

březen 2004 ■ číslo 3 ■ ročník 4

VOX PEDIATRIAE

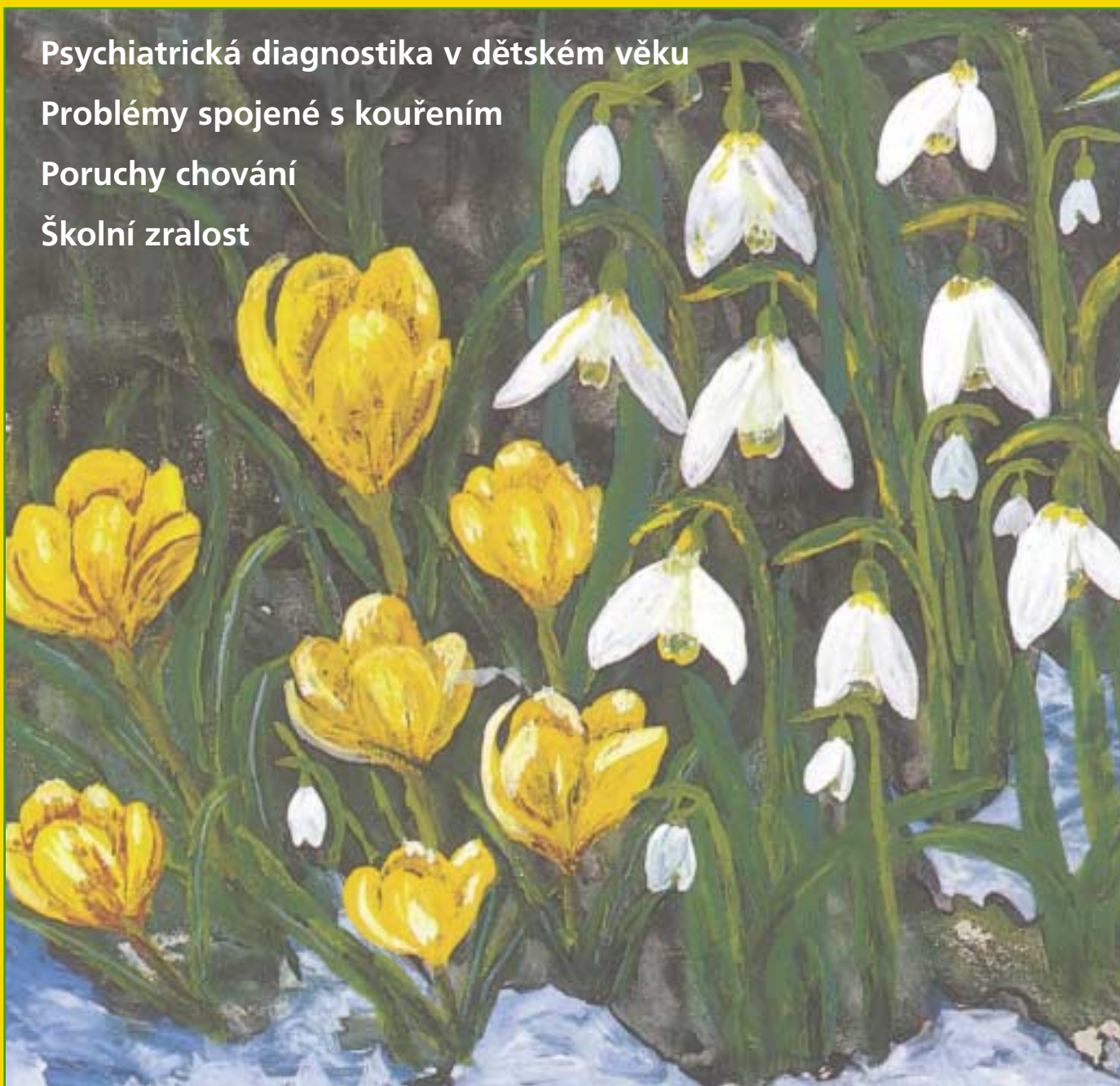
časopis praktických dětských lékařů

Psychiatrická diagnostika v dětském věku

Problémy spojené s kouřením

Poruchy chování

Školní zralost



ČESKÁ
SPORITELNA

ZENTIVA®



OSPDL ČLS JEP

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Časopis garantován

Sdružením praktických lékařů

pro děti a dorost ČR

zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem

ve spolupráci s Odbornou společností

praktických dětských lékařů ČLS JEP

zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku časopisu Děti a my.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Bc. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 065, GSM: 602 873 761 - jen pro inzerenty

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

vydavatelství

Adresa vydavatelství:

MEDIX Branická 141, 147 00 Praha 4

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc únor	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Potvrzování zdravotního stavu dětí...	6
K prodeji privátní lékařské praxe - 2. díl	7
Východiska pro cenová jednání na 2. pol. 2004	10
Medicínská orientace v EU	10
Používání motorového vozidla lékařem	11



MUDr. P. Žižka	
Psychiatrická diagnóza v dětském věku	14
MUDr. P. Hellerová, MUDr. P. Uhlíková	
ADHD - hyperaktivita s poruchou pozornosti	18
prim. MUDr. I. Hodková, prim. MUDr. E. Miklasová	
Poruchy chování	20
Problémy spojené s kouřením	22
MUDr. P. Hellerová, MUDr. P. Uhlíková	
Psychotická porucha podmíněná kanabionidy	26

PaedDr. J. Knoll	
Školní zralost a možnosti jejího posuzování	28

MUDr. P. Frühauf, CSc.	
Nové přídatky do kojeneckých formulí	31



Aktuality	34
Řádková inzerce	38



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namalovala nohama Angela Medved



Vážené kolegyně, kolegové,

řed více než rokem jsem nám všem přála mnoho úspěchů v roce 2003 a mimo jiné i věřila, že se naše dohoda uzavřená s Českou pediatrickou společností a Katedrou pediatrie IPVZ v prosinci 2002 stala dobrým odrazovým můstkem pro diskusi nad systémem vzdělávání PLDD. I přes kritiku, kterou jsme sklidili za to, že snad nad její rámec prosazujeme samostatný obor pro PLDD, dnes již většina nepochybuje, že jiná cesta k naplnění této dohody nebyla. Bylo nutné pochopit, že končí systém více atestací, že k výkonu určité profese, konkrétního oboru činí způsobilým

lékaře již jen konkrétní složená atestace. Za této situace je již zřejmé, že myšlenka jednoho společného oboru pro všechny dětské specializace je nemožná. Bohužel výsledkem tohoto principu zákona byl vznik příliš mnoha specializací, jejichž budoucnost ukáže až poptávka po těchto specializacích. Namátkou uvádím dětskou pneumologii, dětskou revmatologii, dětskou radiologii. Snaha reprezentantů těchto oborů je ale zřejmá a pochopitelná, tedy nutnost stvrdit danou specializaci konkrétní atestací.

V nyní probíhajících diskuzích na půdě IPVZ je tedy zřejmé, že nejvíce jasno mají ti, kdo již dlouho diskutovali. Je tedy jasno mezi námi, reprezentanty oboru PLDD a zástupci ČPS (zastupuje doc. Hoza) a katedrou pediatrie (doc. Novák). Diskutujeme obory praktické lékařství pro děti a dorost a dětské lékařství. Dětské lékařství (obor pro lůžkovou pediatrii) bude svou náplní základem dalších několika dětských specializací. Obor PLDD a obor dětské lékařství budou mít rovnocennou náplň v tříletém curricula (kmene), které svou náplní bude po obsahové stránce blízké náplni dnešní atestace z pediatrie prvního stupně. Po absolvování tříletého kmene se v oboru dětský lékař budou kolegové u lůžka vzdělávat jinak, než kolegové směřující do primární péče. Výslednou atestací se pak definitivně pojmenuje jejich specializace, bude to již jediné potvrzení, které bude požadováno při žádosti o provozování praxe v oboru praktický lékař pro děti a dorost.

Jednání stále probíhají, do poloviny měsíce března by měly být náplně oborů hotové a předány na MZ ČR. Znovu musím zdůraznit velmi věcnou a pracovní atmosféru. Kdykoliv slyším pochybnosti nad přijatým zákonem o vzdělávání, vždy přichází od lidí, kteří mají jen malé povědomí o této pracovní atmosféře a nebo se jen celkem správně jedná o kritiku té části zákona, která řeší zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Tady se domníváme, že bude muset nastat změna, kterou si vyžádají okolnosti obtížného praktického naplňování těchto ustanovení.

Shoda mezi pediatrickou obcí, reprezentující na těchto jednáních odborné společnosti, panuje také v otázce nepodkročitelného minima vzdělání z oblasti pediatrie pro obor rodinný lékař. Budeme požadovat splnění tříletého kmene totožného pro většinu oborů majících v názvu „dětské“.

Milí kolegové, podařilo se nám dokončit práci nad náplní oboru praktický lékař pro děti a dorost, otevírá se před námi veliké množství práce, jejíž uskutečnění konečně potvrdí smysluplnost nastoupené cesty. Je to velká výzva pro nás pro všechny a především pro školitele z řad PLDD, o jejichž existenci se již dnes v návrzích opíráme. Součástí dojednaného by měla být i vyřešená otázka financování vzdělávání, a to i úhrada práce našich školitelů. O výsledcích Vás budeme podrobně informovat na republikové konferenci OSPDL v průběhu letošního roku, kam budete všichni pozváni.

V Praze dne 12.3.2004

MUDr. Hana Cabrnová

Dětská mozková obrna

Dětský autismus

Neurologické komplikace boreliosis v dětském věku



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR
GlaxoSmithKline
HIPP
MEDICOM INTERNATIONAL
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
STIEFEL
UCB Pharma

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

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

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

Úterý
14,00 - 20,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
Středa
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnová
13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
Čtvrtek
17,00 - 19,00 - MUDr. Tomáš Soukup
10,00 - 13,00 - MUDr. Milan Kudyn



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc únor

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Únor se stal měsícem, ve kterém si naše rezortní ministryně vystavěla další pomníček. Vyhláška o náležitostech receptů opět patří mezi „perly“ naší legislativy. Potvrzuje se fakt, že se zásadně řeší zástupné problémy, navíc způsobem, který svědčí o hluboké neznalosti tvůrců o práci v ambulanci, zejména v ambulanci primární péče. Velmi zvláštní podpora tohoto druhu činnosti. Měsíc únor také přinesl schválení zákona o způsobilosti k výkonu povolání lékaře. V lecčems rozporuplná norma, pro nás však velmi důležitá. Praktický lékař pro děti a dorost se touto normou dostal na roveň základních medicínských oborů v našem státě. Tato skutečnost bezpochyby výrazně zasáhne i do činnosti našeho Sdružení. Ani únor však nepřinesl odpověď na otázku, kde vzít peníze na stále se zadlužující zdravotnictví. Reforma paní ministryně připomíná spíše pohádku o chytré horáky, neboť jde o tzv. reformu–nereformu atd.

Chronologický přehled:

3.2. – situace ve zdravotnictví si vyžádala další mimořádné jednání Koalice ambulantních zařízení – zápis zveřejňujeme na jiném místě.

4.2. – na MZ se uskutečnilo jednání nad projektem „Očko“. V minulém čísle jsme zveřejnili vyjádření MUDr. Slezáka z MZd na toto téma. Vzhledem ke skutečnosti, že i v tomto případě dochází k různým výkladům ze strany epidemiologických služeb znovu opakují. Začátkem března jsme měli předat informaci o stavu zásob v ordinaci v členění – název vakcíny a počet. Tím také naše aktivity v celém projektu končí. Pokud dostanete jinou informaci, nevychází z dohodnutých závěrů.

11.2. – na půdě ÚP VZP proběhlo jednání s ředitelem odboru zdravotní péče a ředitelem odboru revize. Jedním z bodů jednání byly i intervaly preventivních prohlídek a prevence u 19ti letých. Výsledkem je potvrzení skutečnosti, že VZP nemá zájem na neproplácení preventivních prohlídek, tzn. systém provede základní filtr, který odhalí preventivní prohlídky, které byly provedeny v čase kratším než 19 měsíců od poslední provedené preventivní prohlídky. Další po-

stup je provedení skutečné revize, tj. zjištění, proč k takové situaci došlo. Pokud nebude zkrácení uspokojivě vysvětleno, tj. zjistí se frekvence vyšší než ukládá příslušná legislativa, pak teprve může nastat neproplácení takového vyšetření. Jakýkoliv jiný postup je nutno rozporovat s odkazem na uvedené jednání. Obdobně bylo potvrzeno, že VZP proplatí preventivní prohlídku v 19ti letech provedenou praktickým lékařem pro děti a dorost, doporučuji z praktických důvodů tuto prohlídku provést před termínem 19tých narozenin.

12.2. – na půdě IPVZ proběhlo jedno z řady jednání na téma diskuse nad náplní kurikula specializačního vzdělávání. Schválením zákona o odborné a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře, ve kterém se historicky poprvé objevil praktický lékař pro děti a dorost jako základní obor, začala odborná diskuse také nad předatestačním vzděláváním našich budoucích kolegů.

17.2. – proběhla další z tiskových konferencí Koalice ambulantních lékařů, tentokrát dominovala novela vyhlášky o náležitostech receptů... Co více dodat, snad – přečtěte si přepis článku „Nesmrtelná teta“, který najdete na jiném místě

tohoto čísla časopisu.

17.2. – pracovní skupina našeho Sdružení, tzv. analytická komise, na svém prvním letošním jednání vytyčila cíle pro tento rok a zhodnotila svou činnost za rok uplynulý. Jelikož se jedná o vyložení interní materiál, budeme Vás seznamovat až s případnými výsledky činnosti této komise.

24.2. – na svém pravidelném jednání se opět sešla Koalice ambulantních lékařů, se zápisy z těchto jednání Vás pravidelně seznamujeme na stránkách našeho časopisu.

25.2. – proběhlo první kolo přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na 2.pololetí 2004. Ze strany pojišťoven byl předložen návrh na zachování výše úhrad dohodnutých pro již běžící pololetí první. Vzhledem k všeobecnému nárůstu cen však není tento požadavek pro nás akceptovatelný, že by se blížila první nedohoda? Naš požadavek s kalkulací a zdůvodněním zveřejňujeme na jiném místě.

27.2. – únor byl završen jednáním řídicího orgánu našeho Sdružení – Předsednictva.



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů

ze dne 3.2.2004

Přítomni: MUDr. Pekárek – ČSK, MUDr. Jelínek – SPL ČR, MUDr. Neugebauer – SPLDD ČR, MUDr. Tautermann, MUDr. Příbaň – SSL ČR, MUDr. Dvořák, MUDr. Stará – SSG ČR,

Hosté: PharmDr. Chudoba – Česká lékárnická komora

Program:

1. Stanovisko Koalice k protestním akcím ČLK
2. Koncepce zdravotnictví MZ ČR
3. Vyhláška č. 34/2004 Sb.
4. Hodnocení společné konference SZP ČR a Koalice
5. Strategie do roku 2006
6. Různé

1. Stanovisko Koalice k protestním akcím ČLK

Zástupci Koalice ambulantních lékařů projednali výzvu Dr. Davida Ratha k podpoře protestní akce 7. – 9. dubna 2004, adresovanou členům představenstev okresních sdružení. Nepovažují tento materiál za přímé oslovení Koalice, ponechávají proto na jednotlivých lékařích rozhodnutí, zda se k akci připojí, či nikoliv. Akci bude ze strany ambulantních lékařů vyjádřena podpora stejnými slovy, jakými podpořil Dr. Rath lednovou protestní akci Koalice.

2. Koncepce zdravotnictví MZ ČR

Podle informace Dr. Pekárka mají VZP, SZP ČR, Odborový svaz zdravotnictví a soc. péče a Unie zaměstnavatelských svazů na koncepci zdravotnictví vypracovanou MZ ČR názor shodný s názorem ambulantních lékařů. Jde o neucelený kompilát, který je jako celek nepřijatelný. Vzhledem k tomu, že vláda jeho projednávání, původně plánované na sobotu 31. 1. 2004 odložila, dohodli se zástupci Koalice přесunout tiskovou konferenci Koalice k tomuto tématu na dobu, kdy budou k dispozici podklady, ke kterým bude možno se vyjádřit.

3. Vyhláška č. 34/2004 Sb.

Při přípravě textu vyhlášky č. 34/2004 Sb., kterou se od 1. 2. 2004 mění vyhláška č. 343/1997 Sb., stanovující způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, nebylo přihlédnuto k připomínkám odborné veřejnosti. Její dodržování znamená další administrativní zátěž pro lékaře a vytváří mezi lékařem a pacientem atmosféru nedůvěry. SPLDD ČR a SPL ČR připravily text Petice, ve které žádají Ministerstvo zdravotnictví ČR, aby ustanovení vyhlášky, týkající se povinnosti vyznačovat na receptech způsob úhrady léčiv symboly I, C, P a průpisy všech receptů archivovat ve zdravotnické dokumentaci, zrušilo.

Ostatní zástupci Koalice text Petice podpoří a formou tiskové zprávy budou o této skutečnosti informovat média. V souvislosti se situací, která vznikla kolem této vyhlášky, připomněl Dr. Neugebauer nutnost prosadit, aby ambulantní lékaři byli oslovováni při tvorbě nové zdravotnické legislativy.

4. Hodnocení společné konference SZP ČR a Koalice

Společná konference byla úspěšná, na tiskovou konferenci po jejím skončení budou navazovat tiskové konference v jednotlivých krajích. S hejtmanem Plzeňského kraje MUDr. Petrem Zimmermannem bylo dohodnuto, že první tisková konference bude zorganizována v Plzni. Při přípravě tiskových konferencí je třeba spolupracovat s pojišťovnami, které budou TK v jednotlivých krajích organizovat.

5. Strategie do roku 2006

V roce 2006 bude končit platnost rámcových a individuálních smluv se zdravotními pojišťovnami. Je třeba vypracovat dlouhodobý plán postupu Koalice. V souvislosti s tímto bodem Informoval Dr. Tautermann o dodatcích, rozesílaných specialistům OZP a problémech při jednání s touto pojišťovnou.

Pokud některá z organizací, sdružených v Koalici, neuspěje při jednání o svých požadavcích s některou ze zdravotních pojišťoven, může se s žádostí o podporu obrátit na Koalici. Ta po projednání písemných podkladů o případné podpoře rozhodne.

Dr. Pekárek navrhl dohodnout se na textu prohlášení adresovaného pojišťovně. V případě, že zdravotní pojišťovny budou vydávat dodatky, jejichž obsah nebyl projednán s jednotlivými segmenty, vystoupí proti nim Koalice stejným způsobem jako začátkem ledna proti MZ ČR.

6. Různé

■ O spolupráci s Koalici ambulantních lékařů projeví zájem Unie zaměstnavatelských svazů. Zástupci Koalice se rozhodli o podmínkách spolupráce s Unii jednat.

■ V souvislosti s novelou zákona o účetnictví se objevil problém, jakým způsobem vést účetnictví ve zdravotnických zařízeních, spadajících podle novely vyhlášky do kategorie fyzických osob, kterým povinnost vést účetnictví ukládá zvláštní právní předpis (v případě ZZ zákon č. 160/1992 Sb.). Podle poslední informace schválil Senát vypuštění bodu, podle kterého jsou ZZ povinna vést účetnictví, z výše zmíněného zákona. Pokud tuto změnu schválí i PSP ČR, povedou ZZ pouze účetní evidenci. Je třeba oslovit známé poslance a přesvědčit je, aby hlasovali pro vypuštění.

7. Harmonogram dalších jednání

Termíny schůzek Koalice:

- | | |
|--------|------------|
| 24. 2. | 17.00 hod. |
| 23. 3. | 17.00 hod. |
| 27. 4. | 17.00 hod. |
| 25. 5. | 17.00 hod. |
| 22. 6. | 17.00 hod. |

Zapsala:
Mgr. Zina Sladkovská

Potvrzování zdravotního stavu dětí pro účely školy v přírodě a jiných školních aktivit dětí

Mgr. Jakub Uher

Zákon č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví skutečně v ustanovení §9 ukládá základní škole a předškolnímu zařízení podmínku pro účast dítěte na škole v přírodě mít doklad o zdravotní způsobilosti dítěte. Posouzení má skutečně provést registrující praktický lékař pro děti a dorost. V posudku má být uvedeno, zda se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním nebo má doklad, že je proti nákaze imunní nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Prováděcí právní předpis má upravit vzor tohoto posudku, ovšem podle mých informací tento předpis (vyhláška) doposud nebyl vydán.

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte má skutečně platnost po dobu jednoho roku od data vystavení, pokud během této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti dítěte.

Pravdou je také to, že školy často chtějí v rámci posudku vyjádření i o způsobilosti k jiným aktivitám (sport, letní tábor, lyžařský výcvik apod.).

O smysluplnosti výše uvedených ustanovení zákona nemá smyslu příliš diskutovat.

Jako praktický postup doporučuji následující:

Pokud zákonní zástupci dítěte požádají o výše uvedený posudek (nebo konečně i o posudek jiný), lékař tento vystaví a posouzení provede samozřejmě ke dni vystavení posudku a toto v posudku uvede (např. tedy ke dni je pacient zdravotně způsobilý absolvovat školu v přírodě). To, že zákon určuje platnost posudku pro tento účel na dobu 1 roku, nic nemění na skutečnosti, že posuzován je zdravotní stav k danému dni, a ani nemůže založit odpovědnost lékaře za případné změny zdravotního stavu pacienta v průběhu roku.

Poukazuji na skutečnost, že jde o výkon nehrazený z veřejného zdravotního pojištění ve smyslu ustanovení § odst. 9 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a tudíž hradí výkon osoba, která posudek vyžaduje.

Shrnou-li tedy, pokládám za podstatné ve vyjádření (posudku) vždy uvést k jakému dni posouzení zdravotního stavu k dané činnosti proběhlo.



K prodeji privátní lékařské praxe: daňový pohled - 2. díl

Tento příspěvek by se měl pokusit nastínit řešení daňové problematiky související s prodejem privátní lékařské praxe a to **výhradně z pohledu kupujícího**.

Předpokládáme, že kupující je fyzická osoba podnikající podle zvláštních předpisů a účtující v soustavě jednoduchého účetnictví. Přitom není plátcem daně z přidané hodnoty.

■ Vazba na daň z příjmů

Při nabytí (koupi) lékařské praxe nabyvatel (kupující) zaúčtuje kupní cenu v okamžiku uhrazení jako **výdaj neovlivňující základ daně**. Následně bude o jednotlivých majetkových složkách, kterých nabyt, případně i o pohledávkách a závazcích, které převzal, **účtovat mimo peněžní deník**.

V peněžním deníku se totiž účtuje zásadně a výhradně jen a pouze o peněžním hospodaření. Uplatnění jednotlivých výdajů souvisejících s koupí lékařské praxe (podniku) jako výdajů daňově uznatelných se uskuteční v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob. Bude se jednat o tzv. **započtené výdaje**.

■ Nabytý majetek

Z daňového hlediska bude významné na jakých principech (z jakých konkrétních položek) bude sestavena kupní cena. Kupující může teoreticky volit z následujících tří variant:

1. Pokud má k dispozici ceny jednotlivých složek souboru majetku, pak může účtovat o nabytí majetku bez opravné položky k nabytému majetku. Ceny jednotlivých složek souboru majetku budou zpravidla ceny sjednané a uvedené v kupní smlouvě nebo v jejích přílohách. Účtovat o nabytí majetku bez opravné položky v tomto případě znamená uplatnit tyto položky jako tzv. **započtené výdaje** (daňově uznatelné) v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob.

2. Pokud kupující nemá k dispozici ceny jednotlivých složek souboru majetku ve sjednaných cenách, pak **může** zvolit postup, že zaúčtuje jednotlivé složky souboru majetku v **zůstatkových cenách** prodávajícího. Současně bude účtovat o opravné položce k nabytému majetku.

Opravná položka bude v tomto případě rozdíl mezi kupní cenou souboru majetku jako jednou částkou a souhrnem ocenění jednotlivých složek souboru majetku v účetnictví prodávajícího (sníženým o převzaté závazky). Přitom předpokládáme, že rozdíl bude kladný. Bude se proto jednat o opravnou položku aktivní povahy. Ta bude po-

stupně rozpouštěna do daňově uznatelných výdajů formou započtených výdajů v daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob.

Dle ustanovení § 23 odst. 15 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů v platném znění se tato aktivní opravná položka zahrnuje do daňově uznatelných výdajů rovnoměrně během 180 měsíců, a to v poměrně vyšší připadající na počet měsíců v příslušném zdaňovacím období.

3. Pokud kupující nemá k dispozici ceny jednotlivých složek souboru majetku ve sjednaných cenách, pak **může** zaúčtovat jednotlivé složky souboru nabytého majetku v cenách získaných dodatečným **individuálním přeceněním na základě posudku znalce**. Současně bude účtovat o opravné položce k nabytému majetku.

Opravná položka bude v tomto případě rozdíl mezi kupní cenou souboru majetku jako jednou částkou a souhrnem individuálně přeceněných jednotlivých složek souboru majetku na základě posudku znalce (sníženým o převzaté závazky).

Kupující může majetek dodatečně individuálně přecenit na základě posudku zpracovaného znalcem nejpozději do termínu uzavírání účetních knih. Pokud od nabytí majetku do uzavírání účetních knih neuplynou tři měsíce, lze přecenění provést i v následujícím zdaňovacím období.

Dodatečné přecenění se musí týkat veškerého nabytého majetku s výjimkou peněžních prostředků a cenin. Opětovně předpokládáme kladný rozdíl a tedy aktivní opravnou položku s dobou odepisování do daňově uznatelných výdajů rovnoměrně po dobu 180 měsíců.

V závislosti na zvoleném způsobu ocenění uplatní kupující následující daňově uznatelné výdaje související s nákupem lékařské praxe:

■ **Aktivní opravná položka** rovnoměrně během 180 měsíců, a to v poměrně vyšší připadající na počet měsíců v příslušném zdaňovacím období.

■ **Cena** koupí lékařské praxe nabytých **zásob** a cena majetku, který nesplňuje kritéria pro zařazení do hmotného investičního majetku a který byl nabyt v rámci koupě lékařské praxe.

■ **Cena** v rámci koupě lékařské praxe nabytých cenin.

■ **Odpisy** odepisovaného **majetku** nabytého v rámci koupě lékařské praxe.

■ **Poměrná část** nájemného u finančního **leasingu**, který v rámci prodeje lékařské praxe přešel na kupujícího.

■ Další dopady na daň z příjmů

■ U daňových odpisů hmotného majetku nabytého

koupí lékařské praxe bude uplatněna roční odpisová sazba v **1. roce** odepisování.

■ **Vstupní cena** pro odepisování bude závislá na způsobu ocenění majetku popsáno výše (cena sjednaná, zůstatková cena z účetnictví prodávajícího, cena dle individuálního přecenění).

■ Kupující **nemůže** uplatnit reinvestiční odpočet dle §34 odst.3 zákona o daních z příjmů neboť není prvním vlastníkem tohoto majetku.

■ Kupující **nemůže** uplatnit odpočet případné daňové ztráty vykázané u prodávajícího před prodejem praxe neboť se jedná o daňovou ztrátu vyměřenou u jiného poplatníka.

■ Daň z přidané hodnoty

Předpokládáme, že kupující ani prodávající nejsou plátcem daně z přidané hodnoty, proto se touto problematikou nebudeme zabývat.

■ Daň dědická, daň darovací a daň z převodu nemovitostí

Při prodeji lékařské praxe nemohou nastat povinnosti na dani dědické, neboť se nejedná o dědění, ani na dani darovací neboť se nejedná o darování. Prodej není bezúplatným nabytím majetku.

Dochází-li na základě smlouvy o prodeji lékařské praxe k převodu práva k nemovitosti, podléhá tento převod dani z převodu nemovitostí ve smyslu ustanovení §9 zákona č. 357/1992 Sb., o dani dědické, dani darovací a dani z převodu nemovitostí v platném znění.

Poplatníkem této daně je převodce (prodávající), nabyvatel je v tomto případě ručitelem.

■ Daň silniční

Poplatníkem daně silniční je osoba zapsaná v technickém průkazu (TP) vozidla jako provozovatel. V případě prodeje není tedy vznik daňové povinnosti vázán na změnu vlastnictví, ale výhradně na změnu zápisu provozovatele vozidla v TP.

