

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

EpiStop I. - MEDIFORUM

Westův syndrom

Myasthenia gravis

Pohybové poruchy v kojeneckém věku



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

Adresa vydavatelství:

V Pláni 23, 142 00 Praha 4

tel.: 02/617 111 33, tel./fax: 02/4172 1069

e-mail: vox@imedix.cz

Časopis garantován

Sdružením praktických lékařů

pro děti a dorost ČR

zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem

ve spolupráci s Odbornou společností

praktických dětských lékařů ČLS JEP

zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Adresa redakce:

Klimentská 11, 115 60 Praha 1

tel./fax: 02/24 80 25 49

e-mail: centrum@detskylekar.cz

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

Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem

MK ČR E 10971

ISSN 1213 - 2241

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Inzerce:

Veronika Drahovzalová

Klimentská 11, 115 60 Praha 1, tel./fax: 02/24 80 25 49

mobil: 0602 873 761, e-mail: centrum@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za únor 2002	5
Zápis z jednání analytické komise SPLDD ČR	6
Omluvenky - předkládací zpráva	7
Omluvenky - metodický pokyn MŠMT	7
Zápis z jednání SPL ČR, SPLDD ČR a VZP ČR	12
Potřebujeme nový základní obor v rámci pediatrie? (stanovisko výboru ČPS JEP)	14
Stanovisko k článku MUDr. M. Vedrala	16



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP	17
EpiStop I. - MEDIFORUM	18
Odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění (přílohy č. 1 a 2)	příloha
MUDr. V. Šípková Westův syndrom	27
MUDr. J. Piřha Myasthenia gravis dětského věku	30
MUDr. D. Kuklíková, MUDr. V. Masaříková Pohybové poruchy v kojeneckém věku	35
MUDr. R. Adamová, MUDr. V. Štruncová Borrelióza - ano či ne - kazuistiky + komentáře	36
MUDr. M. Černý Možnosti prevence alergie na kravské mléko	40



Aktuality	43
Řádková inzerce lékařů	46



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

redakcí našeho časopisu jsem byl pověřen napsáním editoria-
lu tohoto čísla VOXu. V takovém okamžiku nastává otázka,
jaké téma zvolit. Při pohledu na kalendář a pohledem z okna
mi nutně přichází na mysl odlehčující zamyšlení nad kouzlem
probouzející se jarní přírody, plné barev, vůní a ptačího zpěvu.
Téma by to bylo lákavé, povznesené nad běžné starosti, nic-
méně ne zcela hodící se do tohoto měsíčníku. Zatahuji proto

roletu, sedám k psacímu stroji a pokouším se dát na papír myšlenky pragmatičtější, méně
lyrické, ale více se týkající naší profese.

Zanedlouho tomu bude rok, co byl v Kácově zvolen nový výbor OSPDL. Nově zvolený or-
gán, proti minulému částečně obměněný, se záhy ujal plnění svých úkolů. Jak všichni víme,
není jich málo. Vzdělávací akce členů OS, aktivní účast na jednáních ohledně nového zá-
kona o vzdělávání, problematika LSPP, stále trvající problematika spojená s očkováním,
podíl na tvorbě nového zdravotního a očkovacího průkazu, účast v redakční radě časopisu
VOX PEDIATRIE, spolupráce se SPLDD, ČPS, ČLK, účast v komisích MZ atd.

Všechny tyto, ale i další nevyjmenované aktivity kladou na členy výboru značné nároky po
stránce fyzické, psychické i časové. Často jsou konány i na úkor našich praxí, přičemž nut-
no dodat, že někdy i za cenu určitých finančních ztrát.

Možná některé z těchto, možná i jiné důvody byly příčinou toho, že někteří členové výboru
se postupně, ale v poměrně krátkém časovém sledu svého členství ve výboru OS vzdali.
Abych byl přesnější, jednalo se o tři ze sedmičlenného výboru. Přiznávám se, že kroky těch-
to kolegů jsem vnímal dosti negativně a dával jsem si je do jiných souvislostí, které nebu-
du rozvádět, neboť se může jednat o pouhou spekulaci z mé strany. Třeba byly důvody ko-
legů k tomuto kroku mnohem prozaičtější, pochopitelnější a fakt, že se tak stalo ve třech
případech je pouhou shodou náhod. Koneckonců, člověk nikdy neví, kdy se ocitne v jaké si-
tuaci a jaké řešení bude muset zvolit. Nutno dodat, že odstoupivší členové výboru ruce
v klín nesložili a že i mimo výbor pokračují všichni dle svých možností v činnosti ve prospěch
naší odborné společnosti.

Nepustím se tedy do kritických úvah a volím raději jakýsi apel. V květnu t.r. se opět sejde-
me na celorepublikovém setkání, kde mimo jiné bude volba zbývajících členů výboru OS.
Apeluji na ty, kteří budou volit, aby dobře zvažovali koho. Apeluji na ty, kteří budou kan-
didovat, aby si uvědomili, že si svým zvolením na určitou dobu dobrovolně přibírají aktivi-
ty, při kterých pocit vykonání něčeho prospěšného pro náš stav je vykoupěn občasnými chví-
lemi nepohody.

Kolegyně a kolegové, rád bych Vám závěrem popřál hezké Velikonoce, strávené ve zdraví,
klidu a jarní pohodě.

MUDr. Josef Krejčík
člen výboru OSPDL

EpiStop II. - MEDIFORUM

Infekce močových cest
u dětí - MEDIFORUM

Enurézy u dětí



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR

GlaxoSmithKline

HEINZ

LÉČIVA

NUTRICIA

ORION DIAGNOSTICA

PLIVA

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 - 16,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Středa

10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnová

13,00 - 17,00 - MUDr. Milan Kudyn

15,00 - 17,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc únor 2002

MUDr. Pavel Neugebauer

Měsíc ve znamení eskalace diskusí nad možností legislativního zakotvení nového oboru praktického lékaře pro děti a dorost, kulatý stůl se zástupci „pediatrické obce“ však spíše přinesl emoce do problému, místo návrhů na věcné řešení, Výbory OSPDL a SPLDD řešily formy a způsoby další spolupráce, byla dokončena jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na 2. pololetí roku 2002, přistoupili jsme z prozaických důvodů k podepsání předběžné dohody, možná rizika nedohody byla hodnocena jako závažnější, byť předběžná dohoda rozhodně neodpovídá zcela našim představám, na MZ byla předložena nová maketa Zdravotního a očkovacího průkazu.

