka hledá spolupráci

Dětská lékařka, 18 let praxe, hledá spolupráci s PLDD v Praze, případně pravidelné zástupy. I v nověji založených ordinacích - na pozdější odkup nepomýšlím. Tel.: 604 404 344, e-mail: jnze@seznam.cz Ev.č.: 67-10-06

Přenechám praxi v Praze 4

Přenechám zavedenou praxi PLDD v Praze 4. Termín dle dohody. Bližší informace na tel. čísle 272 770 630 po 18. hod. nebo na mobil 739 250 092. Ev.č.: 68-10-06

Hledám pediatra na zástup

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

Přijmeme PLDD na zkrácený úvazek

Přijmeme praktickou lékařku pro děti a dorost do ordinace v okrajové části Brna na zkrácený úvazek. Mobil: 603 269 541, tel.: 541 215 313, e-mail: B.MEDICA@MEDSHOP.CZ Ev.č.: 86-04-07

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra do soukromé ordinace na opakovaný i dlouhodobý zástup. Výborné podmínky. Ordinance Mělník nebo Štětí. Telefon: 731 234 535. Ev.č.: 88-05-07

Nemocnice Sušice PLDD

Nemocnice Sušice o.p.s. přijme: **praktického lékaře pro děti a dorost na dětský obvod a observační lůžka pro děti**

Požadujeme:

- atestaci I. st. z dětského lékařství
- osvědčení k výkonu lékařské praxe vydané ČLK

Nabízíme:

- nadstandardní pracovní a platové podmínky
 - možnost pracovního růstu
 - možnost ubytování na ubytovně nemocnice či přidělení služebního bytu
- Nástup dohodou.

Žádosti se stručným životopisem a kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání zasílejte v co nejbližším možném termínu na adresu:

Nemocnice Sušice o.p.s., sekretariát ředitele,

Pod nemocnicí 116/III, 342 01 Sušice

bližší informace na tel. č. : 376 530 216 - sekretariát,

376 530 220, 777 113 976 - MUDr. Choc, náměstek pro LP,

e-mail:sekretariat@nemocnice-susice.cz nebo choc@nemocnice-susice.cz,

www.nemocnice-susice.cz Ev.č.: 87-05-07

Česká spořitelna - Profesionál

Zentiva - Mucosin