■ Daň z nemovitostí

Poplatníkem daně z nemovitostí je vlastník pozemku a stavby k 1.1. zdaňovacího období. Kupující se tedy stává poplatníkem daně k 1.1., následujícího zdaňovacího období. V případě daně z nemovitostí je rozhodující den nabytí vlastnictví k nemovitosti.

■ Předání písemnosti

Kupující musí ve vlastním zájmu důsledně trvat na dodržení povinnosti prodávajícího předat spo-



lu s předávaným majetkem a s přebíranými závazky všechna doklady dokumenty, smlouvy a informace tak aby mohl vstoupit do jednotlivých právních vztahů, v nichž se stává právním nástupcem prodávajícího. Může se jednat např. o záruky, pracovní smlouvy, kupní smlouvy, pojistné smlouvy, ověřené kopie zúčtovacích dokladů k pohledávkám a závazkům apod.

Protože mnohé doklady související s prodejem lékařské praxe bude potřebovat jak prodávající tak kupující bude nutné zhotovit fotokopie těchto dokladů, případně i notářsky ověřené.

Z dosud uvedeného je patrné, že pro kupujícího bude při převzetí lékařské praxe z daňového pohledu rozhodující problematika daně z příjmů. Přitom daňové dopady se budou v rozhodující míře odvíjet od uplatněných vstupních cen koupí praxe získaného majetku.

Proto si výhodnost a nevýhodnost, případně použitelnost a nepoužitelnost jednotlivých možných variant ozřejmíme na ilustrativních příkladech nákupu fiktivní privátní lékařské praxe. Pro lepší názornost si dovolíme některá zjednodušení a budeme se zabývat i případy, které ve skutečnosti prakticky nenastávají nebo se vyskytnou zcela výjimečně. Veškeré údaje jsou uvedeny v Kč.

■ Příklad č.1

Kupující získal lékařskou praxi za milion Kč. Kupní cena byla stanovena dohodou a sestává z 105 položek konkrétního hmotného majetku, vybavení a zásob. Soupis je nedílnou součástí kupní smlouvy. Cena jednotlivého majetku nepřesahuje ani v jednom případě 40.000 Kč.

Při koupi této fiktivní lékařské praxe a při takto stanovených cenách jednotlivých složek majetku kupující veškeré výdaje související s prodejem praxe uplatní jednorázově do výdajů v roce pořízení praxe.

Nepochybně nebude sporu o tom, že tato pro kupujícího daňově velmi výhodná alternativa nebude v běžné praxi příliš častá.

■ Příklad č.2

Kupující získal lékařskou praxi za 1 000 000 Kč. Kupní cena byla stanovena dohodou a sestává z 83 položek konkrétního hmotného majetku, vybavení a zásob. Soupis je nedílnou součástí kupní smlouvy. Předmětem prodeje je i hmotný majetek v cenách nad 40 000 Kč. Ten je pro účely daňového odepisování zařazen do 1. a 2. odpisové skupiny.

Při koupi této fiktivní lékařské praxe a při takto stanovených cenách jednotlivých složek majetku zahrne kupující do daňově uznatelných výdajů v roce pořízení 625 000 Kč. Jedná se o částku 540 000 Kč přímých výdajů (1 000 000 – 100

Příklad č. 1

Poř. č.	druh majetku	počet Ks	cena za 1 kus	kupní cena celkem	započtený výdaj
1.	tonometr	1	5 000	5 000	5 000
2.	glukometr	1	5 000	5 000	5 000
3.	rukavice lék.	100	2	2 000	2 000
4.	špachtle dřevěná	500	0,3	150	150
5.	injekční stříkačka	800	1,2	960	960
.					
.					
104.	stolek instrument	1	800	800	800
105.	koš na papír	1	30	30	30
celkem				1 000 000	1 000 000

Příklad č. 2

Poř. č.	druh majetku	počet	cena za	kupní cena	započtený
1.	sterilizátor	1	100 000	100 000	25 000
2.	zubní souprava	1	360 000	360 000	60 000
3.	stomat. zrcátka	33	120	3 960	3 960
.					
.					
83.	průtokový ohřívač vody	1	800	800	800
celkem				1 000 000	625 000

000 za sterilizátor – 360 000 za zubní soupravu) a 85 000 Kč odpisů v 1. roce odepisování. Zařazení sterilizátoru do 1. odpisové skupiny a zubní soupravy do 2. odpisové skupiny je pouze ilustrativní bez vazby na zákon o daních z příjmů. Zbývající část kupní ceny, tedy 375 000 Kč bude uplatněno ve výdajích postupně formou daňových odpisů a to následovně (viz tab. č. 1).

Ani tato pro kupujícího opět velmi výhodná daňová alternativa nebude v běžných podmínkách prodeje lékařských praxí příliš častá.

■ Příklad č.3

Kupující získal lékařskou praxi za 1 000 000 Kč. Kupní cena byla stanovena dohodou. Vychází z ocenění praxe, které si nechal zpracovat prodávající a byla zjištěna metodou kapitalizovaných čistých výnosů. Kupující tedy nemá k dispozici ceny jednotlivých složek souboru majetku ve sjednaných cenách. Bude tedy muset účtovat o opravné položce k nabytému majetku. Jednotlivé složky souboru majetku se rozhodl zaúčtovat v zůstatkových cenách prodávajícího.

Dle převzatých cen z účetnictví prodávajícího

Tabulka č. 1

	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	Celkem
Sterilizátor	37 500	25 000	12 500	0	0	75 000
z. souprava	100 000	80 000	60 000	40 000	20 000	300 000
Celkem	137 500	105 000	72 500	40 000	20 000	375 000

budou započtené výdaje na zásoby a hmotný majetek 280 000. Opravná položka (aktivní) pak v tomto případě bude rovna rozdílu kupní ceny jako celku a souhrnem ocenění jednotlivých složek souboru majetku v účetnictví prodávajícího, tedy 1000 000 – 280 000 = 720 000 Kč. Ta bude postupně zahrnována do daňově uznatelných výdajů po dobu 180 měsíců (15 let) čili ve výši 4 000 Kč měsíčně.

Volba převzetí cen z účetnictví prodávajícího nebyla v této situaci samozřejmě vhodná. To je dáno především skutečností, že v tomto fiktivním případě prodeje lékařské praxe byl již investiční hmotný majetek (sterilizátor, zubní souprava) odepsán do 100% (v účetnictví prodávajícího je zůstatková cena tohoto majetku rovna nule). Dále pak jednotlivé předměty, které tvoří vybavení a zařízené ordinace byly prodávajícím pořízeny při privatizaci za cenu, které neodpovídají dnešní skutečnosti.

Pokud ke koupi ordinace došlo např. 1.2., pak celkové daňově uznatelné výdaje uplatňované v roce pořízení budou 324 000 Kč (280 000 + 11 x 4 000) tj. necelá třetina z ceny pořízení této praxe.



Příklad č. 3

Poř. č.	druh majetku	počet Ks	cena za 1 kus	účetní cena celkem	započtený výdaj
1.	amalgamátor	1	6 000	6 000	6 000
2.	extrakční kleště	37	230	8 510	8 510
.					
82.	sterilizátor	1	0	0	0
83.	zubní souprava	1	0	0	0
celkem				280 000	280 000

Příklad č. 4

Poř. č.	druh majetku	počet Ks	cena za 1 kus	oceň. cena celkem	započtený výdaj
1.	modelovací nože	11	120	1 350	1 350
2.	zubolékařské sondy	53	120	6 360	6 360
.					
zásoby celkem				350 000	350 000
82.	sterilizátor	1	100 000	100 000	25 000
83.	zubní souprava	1	360 000	360 000	60 600
zásoby a odpisy celkem				810 000	435 000

■ Příklad č. 4

Kupující získal lékařskou praxi za 1 000 000 Kč. Kupní cena byla stanovena dohodou. Vychází z ocenění praxe, které si nechal zpracovat prodávající a byla zjištěna metodou kapitalizovaných čistých výnosů. Kupující tedy nemá k dispozici ceny jednotlivých složek souboru majetku ve sjednaných cenách. Bude tedy muset účtovat o opravné položce k nabytému majetku.

Kupující si je vědom, že kupní cena není tvořena pouze hmotným majetkem, který na něho v rámci transakce převodu praxe přechází. Ví, že do kupní ceny se promítá i vstup do profese, společenská prestiž povolání a především získaný podíl na trhu. Zároveň si je však vědom i skutečnosti, že zůstatkové ceny u prodávajícího

neodpovídají stávající realitě a rozhodne se tedy majetek dodatečně individuálně přecenit na základě posudku zpracovaného znalcem.

Při zaúčtování jednotlivých složek souboru nabytého majetku v cenách získaných dodatečným individuálním přeceněním na základě posudku znalce bude v roce pořízení do daňově uznatelných výdajů uplatněno:

- 350 000 Kč započtených výdajů za získané zásoby a majetek, který se neodepisuje
- 85 000 Kč odpisů
- 11 611 Kč opravná položka (1 000 000 - 810 000 = 190 000 : 180 měsíců x 11 měsíců)

446 611 Kč celkem pokud uvažujeme o daňových odpisech shodně jako u příkladu č. 2 a koupí praxe k 1.2. jako u příkladu č.3.

Tabulka č. 2

Rok	částka v Kč	částka celkem v Kč	% z celk. výdajů
1.	446 611	446 611	44,66
2.	137 500 odpisy 12 667 opr. pol. 150 167 v roce	616 778	61,68
3.	105 000 odpisy 12 667 opr. pol. 117 667 v roce	734 445	73,44
4.	72 500 odpisy 12 667 opr. pol. 85 167 v roce	819 612	81,96

Pro úplnost uvádím v tab. č. 2 daňově uznatelné výdaje (započtené výdaje) související s pořízením lékařské praxe které budou uplatněny v následujících letech.

Dle těchto údajů je zřejmé, že za čtyři roky daňově kupující uplatní více než 80% celkové kupní ceny privátní lékařské praxe.

Opětovně je nutno připomenout, že se jedná pouze o ilustrativní příklady u kterých bylo navíc použito mnoha zjednodušení. Přesto je na nich dostatečně průkazně dokladováno, že i z pohledu kupujícího s sebou nese převod lékařské praxe celou řadu daňových úskalí a záležitostí.

To nejpodstatnější s předchozích řádků lze závěrem shrnout do následujících bodů:

1. Alternativa koupě takové lékařské praxe, kde by bylo možno celou kupní cenu uplatnit do daňově uznatelných výdajů již v roce pořízení nebude v reálném podnikání pravděpodobná.

2. Nebude pravděpodobná ani taková alternativa koupě lékařské praxe, kdy kupní cenu bude možno rozdělit pouze na hodnotu zásob a odepisovaný majetek.

3. V naprosté většině se bude tedy jednat o případy koupě takové lékařské praxe kde bude kupující účtovat o aktivní opravné položce.

4. Zcela jistě nebude daňově výhodné zaúčtovat jednotlivé položky nabytého hmotného majetku v zůstatkových cenách dle účetnictví prodávajícího.

5. Naopak v naprosté většině případů převzetí (koupě) lékařské praxe bude z daňového pohledu výhodné koupí získaný majetek individuálně přecenit na základě posudku znalce. 6. Náklady spojené se zpracováním oceňovacího posudku budou nepochybně kompenzovány racionalizací a optimalizací daňové povinnosti vyplývající z nákupu praxe.

Na samý konec tohoto pojednání ohledně nákupu lékařské praxe chci všechny potencionální zájemce o získání privátní lékařské praxe důrazně upozornit a varovat, že dle oficiálního stanoviska finančních orgánů, který může zpochybnit nebo potvrdit v každém jednotlivém konkrétním případě pouze nezávislý soud.

Lékařská dokumentace nemůže být předmětem koupě (prodeje), a to podle zákona č. 20/1996 Sb. Jednalo by se o neplatný právní úkon a výdaj s ním spojený by nemohl být daňově uznatelný. V případě lékařské dokumentace se nemůže jednat ani o koupí nehmotného majetku. Koupí (prodej) lékařské dokumentace nelze zaměnit za úplatnou službu spojenou se zajištěním bezplatného předání lékařské dokumentace.

Ing. František Elis

Daňový poradce ev. č. 0056



Východiska pro cenová jednání na 2. pololetí 2004 segmentu praktických lékařů (návrh SPL a SPLDD)

Premisy:

- meziroční zvýšení příjmů praktických lékařů - 1%
- meziroční nárůstu systému - 6%
- nárůst mezd - cca 5,8%, byť při nevelké inflaci
- navýšení (změny) DPH v letošním roce povedou k růstu cen vstupů
- zvýšení inflace v citlivých provozních položkách
- v příjmech nebyl kopírován ani meziroční nárůst
- prakticky veškeré navýšení příjmů pojišťoven skončilo mimo segment praktických lékařů
- propad primární péče vůči příjmům systému je v tomto posledním meziročním srovnání 5%

Požadavkem praktických lékařů na 2. pololetí 2004 musí být minimálně navýšení o 5%, tedy navýšení, kterého systém dosáhl a ošidil o něj primární péči.

- segment praktických lékařů zadal a nechal provést nákladové studie režii průměrných praxí za rok 2001, resp. 2002
- tyto studie jsou reálným a nezpochybnitelným východiskem požadavků pro cenová jednání pro rok 2004

Základní kalkulace:

- režie průměrné praxe v roce 2001 činila 58.000,- Kč
- za dva roky lze počítat inflační navýšení minimálně 6%, tedy kalkulované současné režijní náklady činí cca 61.500,- Kč
- přiznaný mzdový index pro praktické lékaře stávající je 3,90 Kč /minutu, tedy očekávaná platba za práci by měla činit 41 184 Kč měsíčně /8 hod pracovní den, 22 pracovních dní, a to bez započtení jakéhokoliv zisku ordinace
- rozdíl ve stávajících příjmech a touto požadovanou platbou činí 5 Kč na kapitační platbu!!! (např. u PL - 1 Kč x 1700 poj.x průměrný věkový index 1.3 = 2210 Kč na kapitaci) (příjmový rozdíl činí cca 10.000,- Kč/měsíc
- V druhém pololetí 2004 by mělo dojít k navýšení režii ve výkonech, které se ovšem segmentu primární péče dotkne jen marginálně - u PL pro dospělě činí objem výkonů mimo kapitaci pouze kolem 15% příjmu, u pediatrií kolem 25% (navýšení, které se dotkne ve 100% všech ostatních odborností navýší příjmy PL 6-7x méně.
- po přiřazení odpovídajícího mzdového indexu do výkonů, při možném přenosu až 25% příjmů do výkonů **legitimní požadavek na navýšení kapitační platby zní minimálně 4 Kč**

Srovnávací údaje:

- podle údajů analytické komise dohodovacího řízení došlo ve srovnání 2. pololetí roku 2000 a 2. pololetí roku 2003 k navýšení příjmu systému o 30% - z toho u nemocnic o 30%, u ambu-

lantní specializované péče o 33%, u ambulantní rehabilitace o 36%, u domácí péče o 66%, u komplementu o 48% !!! oproti tomu u praktických lékařů o 22% (tato čísla lze považovat za velmi smutná a alarmující a nesvědčící o jakékoli kultivaci systému veřejného zdravotního pojištění z pohledu úlohy praktického lékaře)

- dvouletý nárůst segmentu primární péče 2000/2002 činil 16%, u ambulantních specialistů pak 28%, rozdíl je tedy 12% v neprospěch praktických lékařů !!! (Zpravodaj VZP 3/2003)
- meziroční nárůst primární péče 02/03 je podle plateb 9%, u ambulantních specialistů opakovaně více než dvojnásobný
- opětovné prohloubení příjmového rozdílu mezi specialisty orgánovými a praktickými lékaři - rozdíl nárůstu během tří let činí cca 19% v neprospěch praktických lékařů!!!

Závěry:

- **dochází ke zmenšování výšece „příjmového koláče“ v neprospěch primární péče, která je neustále proklamativně podporována za všech stran**
- **praktičtí lékaři se ve svém průměru dostávají po zdanění pod příjmy sekundářů v nemocnicích, nemohou zvednout mzdy svému personálu, nemohou provádět řádné investice do vybavení a dále tak zlepšovat kvalitu primární péče, které by měla být pro systém stěžejní**
- **toto vše při proklamované podpoře primární péče a proklamované snaze zefektivnit systém**
- **u praktických lékařů tedy dochází k příjmovému propadu vůči ostatním segmentům a z naší strany nelze tento jev nadále akceptovat.**
- **praktičtí lékaři se pohybují v příjmové oblasti, která je naprosto nedostačující pro rozvoj praxí a tento stav je jednoznačně škodlivý pro celý systém zdravotní péče - neumožňuje dále rozšiřovat spektrum činnosti praxí, přebírat některé základní činnosti od specialistů a celkově produkovat v ambulantní sféře „levnější medicínu“**
- **důsledkem toho je, že systém se prodražuje a šetření na primární péči ve svém důsledku přináší vyšší celkové náklady.**

Návrh SPL ČR a SPLDD ČR pro 2. pololetí 2004:

- **minimální hodnota kapitace - 35 Kč**
- **minimální hodnota bodu - 1,- Kč**

Za SPL ČR:

MUDr. Zdeněk Hamouz, místopředseda

Za SPLDD ČR:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

Medicínská orientace v Evropské unii

MUDr. Tomáš Soukup

místopředseda SPLDD ČR

Zastoupení Evropské komise (EK) a Informační kanceláře Evropského parlamentu (EP) nám pomáhají v poskytování odpovědí na naše otázky o Evropě. Pomáhají i v kontaktech na kompetentní osoby. Níže uvedený přehled podává základní informace včetně pramenů z internetu.

Po rozšíření EU - 1. května 2004 - ji bude tvořit 25 členských států, celkem 453 milionů obyvatel, na celkové rozloze 3,3 milionu km čtverečních. Počet oficiálních jazyků se zvýší z 12 na 22. Rozroste se počet zástupců členských zemí v institucích EU .

■ Informační centrum EU (ICEU)

Informační centrum EU sídlí v Praze 1, 110 00, Rytířská ulice 31. Jde o objektivní, profesionální a kontaktní místo pro poskytování veškerých informací o EU.

www.evropska-unie.cz, info@iceu.cz

■ Evropská komise (EK)

Evropská komise bude mít po 1. květnu 2004 25 členů - 1 zástupce za každý členský stát. Naopak tzv. **Evropská rada** bude mít 51 členů - hlava státu a premiér členských států a předseda EK. Tzv. **Rada EU** bude mít 25 členů resp. 321 hlasů. Tzv. **Evropský soudní dvůr bude mít 25 členů - 1 zástupce za každý členský stát, obdobně tomu bude s tzv. Evropským účetním dvorem.** Uvedené počty zástupců v institucích EU jsou platné dle Smlouvy z Nice a budou platit do 31.10.2009, kdy by měla vstoupit v platnost nová ústavní smlouva.

Každý z členů EK má tiskového mluvčího v Bruselu. Předseda EK je známý Romano Prodi z Itálie, místopředsedou je Neil Kinnock z Británie - pro administrativní reformy, a místopředsedkyní je i Loyola de Palacio ze Španělska - pro vztahy s EP, Výborem pro regiony, Evropským ombudsmanem a Výborem pro dopravu a energetiku.

Z dalších dnešních 17 členů EK (Komisařů) je pro nás důležitý **David Byrne z Irska Komisař pro zdravotnictví a ochranu spotřebitelů.** Má dva tiskové mluvčí na e-mailech:

beate.gminder@cec.eu.int

nebo thorsten.muench@cec.eu.int.

Známý je v ČR Guenther Verheugen - Komisař odpovědný za proces rozšiřování a předvstupní strategii, z Německa. Komisařem pro obchod je Pascal Lamy z Francie, atd.

Také jednotlivé odborné úřady EK tzv. Generální ředitelství, disponují informačními korespondenty, kteří poskytují kompetentní informace o specifických otázkách - **pro zdraví a ochranu**



spotřebitele Antonia Fokkema – antonia.fokkema@cec.eu.int

Adresa EK: www.europa.eu.int – ústřední internetová stránka všech Evropských institucí, poskytující informace ve všech úředních jazycích. Je rozdělena do 7 rubrik – Zprávy, Aktivity, Instituce, ABC, Oficiální dokumenty, Informační prameny a Co je nového? Databanka RAPID obsahuje všechny tiskové zprávy EU. Dokumenty v databance jsou připraveny do dvou hodin po jejich zveřejnění přinejmenším v angličtině a francouzštině.

Delegace Evropské komise v ČR: **delegation** – czech@cec.eu.int sídlí v Praze 6, Pod Hradbami 17, 160 00.

■ Evropský parlament (EP)

Evropský parlament bude mít 732 evropských poslanců. Od 1. května 2004, po rozšíření EU, zde bude i 24 českých evropských poslanců. Dnes zde má ČR 24 tzv. pozorovatelů, kteří mají právo hovořit na zasedání výborů a politických skupin, ale nemohou se ještě účastnit hlasování. Patří mezi ně 7 senátorů – Falbr, Kolář, Kroupa, Palečková, Pospíšil, Seřizg, Vaculík a 17 poslanců z Poslanecké sněmovny – Beneš, Ekert, Fajmon, Holáň, Konečná, Lachnit, Laštůvka, Lobkowicz, Mallotová, Maštálka, Ouzký, Ransdorf, Rouček, Svoboda, Šulák, Titz a Zahradil.

Senátor **Luděk Seřizg (ODS)** jako člen Klubu Evropské lidové strany a Evropských demokratů je **Členem výboru pro životní prostředí, zdravotnictví a spotřebitelskou politiku. Jde tedy v hierarchii EU o nejvýše postavenou osobnost ve zdravotnictví za ČR** - e-mail: seřizg@senat.cz

Tzv. **The Environment Public Health and Consumer Policy Committee** má předsedkyni z Anglie – **Caroline F Jackson (PPE-DE)**, tři místopředsedy – **Nobilis z Itálie (PPE)**, **De Roo**

z Nizozemí (**VertsLE**) a **Sacconi z Itálie (PSE)**. Tento výše uvedený zdravotní výbor má celkem 60 členů, s obdobným zastoupením politickým jako EP.

Mnohojazyčný server EP je na adrese: www.europarl.eu.int. Obsahuje všechny důležité informace, včetně aktuálních tiskových zpráv, ale i hlubší informace o EU. Také referuje o práci ve výborech cestou tzv. **News Report** (deně) a cestou tzv. **News Alert** v pátek poukazuje na aktivity výborů v nadcházejícím týdnu. Obě služby mohou být objednány emailem: newsreport@europarl.eu.int (anglicky) nebo directinfo@europarl.eu.int – (francouzsky).

Přehled politických klubů EP: Klub Evropské lidové strany a Evropských demokratů (PPE –DE) – 232 poslanců – sem se hlásí KDU-ČSL a ODS, Klub Strany evropských socialistů – celkem 175 poslanců – sem se hlásí ČSSD.

Klub Evropské liberální, demokratické a reformistické strany (ELDR) – 53 poslanců, Klub Zelených a Evropské svobodné aliance (VertsLE) – 44 členů, Konfederativní klub Evropské spojené levice a Severské zelené levice (GUE) – 49 členů – sem se hlásí KSČM, Klub Unie za Evropu národů (UEN) – 23 členů a Klub Evropa demokracií a odlišností (EDD) – 18 členů. Politicky nezařazených je 32 europoslanců.

Tiskové oddělení informuje o plenárních schůzích ve Štrasburku a Bruselu, jakož i o práci výborů. Pracuje ve všech úředních jazycích EU. Tři publikace pod titulem tzv. Plénium se aktuálně zabývají plenárními schůzemi. Jde o **Přehled týdne (The Breefing či Die Vorschau)**, **dále Plénium dnes (The Daily Notebook či Heute im Plénium)** a **Plenární týden (The week či Die Tagung-swoche)**.

Informační kancelář Evropského parlamen-

tu: info@iceu.cz.

Sídlí v Praze 1, Rytiřská ulice 31, 110 00, jako ICEU viz výše. Informuje o politice EU a o rozhodnutích EP. Zprostředkovává kontakt na orgány EP. Vydává také informační materiály pro širší veřejnost.

■ Další EU – instituce

Rada Evropské unie, www.ue.eu.int

Evropský soudní dvůr, www.curia.eu.int

Evropský účetní dvůr, www.eca.eu.int

Evropská investiční banka, www.eib.org

Evropské středisko pro rozvoj odborného vzdělávání, www.cedefop.eu.int

Evropská agentura pro hodnocení léč. přípravků, www.emea.eu.int

Evropská nadace odborného vzdělávání, www.etf.eu.int

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Evropský výbor pro standardizaci (CEN), www.cenorm.be

Právní rozbor problematiky používání silničního motorového vozidla lékařem v souvislosti s výkonem lékařské praxe

JUDr. Tomáš Doležal

Je skutečně soukromý lékař povinen absolvovat školení řidičů (tzv. referentské školení)?

V poslední době se objevilo v různých tiskovinách určených lékařům (např. článek pana Roberta Kotála, prezidenta Dopravní akademie ČR v časopise *Vedení lékařské praxe* č.5/2003, strana 37 a 38) několik článků, které uvádějí, že pro soukromé lékaře vyplývají z různých právních předpisů povinnosti, mezi nimiž je uvedena i povinnost absolvovat i tzv. referentská školení řidičů.

Domnívám se, že tyto informace neodpovídají realitě, resp. že z platných právních předpisů nelze tyto povinnosti dovozovat. Stejný závěr vyplývá i z níže uvedeného právního rozboru kolegy JUDr. Doležala.

Mgr. Jakub Uher

Tento rozbor reaguje na článek Roberta Kotála, prezidenta Dopravní akademie ČR, *Služební a soukromá vozidla v lékařské praxi* (1) (dále jen „předmětný článek“), který má lékaře informovat o povinnostech vztahujících se k používání silničního motorového vozidla v souvislosti s výkonem lékařské praxe. Hned na

počátku bych rád uvedl, že předmětný článek byl značně zkreslený a nepřípustně zjednodušil problematiku používání silničního motorového vozidla lékařem v souvislosti s výkonem své praxe. Také vzhledem k přiložené pozvánce na školení řidičů motorových vozidel si nedělám o objektivnosti předložených informací

žádné iluze. Autor předmětného článku uvádí, že pokud lékař pro výkon své praxe používá silniční motorové vozidlo, vztahují se na něj povinnosti stanovené několika právními normami (z.č. 65/1965 Sb. in fine – zákoník práce, z.č. 111/1994 Sb. in fine – zákon o silniční dopravě, nařízení vlády č. 168/2002 Sb., z.č.



361/2000 Sb. in fine – pravidla provozu na pozemních komunikacích a z.č. 247/2000 Sb. in fine – zákon o získávání a zdokonalování odborné způsobilosti k řízení motorových vozidel). Povinnosti se podle autora předmětného článku stanovené těmito právními normami se týkají jak lékařů, tedy zaměstnavatelů, tak jejich zaměstnanců (2).

O jaké povinnosti se tedy konkrétně jedná? Podle autora předmětného článku se jedná v oblasti pracovněprávních vztahů o povinnost zajistit zaměstnancům školení o právních předpisech k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, které doplňují jejich kvalifikační předpoklady a požadavky pro výkon práce. Pro řízení motorových vozidel jde o školení řidičů. Tato povinnost je stanovena v §133 zákoníku práce. Dále se jedná o povinnosti stanovené zákonem o silniční dopravě, tj. zejména dodržování stanoveného režimu řízení, záznamní povinnost k tomuto režimu a dodržování bezpečnostních přestávek a pravidly provozu na pozemních komunikacích, kde je stanovena v § 87 odst. 1 písm. b) stanovena povinnost podrobit se pravidelným lékařským prohlídkám. Některé povinnosti jsou stanoveny rovněž nařízením vlády č. 168/2002; v § 3 tohoto nařízení je stanovena povinnost mít vypracovaný tzv. Místní provozní bezpečnostní předpis, kterým se stanoví pracovní a technologické postupy pro bezpečné provozování dopravy bezpečnost provádění jednotlivých pracovních operací s ohledem na zvláštnosti pracoviště a pracovní prostředí, na možné ohrožení zaměstnanců povětrnostní situací a na pravidla dorozumívání mezi zaměstnanci při pracovních operacích. V nařízení vlády se dále stanoví povinnost používání výstražných vest s vysokou viditelností při odstraňování poruch a další povinnosti zaměstnanců a zaměstnavatelů.