4.2. – tisková konference Koalice ambulantních lékařů, na které jsme se pokusili předat stanoviska Koalice ke dvěma zásadním problémům, první je možný dopad rozhodnutí vlády o cenách – jedná se především o pokračující trend přelivu financí z ambulantní složky do nemocniční, ale i o zavedení bonifikačního systému u ambulantních specialistů, který může mít přímý vliv na kvalitu a dostupnost ambulantní péče (tento problém byl široce „diskutován“ na stránkách časopisu ČLK); druhým diskutovaným problémem bylo postavení soukromého ambulantního lékaře v systému poskytování zdravotní péče ve smyslu práva na spravedlivou odměnu i na odpočinek, a to zejména v souvislosti s živou problematikou LSPP; výstupy z této tiskové konference nesplnily naše očekávání, bude nutno se nadále zamyslet nad způsobem prezentace některých problémů médiím

6.2. – „Kulatý stůl pediatrie“, o této akci a dopadech jste byli a jste informováni na dalších stránkách našeho časopisu, nicméně ukázalo se, jak málo umíme naslouchat jeden druhému a jak málo jsme se zatím naučili respektovat názory jiných; jde však o zásadní problém, kdy je třeba si odpovědět na otázku, jaké má být postavení a začlenění současného praktického lékaře pro děti a dorost v systému nejen primární péče, ale v celém systému poskytování zdravotní péče

6.2. – společné setkání Výborů SPLDD

a OSPDL, které rámcově nastínilo formy a způsoby spolupráce obou organizací, resp. těchto Výborů v následujícím období; v dělném prostředí panovala obecná shoda na nutnosti stále užší spolupráce při prosazování základních cílů rozvoje naší odbornosti, další informace jsou součástí zveřejněného zápisu z Výboru OSPDL

12.2. – pokračují jednání o cenách na 2. pololetí v segmentu praktických lékařů, zatím konfliktní zůstává otázka regulací zejména nepravidelné péče, ze strany pojišťoven připuštěno navýšení kapitace o 1 Kč, VZP nadále propaguje zavedení kontaktního kódu, zdá se, že se bude opakovat historie, kterou známe z období snahy zavést signální kód; pro nás nejpodstatnějším zjištěním je, že ze strany VZP nedošlo k rozptýlení našich obav z toho, že zavedení tohoto kódu má posloužit především k zpřesnění možnosti uplatňování regulačních opatření

15.2. – další schůzka pracovní analytické komise našeho Sdružení zejména k analýze bonifikačního systému VZP – zápis z této schůzky otiskujeme na jiném místě

20.2. – jednání Výkonného výboru SPLDD, řešeny především následující body:

- problematika ustavení oboru PLDD, hodnocena akce „kulatý stůl“
- webové stránky SPLDD – stále nespĺňují očekávání, hledání možných řešení
- cenová jednání na 2. pololetí, odsouhla-

seno podepsání předběžné dohody

- řešena smluvní politika Sdružení, vč. stavu jednání o nové kanceláři
- výstupy ze společného jednání s Výborem OSPDL
- změny v Seznamu výkonů ve vztahu k naší odbornosti (CRP, očkování apod.)

25.2. – na půdě VZP proběhla další schůzka na téma další spolupráce, zejména v návaznosti na poslední společné setkání, teprve při tomto jednání předán zápis z tohoto jednání (otiskujeme na jiném místě), úspěchem byla snad jen deklarace společné vůle řešit sporné body, ale...

26.2. – závěrečný den jednání o cenách na 2. pololetí 2002 v tzv. přípravné fázi dohodovacího řízení, přistoupeno k podpisu předběžné dohody, která v meziročním srovnání znamená cca 7% nárůst cen v našem segmentu, otazníky kolem regulací však zůstávají; kompletní materiály přípravné fáze vč. zápisů z jednotlivých jednání dnů byly předány všem regionálním zástupcům Sdružení

28.2. – na Ministerstvu zdravotnictví se uskutečnilo jednání nad možným novým pojetím Zdravotního a očkovacího průkazu, předložena maketa vypracovaná OSPDL za naší spolupráci, pokud budou jednání věcná, mohli bychom se dočkat nové podoby již od začátku příštího roku



Zápis z jednání analytické komise SPLDD ČR ze dne 15.2.2002

Prezence (bez titulů): Růžička, Holdšvendová, Vojta, Jirkovský,

Neugebauer, Hesoun, Vitouš

Omluveni: Krbušek

Host: Kudyn

1. Šetření nákladovosti

- Již obdržené dotazníky z VOXU – předány k zpracování Ing. Růžičkovi.
- Pro příští kolo tj. rok 2001 rozšířit o další položky, které mohou charakterizovat trendy ve financování praxí, zejména ve vazbě na možný dopad na pacienta.
- Dozorováno – Ing. Vitouš, Ing. Růžička.
- Časový průběh dalších dotazníků určit na Předsednictvu.
- Do příště rozmyslet výstupy jak a co si od analýz slibujeme, reakce na první výstupy.
- Zvážit možnost procentního podílu lékařů dle lokality ordinace.

2. Výstupy VZP

- Předána pouze jedna tabulka, ta zveřejněna ve VOXU.

3. Neovlivnitelní pacienti

- Nelze zobecnit z dat, která jsou k dispozici.
- I když je ve spolupráci s ZP identifikují, je velmi obtížné je ovlivnit.

4. Porovnávací období

- Přednesena analýza v rámci okresů s celkově nízkými náklady, porovnáváno 1. pol. 2000 a 1. pol. 2001

Pokles – v neindukované péči, v nákladech na léky a v komplementárních vyšetřeních
Nárůst – péče čerpaná jinými PL a LSPP.

- Zatím nelze vytipovat signální prvek pro rozlišení praxe ve smyslu drahé praxe z důvodu registrace tzv. drahých pacientů versus ordinace, která pacienty k drahotě dovede.

5. regulace

- přes pacienta – jediné východisko!!!
- přes lékaře – nelze !!!

6. pojem „dobrá praxe“

- navržen termín „program 2002“ atd.
- Dispenzarizace – zatím neobjektivizovatelná, proto kritérium výkony versus kapitace (viz minulé jednání) nelze uplatnit.
- Jiné sledované parametry nenavrženy.

7. Další jednání dne 22.3.2002

■ Objeven nový lék proti malárii

Nový lék proti malárii, na niž nyní ve světě umírá každých dvanáct vteřin jeden člověk – většinou děti do pěti let – je na světě. Medicína tím zaznamenává významný úspěch, o němž se zasloužil tým francouzských, nizozemských a kolumbijských vědců. „Nový farmakologický přípravek nazvaný G25 blokuje metabolismus parazita plasmodia způsobujícího malárii a znemožní mu množit se v nakaženém organismu,“ uvádí šéf týmu Henri Vial z výzkumného střediska univerzity v Montpellier, který zveřejnil výsledky výzkumu ve včerejším vydání časopisu Science. Boj proti nemoci, která podle Světové zdravotnické organizace i navzdory očkovacím látkám ohrožuje téměř polovinu světové populace, dosud ztěžovala mimořádná odolnost parazita vůči chemickým prostředkům. Jak ukazují laboratorní testy a pokusy na opicích, proti G25 ale odolný není. Parazita do lidské buňky přenáší svým bodnutím tropický komár Anopheles. I on si velmi brzy vytvořil protilátky proti nejrůznějším insekticidům či pesticidům. Parazit se v lidském těle usadí v játrech, kde se mnohonásobně rozmnoží, a pak likviduje červené krvinky. Tomu právě zabráňuje látka G25, již zatím vědci vpravují do infikovaného těla nitrosalovou injekcí. Ta znemožní látkovou syntézu, kterou parazit vytváří ochranný obal pro své potomstvo, a zabrání mu tak v množení. Nyní vědci pracují na přípravku v podobě tabletek k snazší aplikaci. Podle Viala je „výzkum ve velmi pokročilém stadiu, blízko předklinických testů“. Slibné je i to, že podle poznatků z testů v Kamerunu a ve Washingtonu si parazit proti přípravku prakticky nebude moci vypěstovat odolnost. Půjde-li vše jako dosud, mohl by být nový přípravek do dvou let nasazen pacientům.

Zapsal:

MUDr. Pavel Neugebauer

Předseda SPLDD ČR



Metodický pokyn k jednotnému postupu při omlouvání nepřítomnosti žáků ve škole a při prevenci a postihu záškoláctví

Předkládací zpráva

V průběhu loňského roku se na celém území České republiky objevily problémy s vystavováním potvrzení o nemoci žáků základních a středních škol pro účely omlouvání nepřítomnosti žáků ve škole.

Z tohoto důvodu se dne 13.12. 2001 uskutečnilo jednání zástupců Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy s předsedou Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky MUDr. Pavlem Neugebauerem.

Na tomto jednání bylo dohodnuto, že Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy zpracuje v dohodě se Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost metodický pokyn pro základní a střední školy (včetně škol speciálních), který bude obsahovat doporučený postup základních a středních škol při omlouvání nepřítomnosti žáků ve škole s tím, že při respektování uvedených podmínek ze strany škol doporučí výše uvedené Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR svým členům potvrzení o nemoci žáků základních a středních škol opět vystavovat.

Dohodnuté podmínky spočívají především v následujícím:

■ nepřítomnost žáka ve škole neomlouvá lékař, ale zákonný zástupce nezletilého žáka (popřípadě vychovatel domova mládeže, pokud jde o nezletilého žáka střední školy ubytovaného v domově mládeže), resp. zletilý žák; potvrzení o nemoci žá-

ka vystavené lékařem je pouze součástí této omluvenky,

■ školy mohou, pokud to považují za nezbytné, vyžadovat potvrzení o nemoci žáka vystavené lékařem pouze v případě nepřítomnosti, která přesáhne tři dny školního vyučování (kratší nepřítomnost z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, např. nevolnosti, většinou nevyžaduje návštěvu lékaře; nepřítomnost z jiného důvodu nemůže být samozřejmě lékařem omlouvána vůbec),

■ nepřítomnost žáka ve škole, která předchází návštěvě žáka u lékaře, bude omlouvána zákonným zástupcem nezletilého žáka (popřípadě vychovatelem domova mládeže, pokud jde o nezletilého žáka střední školy ubytovaného v domově mládeže), resp. zletilým žákem (lékaři nemohou vystavovat potvrzení o nemoci se zpětnou platností),

■ ve výjimečných případech (především v případě častých absencí nasvědčujících zanedbávání školní docházky) mohou školy požadovat potvrzení o nemoci žáka i v případě kratších absencí,

■ výslovně upozorňujeme školy na to, že je povinností školy i lékařů oznamovat okresnímu úřadu jako orgánu sociálně-právní ochrany dětí skutečnosti nasvědčující tomu, že se jedná o děti podle § 6 odst. 1 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (v praxi zatím není tato zákonná povinnost dostatečně plněna).

Je nutné zopakovat, že uvedený pokyn není pro základní a střední školy (včetně škol speciálních) závazný, obsahuje pouze doporučený postup, jehož promítnutí do školních řádů jednotlivých škol a dodržování by ovšem mělo vést k uklidnění vzniklé situace a ke stanovení jasných pravidel pro potvrzování nemocí žáků ze strany praktických lékařů pro děti a dorost. Samozřejmě nic nebrání tomu, aby si konkrétní škola dohodla s konkrétními praktickými lékaři pro děti a dorost odlišné podmínky pro vystavování potvrzení o nemoci žáků školy. Doporučujeme tedy základním a středním školám promítnout uvedená pravidla do svých školních řádů a seznámit s nimi své žáky a jejich zákonné zástupce.

Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví byl schválen poradou vedení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy dne 5.3.2002. Tento pokyn bude publikován v březnovém čísle Věstníku MŠMT, je uveřejněn na internetových stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, na vědomí byl zaslán Ministerstvu zdravotnictví. Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky s ním také seznámí všechny své členy a bude je vést k respektování tohoto pokynu v praxi.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

V Praze dne 11. března 2002

Metodický pokyn

k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy doporučuje v souladu s § 12 odst. 1 zákona č. 564/1990 Sb., o státní správě a samosprávě ve školství, ve znění pozdějších předpisů, následující jednotný postup při uvolňování a omlouvání žáků základních a středních škol z vyučování a při prevenci a postihu záškoláctví v základních a středních školách:

Čl. I Prevence záškoláctví

(1) Doba a způsob uvolnění žáka ze školního vyučování stanoví školní řád¹. V případě podezření z nevěrohodnosti dokladu potvrzujícího důvod nepřítomnosti žáka, se může ředitel školy v dané věci obrátit na zákonného zástupce nezletilého žáka, nebo požádat o spolupráci věcně příslušný správní orgán.

(2) Školní docházku (omluvenou a neomluvenou nepřítomnost) žáků své třídy eviduje třídní učitel.

(3) Na prevenci záškoláctví se podílí třídní učitel,

výchovný poradce a školní metodik prevence ve spolupráci s ostatními učiteli a zákonnými zástupci žáka. Součástí prevence je:

- pravidelné zpracovávání dokumentace o absenci žáků,
- součinnost se zákonnými zástupci,
- analýza příčin záškoláctví žáků včetně přijetí příslušných opatření,
- výchovné pohovory s žáky,
- spolupráce se školním psychologem a institucemi pedagogicko psychologického poradenství,
- konání výchovných komisí ve škole



g) spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí apod.

■ Čl. II Způsob omlouvání nepřítomnosti, řešení neomluvené nepřítomnosti a postup zúčastněných subjektů

(1) Nepřítomnost nezletilého žáka základní a střední školy ve škole omlouvá v souladu s platnými právními předpisy zákonný zástupce žáka (popřípadě vychovatel domova mládeže, pokud jde o nezletilého žáka střední školy ubytovaného v domově mládeže); zletilý žák omlouvá svou nepřítomnost sám.

(2) Základní a střední škola může požadovat, pokud to považuje za nezbytné, doložení nepřítomnosti žáka z důvodu nemoci ošetřujícím lékařem žáka, resp. praktickým lékařem pro děti a dorost, a to pouze jako součást omluvenky vystavené zákonným zástupcem nezletilého žáka (popřípadě vychovatelem domova mládeže, pokud jde o nezletilého žáka střední školy ubytovaného v domově mládeže) nebo omluvenky vystavené zletilým žákem, a to pouze v případě, že nepřítomnost žáka ve škole přesáhne tři dny školního vyučování.

(3) Na dobu nepřítomnosti žáka ve škole, která předchází návštěvě žáka u ošetřujícího lékaře, resp. praktického lékaře pro děti a dorost, není tento lékař oprávněn vydat potvrzení o nemoci, neboť zpětně nelze jednoznačně a zodpovědně posoudit zdravotní stav žáka.

(4) Ve zcela výjimečných, individuálně stanovených případech (především v případě časté nepřítomnosti žáka nasvědčující zanedbávání školní docházky) může škola požadovat jako součást omluvenky potvrzení ošetřujícího lékaře, resp. praktického lékaře pro děti a dorost, o nemoci žáka i v případě nepřítomnosti, která nedosahuje délky uvedené v odstavci 2.

(5) Školy a zdravotnická zařízení, tedy i praktičtí lékaři pro děti a dorost, jsou v souladu s § 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, povinny oznamovat orgánu sociálně-právní ochrany dětí skutečnosti nasvědčující tomu, že se v konkrétních případech jedná o děti, na něž se sociálně-právní ochrana zaměřuje (o děti, které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku; o děti, jejichž rodiče neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti, nebo tato práva nevykonávají či jich zneužívají apod.).