Pro lékaře – zaměstnavatele je zcela nezbytné znát rozsah povinností souvisejících s používáním silničního motorového vozidla v souvislosti s výkonem své praxe a to především proto, aby tyto povinnosti mohl plnit, ale současně i proto aby nebyl zbytečně zatěžován povinnostmi, které se na něj nevztahují. Skutečnost, že se předmětné povinnosti (zda vůbec a v jakém rozsahu) vztahují na daný případ musí být náležitě zdůvodněna. Tak tomu ovšem není. Podle mého názoru nepodává autor předmětného článku žádné právně relevantní důkazy o tom, že shora uvedené povinnosti se skutečně vztahují i na lékaře pokud používá silniční motorové vozidlo v souvislosti s výkonem lékařské praxe.

Abychom se vyhnuli případnému zkreslení a zploštění celé problematiky je podle mého názoru pro potřeby dalšího výkladu nezbytné odlišit dvě skupiny řidičů, a to: 1) řidiči vozidel s právem přednosti v jízdě (vozidlo vybavené modrými výstražnými světly), 2) řidiči ostatních vozidel používaných v souvislosti s výkonem lékařské praxe (do této skupiny patří i lékaři – zaměstnavatelé, kteří vozidlo v souvislosti s výkonem své praxe řídí).

Ad 1) Povinnosti řidičů vozidel s právem přednosti v jízdě (vozidlo vybavené modrými výstražnými světly)

Problematika povinností stanovených řidičům³ z této skupiny je pro většinu lékařů – zaměstnavatelů vcelku irelevantní. Ve většině případů bude totiž provozovatelem tohoto vozidla osoba odlišná od lékaře (4) a tato

osoba bude také odpovědná za plnění povinností stanovených právními předpisy při používání tohoto silničního motorového vozidla. Na tohoto provozovatele a na jeho zaměstnance se pak vztahují povinnosti stanovené shora uvedenými normami – z.č. 65/1965 Sb. in fine, z.č. 111/1994 Sb. in fine, nařízení vlády č. 168/2002 Sb., z.č. 361/2000 Sb. in fine, z.č. 247/2000 Sb. in fine.

Ad 2) Povinnosti řidičů ostatních vozidel používaných v souvislosti s výkonem lékařské praxe

V tomto případě se jedná o povinnosti lékaře – zaměstnavatele a jeho zaměstnanců v případě používání silničního motorového vozidla v souvislosti s výkonem lékařské praxe. Ve většině případů se bude jednat o používání motorového vozidla lékařem nebo jeho zaměstnancem v souvislosti s tzv. návštěvami u pacientů (5). Přičemž pro další výklad je podle mého názoru nezbytné si uvědomit, že zaměstnancem se ve většině případů má na mysli zdravotní sestra, případně další lékař, čímž bude určen i druh práce sjednaný se zaměstnancem v pracovní smlouvě (6). Jak jsem uvedl již shora jsou povinnosti v zásadě členěny do dvou skupin: povinnosti vyplývající z provozování dopravy dopravními prostředky a povinnosti vyplývající z pracovněprávních vztahů. V následujícím výkladu rovněž zachovám toto členění a rozeberu zda, a případně v jakém rozsahu se povinnosti shora uvedené, plynoucí z jednotlivých právních předpisů, vztahují i na používání silničního motorového vozidla v souvislosti s výkonem lékařské praxe.

a) povinnosti vyplývající z provozování dopravy dopravními prostředky, tj. povinnosti stanovené z.č. 111/1994 Sb. in fine, nařízením vlády č. 168/2002 Sb., z.č. 361/2000 Sb. in fine a z.č. 247/2000 Sb. in fine

Po podrobném rozboru shora uvedených předpisů jsem dospěl k názoru, že povinnosti stanovené ve shora uvedených předpisech se na používání silničního motorového vozidla v souvislosti s výkonem lékařské praxe nevztahují a tudíž lékaři – zaměstnavatelé ani jeho zaměstnancům /pokud se nejedná o řidiče z povolání/ neplynou z těchto právních předpisů žádné povinnosti (7). Konkrétně se jedná o:

■ z.č. 111/1994 Sb. in fine – zákon o silniční dopravě

Podle důvodové zprávy bylo základními cíli tohoto zákona prohloubit liberalizaci podnikání v silniční dopravě a současně stanovit určité omezující prvky, jejichž prostřednictvím by stát mohl regulovat přístup na dopravní trh. Předmětem tohoto zákona je podle ustanovení § 1 úprava podmínek provozování silniční dopravy silničními motorovými vozidly prováděné pro vlastní a cizí potřeby za účelem podnikání, jakož i práva a povinnosti právnických a fyzických osob s tím spojené a pravomoc a působnost orgánů státní správy na tomto úseku. Jak z tohoto ustanovení, tak z důvodové zprávy vyplývá, že zákon má upravovat podmínky pro podnikání v silniční dopravě a stanovení povinností tímto zákonem subjektům, které v dopravě nepodnikají by bylo v rozporu se smyslem tohoto zákona. Povinnosti stanovené tímto zákonem se tedy podle mého názoru vztahují pouze na řidiče z povolání, nikoliv na lékaře – zaměstnavatele a jejich zaměstnance, u nichž provozování dopravy rozhodně není předmětem podnikání.

■ z.č. 361/2000 Sb. in fine – pravidla provozu na pozemních komunikacích

Proklamovaná povinnost podrobit se pravidelným zdravotním prohlídkám vychází z mylné interpretace § 87 tohoto právního předpisu. Podle ustanovení § 87 odst. 1 tohoto zákona je povinen se pravidelným lékařským prohlídkám podrobovat:

a) řidiči vozidla, který při plnění úkolů souvisejících s výkonem zvláštních povinností užívá zvláštního výstražného světla modré barvy, případně doplněného o zvláštní zvukové výstražné znamení,

b) řidič, který řídí motorové vozidlo v pracovněprávním vztahu a u něhož je řízení motorového vozidla druhem práce sjednaným v pracovní smlouvě.

V tomto případě (pokud se nejedná o řidiče uvedeného sub a)) musí tedy řidič řídit vozidlo v pracovněprávním vztahu a současně u něj musí být řízení motorového vozidla druhem práce sjednaným v pracovní smlouvě. Vzhledem k tomu, jak již bylo uvedeno výše, že u většiny zaměstnanců bude druhem práce „zdravotní sestra“ nebo „lékař“, povinnost stanovená tímto předpisem se na ně nevztahuje. Lékař – zaměstnavatel neřídí vozidlo v pracovněprávním poměru a proto se na něj tato povinnost rovněž nevztahuje. Na všechny tyto subjekty se však vztahuje povinnost každého držitele řídičského oprávnění, stanovené v odstavci 3 předmětného paragrafu a podle ní, je povinen se podrobit pravidelné lékařské prohlídce nejdříve šest měsíců před dovršením 60, 65 a 68 let věku a nejpozději v den dovršení stanoveného věku, po dovršení 68 let věku pak každé dva roky.

■ z.č. 247/2000 Sb. in fine – Zákon o získávání a zdokonalování odborné způsobilosti k řízení motorových vozidel

Podle ustanovení § 48 odst. 1 písm. a) je zdokonalování odborné způsobilosti řidičů v rozsahu 16 hodin ročně a přezkoušení jednou za tři roky povinná zúčastnit se osoba, která řídí motorové vozidlo vybavené zvláštním výstražným zařízením se zvláštním světelným zařízením modré barvy. Jedná se opět o povinnost stanovenou především řidičům z povolání, kteří řídí vozidlo s právem přednosti v jízdě a na lékaře nebo jejich zaměstnance při běžném používání silničního motorového vozidla v souvislosti s výkonem lékařské praxe se nevztahuje.

b) povinnosti vyplývající z pracovněprávních vztahů, tj. povinnosti stanovené z.č. 65/1965 Sb. (dále jen „zákoník práce“) a nařízením vlády č. 168/2002 Sb.

■ z.č. 65/1965 Sb. in fine – zákoník práce

Povinnosti vztahující se na používání silničního motorového vozidla v souvislosti s výkonem lékařské praxe jsou odvozovány jak pro zaměstnance, tak pro zaměstnavatele¹⁰ z ustanovení § 133 odst. 1 písm. e) zákoníku práce, podle kterého je zaměstnavatel povinen zajistit zaměstnancům školení o právních a ostatních předpisech k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, které doplňují jejich kvalifikační předpoklady a požadavky pro výkon práce, které se týkají jejich práce a pracoviště; pravidelně ověřovat jejich znalost a soustavně vyžadovat a kontrolovat jejich dodržování. V § 273 odst. 1 zákoníku práce jsou výše uvedené právní a ostatní předpisy blíže specifikovány. Jedná se o předpisy na ochra-



nu života a zdraví, předpisy hygienické a protiepidemické, předpisy o bezpečnosti technických zařízení a normy, stavební předpisy, dopravní předpisy, předpisy o požární ochraně a předpisy o zacházení s hořlavinami, výbušninami, zbraněmi, radioaktivními látkami, chemickými látkami a chemickými přípravky a jinými látkami škodlivými zdraví, pokud upravují otázky týkající se ochrany života a zdraví.

Je třeba si tedy uvědomit, že zaměstnavatel je povinen zajistit zaměstnancům školení o právních a ostatních předpisech k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, které doplňují jejich kvalifikační předpoklady a požadavky pro výkon práce, které se týkají jejich práce a pracoviště. Tato školení tedy musí doplňovat kvalifikační předpoklady a požadavky pro výkon práce zaměstnanců z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a současně se musí týkat jejich práce a pracoviště (tj. musí být směřovány pouze k práci příslušného druhu, vymezené v pracovní smlouvě podle ustanovení § 29 odst. 1 zákoníku práce). Vzhledem k (předpokládanému) sjednanému druhu práce je zřejmé, že případné školení o dopravních předpisech se nijak nevztahuje k výkonu sjednané práce a proto školení tohoto druhu by bylo povinností uloženou nad rámec zákona.

Proto podle některých autorů (11) (a podle mého názoru též) v současné době nemožné provádět školení zaměstnanců, jejichž obsah nedoplňuje kvalifikační předpoklady a požadavky pro výkon jejich práce z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a netýká se současně jejich práce a pracoviště. Z čehož současně vyplývá, že ani zaměstnavateli není dána povinnost konat jiná školení než shora uvedená. Tento závěr podporuje i jazykový výklad, především kladený důraz na skutečnost, že se musí jednat o doplnění kvalifikačních předpokladů a požadavků pro výkon práce zaměstnanců z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a současně se musí týkat jejich práce a pracoviště (spojka „a“ je v tomto případě kumulativní a proto je třeba naplnit obě části hypotézy). Je tedy zřejmé, že školení o dopravních předpisech kvalifikační předpoklady zdravotní sestry nebo lékaře a požadavky pro výkon jejich práce z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví při práci nedoplňují a ani se jejich práce a pracoviště netýkají. Tento výklad dále podporuje znění a smysl ustanovení § 29 odst. 1 zákoníku práce, ve vztahu k ustanovení § 133 (co se rozumí výkonem práce a co již ne).

Naprostě zjevně se tato skutečnost ukazuje rovněž v případě stanovení povinnosti podrobit se lékařským prohlídkám v souvislosti s řízením motorového vozidla na základě pracovníprávních předpisů. Podle § 133 odst. 1 písm. d) je zaměstnavatel povinen sdělit zaměstnancům, které zdravotnické zařízení jim poskytuje závodní preventivní péči a jakým druhům očkovaní a jakým lékařským preventivním prohlídkám souvisejícím s výkonem práce jsou povinni se podrobit, umožnit zaměstnancům podrobit se těmto očkovaním a účastnit se lékařských preventivních prohlídek a mimořádných preventivních prohlídek v rozsahu stanoveném zvláštními právními předpisy nebo rozhodnutím příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví. Protože v posuzovaném případě nejde ovšem o činnost řidiče z povolání, neboť řízení motorového

vozidla není součástí pracovních povinností takového zaměstnance, tj. druhu práce sjednaného v pracovní smlouvě, Posouzení zdravotní způsobilosti k této činnosti nemůže být ani obsahem vstupních, řadových či jiných lékařských preventivních prohlídek (zejména periodických, jak jsou vyžadovány u řidičů z povolání pro dohodnutou práci), protože ty musí být směřovány pouze k práci příslušného druhu, vymezené v pracovní smlouvě podle ustanovení § 29 odst. 1 zákoníku práce. Tato skutečnost vyplývá z ustanovení § 133 odst. 1 písm. a) zákoníku práce (takové řízení vozidla není pro pracovníprávní účely prací, takže způsobilost k němu nelze brát pro zařazování zaměstnance do práce v úvahu, rovněž další prohlídky se týkají pouze řidičů z povolání) (12).

Někteří autoři ovšem tento výklad považují za příliš radikální a kloní se k názoru, že zaměstnavatel je podle § 133 odst. 1 písm. e) provádět školení o všech předpisech v něm uvedených a konkretizovaných v ustanovení § 273 odst. 1 zákoníku práce.

Já tento výklad nepovažuji za správný, neboť by zbytečně zatěžoval zaměstnance skutečnostmi, které s výkonem jejich práce nijak nesouvisí a nedá se tedy předpokládat, že by přispěly k bezpečnosti a ochraně zdraví zaměstnanců při práci.

Současně poukazuji na to, že kdyby se někdo přiklonil k tomuto výkladu, bude povinen jako zaměstnavatel pro své zaměstnance školení uspořádat (a sám pokud rovněž pracuje se školení rovněž podrobit). Zákoník práce se ovšem z hlediska obsahu a rozsahu školení a ověření znalostí neodvolává na žádný jiný právní předpis, podle kterého by toto školení mělo být prováděno. Bude tedy záležet pouze na zaměstnavateli, v jakém obsahu a rozsahu vzhledem k charakteru vykonávané práce zaměstnancem zabezpečí provedení jeho školení a po jeho ukončení ověření získaných znalostí. I v tomto případě zákon nestanovuje jednoznačnou formu provedení ověření znalostí pracovníka. Provedení školení a ověření znalostí musí být však prokazatelně zadokumentováno.¹³

■ nařízení vlády č. 168/2002 Sb.

Nařízení vlády je vydáno na základě zmocnění obsaženém v ustanovení § 134e odst. 2 zákoníku práce¹⁴. Paragraf 134e upravuje organizaci práce a pracovní postupy. I v tomto případě lze tedy podle mého názoru použít analogickou interpretaci, které bylo užito již v předchozím odstavci, tzn. na základě tohoto nařízení má být upravena organizace práce, přitom prací je třeba rozumět druh práce sjednaný v pracovní smlouvě. Povinnosti stanovené touto vyhláškou se vztahují opět pouze na zaměstnance, u nichž je řízení motorových vozidel druhem práce sjednaným v pracovní smlouvě.

Závěr: Je zřejmé, že problematika řízení motorových vozidel v souvislosti s výkonem podnikání nebo zaměstnání je více než složitá a vzhledem k nejednoznačnosti některých právních předpisů nepřehledná. Při výkladu právních norem není ovšem možné lpět na pouhém formalistickém přístupu, ale je nutné přihlídnout i ke smyslu zákona a úmyslu zákonodávce. Rovněž je třeba, aby pouhým účelovým extenzivním výkladem nebyl rozšiřován výkon státní moci nad rámec daný zákonem a byla šetřena základní lidská práva. Výklad pana Kotála a potažmo i Ministerstva práce

a sociálních věcí je podle mého názoru nepřiměřeně extenzivní, a to bez udání patřičných argumentů pro tento postup. Proto se domnívám, že shora uvedené povinnosti se na lékaře – zaměstnavatele a jeho zaměstnance nevztahují a vztahují se na ně pouze povinnosti stanovené „obyčejným“ řidičům.

Autor je koncipientem AK Kratěna a spol. a interním doktorandem Katedry teorie práva a právních učení PFUK.

1) Kotál, R., *Služební a soukromá vozidla v lékařské praxi*, číslo 5, 2003, str. 37 a násl.

2) Podle autora předmětného článku se pro účely předpisů, týkajících se povinností při používání dopravních prostředků, se podnikající fyzická osoba se považuje za zaměstnance. Toto tvrzení je třeba ovšem velmi razantně odmítnout, neboť nemá oporu v platných právních předpisech. Vyvozuje – li autor toto tvrzení z § 137 z.č. 65/1965 Sb. in fine, dopouští se nepřipustného rozšiřování interpretace tohoto ustanovení.

3) Lze předpokládat, že řidiči těchto vozidel budou tzv. řidiči z povolání, tj. řidiči, kteří řídí motorové vozidlo v pracovníprávním vztahu a u nichž je řízení motorového vozidla druhem práce sjednaným v pracovní smlouvě

4) Podle z.č. 111/1994 Sb. in fine ustanovení § 2 odst. 3 půjde o provozování silniční dopravy pro cizí potřeby (tj. na základě smluvního vztahu)

5) problematika bude tedy aktuální zřejmě především pro praktické lékaře

6) Druh práce, který je dohodnut v pracovní smlouvě, vymezuje okruh pracovních úkolů ke kterým se zaměstnanec zavazuje. Konat práce jiného druhu zaměstnanec není povinen, s výjimkou případů, které jsou přímo uvedeny v zákoníku práce (§ 37).

7) Nařízení vlády č. 168/2002 Sb. bude analyzováno až v souvislosti s povinnostmi vyplývajícími z pracovníprávních vztahů, neboť toto nařízení je vydáno na základě zmocnění v zákoníku práce a jedná se tedy o podobnou problematiku.

8) Naprostě nepřipustný je výklad Ministerstva práce a sociálních věcí, které tvrdí, že pro určení povinností podrobovat se pravidelným prohlídkám není rozhodující, zda je tato činnost uvedena v pracovní smlouvě, ale zda ji zaměstnanec provádí.

9) Nesmí se tedy jednat o řidiče spadající do kategorie řidičů uvedených sub 1)

10) § 137 písm. a) z. č. 65/1965 Sb. in fine

11) viz. Kuklová – Šubrt: „Povinnosti zaměstnavatele v oblasti zdravotní péče o zaměstnance“ (druhé, podstatně přepracované vydání, nakladatelství ANAG Olomouc)

12) blíže viz. Kuklová – Šubrt: „Povinnosti zaměstnavatele v oblasti zdravotní péče o zaměstnance“ (druhé, podstatně přepracované vydání, nakladatelství ANAG Olomouc)

13) Ministerstvo dopravy a spojů, *K problematice zdokonalování odborné způsobilosti řidičů. Povinné školení řidičů*, BHP, 2002

14) § 134e odst. 2 zákoníku práce zní: *Vláda stanoví nařízením způsob organizace práce a pracovních postupů, které je zaměstnavatel povinen zajistit.*



Psychiatrická diagnóza v dětském věku - citlivá záležitost

MUDr. Petr Žížka

Psychiatrická léčebna, Dobruška

V praxi dětského psychiatra si člověk klade řadu otázek: Jakým způsobem se stanovou diagnózou dále pracovat? Co předcházelo? Byla diagnóza stanovena včas? Mohla se situace vyvíjet výrazně odlišně a mohlo to v důsledku ovlivnit psychický vývoj dítěte, případně prognózu onemocnění? Z těchto úvah si pak začíná uvědomovat někdy opomíjené skutečnosti, které, byť izolovaně, mohou působit dojmem skutečností nepodstatných, z pohledu celku jsou ale mnohdy zásadní.

Psychický vývoj dítěte je kromě genetických informací výrazně ovlivňován prostředím, ve kterém dítě vyrůstá. Osobnost člověka se pak v zásadních rysech formuje asi do 15 let. Řada psychických poruch, kterými se zabývá „dospělá psychiatrie“, mívá své kořeny již v dětském věku; odchylky psychického vývoje v dětství mívají tak pro vývoj psychopatie v dospělosti zásadní význam. Obraz psychických poruch v dětském věku bývá značně odlišný od obrazu, jaký je obvyklý u dospělých. Některé symptomy jsou podstatně diskretněji vyjádřeny nebo se nevyskytují vůbec, jindy jsou skryty za symptomy jinými (např. poruchy chování jako deprese nebo úzkostné stavy). Psychotické poruchy často probíhají pod odlišným obrazem, a to vlivem nezralého terénu. Zejména u časných forem zaznamenáme až celkovou desintegraci formující se osobnosti včetně dopadů pro rozvoj a kultivaci intelektu. Obraz je pak někdy obtížně odlišitelný od mentální retardace.

Z toho vyplývá, že je třeba po prvních změnách v psychice pátrat již v časném dětství. Pro správné určení diagnózy a následnou péči o pacienta je nutná multidisciplinární spolupráce.

První, často zásadní informace (pomíne-li rodinu), poskytuje praktický lékař pro děti a dorost. Nežádá mívá děti v péči již od narození a může tak dobře sledovat jejich psychomotorický vývoj. Bohužel vzhledem k obvyklé vytíženosti své praxe celkem logicky nemívá dostatečný prostor ani klid na získání mnohdy citlivých informací týkajících se

psychických potíží dítěte, natož pak podmínky k jejich řešení. **Přesto právě on je často tím, kdo první vyše signál.**

Jak již bylo zmíněno v úvodu, na vzniku a vývoji psychických potíží se podílí i rodinné prostředí, které dítě formuje. Spolupráce s rodinou je tak velmi významným stavebním prvkem při stanovení správné diagnózy a následné terapie. Bohužel, zde často vyvstává první vážný problém. Při nespolečnosti rodiny anebo její absenci jsou pak informace a postřehy praktického lékaře obzvláště cenné.

Další důležité informace mohou poskytnout pracovníci pedagogicko – psychologických poraden, eventuálně pedagogové, kteří mají dítě v péči. Jejich pochopení, spolupráce a pomoc v terapii je pro další vývoj psychického stavu mnohdy velmi důležitá. Nenahraditelnou roli pak zaujímá klinický psycholog pro děti a dorost, který se významnou měrou podílí na stanovení diagnózy a dále spolupracuje v následné terapii. V mnohých případech, které nevyžadují hlubší intervenci, pak péči zajišťuje samostatně (např. určení školní zralosti, intelektových schopností – včetně jednotlivých složek, specifické poruchy školních dovedností, rodinné problémy apod.).

Dobrá spolupráce všech zainteresovaných pak tvoří dobrý základ pro stanovení správné diagnózy a pro návaznou léčbu. Realita je však bohužel často odlišná.

■ Psychiatrická diagnóza jako stigma

V naší společnosti, přes velký pokrok v posledních letech, stále ještě zůstává řada předsudků spojených s psychiatrií. Člověk, který se dostane do kontaktu s psychiatrií, je nežádá označen za „blázna“, byť nikdo nezkoumá, za jakých okolností se na psychiatrii dostal, jaké byly jeho potíže. Hospitalizace na psychiatrii a vlastní psychiatrická diagnóza často vede ke stigmatizaci. Obzvláště u dětí je toto velmi citlivě vnímáno a nežádá vede k prohloubení potíží, vyhýbání se škole či kontaktu s vrstevníky, zhoršení spolupráce.

■ Včasnost

Včasné určení psychiatrické diagnózy je velmi cenné. Může přispět k efektivnější léčbě, příznivějšímu průběhu onemocnění, lepší prognóze, lepšímu uplatnění v životě. Rodina má šanci se se situací lépe vyrovnat a vhodně volenými postupy problém dítěte pomoci zvládat.

Například:

- včasné stanovení a náprava poruch řeči (patlavost již od 3–4 let), případně specifických poruch školních dovedností může vést k lepší nápravě či vymizení potíží, k redukci stresové zátěže pramenící v selhávání při nevhodných přístupech ve výuce.

- včasné konstatování diagnózy mentální retardace, stupně postižení, rozložení jednotlivých složek intelektu, vede ke vhodnému školnímu zařazení resp. zatížení dítěte. Zabrání se tak jeho přetěžování, ze kterého často pramení další (zejména výchovné) potíže.

- včasné diagnostikování depresivních a úzkostných poruch může zamezit jejich prohloubení, chronifikaci v dospělosti, či dokonce může podstatně snížit riziko jejich fatálního zakončení – suicidia.

Kdy by měl člověk pečující o dítě – praktický dětský lékař, pomýšlet na možnou psychiatrickou poruchu?

1. při opožděném psychomotorickém vývoji, neprospívání, regresi vývoje (s přihlédnutím k sociokulturní úrovni rodiny)

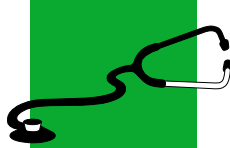
2. při náhlých nebo dlouhodobě pozvolna progredujících změnách chování netypických pro dané dítě (uzavírání se do sebe, bizarní chování, nezáměr o dění kolem sebe, ztráta zájmů, přátel, výrazné omezení aktivit)

3. při nápadných změnách prospěchu ve škole, chování ve škole či v rodině

4. při opakovaných a často nespecifických somatických potížích bez odpovídajícího somatického nálezu či výsledku odborných vyšetření

5. při častých nebo hlubokých změnách nálady nebo psychomotorického tempa

Hipp



■ Informace rodině

Obecně je při léčbě jakékoliv nemoci nutné, aby měl pacient, respektive rodina pocit naděje na zlepšení stavu. Taktéž by ale měl (měla rodina) být, pokud je diagnóza jasně stanovena, včas a dostatečně srozumitelně s diagnózou a vším s ní souvisejícím seznámen(a). Příklad: naděje matky dítěte se zjevnou **mentální retardací** nepřiměřeně živěná „posilujícími“ sděleními typu: „on to dotáhne“, „má na to čas“, „ještě je brzy se k tomu vyjadřovat“ apod., je velmi kontraproduktivní. Dítě je přetěžováno, jeho výkon komentován: „není hloupý, jen kdyby chtěl“ a pod. Zákonitě s postupujícími nároky začíná selhávat, rodina nadměrné úsilí vkládané do slibované změny přestává zvládat, u rodičů často dochází k pocitům selhání, viny, obviňování sebe i okolí. Je-li informace včasná, rodina hořkou informací lépe vstřebá, dítě je vedeno směrem odpovídajícím jeho schopnostem. Nevyskytují se pak tak markantní selhání a další komplikace vyvolané nepřiměřenou zátěží – výchovné problémy, agresivita, odpor, a pod. Obdobně je tomu i u dalších diagnóz, jako jsou:

Porucha aktivity a pozornosti – ADHD (často vykládáno jako LMD), **specifické poruchy školních dovedností** (dyslexie, dysgrafie, atd.). Včasnou diagnostikou se i zde můžeme pokusit dítě zařadit do pro něj vhodnějšího učebního systému, případně kontaktovat učitele dříve, než dítě selže se všemi důsledky na to nasedajícími.

Úspěšnost terapie či alespoň dobré začlenění dítěte s psychickými potížemi nebo poruchou zásadním způsobem ovlivňuje spolupráce s rodinou. Prvním předpokladem dobré spolupráce je získat si její důvěru, vyvrátit mýty spojené s psychiatrií. Dítě i rodiče jsou často na první návštěvě překvapeni, že je nečeká doktor v bílém s nataženou injekční stříkačkou, trhající hlavou, doprovázený dvěma pochopy se svěřací kazajkou za zády.

Rodina by měla být přiměřeným způsobem, srozumitelně a také úměrně svým mentálním schopnostem informována o diagnóze, její prognóze, dalším terapeutickém či výchovném postupu. Totéž platí i pro samotné dítě. Do řešení situace by měla být rodina pokud možno vtažena celá, přístup rodičů či výchovných pracovníků by měl být ve shodě. Je třeba znát názor obou rodičů, zejména, pokud se jejich přístup k problému liší. Je třeba nalézt pro rodinu nej přijatelnější cestu k řešení situace, pomoci s výběrem školy,

speciální péče, volby zaměstnání atd..

Při práci s psychiatrickými, psychologickými termíny (symptomy, syndromy, vlastní diagnóza) může docházet záměnám pojmů, nesprávnému výkladu, zobecnění, změnám významu. To pak může vést opět ke stigmatisaci pacienta nebo člena rodiny.

Příklady:

- ne za každým simplexním projevem je třeba hledat mentální retardaci
- časté a někdy i nadměrné požívání alkoholu ještě neznačí dg. závislost na alkoholu
- užití drog je obdobným případem
- ne každé záškoláctví je obrazem anomálně se vyvíjející osobnosti (manifestují se tak i úzkostné poruchy, OCD, depresivní poruchy)
- ne za každým zvracením, byť opakovaným, je třeba hledat mentální anorexii nebo bulimii

Je proto dobré vyhnout se v doporučeních, zprávách, anamnestických informacích, užití nepotvrzené diagnózy, je lépe spíše situaci obecně popsat. Zprávy se často opíší a s dg. se pak pracuje jako s prokázaným faktem.

Citlivé zacházení s informacemi je samozřejmé u všech psychiatrických diagnóz. Zde uvádím pro stručnost a přehlednost jen některé vybrané.

■ Mentální retardace

Ke stanovení přesné diagnózy, včetně jednotlivých složek intelektu (podle nichž lze dále s dítětem pracovat) je třeba psychologické vyšetření. Je nutné přihlídnout k sociokulturnímu zázemí rodiny. Případná těžká výchovná zanedbanost může významně negativně ovlivňovat výsledky v některých testech. Vhodnými změnami ve výchově pak lze dojít k podstatnému zlepšení, „skoku dopředu“. Tento skok nelze naopak očekávat u dítěte, kterému byla od malička věnována maximální a fundovaná péče. **IQ jako číslo je tedy velmi ošidné!**

Příklad: dítě s výraznými výchovnými problémy zejména ve školním prostředí, selhává, je patrný regres ve vývoji. Přes maximální úsilí rodiny věnované přípravě do školy výsledky neodpovídají, spíše dochází ke zhoršování, prohlubování výchovných problémů, tendencím vyhýbat se škole, únikům do nemoci. Podrobným vyšetřením intelektu, jednoznačným vysvětlením diagnózy a věcí s ní souvisejících a navázáním kontaktu se školou (změna výuky) došlo k redukci problémo-

vého chování, k celkovému zklidnění dítěte a posléze i rodiny.

■ Poruchy chování

Termín v širším smyslu zahrnuje i poruchy relativně prognosticky méně závažné, v užším pak poruchu chování socializovanou či nesocializovanou, které jsou často předstupněm poruch osobnosti (dříve psychopatie).

Ne každé zlobení, byť někdy výrazné, musí být obrazem poruchy chování. Mohou se tak manifestovat depresivní a úzkostné poruchy, přetížení dítěte (výchova, výuka), porucha aktivity a pozornosti a další.

■ Závislosti

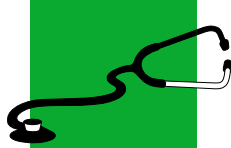
V dnešní době velmi ožehavé a frekventované téma. Mládež je doslova zaplavena pestrou nabídkou drog od těch „méně škodlivých“ po drogy „tvrdé“. Občasným konzumentem či pouze experimentátorem je tak dnes značná část středoškoláků, v posledních letech i žáků ZŠ. Užití drogy ještě neznamená automaticky diagnózu závislosti. Nálepka feťáka dokáže značně zkomplikovat život – ve škole, v zaměstnání, horší spolupráci v případě potřeby řešení psychických potíží, které s užitím drog původně nesouvisely.

■ Psychotická onemocnění

Jde o závažná a mnohdy velmi devastující onemocnění. V dětském věku často probíhají pod atypickým obrazem, plíživě nebo naopak bouřlivě. Může se projevovat řadou psychiatrických symptomů, často nespecifických. Vzhledem k jejich závažnosti by mělo být zejména s diagnózami typu „psychotická porucha schizofrenního okruhu“ zacházeno na nejvyšší obezřetně. Je co do prognózy podstatný rozdíl mezi, na jedné straně, přechodnými psychotickými poruchami vzniklými např. na základě intoxikace, užití (užívání) drog, a schizofrenií na straně druhé.

■ Specifické poruchy školních dovedností (nejčastěji dyslexie)

Ke správnému stanovení diagnózy je zapotřebí odborné psychologické vyšetření. U této poruchy se můžeme setkat se dvěma problémy v „hospodaření“ s diagnózou. Na straně jedné bývá někdy neuváženě stanovována u dětí, které selhávají spíše z důvodů lehce nižších intelektových schopností, případně jenom nedostatku nadání, citu pro jazyk apod. nebo u dětí hyperaktivních a tako-



vých, které nebyly vystaveny přiměřenému výchovnému tlaku. Je smutnou skutečností, že počty „takzvaných“ dyslektiků s potvrzeními v základních školách, převyšují prevalenci této poruchy udávanou MKN.

Příklad – dítě po dlouhá léta vedené jako těžký dyslektik se najednou ocitá před novým vyšetřením a ukáže se, že se nejedná o dyslexii, ale o podprůměrný intelekt, který by spíše vyžadoval speciální školství a snížení nároků na dítě než speciální přípravu. Když dojde k takovému zjištění v 7 třídě, není již v našem školském systému místo, kam dítě adekvátně zařadit. Je tak odsouzeno k přetěžování ještě další 2 roky! V druhém extrému jsou děti skutečně dyslektické považovány za

flinky, děti bez nadání, simulující různé zdravotní potíže, nedostatečně se snažící i přes maximální domácí přípravu.

Ještě jeden příklad opomenutí možné dg., nedostatečně vnímaného celkového psychického stavu. Dítě s dlouhodobě výborným prospěchem značně selže v testech prováděných PPP, určených pro výběr povolání. Na základě nich doporučena profesní orientace spíše pomocným pracím. Opomenut byl komplexní pohled, tedy v konkrétním případě již v té době diagnostikovanou OCD (obsedantně kompulzivní poruchu). Včasnou nápravou, vysvětlením situace rodině, vysvětlením důvodu selhání i samotnému dítěti, došlo k přiměřenému umístění dítěte na

střední školu, kde prospívá.

Závěrem je nutno konstatovat, že psychiatrická dg. u dětí je často velmi závažná, handicapující. Proto by měla být včasné diagnostice, velmi opatrné a citlivé manipulaci s diagnózou, práci s rodinou a vůbec spolupráci všech zainteresovaných, věnována maximální pozornost. Ve svém sdělení jsem se pokusil nastínit některé postřehy z praxe a doplnit je příklady. Doufám, že mé sdělení vedlo k zamyšlení nad problematikou, inspirovalo k otázkám a přineslo odpovědi na některé z nich.

Literatura u autora

Prothazin



ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) - hyperaktivita s poruchou pozornosti

MUDr. Pavla Hellerová, MUDr. Petra Uhlíková

Psychiatrická klinika, 1. LF a VFN, Praha

Diagnóze ADHD podle DSM-IV, kterou používá APA (American Psychiatric Association) především v USA a Austrálii, v Evropě odpovídají diagnostické jednotky, zahrnuté do skupiny hyperkinetických poruch (porucha aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha chování) podle klasifikace ICD-10 z roku 1992.

ADHD je chápána jako heterogenní porucha, nejčastěji provázená poruchami chování. V porovnání s klasifikací DSM-IV je hyperkinetická porucha samostatná užívaná diagnostická jednotka s možností komorbidní psychopatologie, zatímco americký model předpokládá poruchy chování jako součást ADHD.

V předchozí klasifikaci DSM - III byly rozlišovány 3 typy poruchy - ADD (Attention deficit disorder - porucha pozornosti), ADD-H (porucha pozornosti s hyperaktivitou), AD/HD (hyperaktivita s poruchou pozornosti), kterým v ICD - 9 odpovídala i u nás používaná diagnóza lehká mozková dysfunkce (LMD) - hypoaktivní, hyperaktivní a smíšená forma.

■ Diagnostická kritéria ADHD u dětí podle DSM-IV

- 1) Často neklidně hýbe rukama i nohama, vrtí se na židli.
- 2) Dělá mu potíže klidně sedět, i když je k tomu vyzván.
- 3) Snadno ho roztěkají vnější podněty.
- 4) Má potíže s vyčkáváním, až na něj dojde řada ve hrách nebo skupinových situacích.
- 5) Často vyhrkne odpověď na otázku ještě dříve, než byla otázka vůbec dovyložena.
- 6) Dělá mu potíže sledovat instrukce, které mu dávají jiní (a to nikoliv z důvodu opozičního chování či nedostatku chápavosti, atd.) a selhává v dokončování úkolů.
- 7) Mívá potíže s udržováním pozornosti při práci ale i v herních činnostech.
- 8) Často „přeskakuje“ od jedné ještě nedokončené činnosti ke druhé.
- 9) Dělá mu potíže hrát si potichu.
- 10) Často povídá až příliš.
- 11) Přerušuje jiné nebo jim skáče do řeči, nebo se plete do her jiným dětem.
- 12) Často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká.
- 13) Ztrácí věci, které jsou nezbytné k práci nebo k činnostem ve škole či doma.

14) Pouští se do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky (a nedělá to proto, že by jen vyhledávalo napětí pro napětí), např. vbíhá do vozovek, aniž by se rozhlédlo.

- ve věku 3 - 5 let 10 a více příznaků
- od 6 - 12 let 8 a více příznaků
- od 13 - 18 let 6 a více příznaků

K přesnému stanovení diagnózy a kvantifikaci poruchy je možno využít kromě diagnostických kritérií škálovací metody (škála Connersové, Huntova škála), skóre ADHD, z anamnestických dat jsou významné údaje o průběhu těhotenství a perinatální hypoxii. Přínosné je genealogické vyšetření, zejména údaje o výskytu hyperkinetického syndromu a komorbidních poruch u příbuzných prvého a druhého stupně.

■ Diagnostická kritéria ADHD u dospělých

V systému DSM-IV může být diagnóza ADHD stanovena až v dospělém věku, diagnostická kritéria pro ADHD dospělých obsahují tři části: musí být přítomno alespoň 12 chronických příznaků z 20 uvedených (podobně jako kritéria pro dětské ADHD) výrazně častěji než u ostatních lidí v téže populaci (shodný věk, etnikum), musí být v anamnéze ADHD v dětství a stav není vysvětlitelný jinou poruchou.

A - chronické příznaky

- 1) pocit, že výkon neodpovídá schopnostem
- 2) neschopnost organizovat každodenní drobnosti - zapomínají schůzky, termíny, ztrácí stvrzenky, lístky, šeky atd.
- 3) odkládají řešení, mají obavy něco začít
- 4) mnoho věcí dělají současně
- 5) nevhodné poznámky, sklon říci, co je právě napadne
- 6) hledání stále nových podnětů
- 7) často se nudí, mají stále nové zájmy, ale netrávají dlouho
- 8) snadno zneklidní, ztratí pozornost, jsou nedůslední
- 9) kreativní, intuitivní, vyšší IQ
- 10) problémy s vžitými postupy, prosazování vlastních postupů
- 11) netrpělivost
- 12) impulzivita slovní, akční (utrácí bez rozmyslu, mění plány)

13) sklon trápit se nepotřebností, budoucností, kontrast s nevšímavostí k reálnému nebezpečí

14) pocity hrozící záhuby, nebezpečí se střídají se vzrušením z rizika

15) poruchy nálady, deprese

16) neklid - bubnování prsty, změny pozice na židli, přecházení

17) sklon k závislosti - drogy, alkohol, hry, nákupy, jídlo, práce

18) problémy se sebeúctou

19) problémy se sebehodnocením

20) v rodinné anamnéze poruchy nálady, poruchy ovládnutí, různé typy závislosti

B - výskyt ADHD v dětství (před sedmým rokem věku)

C - stav není vysvětlitelný jinou poruchou

■ Klinický obraz poruchy v jednotlivých vývojových etapách

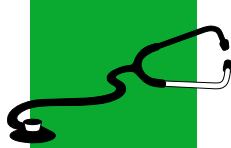
Hlavními příznaky ve všech věkových obdobích jsou porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita, často doprovázené neřízenou motorickou aktivitou končetin.

V novorozeneckém období se může vyskytovat nechutenství a poruchy spánku, které mohou být prvními příznaky ADHD.

V předškolním věku dominuje neklid, zvýšená aktivita, děti často mění své zájmy a většinu činností nedokončí. Děti, u kterých převažuje porucha pozornosti nad hyperaktivitou (dříve hypoaktivní forma LMD), bývají pomalé, tiché, často se oddávají dennímu snění a obtížně reagují na podněty okolí. V kolektivu vrstevníků jsou tyto děti málo oblíbené a odmítané nebo přehlížené, hyperaktivita a nesoustředěnost ztěžuje sociální interakce již v mateřské škole.

Ve školním věku je nápadný výrazný rozpor mezi normální nebo vyšší intelektovou kapacitou dítěte a jeho nedostatečnou školní výkonností. Děti bez výrazné hyperaktivity, u kterých dominuje porucha pozornosti, bývají často mylně řazeny mezi děti s podprůměrným intelektem. Odmítavé postoje okolí spolu se školním selháváním v základní škole vedou často k osamocení dítěte a rozvoji opozičního, vzdorovitého a nezřídka i delikventního chování, nebo k stažení, poklesu sebedůvěry, úzkosti, pocitům viny z vlastního neúspěchu, které mohou vyústit v sebevražedné jednání.

Při stanovení diagnózy je nutné vyloučit men-



tální retardaci a poruchy chování způsobené některými dalšími faktory, jakými jsou například nedostatek příležitosti ke vzdělání, jazyková bariéra, vznik potíží v reakci na trauma (rozvod, úmrtí), narušení prostředí (změna bydliště, školy), zneužívání dítěte (šikana, týrání či sexuální zneužívání), bolestivé nebo jinak traumatizující onemocnění.

Diagnózu ADHD může podpořit EEG záznam. Pro děti s touto poruchou je typický nezralý záznam (atypický až abnormní, obvykle difúzní, někdy s přítomností iritačních fenomenů bez klinického korelátu paroxysmální aktivity).

■ Komorbidity hyperkinetické poruchy

Komorbidní poruchy se vyskytují u 50–80% pacientů s hyperkinetickou poruchou. Nejčastější jsou poruchy chování, jež podle některých údajů dosahují 40 až 90%. Časté jsou rovněž poruchy nálad, především depresivní porucha (15–20%), úzkostné poruchy (25%) a specifické poruchy učení (20%). Není vzácná přítomnost několika komorbidních poruch současně. Přístup v USA se od Evropské diagnostiky liší i pojetím komorbidit: APA používá častěji smíšené diagnózy, zatímco v Evropě je obvyklejší základní diagnóza s přidruženými chorobami.

■ Příčiny ADHD

Klinický výzkum hyperkinetické poruchy započal počátkem minulého století. Pojmy se od té doby posunuly od „volní inhibice morální kontroly“ přes „minimální mozkovou dysfunkci“ (MMD), „lehkou mozkovou dysfunkci“ (LMD) až po dnešní pojetí hyperaktivity, jež akcentuje především nízkou seberegulaci a behaviorální syndromy. Současné modely ADHD jsou v zásadě 4 a částečně se překrývají: **kognitivní** vyzdvihuje chybný informační proces, **neurobiologický** vychází z experimentálních studií a výsledků zobrazovacích metod, **biochemický** je založen na studiích transmittérových poruch a změn biochemických markerů při léčbě psychofarmaky a **genetický** model zdůrazňuje dědičný podklad neurobiologických poruch.

Pre- a perinatální vlivy

Studie na zvířatech podporují hypotézu, že typické biochemické nálezy u pacientů s ADHD (změny sérových hladin metabolitů neurotransmiterů) mohou vznikat vlivem perinatální hypoxie. U juvenilních zvířat, vystavených v perinatálním období vlivu hypoxie, došlo ke změnám sérových hladin DBH. Je rovněž známo, že některé toxické vlivy, vedoucí k hypoxii plodu (abúzus nikotinu, alkoholu) vedou po narození k rozvoji ADHD.

Neurologické změny

Dosud byly zjištěny jak změny strukturální

(menší celkový objem CNS, menší velikost bazálních ganglií i některých dalších struktur), tak změny funkční (poruchy metabolismu neurotransmiterů, zejména dopaminu).

Genetické vlivy a změny metabolismu neurotransmiterů

Řada studií prokázala, že ADHD i její komponenty (porucha pozornosti a hyperaktivita) jsou z větší části geneticky podmíněny. Jedná se o polygenní dědičnost.

V současnosti je známa existence více než 30 genů různých neurotransmiterových systémů, které se mohou podílet na vzniku hyperkinetické poruchy a tím také na rozvoji celé řady komorbidních psychiatrických onemocnění u dětí, dospívajících a dospělých. Ty z nich, které mají pravděpodobně rozhodující význam pro změny dopaminergní transmise u ADHD.

Vznik fenokopie ADHD je s největší pravděpodobností také možný, například vlivem perinatální hypoxie, která ovlivňuje nezralou dopaminergní transmissi.

Podstatou neurotransmiterových změn je zřejmě defekt v metabolismu dopaminu (genetický nebo získaný perinatálně).

Dědičný defekt může být způsoben základními faktory: změněnou aktivitou dopaminových receptorů, sníženou hladinou HVA (homovanilová kyselina) v mozkomíšním moku a sníženou hladinou serotoninu v séru.

■ Léčba ADHD

Onemocnění ADHD bývá označováno jako biopsychosociální porucha, postihující dítě i jeho okolí. Z tohoto pojetí nemoci vychází požadavek na komplexní terapii, zahrnující vedle stanovení a léčby samotné diagnózy ADHD také následující prvky:

- najít a léčit další koexistující poruchy
- zajistit prevenci vzniku poruch chování, nebo se je pokusit redukovat, jsou-li přítomny
- podporovat akademické a sociální vzdělání
- zdokonalit schopnost přizpůsobení a seberegulace zmenšit zátěž rodiny

Lékem první volby jsou stimulanty ale základním předpokladem úspěchu je správná indikace léčby. Na tuto terapii pozitivně reaguje asi 70% dětí a adolescentů. Farmakoterapeutická účinnost stimulantů u hyperkinetického syndromu souvisí s ovlivněním dopaminergního systému. Metylphenidát uplatňuje psychostimulační efekt inhibicí presynaptického uptaku v impulzech uvolňovaného dopaminu. U dextroamphetaminu je ovlivnění dopaminergní transmise ještě poněkud výraznější a je podmíněno uvolněním nově syntetizovaného dopaminu, dextroamphetamin na rozdíl od metylphenidátu narušuje vezikulární

ukládání dopaminu. Pemolín vykazuje kombinovaný účinek: zvýšené uvolňování a blokování uptaku dopaminu. Změny transportu dopaminu jsou zprostředkovány ovlivněním jeho přenašeče kódovaného genem DAT1, stimulant inhibují transport dopaminu a vedou ke zvýšení jeho synaptické hladiny.

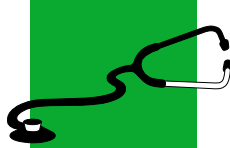
Kontraindikací léčby jsou tiky, hypertyreóza, glaukom, angina pectoris, anxiozita, suicidální tendence a drogová závislost i v anamnéze. Je možné podávat stimulanty od 4 let, ale vzhledem k problematické diagnostice poruchy v tomto věku a k možné záměně opozičnickví a vzdorovitěho chování v tomto věku s deficitem pozornosti se nejčastěji podávají od 6 let věku. Maximálního účinku stimulanty dosahují za 1 hod. po podání, účinnost klesá po 4 hodinách, kdy je optimální podání další dávky. Nutnost podávat druhou dávku ve škole však bývá častým problémem.

Součástí komplexní léčby je kognitivně-behaviorální terapie, toto pojetí ADHD charakterizuje děti jako „neschopné se zastavit, dívat se a poslouchat“. Základem léčby je nácvik sebeovládání a schopnosti sebekontroly dítěte a adekvátní reakce okolí (rodičů) na nežádoucí chování dítěte. Je prokázáno, že kombinace kognitivně-behaviorální terapie a nízké dávky metylfenidátu je účinnější než samotná vyšší dávka metylfenidátu. Tato terapie se nejvíce osvědčila pro léčbu agresivity a impulsivity, u léčby nepozornosti je neúčinnější medikace stimulanty, méně účinná je behaviorální terapie a nejméně skupinová terapie. Účinek této léčby je podmíněn řadou faktorů, zejména vhodným způsobem práce s dětmi, doplněným instruktážními videopořady s modelovými situacemi, pracovními sešity pro jednotlivé věkové kategorie a dalšími názornými pomůckami. Nezbytná je spolupráce rodičů a učitelů, především získání alespoň nejjednodušších znalostí jak správně reagovat na projevy hyperaktivity a nedostatku pozornosti.

Skupinová psychoterapie je vhodná tam, kde rodina nemůže spolupracovat (rodiče nechťejí nebo nemohou často dojíždět), ale je pro nácvik nového chování dítěte bez změn v přístupu nejbližších osob méně účinná.

Je zřejmé, že ADHD má vážné důsledky nejen pro psychický stav pacienta, ale ovlivňuje i jeho sociální interakce. U jedné třetiny pacientů porucha přetrvává do dospělosti a může vést ke vzniku závažných poruch chování. Při správné diagnostice a včasné léčbě je možné řadě následků ADHD úspěšně předejít. Péče o tyto děti by měla být komplexní a měli by se na ní podílet kromě rodičů také psychiatři, psychologové, pediatři a pedagogové.

Literatura u autorek



Poruchy chování

prim. MUDr. Iva Hodková, prim. MUDr. Eva Miklasová

Dětská psychiatrická léčebna, Opařany

Poruchy chování jsou velmi široká oblast. Symptomy poruch chování prolínají diagnostické okruhy z mnoha skupin. Nejsou to jen diagnózy, které řadíme k tzv. sběrnému koši, ale i další diagnostické okruhy, které je nutné mít na paměti při diferenciální diagnostice. Poruchou chování s agresí, útěky, krádežemi se může projevat i prepsychotický a psychotický stav, deprese neposlušnosti k výkonu apod. Je nutné věnovat i těmto projevům v chování mnohdy běžným, úporným, „obyčejným“ a zároveň velmi obtížným k řešení pozornost a dobrou diagnostickou rozvahu. Nezapomenout na to, že čím je dítě mladší, tím jsou výraznější somatoformní poruchy.

Poruchy chování se projevují u dětí a adolescentů v 10–15 %, mezi dětmi školního věku je 5–20 % zastoupení určité poruchy chování, poměr chlapců k dívkám je 4–12:1. V posledních letech stoupá zájem o výzkum etiologie a léčby poruch chování. Zájem je orientován k faktorům geneticko-hereditárním, biologickým, psychosociálním a na otázky predikce z dětství do dospělosti.

Velký počet studií prokázal přetrvávání nesocializovaných poruch chování F 91.1 z dětství do dospělosti. Další studie prokázala, že výskyt brachiální agresivity je významným prediktorem následné poruchy chování v adolescenci a mnohdy i v dospělosti.

Poruchy chování jsou velmi často spojeny se společenským klimatem, socioekonomickou úrovní a disharmonickým rodinným prostředím (poruchy chování u rodičů, kriminální a antisociální chování rodičů, nezaměstnanost, rozvody, rodiny s velkým počtem členů, výchovné styly od striktního po permissivní, výchova bez kontroly, motivace, struktury volného času).

Poruchy chování jsou velmi obsáhlou problematikou. Nelze se věnovat podrobně jednotlivým diagnózám v rozsahu tohoto sdělení. Symptomy poruch chování se prolínají širokým diagnostickým spektrem.

Tvoří podstatnou část klientely nejen v pedopsychiatrických ambulancích, ale i v pedopsychiatrických lůžkových zařízeních, a to od okamžiku, kdy selhaly běžné, dále specifické výchovné přístupy a péče speciálních pedagogů. Při poruchách chování jde o terapii v medicínském slova smyslu, která má možnost zmenšit, zmírnit nebo odstranit problém.

Z hlediska prognózy se dělí poruchy chování na

poruchy s lepší a špatnou prognózou. Důležitými symptomy je agrese a narušená socializace.

K **prognosticky špatným** řadíme poruchy trvalé a kontinuální od útlého dětství, přes disharmonický vývoj v adolescenci až po disociální poruchu osobnosti v dospělosti – **dezinhibovaná přichylnost v dětství F 94.2 a nesocializovaná porucha chování F 91.1**.

Poruchy s **lepší prognózou** jsou reakcí buď na určitá prostředí – **Porucha chování ve vztahu k rodině rodinu – F 91.0** nebo vznikají při skupinových aktivitách – **socializovaná porucha chování F 91.0**

Při diagnostikování poruch chování je nutno diagnostickou rozvahu podřídit vývojovému pohledu a znát dobře diagnostická kritéria a skupiny symptomů, mezi které řadíme **agresi k lidem a zvířatům, destrukci majetku a vlastnictví, nepoctivost nebo krádeže, vážné násilné porušování pravidel**.

Poruchy chování podle MKN – 10 se týkají řady diagnostických kategorií:

■ **F 90.1 hyperkinetické poruchy chování, která splňuje diagnostická kritéria jak hyperkinetické poruchy, tak poruch chování**

■ **F 91.0–91.9 poruch chování**

■ **F 92.0–92.9 smíšených poruch chování a emocí**

■ **F 94.1,2 poruch sociálních vztahů**

■ **F 43.24,25 reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení**

Všechny tyto diagnózy jsou nazývány „sběrnými koši“ pro neposlušné a obtížné chování dětí a adolescentů.

Chování je základní výrazový prostředek, kterým dítě vládne a kterým komunikuje se svým okolím. Čím je dítě mladší, tím menší je rejstřík výrazových prostředků, který má k dispozici (např. novorozeneček dokáže křičet, roční dítě se vyjadřuje slůvky, dvouleté má již k dispozici jednoduché věty, abstraktní myšlení se rozvíjí až daleko později).

S tím souvisí i skutečnost, že čím je dítě mladší tím méně specifické jsou projevy duševního onemocnění. Ale ani školák ještě plně nedokáže vyjádřit své prožitky a pocity slovy a k jejich sdělení používá jednání, chování. Takže problémy v chování dítěte nacházíme nejen u specifických poruch chování, ale nápadnosti, zvláštnosti, odlišnosti a patologie můžeme objevit i v dalších poruchách v rámci diagnostické klasifikace duševních poruch, kterými děti a adolescenti mohou

onemocnět. Kromě tzv. „sběrného koše“ jsou i další diagnostické okruhy, které se mohou projevovat poruchami chování

■ **Diagnostické skupiny, které se mimo jiné mohou projevovat poruchami v chování**

■ **Organické duševní poruchy včetně symptomatických zejména F 07**

■ **Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek F 10–F 19**

■ **Schizofrenie F 20.0 – F 20.9** - čím je dítě mladší, tím méně typické jsou příznaky, které se diagnostikují v dospělém věku v poruše myšlení a vnímání. O to více je porušena integrita vývoje, porušení kognitivních funkcí, defekt intelektového vývoje, porucha vývoje osobnosti, desorganizace osobnosti. Dítě je divné, může i dlouhodobě „zlobit“.

Pozitivní příznaky: poruchy myšlení – bludy, poruchy vnímání – halucinace, dezorganizace řeči – zárazy, neologismy, neschopnost držet linii řeči, dezorganizace chování, agresivita, útěky, klackovitě chování, provokace

Negativní symptomy – pokles zájmů, sociální stažení, zhoršení sociálního fungování, otupení emotivity, anhedonie, ambivalence, autistické projevy pokles volní složky (není to lenost, kterou by dítě mohlo ovlivnit svým vlastním rozhodnutím), nečinnost, pokles sebeobsluhy, aktivity

■ **Poruchy nálady - afektivní poruchy F 30**

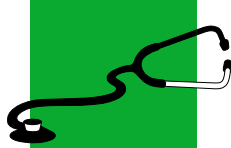
Bipolární porucha: manická, depresivní fáze

■ **Deprese u dětí**

U předškoláků – nesoustředěnost, emoční labilita, afektivní dráždivost, rychle se měnící (pláč, křik), neklid, agitovanost se střídají s apatií, nečutenství, poruchy spánku, odmítání hry, mutismus

U mladších školáků – odpor k učení, labilita, nejistota, podrážděnost, útlum střídáný s hyperaktivitou, enuréza, enkopréza, onychofagie, pavor nocturnus, sociální maladaptace

U starších školáků - nesoustředivost, hloubavost, nevypravnost, sklíčenost, nejistota, kolísání nálad, suicid. úvahy, snížení dynamogenie nebo agitovanost, bolesti hlavy, zažívací potíže, sociální izolace



U **adolescentů** - poruchy koncentrace pozornosti, selhávání ve škole, negativní myšlenky, suicidální úvahy, anxieta, pláč, pocity beznaděje, nudy, velmi rychlé střídání nálad, prchavost stavů oproti dospělým, smutek střídáný impulsivitou, iritabilitou, mohou být poruchy myšlení a vnímání, ztráta energie střídaná s neklidem, somatické potíže /únava, změny hmotnosti, poruchy spánku, bolesti hlavy/, špatné sociální fungování, odmítání kontaktů, ale strach být sám, promiskuita, zneužívání psychoaktivních látek, impulsivita.