(6) O neomluvené i zvýšené omluvené nepřítomnosti informuje třídní učitel výchovného poradce, který tyto údaje vyhodnocuje. Při zvýšené omluvené nepřítomnosti ověřuje její věrohodnost. Neomluvenou nepřítomnost do součtu 10 vyučovacích hodin řeší se zákonným zástupcem žáka

nebo zletilým žákem třídní učitel formou pohovoru, na který je zákonný zástupce nebo zletilý žák pozván doporučeným dopisem. Projedná důvod nepřítomnosti žáka a způsob omlouvání jeho nepřítomnosti a upozorní na povinnost stanovenou zákonem. Seznámí zákonného zástupce nebo zletilého žáka s možnými důsledky v případě nárůstu neomluvené nepřítomnosti. Provede zápis z pohovoru (doporučený vzor – příloha č. 1), do něhož uvede způsob nápravy dohodnutý se zákonným zástupcem nebo zletilým žákem. Zákonný zástupce nebo zletilý žák zápis podepíše a obdrží kopii zápisu. Případné odmítnutí podpisu nebo převzetí zápisu zákonným zástupcem nebo zletilým žákem se do zápisu zaznamená.

(7) Během období, kdy škola vyhodnocuje neomluvenou nepřítomnost, může ředitel školy v zájmu zjištění pravé příčiny záškoláctví žáka a jejího odstranění požádat o spolupráci odborníky z oblasti pedagogicko-psychologického poradenství, popř. orgány sociálně-právní ochrany dětí²¹.

(8) Při počtu neomluvených hodin nad 10 hodin svolává ředitel školy školní výchovnou komisi, které se dle závažnosti a charakteru nepřítomnosti žáka účastní: ředitel školy, zákonný zástupce, třídní učitel, výchovný poradce, zástupce orgánu sociálně-právní ochrany dětí, školní metodik protidrogové prevence, popř. další odborníci a zástupce rady školy, pokud byla zřízena.

(9) Pozvání zákonných zástupců na jednání školní výchovné komise se provádí doporučeným dopisem. O průběhu a závěrech jednání školní výchovné komise se provede zápis, který zúčastněné osoby podepíší (doporučený vzor – příloha č.2). Případná neúčast nebo odmítnutí podpisu zákonnými zástupci se v zápisu zaznamená. Každý účastník jednání obdrží kopii zápisu.

(10) V případě, že neomluvená nepřítomnost žáka přesáhne 25 hodin, ředitel školy zašle bezodkladně oznámení o pokračujícím záškoláctví

(doporučený vzor – příloha č.3) s náležitou dokumentací příslušnému orgánu sociálně-právní ochrany dětí nebo pověřenému obecnímu úřadu. Tato ohlašovací povinnost vychází z platné právní úpravy³.

(11) V případě opakovaného záškoláctví v průběhu školního roku, pokud již byli zákonní zástupci pravomocným rozhodnutím správního orgánu postiženi pro přestupek podle ustanovení zákona⁴, je třeba postoupit v pořadí již druhé hlášení o zanedbání školní docházky Policii ČR, kde bude případ řešen jako trestní oznámení pro podezření spáchání trestného činu ohrožení mravní výchovy mládeže⁵. Kopie hlášení o zanedbání školní docházky bude zaslána příslušnému okresnímu úřadu nebo pověřenému obecnímu úřadu.

■ Čl. III Závěrečné ustanovení

(1) Ustanovení čl. II odst. 1 až 5 jsou stanoveny v dohodě se Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost České republiky.

(2) Metodický pokyn nabývá účinnosti dnem vyhlášení ve Věstníku Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Mgr. Eduard Zeman
ministr školství, mládeže a tělovýchovy

²¹ § 3 odst. 8 a 9 vyhlášky č. 291/1991 Sb., o základní škole, ve znění pozdějších předpisů.

² § 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně - právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

³ § 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Čl. 13 odst. 13 Pracovního řádu pro zaměstnance škol a školských zařízení č.j. 14269/2001-26.

⁴ § 31 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích.

⁵ § 167, § 168 a § 217 odst. 1 zákona č. 140/1961 Sb., trestního zákona, ve znění pozdějších předpisů. § 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně - právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

Přehled termínů a místa konání regionálních konferencí SPLDD ČR

Severomoravský reg. – 23.3.2002 – Ostrava – Hotel Imperiál

Praha + středočeský reg. – 4.4.2002 – Praha – Hotel Olšanka

Severočeský reg. – 6.4.2002 – Terežín – Muzeum Ghetta

Východočeský reg. – 13.4.2002 – Pardubice – Universitní aula

Západočeský reg. – 20.4.2002 – Plzeň – Šafránkův pavilon

Jihočeský reg. – 27.4.2002 – Hluboká nad Vltavou – Lovecký zámeček

Jihomoravský reg. – 11.5.2002 – Brno – Menza Masarykovy University Brno



Doporučený vzor záznamu o pohovoru o neomluvené nepřítomnosti žáka

Záznam o pohovoru o neomluvené nepřítomnosti žáka

Jméno žáka /žákyně:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Škola - třída - ročník:	

Zákonní zástupci žáka navštívili školu: - na vyzvání - z vlastního zájmu

Účastníci pohovoru (jméno a prac. zařazení):

Stanovisko výchovného poradce:

Zápis z pohovoru:

Závěry pohovoru, doporučení, dohodnutý další postup:

S uvedenými skutečnostmi zákonní zástupci souhlasí a zavazují se řídit závěry pohovoru.

V případě pokračující neomluvené absence berou zákonní zástupci na vědomí možné následky spojené s přestupkovým řízením, popř. následným trestním oznámením.

Datum:

Podpis zákonných zástupců:

Razítko školy:

Podpis třídního učitele / učitelky:

**Zápis z výchovné komise k řešení neomluvené nepřítomnosti žáka**

Jméno žáka /žákyně:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Škola - třída - ročník:	

Účastníci jednání: zákonní zástupci žáka

- třídní učitel
- výchovný poradce
- vedení školy
- kurátor sociálně-právní ochrany dětí
- školní metodik protidrogové prevence
- zástupce rady školy ostatní

Předmět jednání:

Výchovná opatření:

Zapsal/a/:

S uvedenými skutečnostmi zákonní zástupci souhlasí a zavazují se řídit závěry tohoto jednání.

V případě pokračující neomluvené absence berou zákonní zástupci na vědomí možné následky spojené s přestupkovým řízením, popř. následným trestním oznámením.

Datum:

Podpis zákonných zástupců:

Razítko školy:

Podpis ředitele / ředitelky školy:



Přestupková komise obce či městské části v

OZNÁMENÍ O ZANEDBÁNÍ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Žák/žakyně:	Bydliště:
R.Č.: Ročník:	
Rok školní docházky:	
Počet zameškaných hodin celkem:	Dítě je ve výchově:
Z toho neomluveno:	1) zákon. zástupců: a) obou rodičů
Jedná se o záškoláctví:	b) pouze otce
a) jednorázové	c) pouze matky
b) opakované	2) ostatní:
Zákonný zástupce:	Bydliště/sídlo:
Zaměstnavatel:	
Zákonný zástupce:	Bydliště/sídlo:
Zaměstnavatel:	

Opatření k řešení záškoláctví přijatá školou:

- 1) Ve věci neomluvené absence byli dne zákonní zástupci žáka písemně pozváni k návštěvě školy.
- 2) Pohovor se zákonnými zástupci žáka se konal dne
- 3) Ve spolupráci třídního učitele s lékařem byla ověřena fakta (věrohodnost omluvenky, porušování léčebného řádu apod.).
- 4) Výchovným poradcem bylo zpracováno vyjádření k případu záškoláctví.
- 5) Vzhledem k pokračujícímu záškoláctví žáka byli dne..... zákonní zástupci písemně pozváni do školy na jednání výchovné komise.
- 6) Jednání výchovné komise se konalo dne

7) Záškoláctví přesáhlo (25) neomluvených hodin a pokračuje.