■ **Mentální retardace F 70 - F 79**

Přetěžování dětí s MR, stejně tak jako např. afektivní poruchy, se právě může projevit poruchami chování.

■ **Poruchy osobnosti F 60**

Lze říci, že u všech poruch chování můžeme strukturovat léčbu obecně do **prevence** ve společnosti, rodině, škole, výchově k rodičovství, volném čase dětí, **sociální práce a sociální prevence, práce s rodinou, výchovy a výchovných opatření, psychoterapie** především rodinné, ale i individuální a skupinové, **farmakoterapie** se zaměřením na jednotlivé symptomy.

Někdy musí nastoupit i restriktivní opatření s respektováním na straně jedné ochrany společnosti a na straně druhé respektování problematickeho jedince při zachované možnosti změny, terapie, růstu individua.

Dětskou psychiatrickou léčebnu Opařany - odborný léčebný ústav zřizuje MZ ČR a má fond 200 lůžek.. Léčíme děti od 3-18 let věku z celé České republiky, a to s celým diagnostickým spektrem oboru dětské psychiatrie. Přijímáme děti na doporučení pedopsychiatrů, psychiatrů, pediatriů, klinických psychologů. Přijímáme děti k léčbě nebo k diferenciaci diagnostickému pobytu s akutními stavy z Jihočeského kraje, ale zejména stavy dlouhodobější do následné doléčovací terapie z celé ČR.. Délka léčebného pobytu není časově limitována, průměrná doba hospitalizace je různá, v průměru kolem 90 dnů.K doporučení stáčí lékařský nález.

Výhodou naší péče je, že máme potřebné a dobře vybudované diagnostické a terapeutické zázemí. Poskytujeme léčbu komplexní a strukturovanou. Strukturou rozumíme možnost zařadit dítě do léčby podle věku, pohlaví, intelektu a diagnózy. Léčbu zajišťují týmy odborníků pedopsychiatrů, psychologů, psychoterapeutů, ošetřovatelského personálu.

Velkou skupinou hospitalizovaných dětí jsou právě děti s diagnózou poruch chování. Jejich léčba závisí na věku a intelektu a vývojových aspek-

tech. Základem je přesná diagnostika pedopsychiatrická a psychologická, neurologická včetně EEG a další doplňující konsiliární vyšetření podle potřeby a vyloučení duševních onemocnění v užším slova smyslu.

V **léčbě** volíme **komplexní přístup** k pacientovi, rodině a prostředí.

Režimovou léčbu s výrazným podílem kognitivně - behaviorální terapie, individuální, skupinové psychoterapie různých psychotherapeutických směrů.Výrazný podíl tvoří léčebné rehabilitační programy, které jsou specifické a mají významnou část psychotherapeutických prvků.

Nepracujeme se striktními standardy pro danou diagnózu, ale vycházíme z individuálního přístupu k pacientům. Je jim stanoven individuální léčebný plán, který respektuje všechny potřeby pro intenzivní léčbu a moderní přístupy, respektuje zvláštnosti. Umožňuje jistou kompenzaci a stabilizaci , nácvik nových dovedností a aktivit a zapojení do pozitivních činností, zlepšení školních a pracovních dovedností a sociálního fungování, zlepšení vztahů v rodině a mnohdy i získání náhledu na hodnotový systém.

Významnou součástí komplexního přístupu u poruch chování je **farmakoterapie**.

K redukci agresivního a hostilního chování jsou indikována moderní **antipsychotika** bez útlumu kognitivních funkcí zejména risperidon, tiaprid, která převažují významnou měrou nad klasickými neuroleptiky- např. periciazinem, thioridazinem, levomepromazinem, chlorprothixenem, haloperidolem.

Za vysoce perspektivní považujeme léčbu **antiepileptiky** karbamazepinem, valproátem a lamotriginem, a to zejména u projevů agresivity, impulsivity , nestálosti a výkyvů nálad. Nejlepší jsou účinky u dětí a adolescentů s drobným organickým poškozením CNS, zejména s epileptiformním nálezem na EEG.

U farmakoresistentních pacientů vůči jiným typům léčby lze za striktních podmínek podávat lithium.

Své zastoupení má v moderní léčbě skupina **antidepresiv** hlavně ze skupiny SSRI, zejména sertralin a fluvoxamin ke zvládnutí rozlad, impulsivity, agrese, u hyperkinetické poruchy psychostimulancia . U nás v ČR používaný methylfenidát v bezpečném dávkování a do věku 12 let. Využíváme i možnosti farmakoaugmentace včetně podpory zlepšení maturace CNS vitaminy B1, B6 a magnesií lacticí atd.

V **léčebných rehabilitačně resocializačních programech** pacienty zařazujeme do léčebné rehabilitace - fyziologie a hydroterapie, relaxace, jógy, ergoterapie, léčby prací, arteterapie malířské

a keramické, dramaterapie, canisterapie, hipoterapie, pohybových programů , které využívají prvky z tělesných cvičení pohybových her , sportu. Nabízíme kinezioterapeutické programy zaměřené na iniciaci volných procesů, emocí, kognicí, neverbální komunikace.Dále socioterapeutické programy klubu, čajovny, volnočasových aktivit.

Léčebna disponuje programově s centrální částí pro léčebné rehabilitační péči, má dále navíc pro jednotlivá oddělení k nabídce venkovní bazén, horolezeckou stěnu, 18 jamkové miniaturové hřiště, venkovní společenské hry, víceúčelové sportoviště, odpočinkové oázy. Možnost turistiky, zátěžových programů a samostatné zázemí jednotlivých oddělení.

Nedílnou součástí komplexní péče je docházka do speciálních škol při léčbě.

V léčbě máme poměrně bohaté zkušenosti a dobré výsledky léčby u pacientů s poruchami chování. Jsme si ale vědomi toho, že z hlediska koncepčního by bylo vhodné pracovat více s rodinou a prostředím dítěte. Jako každý , kdo pracuje s dětskou klientelou ví, že dlouhodobé odloučení od domova přetrvává všechny jeho sociální a rodinné vazby a má negativní vliv na další terapii. Musíme vždy najít nejoptimálnější kompromis.

Zveme rodiče k možné terapii, nabízíme neomezený kontakt s dítětem, návštěvy i dlouhodobější, ubytování rodičů v léčbě a propouštíme děti maximálně možně na terapeutické propustky.

Je ale také faktem, že je hodně rodin, které o své dítě v naší péči nemají zájem a s jejich spoluprací bez ohledu na vzdálenost nemůžeme tak jako tak počítat.

Je další realitou, že u nás je mnoho dětí, u kterých se poruchy chování podaří stabilizovat velmi obtížně a někdy jen krátkodobě. V popředí je těžká agresivita, emoční oploštělost, výrazná depřivace, okamžité uspokojování svých potřeb, nemotivovanost, žádný životní cíl. Agresivní děti představují závažný medicínský, psychologický, právní a výchovný problém, jehož řešení vyžaduje multidisciplinární a týmový přístup.

Zdůrazňuje se primární preventivní působení pediatra a dorostového lékaře a ostatních zainteresovaných pracovníků. Dětská psychiatrie našeho typu už působí v převaze v oblasti sekundární a terciární prevence.

Vzniká stále větší nutnost řešit problematiku takových náročných dětí mezioborově a meziresortně a neoddělovat striktně zařízení v rezortu MZ ČR, MŠMT, MV ČR.

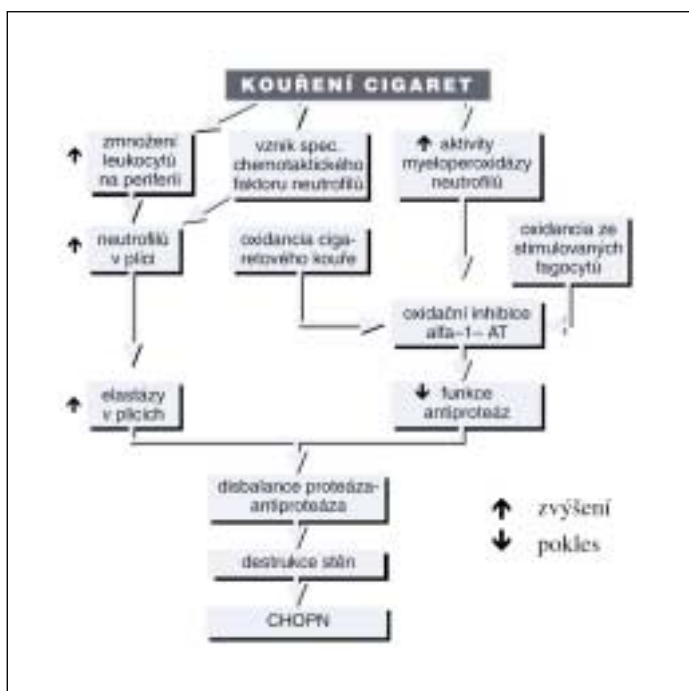


Problémy spojené s kouřením

Problémy spojené s kouřením v pneumologii

Bronchogenní karcinom

■ Aktivní kouření cigaret je příčinou 85 až 90% bronchogenního karcinomu. Je to především epidermoidní, velko- a malobuněčný



karcinom a adenokarcinom. V případě adenokarcinomu se to týká především žen (5).

■ Použití cigaretových filtrů zastavilo růst incidence epidermoidních bronchogenních karcinomů, ale současně významně stoupla incidence adenokarcinomů plic. Je to důsledek snížení podílu dehtů v cigaretovém kouři (především benz-a-pyrenu) za současného zvýšení dusičnanů, se kterými koreluje karcinogenní nitrosaminy NNK (4-nitrosoamino-1(3-pyridil)-1-butaton)) a NNN (nitroso-nor-nikotin)(3).

■ Incidence a mortalita na bronchogenní karcinom je přímo závislá na expozici (počet denně vykouřených cigaret a počet let kuřáctví), na hloubce inhalace a nepřímo na věku zahájení kouření.

■ Relativní riziko (RR) mortality na bronchogenní karcinom je u kuřáka 22,4 a u kuřačky 11,9 (6). Zanechání kouření snižuje relativní riziko mortality a po 15 letech nekuřáctví se přibližuje pouze ke dvojnásobku RR trvalého nekuřáka.

Chronická obstrukční plicní nemoc – CHOPN

■ Kouření podporuje vznik CHOPN. Zplodiny pyrolýzy tabáku vyvolávají chronický zánět v dýchacích cestách, zmnožení Alveolární makrofágy uvolňují chemotaktické faktory pro neutrofilů (7). Sám nikotin je též chemotaktickým faktorem migraci těchto buněk a zvyšuje Z ne neutrofilů uvolněná elastáza degraduje plicní elastin a je příčinou centrilobulárního emfyzému.

■ V tabákovém kouři přítomné oxidy síry a dusíku inaktivují alfa-1-antitrypsin a tím zvyšují aktivitu elastázy.

■ Ve velkých dýchacích cestách dochází ke zmnožení tracheobronchiálních mukózních žlázek a k vyšší sekreci hlenu. Vzniklá hypersekrece spojená s obstrukcí v dýchacích cestách vede ke vzniku CHOPN.

Funkční postižení plic

■ Funkční postižení malých dýchacích cest u kuřáků lze prokázat již velmi brzy po zahájení kouření. S kumulací spotřeby kuřiva (především cigaret) se poruchy v dýchacích cestách nadále prohlubují. K vyšší produkci hlenu dochází již po jednoměsíčním kuřáctví.

■ Po zanechání kouření dojde sice k zastavení zhoršování funkčního postižení plic, nikdy se však toto postižení nevrátí k hodnotám trvalého nekuřáka (2).

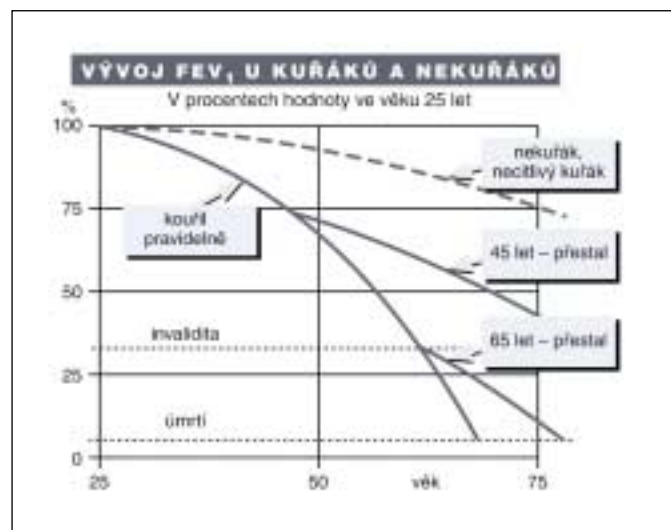
■ U tzv. „citlivých“ kuřáků dochází k rychlejšímu poklesu hodnoty FEV1. Zhruba po 40 letech kuřáctví může hodnota FEV1 dosáhnout 25% výchozí hodnoty v době zahájení kouření (2), což již téměř představuje invaliditu.

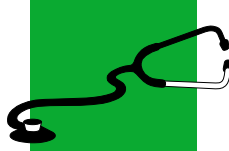
Ciliotoxicita tabákového kouře

■ Krátkodobá expozice cigaretovému kouři vyvolává pokles rychlosti transportu hlenu, stázu bronchiálních cilií a zhoršuje mukociliární clearance. Obě fáze cigaretového kouře, hmotná i plynná, jsou totiž ciliotoxické.

■ Dlouhodobá expozice vede k proliferaci pohárkových buněk, k metaplazii hlenotvorných buněk, k hyperplazii epitelu, spojené s poklesem počtu ciliárních buněk a konečně ke skvamózní metaplazii epitelu.

■ Reverzibilita těchto změn je jen částeč-





tab. č. 1

Prevalence kouření dětí a mládeže v ČR (podle 2)

kuřáci	věk					
	11 - 12		13 - 14		15 - 16	
	1994	1998	1994	1998	1994	1998
chlapci + dívky	1,9%	1,4%	5,8%	9,8%	13,9%	20,1%
chlapci	2,3%	1,4%	7,3%	10,4%	15,9%	23,4%
dívky	1,5%	1,2%	4,2%	7,9%	11,9%	16,7%

ná, určité zlepšení však nastává již po 3 měsících abstinence od kouření.

■ Histologicky jde o denudaci ciliárního epitelu, zvýšení počtu pohárkových buněk a hyperplázii žlázek.

■ U kuřáků cigaret byl prokázán pokles protilátek proti chřipkovému viru a o 21% vyšší incidence chřipky (1)

■ Pasivní kouření

■ Vedlejší proud tabákového kouře, tj. kouř vzniklý z pyrolýzy volně hořící cigarety, obsahuje vyšší podíly ciliotoxických, dráždivých a karcinogenních látek, než proud hlavní. Tento tabákový kouř prostředí (ETS - Environmental Tobacco Smoke) obsahuje v 1 m 300 - 500 mg zplodin pyrolýzy.

■ Pasivní kouření přináší riziko vzniku infekcí dolních dýchacích cest i plicního parenchymu u nekuřáků, především u dětí.

■ Pasivní kouření podporuje vznik a zhoršuje průběh bronchiálního astmatu.

Literatura:

1. Finklea J.F., Sandifer S.H., Smith D.D.: Cigarette smoking and epidemic influenza. *Am. J. Epid.*, 90, 1969, 1, 390 - 399.
2. Fletcher, C., Peto, R.: The natural history of chronic airflow obstruction. *Brit. Med. J.*, 25 June, 1977, s. 1645 - 1648.
3. Gray N., Boyle P., Zatonski W.: Tar concentrations in cigarettes and carcinogen content. *The Lancet*, 352, 1998, s. 787 - 788.
4. McCusker, K.T. et al.: The Health Consequences of Smoking. *Chronic obstructive Lung Disease, a report of the Surgeon General, US DHS, PHS, Office on Smoking and Health, Rockville MR 20857, 1984, 545 s.*
5. Rosenow, E.C., Carr, D.T.: Bronchogenic carcinoma. *CA - A Cancer J. for Clinicians*, 4, 29, 1979, s. 233 - 245.
6. Tobacco attributable morbidity and mortality. *Chronic Disease and Health Promotion, adopted from the MMWR. Tobacco Topics 1990 - 1993. US, DHHS, PHS, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia 303 - 333, 1995, s. 182.*
7. Vedal, S.: *Europ. Resp. Rev.*, 5, 1995, 31, s. 323 - 326.

Seznam zkratk:

alfa-1-AT - alfa 1 antitrypsin, FEV1 - Forced Expiratory Volume in one second.

Problémy spojené s kouřením v pediatrii**■ Vliv kouření v těhotenství na plod a novorozence**

■ Kouření matky v těhotenství snižuje v průměru hmotnost plodu o 200 g, kouření otce o 150 g (6).

■ Častější výskyt prematurity plodu (3).

■ Častější výskyt placenty previi, abruptio placenta, předčasné ruptury vaku blan, spontánního potrácení, pre-eklampsie a ektopického těhotenství.

■ Vyšší fetální a perinatální mortalita.

■ Častější výskyt perinatálních onemocnění a stavů vedoucích k neurologickým poruchám (10).

■ **Novorozenci** (průměrný věk 2,7 dne) matek aktivních **kuřáček** (tj. novorozenci vystaveni UTS - uterine tobacco smoke), **vykazují prodloužení času výdechu** k dosažení vrcholového proudu vzduchu (tPEF/tE) a snížení plicní poddajnosti (C), ne však plicní rezistence - R (7).

■ Redukce proudu vzduchu při usilovném výdechu (4).

■ Pasivní kouření v kojeneckém a batolivém věku

■ Relativní riziko (RR) vzniku SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) se zvyšuje o 100 až 200%. Není dosud jasné, zda je to důsledek pouze vlivu

nižší porodní hmotnosti (ta je též rizikovým faktorem SIDS). Kouření matky zvyšuje riziko SIDS o faktor 4, kouření otce má aditivní vliv tehdy, když kouří i matka (6).

■ RR vzniku onemocnění dolních dýchacích cest se zvyšuje na 1,4 až na 1,6 (6).

■ RR výskytu záchvatů dušnosti při astma bronchiale, pískotů na hrudi a kašle je 1,4 až 1,6 (7).

■ RR vzniku zánětů středouší je 1,4 a „glue ear“ (voskového ucha) 1,6 (6).

■ RR vzniku karcinomu plic v dospělosti při kouření matky je 1,66, při kouření otce 1,04 (6).

■ Návštěvy dítěte v ordinaci pediatra jsou častější o 30% (6)

■ Výskyt gastroenteritid je 2,3 krát častější (6).

■ Pasivní kouření v dětském věku

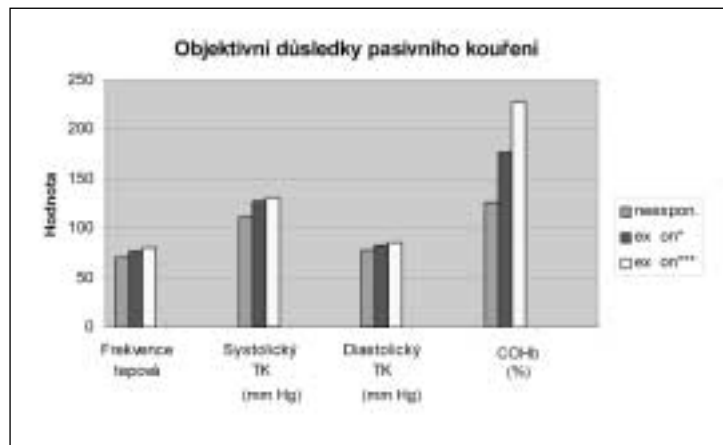
■ Příznaky: dráždění očních spojivek v 65%, dráždění nosní sliznice ve 45%, kašel ve 30%, respirační infekce ve 25%, většinou expektorace, pískoty na hrudi, dušnost (9)

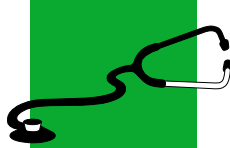
■ Kardiovaskulární onemocnění: LDL - cholesterol vyšší o 4%, triglyceridy o 12%, VLDL o 12%, HDL - cholesterol snížen o 9% (1).

■ Fyzická zdatnost: již po dvouhodinové expozici: přítomnost COHb až o 80% vyšší oproti normálu, vyšší tepová frekvence (až 81/min) a vyšší BM (7). Nižší výkonnost při běhu a zátěži (9).

■ Vliv aktivního kouření v dětství a dospívání na plicní funkce

■ Pokles maximální výdechové rychlosti MEV₅₀ a V75 u chlapců kouřících více jak 15 cigaret denně, PEFR (výdechová vrcholo-





vá rychlost) snížen. Hodnota FEF 25 – 75 (usilovná výdechová rychlost při 25 až 75%VC) není ovlivněna.

■ Existuje negativní vztah mezi počtem kouřených cigaret a hodnotou FEV1/FVC a FEF 25 – 75.

■ Vykouření jednoho balíčku cigaret denně snižuje hodnotu FEF 25–75 u dívek o 3,2% a u chlapců o 3,5%.

■ Zpomaluje se zvyšování hodnot FVC a FEV1: kouření 5 a více cigaret denně je spojeno se zpomalením FEV1 u dívek o 9%, u chlapců o 20%.

■ Kouření v dětství a v dospívání má za následek obstrukci v dýchacích cestách a zpomalení růstu hodnot plicních funkcí. Dívky jsou vulnerabilnější než chlapci (5).

■ Průměrný věk zahájení pravidelného kouření je u nás 11,8 (SD 2,6) pro chlapce a 12,6 (SD 2,4) pro dívky (11).

■ Prevalence kouření dětí a mládeže v České republice (podle 2)

■ Definice kuřáctví u dětí (8): kuřák – kouří nejméně jednu či více cigaret týdně, příležitostný kuřák – kouří ne více jak jednu cigaretu týdně, experimentující kuřák – kouří, ne však častěji než jednu cigaretu za měsíc, bývalý kuřák – kouřil jednu či více cigaret týdně, nyní nekouří, nekuřák – nikdy nevykouřil celou cigaretu.

Literatura:

1. Craig W.Y., Palomaki G.E., Johnson A.M., Haddow J.E.: Cigarette smoking-associated changes in blood lipid and lipoprotein levels in the 8 to 19-year-old age group: a metaanalysis. *Pediatrics*, 85, 1997, 2, 258 – 261.
2. Csémy L.: Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Cross-National Study. Mezinár. projekt WHO, data za ČR 1994 – 8, v tisku.
3. Edwards N., Sims-Jones N., Hotz S.: Pre and postnatal smoking: A review of the literature. *Univ. Ottawa*, 1998, s. 131.
4. Environmental Protection Agency: Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer and other disorders. Report of the US EPA, Smoking and Tobacco Control, Monogr. 1, 1996, s. 346.
5. Gold D.R., Wang X., Wypij D., Speizer F.E., Ware J.H., Dockery D.W.: Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *New England J. Med.* 335, 1996, s. 931 – 937.
6. IUATLD/UICRMR graf 1997.
7. Lodrup Carlsen K.C., Jaakkola J.J., Nafstad P., Carlsen K.H.: In utero exposure to cigarette smoking influences lung function at birth. *Eur. Respir. J.* 10, 1997, 8, s. 1774 – 1779.
8. Pracovní skupina IICC, Lyon 1976.
9. Preventing Tobacco Use Among Young Children. A Report of the Surgeon General. US DHHS, PHS, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and

Health, 1994, s. 314.

10. Rantakallio P., Koironen M.: Neurological handicaps among children whose mothers smoked during pregnancy. *Prev. Med.*, 16, 1987, s. 597 – 606.

11. Sovinová H.: SZÚ, 1998, osobní sdělení.

Seznam zkratk:

MEFV – Maximal Expiratory Flow Volume, PEFR – Peak Expiratory Flow Rate, tPEF/tE – Peak Expiratory Flow time/Expiratory breathing cycle time, FEV – Forced Expiratory Volume, V 50,75 – Volume at 50%, 75% of FVC, FEF 25 – 75 – Forced Expiratory Flow at 25 – 75% of FVC, FVC – Forced Vital Capacity, FEV1 – Forced Expiratory Volume in one second., expon* – exponováno tabákovému kouři ve ventilované místnosti, expon*** – exponováno tabákovému kouři ve špatně ventilované místnosti, BM – bazální metabolismus

Problémy spojené s kouřením v gynekologii a porodnictví

■ Kouření a výskyt zhoubných nádorů

■ Podobně jako u mužů, kouření u žen podmiňuje častější výskyt karcinomu plic, dutiny ústní, laryngu, esofagu, pankreatu, močového měchýře a ledvin a leukemii (3,6).

■ U karcinomu prsu byl pozorován jistý protektivní vliv kouření a to v důsledku jeho antiestrogenního působení. Na druhé straně však kouření zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu pro svůj přímý kancerogenní vliv. Tento kontroverzní vliv byl prokázán v několika studiích a lze tedy uzavřít, že v současnosti je vztah mezi kouřením a karcinomem prsu neprůkazný (4).

■ Kouření cigaret se podílí asi ve 30% na vzniku karcinomu děložního hrdla (10). I pobyt v zakouřeném prostředí zvyšuje riziko vzniku tohoto onemocnění. Mechanismus se vysvětluje vlivem mutagenů na cervikální sliznici. Tyto látky se sem dostávají cirkulací a jsou vylučovány cervikálním epitelem. Zde působí jako induktory nebo kokancerogeny (5).

■ Riziko rakoviny endometria je u kuřáček starších 60 let nižší než u nekuřáček, pravděpodobně v důsledku antiestrogenního efektu.

■ Kouření a vnitřní sekrece

■ Existuje i protichůdný vliv

kouření na funkci štítné žlázy. U žen s hypothyroidismem snižuje kouření aktivitu thyreoidálního hormonu a to v závislosti na dávce. To neznamená, že by kouření způsobovalo hypothyroidismus, pouze potencuje závažnost a periferní vliv hypothyroidismu. Pokud se týče sekrece a aktivity thyreoidálního hormonu, neexistují u euthyroidních žen žádné rozdíly mezi kuřáčkami a nekuřáčkami (8)

■ Některé studie potvrzují snížení fertility u žen kuřáček (3).

■ U kuřáček nastává menopauza cca o 2 roky dříve než u nekuřáček (5,7).

■ Kouření v těhotenství, vliv na plod

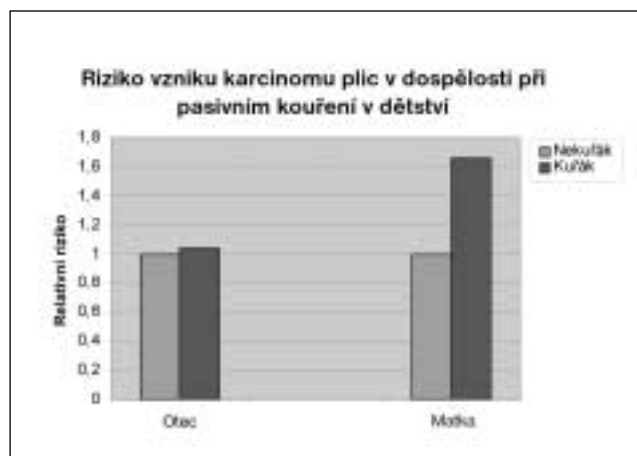
■ Větší frekvence kuřáctví během těhotenství přináší vzestup incidence abrupce placenty, placenty previi, krvácení v časném či pozdním těhotenství, předčasného či prolongovaného protrhnutí vaku blan, předčasného porodu a stavů, které zvyšují riziko ztráty novorozence (11).

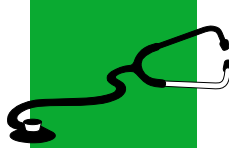
■ Výskyt preeklampsie je u žen, které během těhotenství kouří, nižší. Ovšem, když se preeklampsie vyvine u kuřáčky, riziko perinatální mortality je významně vyšší ve srovnání s mortalitou u nekuřáček s preeklampií (3).

■ Děti narozené matkám kuřáčkám mají v průměru nižší hmotnost o 200 až 250 g.

■ Existuje vztah mezi dávkou matkou spotřebovaného kuřiva v průběhu těhotenství a sníženou hmotností dítěte.

■ Jestliže žena zanechá kouření během prvního trimestru těhotenství, riziko porodit dítě s nízkou hmotností je stejné jako u nekuřáčky.





■ Podíl hmotnosti placenty k hmotnosti novorozence stoupá s kuřáctvím matky. Je to důsledek adaptace na relativní hypoxii plodu (11).

■ Vztah mezi kouřením matky a sníženou hmotností plodu při narození není závislý na dalších faktorech, které také ovlivňují hmotnost dítěte, jako jsou rasa, výška matky, socioekonomická situace rodiny či pohlaví dítěte.

■ Retardace růstu plodu při kouření matky se děje ve všech rozměrech včetně délky plodu, obvodu hrudníku a hlavy (11).

■ Kouření matky během těhotenství ovlivňuje a způsobuje retardaci růstu dítěte a následně jeho intelektuálního rozvoje (9).

■ Při narození mrtvého plodu kuřačky je za příčinu smrti obvykle uváděno: „příčina neznámá“, „anoxie“, „nezralost“, „respirační nedostatečnost“ apod. To znamená, že vyšší úmrtnost je důsledkem problémů v těhotenství, ne abnormality plodu či novorozence (3).

■ Při kouření ženy během těhotenství je vyšší riziko vzniku SIDS, syndromu náhlé smrti novorozence (3).

■ Neexistují žádné důkazy pro to, že by kouření matky (či otce) zvyšovalo riziko vzniku kongenitálních malformací.

■ Děti matek kouřících i během těhotenství vykazují častější morbiditu – nelze ovšem rozlišit vliv kouření během těhotenství od pasivního kouření dítěte po narození.

Literatura:

1. Baron J.A., Newcomb P.A., Longnecker M.P. et al.: Cigarette smoking and breast cancer, *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 1996, 5, s. 399 – 403
2. Bernhard, P.: Wirkung des Rauchens auf Frau und Mutter. *Münch. Med. Wochenschr.*, 104, 1962, 1826–1831
3. Bolliger C.T., Fagerström K.O.: *The tobacco epidemic.* Karger, Basel, 1997, s. 265
4. Braga C., Negri E., LaVecchia C. et al.: Cigarette smoking and the risk of breast cancer. *Eur. J. Cancer Prev.* 1996, 5, s. 159 – 164. 22. s. 79 – 87
5. Brinton L.A., Fraumeni J.F.: Epidemiology of uterine cervical cancer. *J. Chron. Dis.* 1986, 39, s. 1051
6. Brownson R.C., Novotny T.E., Perry M.C.: Cigarette smoking and adult leukemia: A meta-analysis. *Arch. Int. Med.*, 1993, 153, s. 469 – 475

7. Cramer D.W., Harlow B. L., Xu H., Fraer C., Barbieri R.: Cross-sectional and case-controlled analyses of the association between smoking and early menopause. *Maturitas*, 22, 1995, 2, s. 79 – 87

8. Müller B., Zulewski H., Huber P. et al.: Impaired action of thyroid hormone associated with smoking in women with hypothyroidism. *N. Engl. J. Med.*, 333, 1995, s. 964 – 969

9. Naeye R.L., Peters E.D.: Mental development of children whose mothers smoked during pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 1984, 64, s. 601 – 607

10. Slattery M.L., Robinson L.N., Hoffman D. et al.: Cigarette smoking and cancer of uterine cervix: Smoke constituents in cervical mucus. *N. Engl. J. Med.*, 1985, 312, s. 315 – 316

11. *The Health Consequences of Smoking for Women, a report of the Surgeon General.* US DHHS, PHS, Office on Smoking and Health, 1980, s. 359

12. Cramer, D. W., Harlow, B. L., Xu, H., Barbieri, R.: Cross-sectional and case-controlled analyses of the association between smoking and early menopause. *Maturitas*, 22 (2), 1995, s. 79 – 87.a

Zdroj:

Eva Králová, Nadace bez tabáku

Atarax



Psychotická porucha podmíněná kanabinoidy

MUDr. Pavla Hellerová, MUDr. Petra Uhlíková

Centrum pro dorost, Psychiatrická klinika VFN a 1.LF UK

Látky této skupiny mohou vyvolat převážně úzkostné stavy. Toxické psychózy nejsou tak časté jako po pervitinu. Popisují se ale přesto paranoidní obrazy, které vymizí během jednoho nebo více dní. Halucinace nastávají zřídka, spíše po vysokých dávkách. Opakovaná intoxikace marihuanou může vyvolat u disponovaných lidí jinou psychopatologii, mohou nastat povahové změny, citové otupění, ztráta hodnot. Objevuje se zhoršená schopnost orientace v čase a prostoru, neochota přebírat zodpovědnost, zpomalení rytmu života, ztráta zájmů, podrážděnost. Dochází ke zhoršení paměti. Při dlouhodobém užívání (zneužívání) marihuany se asi 6 x častěji objevuje schizofrenie, na to nutno myslet diferenciatně diagnosticky.

Porucha má následující obecná kritéria:

1. Začátek nastal během užívání nebo během dvou týdnů po něm.
2. Trvání psychotických známek déle než 48 hodin.
3. Přetrvávání poruchy kratší než 6 měsíců.

Léčba: Doporučují se neuroleptika, např. Tiapridal, suportivní prostředí, psychoterapie při úzkostných a jiných psychických obtížích.

1. Kazuistika

Středoškolák téměř 19 letý

RA: otec 1952, gymnázium, logistik, zdravý, jeho otec + na Alzheimerovu chorobu v 70 letech, s matkou se nestýká, zvláště komunikovala.

Povaha: introvert, flegmatický. Matka SEŠ, zdravá, její matka DM II, její otec zdravý. Povaha: aktivní, extrovert. Rodiče rozvedeni od 3 let pac., fungují jako rodiče, matka přechodně žila s přítelem. Nevl. bratr 1999, chodí do MŠ, hyperkinetický, zdravý.

OA: z první, fyziologické gravidity, donošený, PV = 3150g/51 cm, časný vývoj v normě. Vážněji nestonal, v předškolním věku 1x otitis, plané neštovice. V pubertě záněty dý-

chacích cest, hemofilus, dlouhodobě léčen ATB. Před rokem mononukleóza. Úraz 0, bezvědomí 0.

AA: alergie 0, snížená imunita, autovakcíny

ŠA: odklad školní docházky, na ZŠ pomalejší, měl vyznamenání, nyní 3. r. SPŠ dopravní, v pololetí 1x pětka z účetnictví, v 1. a 2. r. prospěch do trojky, ojedinele čtyřka.

SA: žije v RD s rodiči matky, samostatný 3+1, pacient má vlastní pokoj Abúzus: nekouří, občas alkohol, marihuana asi 3x týdně, občas nevolnost

NO: od září nechodil do školy, unavený, nesoustředěný, nic ho nebaví, nálada „nijaká“, mezi lidmi se necítí dobře, ani mezi kamarády, měl pocit, že ho tam pozorují pomlouvají. Obviňuje se, že se neučí, problémy se hromadí, má pocit, že to nezvládá, občas pocit napětí, úzkosti. Poruchy spánku popírá, usne, nebudí se, má problém ráno vstávat. V pololetí propadl z účetnictví.

Při přijetí: orientovaný správně, dysfórický, v tenzi, zpomalené PM tempo, unavený, odpovídá adekvátně, stručně, po latenci, myšlení koherentní, vnímání bez poruch. Dif. dg jsme uvažovali o depresivní fázi, ale vzhledem k anamnéze jsme doporučovali i imunologické vyšetření pro susp. reaktivaci EBV. Na EEG byl normální nálezn.

Psycholog. vyš. závěr: Intelektová výkonnost vzhledem k předpokládané původní úrovni snížena cca o 20-25 bodů IQ, aktuální IQ 89. V myšlení zachyceny perseverace a schizomorfní rysy, emočně-motivační struktury se jeví jako výrazněji deliberované. Nález celkově abnormní, nelze vyloučit ovlivnění obrazu toxickými faktory.

Při probírání psycholog. vyšetření přiznal, že marihuany kouřil i několik cigaret denně. Průběh hospitalizace: spolupracoval spíše pasivně, trvalo zpomalení psychomotor. tempa, medikaci antidepressivy odmítl, ale nálada se přesto mírně zlepšila, abstinovat od marihuany. Propuštěn v neúplné remisi na vlastní žádost, plánoval návrat do školy.

2. Kazuistika.

Vysoceškolaák 21 let

Tento pac. nebyl hospitalizován na našem Denním stacionáři pro dorost při Psychiatrické klinice VFN jako ten předchozí, ale v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. 2. pobyt v léčebně, přijat nedobrovolně pro toxicou psychózu.

Vyšetřen na detoxifikační části oddělení. Při přijetí při vědomí, usměvavý, chodí po oddělení, pseudofilosofuje, odpovídá jen na některé otázky „já se dovedu převtělovat“, má zárazy v řeči, v myšlení, nedokončuje věty, opakuje si položenou otázku.

Z osobní anamnézy: je svobodný, bezdětný, bez známosti, bydlí s rodiči a bratrem, rodinné vztahy dobré. Studuje na VŠ zemědělské v Suchdole (informatiku), 1. ročník. Chodí tam „jen někdy“.

Naposledy byl v PL Bohnice asi před rokem, nikde se údajně nedoléčoval. Návyky: kouří, nesdělil kolik, alkohol nepije, drogy: otázku nechává bez odpovědi.

NO: do léčebny přiveden matkou a bratrem, stav se rozvíjí cca týden, kdy mluví nesmysly, manýruje.

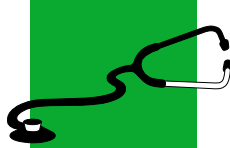
Přiját s paracovní dg „drogová závislost v.s.doznívající intoxikace, dif. dg: toxická psychoza. Psychologické vyš.: závěr“ psychol. vyš. svědčí více pro toxickou psychozu

Moč+tox: kanabinoidy 126, HbsAg negativní

Průběh: Pacient byl v PL Bohnice hospitalizován od 17.11.03 do 15.1.04, diagnosticky uzavřen jako toxická psychoza způsobená užíváním kanabinoidů. V průběhu hospitalizace odezněla psychotická produkce, dobře se adaptoval v režimu oddělení, při propuštění klidný, stabilizován, bez poruch vnímání a myšlení, bez tenze a anxiety.

Jmenovaný dochází do ambulance PK, postupně snižována medikace neuroleptikem, v tomto případě Zyprexou, abstinuje a je bez potíží.

Zyrtec



Školní zralost a možnosti jejího posuzování

PaedDr. Jiří Knoll

Ředitel Pedagogicko-psychologické poradny, Pardubice, Předseda Asociace poradenských pracovníků ve školství

Dnešní svět, svět vědy a techniky nám čím více zasahuje do soukromí, ovlivňuje náš život. K jeho zvládnutí je zapotřebí nejen fyzická a psychická zralost, ale rovněž rozvíjení našich schopností, dovedností a znalostí. Prvním krokem je vedle přirozeného rozvoje schopností v rámci rodiny nástup a začlenění do školského systému a zahájení povinné školní docházky.

V této souvislosti se poprvé setkáváme s pojmem školní zralost. Je dítě skutečně zralé? Zvládne roli školáka?

To je častá otázka která zazní od rodičů, pedagogů. S ní se často setká i dětský lékař při šestileté prohlídce. Pomiňme nyní pohled na školní zralost z pohledu lékařského, medicínského. Zaměříme se na jeho chápání a rozsah spíše z pohledu pedagogicko-psychologického.

Pojem školní zralost znal již Jan Amos Komenský, který ji popisoval ve své Velké Didaktice. Sám název se začal používat v psychologických školách ve Vídni v dvacátých letech minulého století. Určitým problémem se stal v tzv. civilizovaném světě až o půl století později. To se již začal skutečně využívat onen dávný, známý poznatek, že začátek školy má být pro dítě příjemný, šťastný, úspěšný – tak „jako za vojem vůz“ za tímto dobrým začátkem následovala celá další dobrá školní kariéra dítěte.

■ Školní zralost

Chápeme-li vývoj jako plynulou řadu změn v oblasti psychiky, je nástup dítěte do školy nepochybně důležitým vývojovým mezníkem. Hravost a nevázanost, charakteristická pro předškolní věk, je postupně nahrazována smysluplnou, záměrnou činností. Školák ovšem zpočátku nepracuje proto, aby dosáhl co nejlepších výsledků, nýbrž pro radost z činnosti samé. Je stimulován smyslovými podněty, pohybem, tím jak je vtažen do „hry“. Poslze se učí pro tatínka, maminku, nežádka i pro učitele a zajisté také pro známky. Aby je dítě dokázalo zvládnout, musí být pro školu patřičně připraveno. Připravenost vyžaduje odpovídající stupeň vývoje duševních funkcí, a to jak v oblasti sociální, poznávací, grafomotorické, citové, volní, ale i schopnost stýkat se, komunikovat

a pracovat v kolektivu ostatních dětí.

Podle těchto hledisek lze také klasifikovat znaky školní zralosti. Sociálními složkami rozumíme schopnost vejít v soulad s potřebami svých vrstevníků a převzít na sebe roli školáka. **V oblasti poznávacích funkcí** se klade důraz na členitost vnímání, schopnost usměrňování pozornosti, na postihování podstatných znaků a vztahů mezi jevy, hovoříme o reprodukci předlohy, o logické paměti, o výkonných složkách osobnosti, všímáme si, zda dítě dovede samostatně pracovat, do jaké míry potřebuje vedení, zvládne-li zaměstnání, činnost s cílem, byť třeba jen krátkodobě.

Vedle pracovního tempa je důležité posouzení percepčních a percepčně motorických schopností, které se pak odrážejí ve výuce čtení, psaní a v kresebných projevech dítěte. Předpokladem úspěchu v těchto činnostech je vývoj a výchova řeči, ta totiž ovlivňuje lepší přizpůsobivost k okolí a podporuje i rozvoj myšlení. Opožděný vývoj řeči může být i ukazatelem mentálního defektu, zatímco bohatý a kvalitní verbální potenciál často signalizuje nadprůměrný intelekt.

Citový náboj se pak projevuje např. prostřednictvím motivačního faktoru, ale i ve schopnosti překonávat dílčí nezdary a mobilizovat organismus k další činnosti.

Součástí školní zralosti je tzv. sociální zralost. Sociální zralostí rozumíme potřebu dítěte stýkat se s dětmi a podřízovat se zájmům a konvencím dětských skupin, schopnost převzít roli školáka, zvládat situace školního vyučování.

Nástupem do školy tedy dítě přejímá novou sociální roli, roli školáka. To, jak se s touto situací vyrovná ovlivní do značné míry jeho vztah ke škole a dalšímu vzdělávání vůbec. Na straně druhé, jak všechny tyto požadavky zvládne, je nemalou mírou závislé na společenských podmínkách ve kterých se pohybuje. Pro děti z MŠ je v mnohém směru přechod do školy jednodušší, protože byly na novou roli připraveny.

Ještě před vstupem do školy je třeba určit děti, u nichž by s největší pravděpodobností došlo při zaškolení k obtížím, které pak většínou přerůstají a ovlivňují úspěšnost žáka i ve vyšších ročnících.

Někdy se nám může stát, že musíme posou-

dit dítě, které z nějakých důvodů např. zdravotních, se k vyšetření nemůže dostavit, nebo se dostaví, ale odmítá spolupracovat. Pak musíme vycházet z toho, co nám o něm řekne osoba, která dítě dobře zná v přirozeném prostředí. Jde vlastně spíše o získání informací o tom, co dítě každodenně běžně dělá, než o tom, co by mohlo dělat, kdyby k tomu bylo vyzváno.

Všímáme si zejména těchto oblastí:

soběstačnost všeobecně, soběstačnost v jídlu, v oblékání, samostatnost v zaměstnání, úroveň komunikace, vyspělost motoriky, sociální začleněnost.

Pro každou uvedenou oblast uvádím pro náinnost některé konkrétní činnosti:

Soběstačnost v jídlu: jí přiborem, samo se nají, namaže si chleba.

Soběstačnost všeobecně: dítě je opatrné při styku s cizími lidmi, nebezpečnými zvířaty.

Soběstačnost v oblékání: bez cizí pomoci se zapne, obuje (bez zavázání tkaniček). Samo dbá o osobní hygienu – umyje si ruce, učeše se.

Oblast motoriky: v určeném prostoru si samo hraje. Ve známém okolí se pohybuje samostatně.

Zaměstnání: používá kulaté nůžky. Bez dozoru bruslí, sáňkuje, jezdí na kole. Je zapojeno do prací v domácnosti, umí používat běžné nástroje.

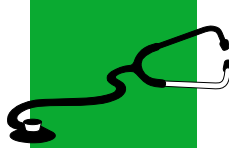
Samostatnost: je možné dítěti svěřit menší obnos peněz na obstarávání nákupu. Dovede uspokojit své potřeby.

Sociální začleněnost: zapojí se kolektivních her, respektuje pravidla.

V přímém kontaktu s dítětem si nejprve všímáme úroveň motoriky. Po navázání kontaktu sledujeme řečový projev, dále hravé činnosti a úroveň sociability.

O jednotlivých oblastech se zmíním blíže. V oblasti motoriky se zaměříme na celkové držení těla, těžkopádnost či utlumenost pohybu, nebo naopak známky psychomotorického neklidu.

Řeč posuzujeme z hlediska výslovnosti, hlavně se zaměříme na jasnost, zřetelnost či



případné poruchy. Všimáme si tempa řeči. V případě vady řeči je třeba zajistit odbornou logopedickou péči. Řečová komunikace je vlastně mírou řečového kontaktu s jinými dětmi. Zde je možností případných poruch celá řada. Od mutismu, mámlouvnosti až po spontánnost, překotný projev. Ve dvou a půl letech dítě mluví o sobě v 1. osobě. Věta se skládá ze tří až pěti slov. Ve třech letech popisuje obrázek výčtem ze tří až pěti slov. Ve třech letech popisuje obrázek výčtem předmětů a lidí až po 3, 5 letech přidává sloveso. V šesti letech chápe smysl obrázku.

Některé děti odpovídají jedním slovem, u jiných jsou odpovědi adekvátní, mají bohatou slovní zásobu. Jsou schopny vyjádřit své pocity, názory. Pomocí řeči udržují kontakt s dětmi a dospělými. Reprodukce obsahu znamená chápání významu slov, aktivní slovní zásoby. Souvisí úzce i s pamětí a pozorností. Vyjadřovací schopností se rozumí řečový projev dítěte, jeho aktivní slovní zásoba

Úroveň sociability se dobře posuzuje při hře: sledujeme spontánnost, společenskou komunikaci. Při osvojování nové činnosti nebo hry zjišťujeme míru aktivity, schopnost učit se pravidla hry. Hodnotíme průběh navazování sociálních kontaktů. V celkovém dojmu o chování je zahrnut i aspekt emocionality, kde o zralost citové oblasti. Celkově hodnotíme úroveň přízpůsobivosti a vyspělosti v každodenním chování.

Předškolní dítě se již díky vědomostem orientuje v okolním světě. Mělo by mít již určité povědomí o společenském zařazení, většinou ví, jak se jmenuje ono samo, jak se jmenuje maminka, jak naše hlavní město, jaké barvy má naše vlajka.

Je tvořena i početní představa, spočítá prsty na jedné ruce i na obou rukou, spočítá kola u trojkolky a kola. Početní představa by měla být spojena s množstvím a nejen s vyjmenováním číselné řady, které může být pouze mechanicky naučené.

Dítě by mělo být orientováno v čase, vědět, jaký den přijde např. po neděli, ve které roční době jsou vánoce, kolik je hodin v poledne.

Mělo by mít určité vědomosti v oblasti her a sportů např. vědět, co si děti musí vzít na nohy, když jdou hrát hokej, co se vystřeluje lukem atd.

Významnou oblastí jsou pohádky, dítě by mělo znát hlavní hrdiny nejznámějších pohádek, reprodukovat obsah.

Seznamuje se světem zvířat, mělo by znát

užitečnost alespoň některých, stejně tak i u rostlin. U rostlin by dále mělo pojmenovat jednotlivé části, vědět, co se zaseje do země, aby nám vyrostly květiny.

Důvěrně zná prostředí domácnosti: všímá si z čeho se vaří např. knedlíky, z jakých částí se skládá vajíčko. Nástroje by mělo určovat účelem. Mělo by mít určité povědomí o některých zaměstnáních, s kterými přichází do styku: vědě, kam se chodí stříhat, kdo nosí domů dopisy, kam chodí na nákup. Kromě zájmu a zvědavosti dítěte však stupeň vyspělosti v této oblasti signalizuje i přísun informací ze strany rodiny.

Aby dítě ve škole prospívalo, musí jeho logické myšlení dosahovat určité úrovně. Tuto úroveň lze postihnout několika **návodnými otázkami:**

Co mají společného:

- jablko
a hruška
- auto
a letadlo
- kráva
a koza
- husa
a slepice

Jaký rozdíl je mezi:

- psem
a slepicí
- kolem
a tříkolkou
- letadlem
a lodí

Jak to bude vypadat v domě bez oken?

Je třeba také zjistit, jaká je pozornost a záměrná paměť, neboť právě tyto oblasti psychiky ovlivňují aktuální výkon. Jednou z těchto zkoušek je zapamato-

vání čísla. Tam, kde si dítě zapamatuje čtyřčíslnou řadu, je výsledek průměrný, pět čísel už dává výsledek nadprůměrný.

Ale pozor, výsledky v této oblasti mohou být velmi snadno ovlivněny trémou a krátkodobou indispozicí.

Grafomotorické dovednosti

Součástí tzv. školní zralosti je rovněž vyváženost v oblasti grafomotoriky, kterou chápeme jako souhrn dovedností nutných ke psaní a kreslení. Proto je třeba sledovat jak dítě drží tužku, zda není uchopení drápovitě, jestli na tužku příliš netlačí. K posouzení výkonu může sloužit tato škála:

Dítě dovede:

- 1 rok – tluče tužkou do papíru
- 1, 6 roku – objevují se první čáry
- 2 roky nacházíme kruhovou čáru

Hipp



- 2, 6 roků – umí vrislou a vodorovnou čáru
- 3 roky – napodobí kruh
- 4 roky – napodobí čtverec
- 5 let – napodobí trojúhelník
- 6 let – napodobí kosočtverec

Výrazem vyspělosti osobnosti dítěte je úroveň jeho kresby. Nejznámějším hodnotícím kritériem je posouzení **kresby mužské postavy**.

Sledujeme, zda má hlavu, trup a končetiny. Jakým způsobem je spojena hlava s trupem, zda není hlava větší než trup. Na hlavě by měly být vlasy – či nějaká pokrývka, měly by být i detaily hlavy – uši, v obličejí nos, oči, ústa. Paže by měly být zakončeny prsty, nohy by měly být zahnuté. Měly by být vidět detaily oblečení. Takto pojatá kresba je maximálně vyspělá. V praxi se však setkáváme i s dalšími nižšími stadii dětské kresby. Na nejnižší úrovni je dětská čáranice, ve třech letech se objevují hlavonožci, kteří jsou v tomto období pomalu překonávání, a ve čtyřech letech se setkáváme s primitivní analytickou kresbou postavy, která je charakterizována hlavou a trupem, končetiny jsou nakresleny jednou čarou, chybí detaily. S tím, jak se kresby vyvíjí, přibývá detailů a syntetičnosti.

Primitivní kresba naznačuje **nízkou úroveň grafomotoriky**, poruchu osobnosti, náznaky neurotizace, špatné sebevědomí a ztížený sociální kontakt.

Jestliže není tato oblast dostatečně vyzrálá, je možné cvičením a systematickou přípravou stav upravit. Doporučujeme pracovat podle souboru rozvíjejících cvičení pro děti předškolního věku v oblasti jemné motoriky.

Obecně můžeme tedy udělat následující shrnutí.

Všimáme si u dítěte,

zda se již vytváří schopnosti jako např:

- sebevědomí
- zvědavost
- schopnost jednat s určitým cílem
- sebeovládání
- schopnost pracovat s ostatními
- schopnost komunikovat
- schopnost spolupracovat

Orientační otázky

ke zjišťování školní zralosti:

- Znáš své jméno, datum narození, bydliště?
- Pojmenuj barvy na pastelkách.
- Nakresli postavu, obkresli jednoduché

tvary, tečky (sledujeme držení tužky, laterální, jistotu kresby).

- Ověříme si znalost sluchové percepce (zeptáme se dítěte na kterou hlásku začínají slova: koza, kohout, kniha apod.).
- Při hovoru (přednesu básně) sledujeme výslovnost hlásek.
- Posuzujeme vytvoření početních představ (na řadě 7–10 kostek).
- Zjišťujeme, dokáže-li dítě pojmenovat základní geometrické tvary (kruh, čtverec, trojúhelník, obdélník).
- Ověřujeme si, zda dokáže rozlišit pojmy: vpravo–vlevo, nahoře–dole, vpředu–vzadu, dnes–včera–zítra.
- Po celou dobu práce s dítětem si všímáme jeho chování (zda není bázlivé, zda není neklidné, příliš uvolněné v chování, zda se dokáže na práci soustředit, zda není rychle unaveno).

■ Vyšetření v pedagogicko–psychologické poradně

V případě nejasností ohledně školní zralosti z pohledu pedagogicko–psychologického je možné poslat dítě k vyšetření do pedagogicko–psychologické poradny (dále jen PPP). Zde budou podrobně „**vyšetřeny**“ a posouzeny oblasti týkající se tzv. školní zralosti. V rámci České republiky funguje více než sto poraden a poskytované služby jsou bezplatné. V PPP se pomocí standardizovaných testů objektivně posoudí již výše jmenované oblasti. Proveďte se pohovor s rodiči, kteří se seznámí s výsledky šetření. A zde často dochází ke střetu. Někteří rodiče se domnívají, že mají možnost **sami rozhodnout** o tzv. odkladu školní docházky, že si sami zvolí postup, jak dále postupovat. Není tomu tak.

Posudek z vyšetření odborného pracoviště, případně pediatra obdrží ředitel školy, který rozhodne v tzv. „**správním řízení**“ o případném odkladu školní docházky. Rozhodnutí o odkladu školní docházky tedy není na rodičích, jak si často myslí, ani na lékaři, či pracovníkovi poradenského zařízení, ale na **řediteli** konkrétní školy kam se dítě zapsalo. Ten, buď odklad školní docházky svým rozhodnutím podpoří, nebo ne. Bude samozřejmě postupovat v zájmu dítěte, na straně druhé může být jediné dítě rozhodnout o bytí, či nebytí třídy, potažmo školy, o jejím otevření. To se týká zejména tzv. málotřídních, vesnických škol.

Připomínám zde rovněž zákonnou povinnost rodičů dostavit se s dítětem k zápisu.

A to i v případě, že uvažují o odkladu školní docházky.

■ Jaký je tedy postup při řešení školní zralosti z hlediska současné legislativy

Legislativa (tzv. Školský zákon) hovoří jasně: o odkladu školní docházky rozhoduje podle § 3 odst.2 písm. a) zákona č. 564/1990 Sb. ředitel školy.

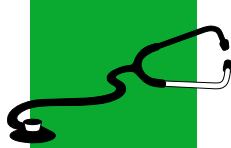
Podle § 34 odst. 2 zákona č. 29/1984 Sb. (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, odloží začátek povinné školní docházky na základě žádosti zákonného zástupce dítěte doložené předložením jednoho odborného posouzení v zákoně citovaných odborných pracovišt – lékaře, pedagogicko–psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra.

Pro ředitele škol platí dále upozornění vyplývající z pokynů MŠMT, které je upozorňuje na pečlivé zvažování odkladů školní docházky. Pokud důvody uvedené v posouzení **neprokazují dostatečně nepřiměřenost tělesné nebo duševní vyspělosti**, ředitel odklad nepovolí nebo doporučí rodičům důvody žádosti o odklad školní zralosti doložit dalším odborným posouzením (buď zpřesněným posouzením původní instituce, nebo se rodiče obrátí na další instituci uvedenou v zákoně). **K odkladu školní docházky není možné uznat jiný důvod, než nedostatečnou tělesnou nebo psychickou vyspělost.**

Pokud dítě nastupuje po udělení odkladu školní docházky do 1. ročníku, jejímž ředitelem byl odklad udělen, nemusí znovu k zápisu.