Oznámuje se jako přestupek na Školskou přestupkovou komisi

Poznámka:

Datum třídní učitel/učitelka ředitel/ředitelka razítko školy

Přílohy: podklady k jednání Školské přestupkové komise

1. Kopie písemného pozvání zákonných zástupců žáka k návštěvě školy
2. Kopie zápisu z pohovoru se zákonnými zástupci žáka
3. Písemné vyjádření výchovného poradce
4. Kopie písemného pozvání zákonných zástupců žáka na jednání výchovné komise
5. Kopie zápisu z jednání výchovné komise



Zápis z jednání zástupců SPL ČR, SPLDD ČR a VZP ČR, které se konalo dne 26.11.2001

Přítomní: Ing. Musílková, Ing. Zahradník, JUDr. Hlaváček, MUDr. Pokorný, MUDr. Maloušková, MUDr. Zemanová, JUDr. Kessner – za ÚP VZP MUDr. Kudyn, MUDr. Cabrnová, MUDr. Neugebauer – za SPLDD ČR MUDr. Šmatlák, MUDr. Polák, MUDr. Jelínek, MUDr. Hamouz, Mgr. Uher a MUDr. Uhrová – za SPL ČR

Předmětem jednání byla témata:

- 1) GIP (zpoždění plateb bonifikací)
- 2) Jednodenní péče
- 3) Asistenti PL
- 4) Zástupy
- 5) Nákladovost zdrav. zařízení PL
- 6) LSPP
- 7) Seznam výkonů
- 8) Minimální PKČ
- 9) Vystavování PN
- 10) Lázňe

■ Ad 1) GIP (zpoždění plateb bonifikací)

Ing. Musílková, ředitelka VZP ČR, informovala přítomné, že VZP ČR zpracovala výstupní sestavy úlohy pracovním označené Globální informace pro praktické lékaře (GIP) pomocí software, který dodala VZP ČR firma Hewlett Packard. Přestože byly u testování tohoto software použity všechny pojišťovně známé standardní postupy, vyskytly se chyby, které zkreslily věrohodnost výsledků v sestavě „Náklady registrovaných pojištěnců“. Nedopatření vzniklo jednoznačně na straně dodavatele softwarového vybavení pro VZP ČR, tedy firmy Hewlett Packard a bylo způsobeno chybou v aplikaci zpracovávající data pro výpočet celostátní bonifikace. Firma Hewlett Packard chybu uznala a omluvila se VZP ČR za způsobené problémy dopisem generálního ředitele Hewlett Packard s.r.o. RNDr. Pavla Kaláška. Náprava bude provedena v nejbližší době.

■ Ad 2) Jednodenní péče

Na dotaz zástupců SPL ČR k projektu jednodenní péče odpověděla Ing. Musílková, že je nutno vyčkat na vyjádření a postup MZ ČR (toto se tímto problémem v současnosti zabývá). Problematika bude poté projednána se zástupci SPL ČR a SPLDD ČR. Projekt není v současné době realizován.

■ Ad 3) Asistenti PL

Bylo konstatována platnost dohody mezi SPL ČR, SPL DD ČR a VZP ČR ze dne 7.12.1999. (Tato

dohoda umožňuje rozšíření smlouvy – pravidla pro navýšení PKČ při přijetí asistenta.)

Bylo dohodnuto, že:

a) v případě, že asistent není registrujícím lékařem (tj. registruje nositel praxe), není podmínkou jeho činnosti přidělení IČP (péče je vykazována na IČZ i IČP registrujícího lékaře), asistent však musí např. uvádět svou jmenovku na recept a připojit svůj podpis. Smlouva se ZZ PL je v tomto případě uzavírána na jedno IČP,

b) v případě, že zdravotnické zařízení PL nepožaduje rozšíření PKČ, nemusí mít asistent stanoveny vlastní ordinační hodiny.

U asistentů obecně platí následující:

c) případná odpovědnost za činnost asistenta vůči pojišťovně je odpovědností provozovatele smluvního zdravotnického zařízení – tj. provozovatel NZZ odpovídá za asistenta (odborná způsobilost, revizní činnost),

d) zdravotnické zařízení je povinno pojišťovně přijetí asistenta ohlásit do 30 kalendářních dnů (viz. smlouva se ZZ PL, čl.X). Jedná se o ohlašovací povinnost – pojišťovna nemá právo zanesení asistenta do přílohy smlouvy bránit.

Při zaměstnání asistenta je nutno striktně dodržet příslušná ustanovení smlouvy pro odbornost 001, resp. 002.

■ Ad 4) Zástupy

MUDr. Uhrová se dotázala, jak řešit případy ad hoc zástupů a upozornila na skutečnost, že zastupující PL je krácen na úhradách.

MUDr. Pokorný konstatoval, že VZP ČR chce tyto následky zástupu zrušit – lékař nesmí být za to, že ošetřil jiné pacienty, potrestán. V praxi bohužel nejsou zástupy poskytovány rovnoměrně, jak bylo při uzavření dohody o způsobu vypořádání zástupů předpokládáno. Spravedlivé by bylo zřejmě nehradit v případě zástupů zastoupenému lékaři kapitaci a zastupujícímu lékaři uhradit za ošetření pacientů zaregistrovaných u jiného PL všechny výkony. Ing. Musílková připomněla existenci pravidelně se opakujících zástupů PL vždy v pátek.

MUDr. Jelínek se domnívá, že zrušit zastupovanému lékaři v případě zástupů kapitaci a hradit zastupujícímu lékaři výkony, by se rovnalo situaci, kdy lékař odjede na dovolenou a nezajistí za sebe žádný zástup. V takovém případě může dojít k ohrožení pacientů, kteří nevědí, kam se v nutných případech obrátit. Kontinuální poskytování kapítace v případě řádného zástupu je podle názoru SPL ČR nezbytné. Samozřejmě se nemůže jednat o zástup

40 km daleko.

MUDr. Šmatlák oponoval, že na venkově se musí jednat o zástup vzdálený i desítky km, jinak nelze zástup zajistit. I venkovský lékař musí čerpat dovolenou.

MUDr. Polák by doporučoval vyřešit problém tak, že by zastupující lékař používal v době zástupu razítko zastupovaného lékaře.

MUDr. Neugebauer se domnívá, že je velmi obtížné definovat, co je zástup.