V této souvislosti bych chtěl upozornit na **platnost** zprávy, posudku. Legislativa taxativně vyjmenovává instituce, které mohou odklad školní docházky doporučit. Jedná se o pedagogicko–psychologickou poradnu, speciálně pedagogické centrum, lékaře. Nehovoří se o soukromých poradenských pracovnících (psycholog, speciální pedagog). Jejich případná doporučení nemůže ředitel školy akceptovat. Problémem je rovněž následné přešetření dětí vyšetřených v těchto soukromých pracovištích (z hlediska etiky práce a validity výsledků by se doba retestu měla pohybovat okolo 6 měsíců). Proto pozor, která odborná pracoviště jsou rodičům dětí doporučována.

Literatura u autora



Nové přídavky do kojeneckých formulí

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1.LF UK a VFN Praha

Optimální způsob výživy novorozence a kojence je kojení, které při dostatečné produkci mateřského mléka uspokojuje komplexně dítě v první polovině prvního roku života. Jedná se o uspokojení potřeb nutričních, ale i imunologických, protože mateřské mléko obsahuje velké množství substancí, které mají nenuutriční – ochranný charakter. Vzhledem k tomu, že ne všechny děti mohou být tímto způsobem živeny po celý první půlrok, je pochopitelná snaha výrobců umělé výživy dodat do jejich formulí nejen nutriční ale i výše zmíněné nenuutriční substance. Jedná se o látky, které působí přímo ochranným způsobem nebo ovlivňují vývoj zažívacího traktu (růstové modulatory) či stimuluji imunitní systém. Někdy se také hovoří o tzv. semiesenciálních substancích.

Je pozoruhodné, že v mateřském mléce se nachází až 30 % nebiřkovinného dusíku na rozdíl od 5 % v mléce kravském. Tento dusík pochází z amoniaku, močoviny, volných aminokyselin, aminoalkoholů, aminocukrů, kreatinu, kreatininu, karnitinu, polyaminů, peptidů, nukleových kyselin, nukleotidů, močové kyseliny. U mnohých z těchto látek byl pozorován modulační a regulační účinek. Proto jsou některé z těchto substancí již přidávány do kojeneckých formulí – **taurin, karnitin, cholin, inositol** – v množství odpovídajícím jejich zastoupení v mateřském mléce.

Asi 20 % neproteinového dusíku v mateřském mléce je představováno **nukleotidy**. Zastoupení nukleotidů v kravském mléce je několikanásobně nižší. Chemicky jsou představovány purinovou nebo pyrimidinovou bází, cukrem (ribóza nebo desoxyribóza) a jednou nebo více fosfátovými skupinami. Nukleotidy jsou přítomny v mnoha potravinách živočišného i rostlinného původu (maso, ryby, semena), kravské mléko, vejce a ovoce mají nízký obsah nukleotidů. Z mateřského mléka byly poprvé izolovány před 30 roky a jako přídavek do kojenecké výživy byly poprvé použity v r. 1983 ve Španělsku. Jejich obsah ve formulích je v současné době

schválen a regulován orgány EU. Prokázané efekty nukleotidů jsou uvedeny v tabulce č 1.

Kromě laktózy je v mateřském mléce zastoupeno další spektrum sacharidů představovaných cukry z nukleotidů, glykolipidů, glykoproteinů, oligosacharidů a glykosfingolipidů. Oligosacharidy jsou syntetizovány stejnými glykosyltransferázami, které se podílejí na syntéze glykoproteinů a glykolipidů buněčných povrchů. To jim umožňuje vázat na sebe patogeny zažívacího traktu.

Tyto schopnosti byla prokázány v případě *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, enteropatogenních *E.coli* a *Campylobacter jejuni*. U gangliosidů byla dokumentována tato schopnost u *E.coli* a toxinu *Vibrio cholerae*. Tyto cukry odpovídají dříve uváděnému hypotetickému „bifidus faktoru“. Dnes jsou nazývány **prebiotiky**, tedy látkami, které procházejí zažívacím traktem téměř nevstřebány a které nemají nutriční efekt. V kravském mléce se vyskytují v zanedbatelném množství. Největší koncentrace dosahují v kolostru. Prebiotika se vyskytují přirozeně v čekance, cibuli, artičocích, banánech. Prebiotický efekt má rovněž terapeuticky používaný polysacharid laktulóza. Myšlenka docílit žádoucího bakteriálního osídlení u uměle živěných dětí, které by bylo srovnatelné s dětmi kojenými, vedla k myšlence podávat žádoucí bakterie – **probiotika**. Jedná se o nepatogenní bakterie, které jsou součástí normální intestinální flóry a dodány do organismu překonají kyselou žaludeční bariéru a upravují mikrobiální rovnováhu ve střevě. Ukazuje se, že charakter bakteriálního osídlení ovlivňuje nejenom výskyt průjemových onemocnění a lokální imunitu ve střevě kojence, ale že má velký vliv i na další zdravotní vývoj i v pozdějším věku. Vysoký nárůst alergických onemocnění je v současné době vysvětlován tzv. hygienickou teorií, podle níž kojenci, kteří nejsou v útlém věku dostatečně stimulováni jednak zevními infekčními podněty, ale především svou komensální střevní flórou, nedostatečně regulují vývoj svého imunitního systému, kde převládá vliv Th 2

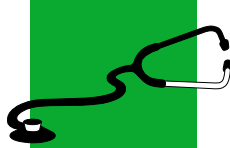


Když chybí Prepulsid

Žaludek několikadenního dítěte má poměrně omezenou kapacitu – většinou nepojme více než 200 ml mléka. Se vzrůstající vyspělostí trávicího traktu se zvyšuje také jeho objem, přesto je celkem běžný výskyt tzv. ublinkávání. Tento jev je u malých kojců velmi častý a ve velké většině neovlivňuje negativně růst dítěte. Bývá považováno za normální a obvykle mizí do 12. až 18. měsíce věku.

Pro děti s častější regurgitací, které nejsou kojeny nebo pouze částečně, při prokázaném gastroesofageálním refluxu, jsou připravována počáteční mléka zahuštěná rýžovým nebo bramborovým škrobem, event. vlákninou svatojánského chleba. Jedná se o tzv. **antirefluxní** nebo také **A.R.** mléka. Jsou vždy první volbou při řešení tohoto problému a v případě mírných projevů mohou nahradit i dnes již chybějící **Prepulsid**. V případě nutnosti prevence alergických reakcí a současného zabránění ublinkávací (tyto obtíže mohou vznikat u dítěte zároveň vedle sebe), jsou připravována mléka, která mají částečně hydrolyzovanou bílkovinnou složku a jsou navíc zahuštěna některým z výše uvedených škrobů. Jsou tedy **současně výživou hypoalergenní i antirefluxní**. Jako jediný výrobce na našem trhu nabízí takové univerzální mléko společnost Nestlé pod označením **BEBA A.R./H.A. 1**. Tato výživa je určena nejen pro děti, u nichž není zvýšené riziko vzniku alergií. Vzhledem k obsahu částečně hydrolyzovaných bílkovin je toto mléko vhodné i pro děti ohrožené alergiemi (jeden z rodičů nebo oba jsou alergici).

Antiregurgitační účinek je zajištěn kombinací tří sacharidových složek – bramborového škrobu, laktózy a maltodextrinu, které zaručují optimalizaci viskozity žaludečního obsahu. To má jednak za následek urychlení vyprazdňování žaludku správným směrem, a jednak díky bramborovému škrobu se vytvoří vločkovité komplexy, které brání návratu žaludečního obsahu do jícnu a dále do úst. Vzhledem k obsahu kvalitní bílkovinné složky s optimalizovaným profilem aminokyselin, zaručuje Beba A.R./H.A. 1 fyziologický růst při nízké metabolické zátěži organismu. Díky ohobacení o další nezbytné výživové složky lze mléko **BEBA A.R./H.A.1** označit za kompletní plnohodnotnou kojeneckou výživu, která sama o sobě je schopna pokrýt veškeré výživové nároky kojců.



tab. č. 1

Referované efekty dietních nukleotidů**lipidový metabolismus**

- zvýšení hladiny vysokodenzních lipoproteinů
- zvýšení aktivity lecithin cholesterol acyltransferázy
- zvýšení hladiny Apo AI a Apo-AIV
- zvýšení LC-PUFA v plasmě a erytrocytech

růst tkání, reparace

- zvýšení disacharidázových aktivit v tenkém střevě mladých zvířat
- reparace sliznice po průjmu nebo hladovění u krys a myši
- reparace jater po experimentální intoxikaci
- zesílení jaterní proteosyntézy

imunitní odpověď zvýšení parametrů celulórní imunity

- zvýšení IgG protilátek po vakcinách proti polio a Hib
- zvýšení hladiny IgM a IgA u nedonošených kojenců
- zvýšení antikaseinových a antilaktoglobulinových protilátek u nezralých novorozenců

střevní flora

- zvýšené zastoupení bifidobakterií a snížení enterobakterií

protektivní efekt

- snížení incidence a trvání akutního průjmu
- méně epizod infekcí horních dýchacích cest u kojenců s lehkým výživovým deficitem

lymfocytů, což vede ve svém důsledku ke vzniku alergických onemocnění. V tomto smyslu lze chápat příznivý efekt prebiotik a probiotik. Obohacení prebiotiky či probiotiky nebo jejich kombinací (synbiotika) je používáno i ve stravě větších dětí a dospělých. Tyto potraviny jsou označovány jako funkční (bioterapeutické). **Mezi probiotika jsou v současné době řazeny laktobacily, bifidobakterie, streptokoky, enterokoky.** Používají se monokultury nebo směsi kultur. **Probiotika jsou užívána i terapeuticky – především kmen *Lactobacillus GG* – jsou popisovány příznivé efekty v léčbě a prevenci virových průjmů, postantibiotických průjmů, působí příznivě v prevenci a léčbě potravinových alergií, intoleranci laktózy, léčbě nekrotizující enterokolitidy.** Probiotika jsou používána v léčbě nespecifických střevních zánětů (*E.coli*, kmen Nissle). Je jim připisován i hypocholesterolemizující a antikancerogenní efekt.

Prebiotického efektu se pokoušejí dosáhnout výrobci umělé kojenecké výživy i úpravou dalších složek výživy, tj. snížením obsahem bílkovin cestou přiblížení se spekt-

ru aminokyselinového složení mateřského mléka, což dovoluje snížit obsah bílkoviny ve formulích jejich lepšího využití. Strava bohatší na bílkoviny vede k podpoře nežádoucích bakterií s proteolytickou aktivitou (*clostridia*, *bacteroides*) – nižší zastoupení bílkoviny ve výživě tudíž působí bifidogenně. Další prebiotický efekt používaný k podpoře žádoucí bifidogenní flóry je snižování pH intestinálního lumen prostřednictvím sníženého obsahu fosfátů.

V poslední době se objevují práce, které srovnávají charakter bakteriálního osídlení střeva kojenců a výskyt alergických onemocnění a je popisován nižší výskyt alergických afekcí u dětí s bifidogenní flórou. Příznivé efekty dlouhodobého sledování jsou popisovány především v souvislosti s výskytem ekzému. Zdá se tak, že je žádoucí ovlivňovat složení střevní flóry cestou funkčních potravin i u batolat (pokračovací mléka, kysané mléčné výrobky) a starších dětí a dospělých.

Mateřské mléko je považováno za ideální výživu i z hlediska přítomnosti kyseliny linolové (LA) a α -linoleové (ALA) – esenciálních mastných kyselin a **polynenasycených mast-**

ných kyselin (LC-PUFA). Obsah LC-PUFA v mateřském mléce je do určité míry ovlivněn aktuální dietou matky ale 70 % LC-PUFA je do mléka uvolňováno z tukové tkáně což znamená, že aktuální složení je více ovlivňováno stavem zásob a dlouhodobým jídelníčkem matky. Vzhledem k tomu, že hladiny esenciálních mastných kyselin jsou v kravském mléce nízké, je třeba do kojeneckých formulí rostlinné tuky vyměnou za tuk živočišný dodávat a tak dosáhnout dostatečné hladiny esenciálních mastných kyselin (LA a ALA) jako výchozích substrátů pro tvorbu LC-PUFA. Hlavními zdroji LC-PUFA jsou ryby, maso a vnitřnosti. Na rozdíl od LA a ALA, které není lidský organismus schopen syntetizovat, je endogenní produkce LC-PUFA u kojenců považována za prokázanou, především u donošených. Produkce však je malá, proto začaly být LC-PUFA dodávány do formulí pro nedonošené. Čím dále tím více jsou shromažďovány argumenty pro fortifikaci formulí pro zralé LC-PUFA, protože v období maximální růstové rychlosti nemusí být endogenní produkce dostatečná.

LC-PUFA je připisován příznivý vliv na rozvoj kognitivních a vizuálních funkcí. Při srovnání výživy nezralých formulí s LC-PUFA a bez ní bylo konstatováno nižší produkce IL-10 u skupiny dětí s formulí bez LC-PUFA. Cytokin IL-10 je má imunosupresivní účinek vůči Th2 odpovědi, které je připisována role spouštěče alergických reakcí. Uvažuje se o tom, že dávka mastných kyselin s n-3 dvojnou vazbou má protektivní efekt vůči rozvoji alergie. ■

Literatura:

- 1) Fomon SJ. *Nutrition of Normal Infant*, Mosby St.Luis 1993, 475 s. Gil A. *New Additions to Infant Formulas in: Lifschitz CH. Pediatric Gastroenterology and Nutrition in Clinical Practice*, Marcel Dekker New York 2002, s.113-135.
- 2) Kalliomäki M. et al. *Probiotics and prevention of atopic disease: 4-year follow up of a randomised placebo-controlled trial. Lancet* 361, 2003, s.1869-71.
- 3) Riihã NCR. et al. *Whey Predominant, Whey Modified Infant Formula with Protein/energy Ratio of 1,8 g/100 kcal: Adequate and Safe for Term Infants From Birth to Four Months, J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 35, 2002, s.275-281. Vandenplas Y. *Clinical Overview: The Changing Pattern of Clinical Aspects of Allergic Diseases in: Isolauri E., Walker WA. Allergic Diseases and the Environment*, Nestec Vevey 2003, s.1-5.
- 4) Vandenplas Y. *Microorganisms Administered for the Benefit of the Host: Fact and Myths in: Lifschitz CH. Pediatric Gastroenterology and Nutrition in Clinical Practice*, Marcel Dekker New York 2002, s.137-159.

Nestlé



Nesmrtelná teta

Ministerské vyhlášky aneb pro Součkovou neplatí vládní předpisy, zákony ani ústava

I když by se zdálo, že jsou zákony České republiky závazné pro všechny občany, Marie Součková zřejmě stojí mimo. S razancí sobě vlastní podepsala v posledních týdnech dvě ministerské vyhlášky, jednu o zdravotnických registrech a druhou o předepisování léků. Obě již platí, i když ani jedna z nich neprošla závazným legislativním procesem, což je v rozporu s usnesením vlády i Ústavou ČR. Práce pro soud. Svěbytný výklad právních předpisů není pro resort zdravotnictví novinkou. Týdeník EURO získal právní rozbor, z nichž vyplývá, že v rozporu se zákony byla už loni v pololetí vydána také vyhláška 191/2003 o lécích hrazených ze zdravotního pojištění a o půl roku dříve vyhláška 532/2002 o úhradách zdravotní péče. Kritikům Marie Součkové nicméně došla trpělivost až letos, s vyhláškou 470/2003 o údajích pro zdravotnické registry. Právní předpis z dílny jejího ministerstva překračuje všechny možné kompetence: lékaře zavazuje k porušování zákona o ochraně osobních dat, odporuje řadě mezinárodních smluv a také Ústavě ČR. Vyhláškou, která platí od 1. ledna, se bude zabývat Ústavní soud, stížnost dostal už z úřadu ombudsmana.

Neregistrované námitky

Vyhláška možná vznikla jako náhradní řešení. Součkové se zatím nepodařilo uzákonit sběr dat pro registry novelou zákona o zdravotní péči. Své odhodlání ohledně registrů netajila. „Když zákon neprojde, připravím nouzovou vyhlášku, která sběr osobních dat pacientů stejně umožní, vzkázala poslancům prostřednictvím televize Prima vloni 9. prosince. Vyhlášku podepsala 15. prosince minulého roku, přestože měla k dispozici informace, že se může dostat do rozporu se zákonem 101/2000. Úřad pro ochranu osobních údajů už loni v říjnu upozornil, že by zdravotnické registry neměly od prvního ledna, kdy jim skončí platnost dosavadního oprávnění, sbírat data ve stejném rozsahu jako dříve. Zástupce předsedy Josef Nejedlý tehdy uvedl, že podle evropských předpisů lze legalizovat pouze shromažďování „nezbytných údajů, například při bezprostředním ohrožení šíření infekčních nemocí, a i tak jen v míře a formě, která nenaruší soukromí občanů. Předseda Úřadu pro ochranu osobních údajů Karel Neuwirt na tuto skutečnost znovu upozornil dopisem ze 31. prosince 2003. Když ministerstvo nereagovalo a vyhlášku vydalo, následoval 7. ledna další dopis, adresovaný přímo Marii Součkové. „Musím Vás upozornit, že vyhláškou vystavujete lékaře a další osoby, které budou podle ní zasílat osobní údaje ze zdravotnické dokumentace do národních zdravotních registrů, riziku trestního stíhání, píše se ve zmíněném dopise. Protože opět zůstal bez odezvy, informoval úřad 13. ledna rovněž nemocnice. Lékaři přesto dosud mají na základě vyhlášky povinnost předávat do národních zdravotních registrů údaje o pacientech včetně jejich jmen, rodných čísel a adres. Nejen lékaři se přitom domnívají, že osobní údaje nejsou pro potřeby registrů nezbytné a nejsou v nich dostatečně chráněné proti zneužití. Z registrů se může nepovolaná osoba dozvědět, kdy a kolik paní Vomáčková absolvovala potratů, kdo je závislý na drogách nebo že se pan Malina opakovaně léčí se syfilidou.

Mlýnek na zákony

Marie Součková už dříve vysvětlila nutnost zachování registrů tím, že slouží pro účely ministerstva, výzkumu a statistiky. Vyhláška 470/2003 uzákonila sběr dat včetně těch osobních pro třináct registrů. Marie Součková ji podepsala, přestože předtím její návrh nepředložila legislativní radě vlády a – k posouzení slučitelnosti s mezinárodními závazky České republiky – ani odboru kompatibility úřadu vlády. Na otázku, proč tyto legislativní kroky obešla, týdeník EURO neodpověděla. Postup předkládání zákonů a vyhlášek je pro ministry závazný, popisuje ho usnesení č. 534 z 21. 8. 1998. Z dodatečných právních rozborů vyplývá, že vyhláška není jen v rozporu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních dat, ale že navíc není slučitelná s právem

Evropské unie a odporuje mezinárodní Úmluvě o lidských právech a biomedicině. A protože plnění poslední jmenované úmluvy je součástí Ústavy ČR, odporuje i ústavě. Právníci, kteří se k záležitosti vyjadřovali, upozorňují na souvislosti. Součková obešla legislativní kolečko, dané usnesením vlády. Tím porušila povinnosti ministra, které vyplývají z paragrafu 21 zákona 2/1969. Porušila i slib, který složila do rukou prezidenta republiky. Totiž že bude dodržovat zákony České republiky a respektovat její ústavu. „I když je ustanovení zákona 2/1969 pouze deklaratorní, ukládá ministerstvům povinnost řídit se ústavními a ostatními zákony a usneseními vlády, uvádí se v jednom z rozborů.

Oblíbená strategie

Stejnou taktiku jako v případě registrů využilo ministerstvo zdravotnictví znovu u vyhlášky 34/2004 o předepisování léků. Také tato vyhláška, která stanovila lékařům od února nové povinnosti při vyplňování receptů, neprošla ani legislativní radou vlády, ani odborem kompatibility. Marie Součková ji podepsala 23. ledna. Ministerstvo zdravotnictví klíčkuje mezi paragrafy už delší dobu. První varování dostalo už před rokem, když vydalo vyhlášku 532/2002 o výši úhrad zdravotní péče pro první pololetí 2003. Tehdejší ministr spravedlnosti a místopředseda vlády Pavel Rychetský sice v dopise z 9. ledna 2003 připouští, že vyhláška „zřejmě nezbytným způsobem řeší potřeby praxe, ale požaduje, aby se situace neopakovala. Ministerstvo jeho připomínku vyřešilo po svém, pro další pololetí už nevydalo vyhlášku a výši úhrad stanovilo právním předpisem ve svém úředním věstníku. Dosavadní úspěšný běh přes překážky dokumentuje i poslední ze sporných vyhlášek: 191/2003 Sb., o úhradách léků ze zdravotního pojištění. I když ministerstvo zdravotnictví tentokrát její návrh předložilo legislativní radě i odboru kompatibility, vyhlášku nakonec publikovalo i přes zásadní připomínky z obou míst. Podle zmíněných Legislativních pravidel vlády přitom mělo připomínky do návrhu zapracovat, anebo pokud s nimi nesouhlasí, pokračovat v jejich projednávání.

Čtyři pomníčky Marie Součkové

1. Vyhláška č. 34/2004 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků a náležitosti lékařských předpisů

- platí od 1. 2. 2004, podpis ministryně 23. 1. 2004
- vydána v rozporu s Usnesením vlády č. 534 z 21. 8. 1998, které je pro ministry závazné (před vydáním neprošla předepsaným legislativním kolečkem, což je porušením článku 16 Legislativních pravidel vlády)

2. Vyhláška č. 470/2003 Sb., o rozsahu a způsobu poskytování informací zdravotnickými zařízeními do Národního zdravotnického informačního systému

- platí od 1. ledna 2004, schválena 15. 12. 2003
- vydána v rozporu s Usnesením vlády č. 534 z 21. 8. 1998
- je v rozporu se zákonem 101/2000 o ochraně osobních údajů
- není slučitelná s právem EU
- odporuje mezinárodní Úmluvě o lidských právech a biomedicině
- nerespektuje Ústavu ČR

3. Vyhláška č. 191/2003 Sb., o léčivých přípravcích plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a výše úhrad jednotlivých léčivých látek

- platí od 1. 7. 2003, schválena 18. 6. 2003
- vydána v rozporu s Usnesením vlády č. 534 z 21. 8. 1998 (přes zásadní připomínky legislativního rady vlády a odboru kompatibility úřadu vlády)

4. Vyhláška č. 532/2002 Sb., o výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2003

- platila od 1. 1. 2003 do 30. 6. 2003, schválena 10. 12. 2002
- vydána v rozporu s Usnesením vlády č. 534 z 21. 8. 1998

Zdroj: Týdeník Euro



Aktuality

■ Výhrůzkami a tresty se zdravotnictví nezmění

Než lékař předepíše pacientovi lék, musí mu jasně říci, zda je lék plně hrazený, nebo s doplňkem, a následně založit kopii receptu do chorobopisu. Takovou povinnost od února ukládá vyhláška ministerstva zdravotnictví. Česká lékařská komora označila pokyn za protiprávní a lékařům, kteří jej odmítnou respektovat, nabízí bezplatnou právní pomoc.

V naší ambulantní praxi pracujeme způsobem, jenž má širší, obecně lidskou platnost. Od počátku spolupráce s pacientem totiž považujeme za klíčové, napomoci mu ke zjištění, že problém, který jej trápí, může ovlivnit jedině tehdy, navodí-li změnu ve svém chování a přístupu. Téměř všichni pacienti jsou koneckonců přesvědčeni, že problém pochází od druhých a očekávají, že terapeut tento jejich předpoklad jen potvrdí. Především v partnerské terapii pak mají utkvělý pocit křivdy a změnu situace spatřují v úkolování partnera. Tento předpoklad je v lidské psychice tak hluboce zakořeněný, že se vůbec nedivíme naší paní ministryni, když je ve svých "reformních", krocích vždy pevně přesvědčena o tom, že zásadní krok musejí udělat ti ostatní. Zcela jí chybí terapeut, který by jí sdělil, že musí začít sama u sebe.

Úkol pro paní Marii

Celý systém péče o člověka ve zdraví a nemoci musí být postaven na zcela jiných principech než dosud, a to je úkol právě pro ministryni Součkovou. Ta ale, místo koncepčních, systémových změn, vydává jednotlivá dílčí rozhodnutí, jejichž důsledkem je byrokratické úkolování, jež práci lékařů dále komplikuje. Paní Marie nepochybně není schopna uvažovat v širších souvislostech, a nevidí tedy, že svými výroky a počiny jen prohlubuje propast nedorozumění a nepřátelství mezi zdravotníky a potenciálními pacienty. V naší ambulantní praxi denně slyšíme stížnosti pacientů na hrubé a přezíravé chování zdravotníků, současně od kolegů slyšíme stesky na to, jak jsou pacienti ve svých nárocích stále naléhavější a neobytnější, jak očekávají, že lékař za ně vše zařídí nebo na nich opraví. Podle nové vyhlášky paní ministryně se mají lékaři ještě "dokonalejší", dokumentaci chránit před přibývajícím stížnostmi, čímž se podprahově dále prohlubuje zmíněná atmosféra nepřátelství, nedůvěry a nervozity. Stačí se jen podívat, v čem tkví společný duch všech vyhlášek a nařízení z poslední doby. Vždy šlo o vymezování nároků, pravomocí a vymahatelných požadavků, na straně druhé o striktní byrokratické zákazy, povinnosti a omezení. Předpoklad nedůvěry, konfrontace a střetu zájmů jsou proto jednou z příčin stále častěji se objevujících případů agrese vůči zdravotníkům a současně vražednou ideologií zdravotnické reformy. Nynější systém zdravotnictví je osudově rozpolcen tím, že na jedné straně má být jakousi "službou", veřejností, jejíž kvalita a dostupnost je odvislá od finančních možností, na straně druhé zárukou péče o zdraví člověka, založené na étosu Hippokratovy přísahy. Jestliže ale základem veškeré medicíny je vztah lékař - pacient, který je speciální obdobou vztahu mezilidského, je jasné, že může spočívat buď v spolupráci, vzájemném respektu a altruismu, nebo v konfrontaci, zvýhodňování jednoho na úkor druhých a parazitismu.

Udělejme to jinak!

Cílem reformy zdravotnictví nezbytně musí být vytváření podmínek, ve kterých se zdravotníci a pacienti budou při "péči o zdraví", vnímat jako aktivně spolupracující, vzájemně se respektující, rovnocenní partneři. Teprve v tomto rámci lze hovořit o rozdělení kompetencí, stanovení povinností a odpovědností, vymezení práv a rozhodnutí o způsobech, jak se vše, v uvedeném pořadí, bude provádět. To je ovšem zásadní a rozhodující změna oproti dosavadní "na pacientech všemocnými zdravotníky konané, vědecko-technické medicíně. O tom, že uskutečnění takové reformy vyžaduje člověka s tvůrčím myšlením, jenž by domyslel organizační důsledky zásadního obratu, a charakterově pevného, aby odolal všem zachráncům starých pořádků, není sebemenších pochyb. Moudrost, uvážlivý nadhled, straně svobodě a nalézání možností pro dohodu a smír jsou hodnoty, kterých si v evropské civilizaci nejvíce ceníme. Jsou zdrojem rozvíjení vnitřní různorodosti občanského života, jinakosti. "Jinak znamená jinak,, je tvůrčí princip, "jinak zname-

ná špatně,, je zdroj úpadku. Každé dobré vládnutí přece vychází ze snahy smířovat protiklady, vyjednávat obecně přijatelná řešení, vytvářet podmínky pro vzájemný respekt a toleranci. Jednou z nejdůležitějších kvalit demokracie je vnitřní diferencovanost, jinakost. Ve vyspělé demokracii je "jinak,, předpokladem bohatství možností a tvůrčího potenciálu. Vyhlášovat varování, výhrůžky a tresty je příznakem chyb. Představa, že tímto způsobem někdo hledá cestu k nápravě, je děsivá. Základem úspěchu ohlašované a očekávané zdravotnické reformy tedy musí být: organizovat práci jinak než dosud. V tomto smyslu důsledky "jinak,, naší paní Marie jsou: špatně, nepříjemně, tytyty! Znamenají ničivou zásadu "více téhož,, - prohlubování toho nedobrého a konfrontačního. Ach!!!