Názor zástupců SPL ČR a SPL DD ČR je, že **zástup nastává v situaci, kdy není v místě a v ordinačních hodinách dle platné smlouvy poskytována zdravotní péče v příslušné odbornosti.**

MUDr. Neugebauer uvedl, že pokud ZZ PL nepřeruší svou činnost a je zajištěn jeho nepravidelný zástup jiným praktickým lékařem, neměl by být zastupovaný PL postižen. Jiný případ je, že ZZ PL má po svých ordinačních hodinách – v takovém případě je zcela legitimní poskytnutí zdrav. péče zaplatit jinému PL. Pokud se jedná o případ, že ZZ má ordinační hodiny, ale PL není přítomen a je zastupován jiným PL, měl by být zastupujícímu lékaři zaplacen veškeré oprávněné provedené výkony jen pokud nepřítomnost zastupovaného PL nepřesáhne tři kalendářní dny v měsíci, což odpovídá dosud dohodnutým pravidlům. MUDr. Neugebauer se domnívá, že zneužívání zástupů lze řešit efektivně v systému GIP významným znevýhodněním položky „péče čerpaná jiným PL či LSPP“.

MUDr. Šmatlák upozornil na nebezpečí, že se PL v okrese dohodnou a zastupujícím ZZ se de facto stane jen jediný ZZ PL. Rovněž se domnívá, že by bylo třeba najít řešení v rámci GIPu.

MUDr. Pokorný zdůraznil, že je nutné, aby PL hlásil pojišťovně nepřítomnost trvající déle než 3 dny – tuto povinnost PL často neplní. MUDr. Šmatlák navrhl v takovém případě odebrat praktickému lékaři kapitaci. O případu by měl být informován příslušný svaz PL.

MUDr. Polák připomněl, že byl vytvořen formulář pro zástupy – dotázal se, zda jsou vyplněné formuláře kontrolovány.

Ing. Musílková uvedla, že jsou kontrolovány a vyhodnocovány. Za pojišťovnu uzavřela, **že je nutné na základě údajů z OP VZP vyhodnotit, o jak velký a četný problém se jedná. Zatím bude platit status quo.**

MUDr. Uhrová připomněla dohodu se ZZP, VoZP akceptovala návrh SPL a zpracovala ho do individuálních smluv s PL. Materiálů k zástupům již bylo zpracováno mnoho.



MUDr. Kudyn navrhl, aby se při každém dalším jednání vycházelo z již uzavřených dohod. K tomu Ing. Musílková uvedla, že se nelze uzavřít vývoji. VZP ČR si stáhne z OP VZP informace o četnosti problému a tuto informaci vyhodnotí, poté bude k této problematice svolána další společná schůzka.

Zástupci SPL ČR a SPL DD ČR trvají na platnosti dosavadních dohod mezi SPL a VZP. Jejich případná změna musí být provedena pouze novou dohodou mezi SPL, SPLDD a VZP.

Dalším konkrétním řešením problematiky zástupců byl pověřen za VZP MUDr. Pokorný a zástupci právního úseku ÚP VZP. MUDr. Pokorný požádal zástupce SPL ČR a SPL DD ČR o zaslání názorů ke komplexnímu materiálu zpracovaného VZP ČR a zaměstnaneckých pojišťoven k otázce zástupců a návrhů řešení se strany obou sdružení.

■ Ad 5) Nákladovost ZZ PL

Za VZP byl pověřen jednáním k této problematice Ing. Matys.

■ Ad 6) LSPP

K dotazu Mgr. Uhra informoval JUDr. Kessner, že v konkrétním dotázaném případě se jednalo o uzavření **nové** smlouvy s tím, že je právem pojišťovny si po ukončeném výběrovém řízení vybrat z uchazečů o smlouvu toho lékaře, který bude nabízet i poskytování LSPP pro pojištěnce. Jedná se o výkon LSPP v ordinaci LSPP, kam PL dochází, přičemž režii této ordinace hradí OÚ pravidelným příspěvkem. V daném případě se tedy jedná o doplňující kritérium pro rozhodování pojišťovny, se kterým ZZ PL smlouvu uzavře.

Zástupci SPL ČR a SPL DD ČR s uvedeným kritériem pro výběrová řízení nesouhlasí, jsou toho názoru, že současné smluvní vztahy nemohou být účastí, či neúčastí NZZ na LSPP ovlivněny, anebo dokonce vypovězeny.

MUDr. Kudyn poukázal na nejasný dopis MUDr. Pečenky – není mu jasné, proč by měl PL vykazovat výkony odbornosti LSPP pojišťovně a ne provozovatelé LSPP, k němuž je smluvně vázán (na základě obchodní nebo pracovněprávní smlouvy).

JUDr. Kessner připomněl **znění platné metodiky VZP, které umožňuje oba způsoby poskytování a úhrady LSPP.**

■ Ad 7) Seznam výkonů

Zástupci SPL ČR a SPL DD ČR požádali o vyjádření VZP, zda je z její strany vůle k rozšíření spektra výkonů pro odbornosti 001 a 002 (deklarovaná podpora primární péče).

Ing. Zahradník uvedl, že VZP ČR jednání neodmítá. **Jednání k Seznamu výkonů pro odbornosti 001 a 002 budou zahájena na odborné bázi během prvních 14 dní v lednu 2002, s cílem dořešit věc do konce března příštího roku. VZP ČR bude**

zastupovat MUDr. Pečenka. Jednání svolá VZP ČR.

MUDr. Kudyn souhlasí s jednáním na odborné bázi, nicméně SPL DD ČR by nejprve uvítal zviditelnění stanoviska VZP ČR, jakým způsobem má VZP ČR zájem podporovat preferenci primární péči.

Ing. Zahradník připomněl, že VZP ČR již tuto podporu oficiálně deklarovala ve Zdravotně pojistném plánu VZP ČR pro rok 2002, i přes obtíže, kterou měla s deklarací tohoto záměru pro letošní rok. Preference byla zviditelněna rovněž navýšením úhrad PL oproti jiným segmentům poskytovatelů zdravotní péče.

■ Ad 8) Minimální Kapacitní číslo ordinace PL (PKČ)

MUDr. Jelínek a MUDr. Šmatlák se dotázali, jaké minimální PKČ by mělo existovat a kolik dní v týdnu by měl PL vykonávat praxi, aby bylo PKČ ještě akceptovatelné VZP ČR – názor SPL ČR je, že při navazování smluvních vztahů musí mít přednost NZZ s kapacitním číslem 1 (min. 0,8) – tj. rozsah 25 ordinčních hodin rozložených do 5 dnů v týdnu. Názor ČLK je nejasný, přičemž ČLK bude pokračovat v praxi udělování licencí odbornosti PL i lékařům, kteří nemají atestaci.

MUDr. Jelínek připomněl, že podle praxe ČLK může být udělena licence též internistovi k výkonu odbornosti 001 nebo 002. Dotázal se, zda je pro VZP ČR akceptovatelné propojení výkonu těchto dvou odborností s tím, že si jako internista ovlivní své vlastní výkony v rámci druhé odbornosti a naopak.

MUDr. Uhrová se dotázala, zda po rekvalifikaci interního lékaře na PL by neměl lékař vykonávat praxi jen jako PL.

Podle názoru SPL ČR a SPL DD by v zájmu kvality poskytované zdrav. péče nemělo docházet ke kumulaci výkonu odbornosti 001 nebo 002 a jiné odbornosti, výjimky je možné akceptovat pouze v případě, kdy nelze zdravotní péči zajistit jiným způsobem (např. některé specifické obory uvedené SPL DD).

MUDr. Uhrová dále vznesla dotaz na postup VZP při navazování smluv u případných zdravotnických zařízeních, kterým bude registrace vystavena na základě výjimky z licenčního řádu ČLK (tj. neatestovaní lékaři). Podle SPL ČR by měl mít PL atestaci ze všeobecného lékařství. K tomu JUDr. Kessner odpověděl, že pro VZP ČR je rozhodující rozhodnutí o registraci příslušného OÚ.

MUDr. Pokorný uvedl, že se jedná o ojedinělé případy (u odbornosti 001 se jedná o 6–7% z celkového počtu PL odbornosti 001).

MUDr. Šmatlák doporučuje debonifikovat PL, který bude v souběhu s výkonem jiné odbornosti vykonávat praxi PL v rozsahu menším než 0,8.

Ing. Zahradník diskusi uzavřel s tím, že je nutné

daný problém nejprve kvantifikovat. V zásadě platí, že VZP ČR má stejně jako SPL ČR a SPL DD ČR zájem o plné praxe PL, podle dosavadní vzájemné dohody však bylo odsouhlaseno, že při kombinaci dvou odborností bude PKČ pro odbornost 001 resp. 002 minimálně 0,6 a pro další odbornost 0,4 (jedná se však vždy pouze o výjimečný stav, kdy není možné zajistit péči v plném rozsahu příslušným specialistou).

■ Ad 9) Vystavování PN

MUDr. Šmatlák informoval o praxi ambulancí nemocnic, které poskytují ošetření, ale nevystaví pacientovi pracovní neschopnost – jedná se o nenaplnění výkonu. Pacienty posílají pro neschopenku k PL („vystavení PN cestou PL“). SPL ČR tyto případy, kdy ani po předchozí domluvě nedošlo k nápravě, oznámí VZP ČR a očekává koncové řešení se strany VZP ČR obdobně, jako tomu bylo např. u berlí.

MUDr. Uhrová uvedla, že přesouvání povinnosti ambulancí nemocnic na PL (vystavování PN, vybavení léky a PZT při hospitalizaci, předoperační vyšetření) by mělo být formulováno jako nenaplnění obsahu výkonu a se strany VZP vůči nemocnicím řešeno, např. osobním pohovorem.

MUDr. Pokorný nevidí řešení problému v krácení platby nemocnice o pár korun za nenaplnění výkonu.

Ing. Zahradník odlišil řešitelnou situaci co se týče vybavení PZT při hospitalizaci a diskutovaný problém vystavování PN. Zde doporučil obrátit se na správu soc. zabezpečení, do jejichž kompetence PN patří – nicméně právní úsek ÚP VZP (JUDr. Hlaváček) zjistí, zda je možné nějaké řešení se strany VZP.

■ Ad 10) Lázňe

Byl diskutován problém odkládaných nástupů do některých lázní vinou lázeňských zařízení. Pojištěnci nemohou nastoupit lázeňskou léčbu v předepsané tříměsíční lhůtě a po PL je požadováno vystavení nového poukazu. Problém bude řešit VZP ČR vydáním metodického pokynu, že v tomto případě nemusí být poukaz znovu vystaven.

*Ing. Jiřina Musílková
ředitelka VZP ČR*

Zapsala:

Mgr. Jitka Hříbková, tajemnice ředitelky VZP ČR

Zápis ověřili:

MUDr. Václav Šmatlák, předseda SPL ČR

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPL DD ČR

Poznámka redakční rady:

Tento zápis byl oficiálně předán zástupcům SPLDD ČR osobně Ing. Musílkovou, ústřední ředitelkou VZP, dne 25.2.2002.



Potřebujeme nový základní obor v rámci pediatrie?

(stanovisko výboru České pediatrické společnosti J.E.Purkyně)

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP v současné době prosazuje vznik **nového základního oboru**, kterým má být **obor praktické dětské lékařství**. Spolu se Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost toto úsilí zdůvodňují snahou o udržení dosavadní vysoké kvality zdravotní péče o dítě a dorost v ČR. Za základní podmínku úspěšné práce v oboru považuje Odborná společnost i Sdružení praktických dětských lékařů (SPLDD) rozšíření spektra praktických znalostí ve styčných oborech (dětská chirurgie, ORL, oční, kožní, neurologie, psychologie, sociální pediatrie, dorostové, komplement a další). Náplň a systém práce praktického a dětského lékaře se uvádí jako multidisciplinární obor, který v sobě skrývá nejen činnost ryze pediatrickou, ale i činnost v dalších styčných oborech. Za racionalitu vzniku nového oboru se považuje **paralela všeobecného lékaře**, který má v současné době svůj základní obor – **všeobecné lékařství**.

Postgraduální příprava podle návrhu, který byl předložen na schůzce představitelů praktických pediatriů, členů výboru České pediatrické společnosti a České společnosti sociální pediatrie a dalším představitelům téměř všech odborných a profesních aktivit v dětském lékařství u nás dne 6.2.2002, má tuto strukturu:

1) doba přípravy v navrhovaném základním oboru praktické dětské lékařství je minimálně 30 měsíců, podle předloženého návrhu se počítá s 36 měsíci, což jsou 3 roky.

2) V obecné charakteristice se uvádí, že teoretická příprava a praktická výuka na dětském **nemocničním oddělení by trvala 12 měsíců** a v ambulanci praktického dětského lékaře (PLDD) 5 měsíců. Zbylou dobu by probíhala příprava na tzv. styčných oborech a pracovištích.

3) Odborná náplň přípravy není nijak specifikovaná. Shrneme-li návrh na vznik curricula nového oboru, potom to základní, co obor má představovat, tj. **klasická „čistá“ pediatrie, by představovala jen 17 měsíců postgraduálního vzdělávání po promoci**. Výsledkem tohoto curricula by měl být odborně vzdělaný praktický dětský lékař, plně kompetentní po stránce teoretických znalostí a praktických dovedností, návyků a vhodných postojů k samostatné práci jako praktický lékař pro děti a dorost v primární péči.

Dovoluujeme si o tomto zdůvodnění vzniku nového základního oboru dětského lékařství v ČR – oboru praktického dětského lékařství – na základě výše uvedených podmínek, vyslovit vážné pochybnosti.

Své pochybnosti budeme formulovat k jednot-

livým bodům Důvodové zprávy k předloženému návrhu na zřízení nového oboru praktický lékař pro dítě a dorost ze dne 2.1.2002. Tuto zprávu předkládá Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD), a je podepsána MUDr. M. Kudynem. Zpráva byla předložena a diskutována na shora zmíněné společné schůzce dne 6. 2. 2002. K bodu a) důvodové zprávy: V tomto bodě jsou shrnuty charakteristiky dosud uplatňované v základním oboru, kterým je pediatrie – dětské lékařství. Žádou z uvedených aktivit a specifických nelze vynechat, protože by jinak vzdělání v základním oboru pediatrie bylo neúplné. Úzká spolupráce s rodinou, včetně sociální oblasti, nikdy nebyla a ani nemůže být pouze doménou PLDD. Není tedy důvod pro vznik nového oboru, pokud se uplatňují následující **základní prvky pediatrie**.