■ Lék proti astmatu na kuřáky nezabírá

Fakt, že ve věkové skupině osob od 16 do 44 let najdeme 32 % kuřáků, nikoho nepřekvapí. Zajímavé zjištění přináší studie vědců z Glasgowské univerzity: mezi astmatiky stejného věku je tento podíl už 40 %. Na základě provedené studie přišli odborníci s dalším varováním. Kouření podle výsledků výzkumu narušuje účinek léku proti astmatu, což je samozřejmě ohrožuje ještě více. Do studie byly zařazeny osoby s chronickým astmatem, a to jak kuřáci, tak ti, kteří kouřit přestali inekuřáci. Všechny skupiny byly rozděleny na poloviny: V jedné dostávali účastníci prednisolon, lék proti astmatu, v druhé pak neúčinné placebo. Ukázalo se, že ve skupině dostávající lék byl stav kuřáků horší než těch, kteří nekouřili. Lékaři tento výsledek vysvětlují sníženou citlivostí kuřáků na podávanou účinnou látku. Konstatují také, že tomuto zjištění by měli věnovat pozornost astmatici-kuřáci i jejich lékaři, kteří by jim měli předepsat jiné léky. Odborníci také doporučují, že by astmatici měli podstoupit protikuřáckou léčbu.

■ Jak nejnáze skoncovat s kouřením

Rada první: Když kouříte krabičku denně, budete asi potřebovat náhražku nikotinu. Možná byste s novým rokem chtěli začít nějak nově a lépe. Možná patříte mezi těch bezmála pětasedmdesát procent kuřáků, kteří litují, že nezdravému návyku propadli. Výhod, které by vám mohlo nekouření přinést, je pozhnané. Průměrný kuřák prokouří ročně 14 až 17 tisíc korun ročně to je pouze jeden z bonusů a nikoliv ten nejdůležitější. Když si je všechny sepišete, nebude vám stačit papír. Lékařka Eliška Bartlová, vedoucí oddělení podpory zdraví brněnského Zdravotního ústavu, se nedívá na novoroční předsevzetí nijak spatra. Lidé potřebují rituály a předsevzetí je jedním z nich. Podobně jako u alkoholu by si měl člověk nejprve ujasnit, jak moc se nechá tabákovým dýmem ovládnout. Existují na to různé složité testy, ale podle Bartlové získáte základní orientaci snadno: "Pokud si zapálíte do půl hodiny po probuzení, je to s vaší závislostí na nikotinu už na pováženou. Příležitostně kuřáci si s odvykáním pravděpodobně poradí sami," míní lékařka.

Odvykání od nikotinu

Projektant Pavel Máša si už nejmíň dvacet let zapaloval jednu cigaretu od druhé. Když mu chtěl někdo promlouvat do duše, odbyl ho známou průpovídkou o tom, že na hřbitově se sejdou kuřáci i nekuřáci. V pětáctýřetici však skončil s infarktem v nemocnici a domů se vrátil jako vyměněný. "Málem jsem natáhl bačkory. Doktor mi dal nůž na krk, řekl, abych si vybral mezi životem a kouřením. Seknul jsem s cigaretami ze dne na den,, chlubí se muž, který se už dva roky nedotkl cigarety. Inu, i takové zázraky se dějí. Výjimečně, při silné motivaci, dokáže udělat s cigaretami krátký proces i silný kuřák. Avšak pokud kouříte už "celou věčnost,, a vaše denní dávka přesahuje dvacítku, obvykle to najednou nesvedete. Není to žádná hanba. Vyplatí se využít některé protikuřácké poradny. Tam vám vysvětlí, jak vzít na pomoc medikamenty speciální žvýkačky, náplasti nebo tabletky. Nikotinová žvýkačka se žvýká jinak než ta normální, proto se přesně řiďte návodem.

Závislost je nemoc

Nikotin je návykovou součástí tabákového dýmu. Fyzická závislost na něm, která se časem projeví u většiny kuřáků, se z poloviny dědí a musí se léčit jako každá ji-



ná nemoc. Člověk musí počítat s abstinenčními příznaky (nutková potřeba kouřit, nervozita, bolest hlavy, poruchy spánku, pocit hladu, deprese...). Léčba, při níž se tělu dodávají konstantní nízké dávky nikotinu, pomáhá nepřijemné „abstáky“, zvládat. Odborníci uvádějí, že touha po cigaretě vrcholí jeden týden po zanechání kouření. Po osmi týdnech by však měla ustoupit jak nutková chuť na cigaretu, tak abstinenční příznaky. Doba léčby je individuální, ale obvykle se pohybuje kolem tří měsíců. Na cigarety pak ovšem nesmíte už ani sáhnout.

Aby vám nechutnaly

Nedejte se odradit, pokud nedokážete típnout poslední cigaretu najednou.

Metoda vědomého kouření – každý tah vnímejte všemi smysly. Uvědomujte si všechny složky kouře: kyslíčnick uhelnatý (je to, jako když kouří kamna), formaldehyd (páchne po mravencích), dehet (jako když asfaltují silnici), kyanovodík (hořké mandle).

Metoda rychlého kouření vdechujte kouř po šesti vteřinách, zapalujte si jednu cigaretu od druhé, dokud vám nezačne být špatně.

Rozbití stereotypů – kouřte nejméně příjemným způsobem, ty nejhorší cigarety. Kdo chce přestat kouřit, měl by cigarety odložit ze dne na den.

Chromozom spojený s hluchotou rozluštěn

Americko-německému týmu vědců se podařilo úplně dešifrovat stavební plán 7. chromozomu lidského genetického kódu. Rozluštění tohoto chromozomu by mělo přispět ke studiu řady nemocí, se kterými je 7. chromozom spojen, především rakoviny, cystické fibrózy a dědičné hluchoty. Sedmý chromozom je šestým a největším z lidských chromozomů, které byly dosud rozluštěny. Obsahuje mimo jiné geny, které hrají roli při dělení a odumírání buněk. Analýza ukázala, že 7. chromozom obsahuje na 1150 genů řídících výrobu proteinů a 940 „pseudogenů“, fragmentů deoxyribonukleové kyseliny podobajících se genům, které však kvůli genetickým změnám nemohou jako geny fungovat. Jeden z genů, které 7. chromozom obsahuje, by rovněž mohl napovědět, proč rakovinové buňky odolávají některým druhům léků. Jiné geny 7. chromozomu se zase podílejí na fungování imunitního systému, další se účastní na vzniku leukemie a zhoubných nemocí mízních tkání. Proto by nyní mohly být vyvinuty nové léky, které by postiženým dokázaly pomoci, říká profesor genetiky Richard Wilson z Washingtonovy univerzity v Saint-Louis v americkém státě Missouri, kde probíhala hlavní část výzkumu. Chromozom obsahuje také neobvyklé množství „dvojitých“, opakujících se prvků. Podobné opakování bylo nalezeno u chromozomu spojovaného se vzácným Williams-Beurenovým syndromem, objevujícím se u jedné osoby z 20 000, který byl poprvé popsán v roce 1961 novozélandským kardiologem J.C.D. Williamsem. Tato vrozená nemoc se projevuje mentální a růstovou retardací, kardiovaskulárními anomáliemi a abnormálním obličejem. U dětí takto postižených chybějí právě části těchto kopií genů. Vědci doufají, že dešifrování 7. chromozomu bude užitečné pro všechny, kteří se studiem syndromu zabývají. Data získaná výzkumem 7. chromozomu byla dána na internet k dispozici všem vědcům. Každý chromozom je tvořen molekulou DNA ve tvaru dvojité spirály, která je složena ze čtyř komponentů (bází) označovaných písmeny A (adenin), T (thymin), G (guanin) a C (cytosin). Pořadí neboli sekvence písmen určuje genetický kód buňky.

Jak vzniká autismus? Mozek roste rychleji

Porucha sociálního chování – autismus – může souviset s příliš rychlým růstem mozku v raném dětství. Vyplývá to z výzkumu, jehož výsledky zveřejnili v nejnovějším vydání Journal of American Medical Association vědci z kalifornského San Diega. Zjistili, že děti, které se narodí s podprůměrně velkou hlavičkou, která v prvním roce života nadměrně rychle roste, jsou autismem ohroženy víc než populace dětí s normální velikostí hlavy. Čím rychlejší je růst, tím těžší symptomy autismu lze očekávat, tvrdí šéf výzkumu profesor Eric Courchesne. Domnívá se, že rychlý růst mozkové tkáně dítěti neumožňuje zpracovat vjemy a emoce, což je pro normální vývoj chování nezbytné. Jestliže se výsledek potvrdí, bude to pro lékaře znamenat šanci odhalit poruchu podstatně dříve než dosud.

Psychický návyk může člověk získat snadno

Látky obsažené v kávě, čaji, energetických drincích či čokoládě mohou působit

skoro záračně. Lepší paměť, menší únava, vylepšení nálady. Po odeznění účinků se ale většinou cítíme hůř než předtím.

Ranní „rozjezd“, usnadní šálek opravdu silné kávy. Na splín je nejlepší tabulka dobré čokolády. Během dlouhé cesty autem dodáváme do těla energii v podobě různých energetických nápojů, tyčinek nebo tablet. A všechno dohromady konzumujeme především v práci, kde trávíme čím dál více času. Všechny látky, které přijímáme v kávě, čaji, kakau či energetických drincích, nejsou samy o sobě návykové – nevytvářejí závislost. „Určitý zásah do psychiky ale udělají“, říká pražská psycholožka Zdeňka Sládečková. Podle jejich slov naši psychiku stimulují. Když si dáme šálek dobré kávy, vypijeme sklenici kokakoly nebo energetického nápoje, kromě zvýšení fyzické výkonnosti nám to zvedne i náladu. „Najednou se cítíme veselější, uvolněnější, což je v některých případech pro nás výhodné“, vysvětluje Sládečková. Káva stále vede žebříček oblíbenosti životabudičů. Jen za rok 2001 byla její roční spotřeba v Česku 2,6 kilogramu na hlavu. Proč je káva tak oblíbená? Hlavní obsahovou látkou kávy je kofein, který má psychostimulační účinek. Milovníci kávy mi jistě dají za pravdu: poté, co vypijeme jeden či dva šálky, se zvýší psychická výkonnost, přejde nás únava nebo ospalost a jsme zase schopni pokračovat v práci. Ovšem abychom těchto účinků dosáhli, musíme vypít větší množství nápoje. „Nižší dávky kofeinu mohou totiž naopak únavu a ospalost podpořit“, upozorňuje na stránkách zdravotnického serveru Lékařna.cz Hana Šindelářová. Kofein podle jejich slov působí povzbudivě i na srdeční sval. „Proto se doporučuje omezit pití kávy po infarktu myokardu“, varuje Šindelářová. Kofein rovněž zvyšuje vylučování žaludečních šťáv – přehánět s pitím kávy by to tedy rozhodně nemělo lidé, kteří trpí překyselením žaludku či prodělali vředovou chorobu. Káva má navíc močopudné účinky. Zvláště v horkém létě může nadměrné pití kávy zhoršit dehydrataci. A ještě jedna nepříliš příznivá zpráva: kofein, který se do těla dostává prostřednictvím kávy, může snížit obsah vitamínů skupiny B v těle. „U vitamínu B1 (tzv. vitamínu dobré nálady) jde až o 50 procent“, upozorňuje dietní sestra Věra Králová. Bezprostředně po požití kávy se tedy naše nálada může vylepšit, ovšem brzy přijde „kocovina“. Kofein rovněž podporuje vylučování vápníku z těla. Tím se zvyšuje riziko vzniku osteoporózy.

Čokoláda je chemická továrna

Další oblíbenou pochoutkou, která v nás dokáže vyvolat pocit štěstí a spokojenosti, je kakao a nejoblíbenější výrobek z něj – čokoláda. „Kakao a výrobky z kakaa dodají tělu energii. Jde ale jen o krátkodobý proces, protože kakaové nápoje i čokoláda obsahují velké množství cukru. Ten se vyplaví do organismu, dostane se do krve a je zodpovědný za vlnu energie. Jak rychle se ale do krve dostal, tak rychle z ní zase vyprchá. Následuje pocit hladu a psychický útlum“, vysvětluje Sládečková. Kakao a čokoláda se tedy dají využít jen ke krátkodobému výkonu. Proč většína z nás prostě nemůže bez čokolády být? Důvody jsou hned tři. Tím prvním je sladká příjemná chuť. Druhý důvod jsme již popsali výše – čokoláda je rychlým zdrojem energie při únavě. A konečně třetím důvodem je fakt, že čokoláda působí na neurotransmitery v mozku. Jak? Uvolňuje, navozuje pocitu klidu, odstraňuje stres. Kofein, který najdete v čokoládě, a tzv. theobromin působí stimulačně na centrální nervový systém. Čokoláda se také nazývá drogou lásky. Kakao totiž uvolňuje endorfiny, přirozené opiáty, které se běžně vyplavují během tělesného cvičení či sexuálního styku. Navíc obsahuje tryptofan, látku zvyšující v mozku hladinu serotoninu, hormonu dobré nálady. A to ještě není všechno – v čokoládě najdeme i tzv. anandamid, který stimuluje mozkové receptory stejně jako marihuana. Nemusíte se ale bát, opravdovou drogou se všemi důsledky se čokoláda jen tak stát nemůže – jedině kdybyste jí na posezení snědli alespoň 12 kilogramů.

Energie v plechovce

Čaj je již po staletí oblíbeným nápojem prakticky na celém světě. Stejně jako káva nebo kakao i čaj obsahuje kofein. Zatímco kávový kofein povzbuzuje spíše krevní oběh a srdce, ten čajový (obzvláště ze zeleného čaje) povzbuzuje spíše nervovou soustavu a mozek. Jeho konzumace je tedy zvláště vhodná při mentální činnosti – usnadňuje učení, přináší koncentraci, snižuje únavu (více informací o čaji najdete na straně Oblíbený nápoj, který přinese povzbuzení ve chvíli únavy, jsou tzv. energy drinky. Kromě kofeinu obsahují ještě řadu dalších látek s povzbudivým účinkem. Mezi ně patří například výtažek z guarany. Guarana má stimulační a termoregulační účinky. Zlepšuje duševní bdělost, působí oddálení nástupu únavy, zvyšuje vytrvalost a tělesnou odolnost. Podobně jako acylpyrin snižuje srážlivost krve. Kromě výtažku z guarany bývá v energy drincích také L-carnitin, který zvyšuje výkon, zlepšuje funkci srdce a ve vyšší koncentraci pomáhá odbourávat



tyky. Únavu též odstraňuje výtažek z čínské byliny schizandry. Do mnoha energetických nápojů se přidává tzv. maté. Jde o výtažek z listů stálezeleného stromu Ilex paraguarensis. Jeho účinky jsou podobné jako u kofeinu. Navíc zahání pocit žízně a hladu a pomáhá při redukci hmotnosti. Maté lze koupit i v "čisté," formě. Na trhu je i maté pražené či s příměsí dalších bylin. Pití odvaru má potom povzbuzující účinky citelnější. Můžeme všechny tyto látky do sebe ládovat naprosto bez omezení? "Přestože se nejedná o návykové látky v pravém slova smyslu, jistá zdravotní omezení tu jsou," upozorňuje Sládečková. Na kávu, čaj či kakao totiž vzniká psychická závislost. "Člověk do sebe pravidelně dostává látku, která ho stimuluje. Jakmile její konzumaci vynechá, začne být nervózní a unavený," varuje Sládečková. Dodává, že lidé si většinou neuvědomují, že psychika není "bezpečná." Že to, co jste si od těla "vypůjčili," se také musí nějakým způsobem vrátit. "Většinou se přihlásí tělesné příznaky – pocity únavy a vyčerpání, k nim se přidávají poruchy spánku. Tělo tím signalizuje, že nejlepším prostředkem proti únavě je pořádný odpočinek. „Je to, jako když se přetíží elektrická síť – po určité době začnou vypadávat pojistky," vysvětluje Sládečková. I když vám káva, čaj nebo energetické nápoje pomáhají v krizových situacích „dobít baterky“, nezapomínejte na staré, ale stále platící doporučení: všeho s mírou. Jen tak si budete moci příznivý účinek všech povzbuzujících nápojů doopravdy užít.

Pro a proti „životabudičům“

Káva

+ Zvyšuje krevní tlak, stimuluje srdeční činnost, povzbuzuje k vyššímu výkonu, zvedá náladu.

– Účinek kofeinu je pouze krátkodobý. Kofein může snížit obsah vitamínů skupiny B a vápníku. Dlouhodobá konzumace může způsobit bušení srdce, žaludeční potíže a nespavost. Větší množství černé kávy by měli omezit lidé s hypertenzí a kardiovaskulárními chorobami a lidé trpící úzkostnými stavy. Káva může snížit účinek léků proti úzkosti.

Čaj

+ Navozuje duševní pohodu, povzbuzuje nervovou soustavu, usnadňuje učení. Fluor v čaji kladně působí na zubní sklovinu a kosti. Čaj (zvláště zelený) má příznivý vliv na imunitu.

– Při dlouhodobé konzumaci může způsobit nespavost, vyvolat bolesti hlavy a pocity úzkosti.

Čokoláda

+ Působí proti depresím, antioxidanty chrání organismus před rizikem kardiovaskulárních onemocnění, kakaové máslo snižuje hladinu „špatného“ cholesterolu. Kofein a teobromin působí stimulačně na centrální nervový systém a srdeční činnost.

– Účinek čokolády je krátkodobý. Čokoláda obsahuje mnoho nenasycených tuků a cukrů, což zvyšuje nebezpečí obezity, zhoršuje cukrovku a přispívá ke kazivosti zubů.

Energetické nápoje

+ Výhodné pro rychlé doplnění energie a zvýšení pozornosti. Guarana odstraňuje únavu a pocit vyčerpání, podporuje srdeční činnost, pomáhají předcházet depresím a bolestem. Lecitin snižuje hladinu cholesterolu, pročišťuje cévy, podporuje činnost centrálního nervového systému. Dlouhodobě užívaný může chránit před stárnutím mozku. Taurin příznivě ovlivňuje činnost mozku při pocitech fyzického a psychického vyčerpání, optimalizuje nervový přenos.

– Dlouhodobá nadměrná konzumace může vést k pocitům psychické vyčerpání, tělo se brání fyzickými projevy – bolestmi hlavy, pocitem nadměrné únavy, na něž je nejlepší odpovědí důkladný odpočinek.

Projekt Makovice pomáhá lidem s migrénou

Bolesti hlavy postihují aspoň občas až 85 procent dospělých. Společně s bolestmi zad a kloubů jsou nejčastějšími dlouhodobými bolestmi dospělé populace. Migrénou trpí v Česku zhruba 750 000 lidí, z toho 6 procent mužů a 18 procent žen.

Pro migrénu jsou charakteristické opakované záchvaty bolesti hlavy, které jsou často silné, dlouhotrvající a omezují nebo dokonce vylučují jakoukoli aktivitu. „Střední nebo silný záchvat migrény je důvodem pracovní neschopnosti," říká MUDr. Petr Dočekal z neurologické kliniky Všeobecné fa-

kultní nemocnice. Jakmile podle jeho slov záchvat migrény odezní, nemívá migrénik žádné potíže. „Očekávání dalšího záchvatu však podstatně narušuje jeho životní pohodu," varuje MUDr. Dočekal. Vlastnímu záchvatu migrény u některých pacientů předchází až 24 hodin předem pocit napětí, někdy únava, podrážděnost, zvýšená chuť na sladké. Pacient, který migrénou trpí léta, umí často spolehlivě rozpoznat, že se záchvat blíží.

Pomohou triptany

Asi u čtvrtiny migreniků se kromě toho na začátku záchvatu může objevit tzv. aura – předzvěst. Projevuje se nejčastěji poruchami zorného pole. Vzácněji se mohou dostavit poruchy citlivosti v končetinách – mravenčení, brnění. Aura trvá obvykle 5 až 60 minut, její příznaky před vlastním záchvatem mizí. K tomu, abyste bezpečně poznali migrénu, stačí zažít jeden těžší záchvat. Ten totiž může trvat i tři dny. „Představte si stav, kdy jen ležíte bez hnutí v posteli, na očích máte šátek, nejíte ani nespíte, protože vám to nesnesitelná bolest nedovolí," popisuje své pravidelné záchvaty třicetiletá Eva. Ještě před pár lety musela být kvůli záchvatům každý měsíc dva až tři dny doma. „Teď už se mohu spolehnout na skvělého pomocníka," usmívá se Eva. Léky, které dokážou zablokovat záchvat migrény, se jmenují triptany. „Triptany zasahují přímo do mechanismu vzniku záchvatu a zastaví jej jako celek. Potlačují nejen bolest hlavy, ale i její další doprovodné jevy nevolnost, zvracení. Účinnost triptanů je u migrény mimořádně vysoká. U jiných typů bolesti ale neúčinkují," vysvětluje MUDr. Dočekal. Triptany může předepsat kterýkoliv lékař.

Zeptejte se Makovice

V České republice je stále mnoho lidí, kteří si s migrénou nevědí rady. Bolest se snaží potlačit analgetiky. Ty přinesou úlevu, ale jen některým. „Někdy si to ani neuvědomíte, ale během měsíce zkonsumujete 60 tablet analgetik. Takové velké

Medicom



množství těchto léků může vést ke vzniku závislosti," varuje Dočekal. Trpíte-li bolestmi hlavy a potřebujete se poradit o léčbě nebo objednat k odborníkovi, můžete využít bezplatnou informační linku. Odborníci, kteří odpoví na vaše dotazy a poradí, jsou k dispozici denně od 9 do 17 hodin na telefonním čísle 800 555 430. Na tomto čísle lze požádat i o přihlášku do klubu Makovice. Tento klub byl připraven pod záštitou Czech Headache Society. Cílem klubu Makovice je pravidelná edukace pacientů. Členové klubu budou pravidelně dostávat informace, které jim pomohou překonávat nepříjemné symptomy onemocnění. V klubovém bulletinu se dozvědí více o příčinách a prevenci onemocnění, o možnostech a způsobech léčby migrény či o novinkách ze světa, týkajících se jejich onemocnění. První členové se do klubu Makovice budou moci hlásit okolo 15. prosince. Členství v klubu je bezplatné.

Tajemství jménem knížka děti odhalují od narození

Kdo věří, že se děti učí číst až ve škole, žije v bludech. Ve chvíli, kdy se předškolák promění v prvňáka, číst dávno umí. Jediné, co nezná, jsou písmenka. „Dítě se učí číst od svých prvních narozenin. A všechno, co batolata dělají, má svůj význam," vysvětlil na semináři, který k podpoře dětského čtenářství uspořádala pražská pedagogická fakulta, dětský psycholog Zdeněk Matějček.

Kočka jako písmeno. Věk: 1-3 roky

Leporelová knížka jako dárek k prvním narozeninám má svůj význam. Dvanáctiměsíční dítě začíná zajímat obrázky. Nejdřív po nich chňapá a stránky obrací po několika. O tři měsíce později dokáže na obrázcích ukázat, co si zamane: obyčejně nejdřív kočku nebo psa. „Ten obrázek je vlastně první písmeno, které se naučí znát. Kočka na něm nemá s tou opravdovou vůbec nic společného. Je to jen symbol, dítě ve skutečnosti nikdy nic takového nemohlo vidět. A přece chápe, že je to ta kočka," upozorňuje Matějček.

Do hry vstupuje děj. Věk: 3-6 let

Dítě začíná v obrázcích číst, hledá děj a symboliku. Rychle se naučí odpovídat na otázku, co a kdo na obrázku dělá. A také už zvládá obracet stránky po jedné. „Právě v tuto chvíli je nejvyšší čas začít dětem pravidelně předčítat. Ten okamžik, kdy se k člověku stulí – najdou si automaticky nejpohodlnější polohu – a naslouchají příběhu, je pro ně životně důležitý a rozhoduje o tom, zda z dětí vyrostou čtenáři, nebo ne," říká Matějček. Při předčítání se dítě dovídá další věci. Třeba to, že kniha mluví ústy milovaného člověka a přitom hovoří jinou řečí než ten člověk. „I batole rychle pochopí, že literární řeč je jiná než běžná. Dítě se také prostřednictvím pohádek učí bát, ale učí se to v mámině náruči," tvrdí Matějček. S televizí se nic takového zažít nedá. Rodiči (případně babičkami, dědečky, tetami a strýčky) „načtené" hodiny se zúročí. Na konci této životní etapy je hotový člověk, který chápe symboliku písma, má díky „naposlouchaným" příběhům bohatou fantazii a širokou slovní zásobu. Navíc ví, že knihy vyprávějí, a už o jejich příběhy nikdy nebude chtít přijít.

Z posluchače se stává čtenář. Věk: 6-10 let

S prvním školním dnem nesmí rodičovské předčítání přestat. Právě naopak. Písmenka a nutnost se je všechna naučit mohou dětem čtení znechutit. Skládání slabik a celých slov nemá s tajuplnými pohádkami nic společného, jde o celkem nudnou technickou záležitost, kterou si děti s příběhy nespojí. „Je chybou nutit děti, aby si začaly číst samy. Rodiče jim v této době předčítáním, na které jsou zvyklé, musí ulevit. Luštit sám a namáhavě znaky, které člověku ještě nedávají smysl, je k zoufalání. Se skutečným čtením to totiž nemá nic společného," varuje Matějček. S předčítáním rodič může skončit až ve chvíli, kdy dítě čtení začne bavit, protože z přeslabikovaných vět vykoukne jejich smysl. Psychologové znají ten správný okamžik: nastává ve chvíli, kdy dítě dokáže přečíst jedno slovo za vteřinu. A za minutu šedesát.

Pohádky střídají příběhy. Věk: 10-14 let

Teď už hotový čtenář se s pohádkami nespokojí. Začíná hledat mužské a ženské vzory (to podle vlastního pohlaví). Favoritem jsou knihy o čarodějnícím učni Harrym Potterovi, foglarovky, příběhy z „červené knihovny". Spojuje je jedno: děj v nich překotně ubíhá, byť je povrchní. „Po desátých narozeninách děti také začínají pronikat do tajů slovního humoru, chápou anekdoty. Proto si v nich tak strašně líbují," uzavírá Matějček.

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.

Přenechám praxi

Přenechám zavedenou praxi dětského kardiologa v bývalém okrese Benešov. Informace - tel.: 317 725 655 (v pracovní době).

Pediatr hledá zástup

Pediatr t.č. na MD hledá zástup, event. odkoupení praxe PLDD v Praze a oblasti Praha - Západ s možností nástupu r. 2005-2006; 5 let praxe v nemocnici (oboru), 1. atestace. Tel.: 605 752 766, 257 810 200

Převezmu praxi

Převezmu praxi PLDD v Praze. Hledám místo asistenta s perspektivou brzkého odkoupení praxe PLDD v Praze. První atestaci a licenci mám. Tel.: 241 760 763, 724 052 366

Zaměstnám pediatra

Zaměstnám pediatra s licenci v zavedené ordinaci ve Vyškově. Nástup možný ihned. Mobil: 603 945 145.

Zdravotní sestra hledá práci

Zdravotní sestra, 33 let, 10 let praxe ve zdravotnictví, hledá práci v jednoměnném provozu, nejlépe v Praze 7 a okolí. (Není podmínkou) Tel. 777 88 23 09, nebo 220 878 463.

Nabízím zástup PLDD

Nabízím zástup praktických lékařů pro děti a dorost v ambulancích v Praze a Praze - východ. Licenci a auto mám. Tel.: 281 927 444, 602 642 880.

Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta nebo zástup v ordinaci PLDD v Praze. V případě zájmu prosím volejte na číslo 777651177.

Hledám místo asistentky

Hledám místo asistentky v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost s perspektivou převzetí praxe. Mám atestaci I. st. z pediatrie, nástavbovou atestaci z neonatologie i licenci. Nejlépe: Mladá Boleslav, Jičín, Praha, Mělník, Liberec, Plzeň, České Budějovice, Kolín, Brno, Hradec Králové a jejich okolí do 70 km. Tel.: 777 054 273 nebo večer 326 320 553. Zn. Solidní jednání.