a) Pediatrie jako základní lékařský obor se zabývá dítětem ve zdraví a nemoci. V rozsahu znalostí a dovedností jsou aspekty vývojové, preventivní, věkově specifické, orgánově a systémově specifické (myslím tím patologie, patofyziologie a klinika). Obor pediatrie řeší problematiku dítěte a prostředí, ve kterém žije. Ve všech základních učebnicích pediatrie jsou kapitoly probírající styčné obory (od genetiky až po ORL). Zdůrazňuje se i postavení dětského lékaře jako veřejného činitele. Multidisciplinárnost oboru pediatrie představují styčné obory, které se však týkají problematiky dítěte a dospívajícího, se kterou musí být seznámen každý pediatr, ať již pracuje jako praktik nebo na lůžkovém oddělení nemocnice. Míra dovedností v těchto oborech není měřítkem, které by určovalo rozdíl mezi absolventem vzdělání v základním oboru pediatrie a dalším předpokládaným oborem dětského lékařství. Tato míra dovedností se vytváří teprve praxí v oboru, která následuje po získání kvalifikační atestace. V předatestační přípravě by nácvik těchto dovedností neměl být rozdílný mezi lékařem působícím v primární péči nebo nemocniční péči. Ani zde tedy není důvod pro založení nového oboru, speciálně pro primární péči o dítě a dorost.

b) Tradice dětského lékaře v primární péči vznikla po založení Fakulty dětského lékařství a pediatrických směrů na lékařských fakultách v ČR v padesátých letech. Představovala ranou specializaci v oboru pediatrie již v pregraduální výuce, jejíž obsah je srovnatelný s curriculum, které nyní předkládá SPLDD v postgraduální přípravě oboru. Další náplní předatestační přípravy byla praxe u tehdejšího obvodního dětského lékaře. Rozsah této přípravy, její pečlivost a důsledná kontrola s vysokými nároky při atestační zkoušce

byly základem, který se podílí významnou mírou na úrovni péče poskytované současnou generací dětských lékařů. S ohledem na tuto skutečnost nevidíme důvod pro vznik nového základního oboru v rámci pediatrie, protože současný základní obor pediatrie ve své komplexnosti nevynechává žádnou aktivitu, která by měla být podmínkou pro činnost současného PLDD.

c) **Myšlenka vzniku oboru rodinného lékařství jako alternativy praktického lékaře pro dítě a dorost byla a je považována výborem České pediatrické společnosti jako krok zpět.** K jinému názoru jsme ani nemohli dospět, protože chybí jakýkoliv racionální podklad pro realizaci této formy primární péče o mladou generaci v ČR.

d) Komunikace mezi pacientem a lékařem je problém, který se řeší v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání bez ohledu na privatizaci. Je součástí vybavenosti lékaře, závisí na kvalitě, jeho teoretických a praktických schopnostech, etickém citění a v zásadě nemůže být rozdílná mezi praktičkem, specialistou nebo nemocničním lékařem. K tomuto náviku se teprve připravují odpovídající syllaby. Zvládnutí managementu vedení privátní praxe nemůže být samo o sobě důvodem ke vzniku nového základního oboru v dětském lékařství, ale mělo by být součástí vzdělávání pregraduálního obecně a postgraduálního v rámci každého oboru. Základy managementu musí zvládnout i pediatr pracující u lůžka, o vedoucích pracovnících nemocniční pediatrie nemluvě.

e) **Předávání praxí současných PLDD (senior-junior) zajišťované vznikem nového oboru ukazuje pravděpodobně na jeden z hlavních důvodů snahy současného vedení SPLDD a Odborné Společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP o zřízení samostatného základního oboru praktické dětské lékařství.**

Navrhované curriculum by totiž zřejmě znemožňovalo nemocničním pediatriům přechod z lůžkových oddělení do ordinací praktických pediatriů. Samozřejmě by ovšem vznikl i opačný problém – curriculum praktického pediatra by nezaručovalo jeho schopnosti zvládnout nemocniční pediatrii. Předkládaný návrh vůbec nepočítá s tím, že nepochybně část praktických pediatriů se neuplatní v privátní praxi a bude hledat místa jinde v oblasti péče o dítě, ale nebude k tomu mít žádanou kvalifikaci. Totéž jistě platí o pediatrech z lůžkových oddělení, kteří po 5 letech svého postgraduálního vzdělávání mohou zjistit, že z různých důvodů (např. osobních – ženy s dětmi), budou hledat méně náročné místo, než např. na jednotce intenzivní péče v nemocnici, a budou se chtít



uplatnit v praxi jako praktičtí pediatři.

f) **Zdá se tedy, že motivace vytvoření nového základního oboru nespočívá v odborných medicínských potřebách, ale pouze v rovině ekonomické. Česká pediatrická společnost považuje ekonomické zázemí činnosti praktických pediatrů za základní předpoklad jejich úspěšné činnosti. Je ale přesvědčena, že např. předávání pediatrických praxí je možno vyřešit jiným způsobem, než zřizováním základního oboru praktické dětské lékařství.**

g) Nový obor nemá v přípravě žádný prostor pro zvládnutí problematiky dorostového věku v rozsahu, který považuje za nezbytný současná pediatrie. Volba povolání již zdaleka není jediným problémem současného dospívajícího. Zmínka o úzké spolupráci s odborným dorostovým lékařem působí v tomto kontextu jako zastírací manévr.

h) Snaha o rozšíření působnosti PLDD i na vyšší věkové hranice nepatří do Důvodové zprávy pro vznik nového oboru v medicíně, protože s tím vůbec nesouvisí.

i) Výklad licenční praxe uvedený v tomto bodě je důkazem, že ustavení nového oboru nemá žádné opodstatnění, ale že jde o zablokování působení dětských lékařů s atestací z pediatrie do jakékoliv činnosti, kterou lze provádět v privátní sféře.

Česká pediatrická společnost navrhuje 5-leté postgraduální curriculum v základním oboru pediatrie, které musí absolvovat každý, kdo se chce stát kvalifikovaným dětským lékařem. Podmínkou pro udělení licence pro činnost praktického lékaře pro děti a dorost by měla být tedy kvalitní příprava v základním oboru pediatrie, která by zohlednila všechny aspekty odborné a praktické, potřebné pro samostatné rozhodování a samostatnou činnost. Tedy nikoliv nějaký výběr základních znalostí dětského lékařství a dovednosti ve styčných oborech. Pětileté postgraduální studium na akreditovaném pracovišti musí být ukončeno kvalifikační zkouškou (nebo jiným způsobem hodnocení) za přítomnosti odborníků z nemocnic i praxe. Teprve tato zkouška by opravňovala dětského lékaře k samostatné činnosti na lůžkovém oddělení nebo v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Byla by také odrazovým můstkem pro další kvalifikaci v pediatrických subspecializacích.

Dnes je třeba, aby se v rámci péče o chronicky nemocné dítě na této podílel nejen praktický pediatr, ale i pediatr-specialista (dětský gastroenterolog, nefrolog, diabetolog, atd.).

A last but not least: v rámci Evropské unie, ale i ostatních evropských států, nikde neexistuje základní obor praktické dětské lékařství! Praktickými pediatry se stávají lékaři, kteří absolvují kompletní, většinou 5-leté pediatrické curriculum. Samozřejmě již v rámci této poměrně dlouhé přípravy mají představu, na jakém úseku

péče o dítě chtějí být aktivní. Pokud je to praktická pediatrie, tráví již určitou část curricula v ordinaci praktického pediatra. Řada pediatrických subspecializací je již oficiálně uznána v rámci EU (gastroenterologie, nefrologie, revmatologie, alergologie, atd.)

Prosazením základního oboru praktické dětské lékařství mimo základní obor pediatrie by se české dětské lékařství stalo skutečným exotem v rámci evropské i světové medicíny. V rámci evropské medicíny je pediatrie považována za obor, který zahrnuje primární péči, nemocniční péči a specializované služby.

Změny curricula navrhované katedrou pediatrie IPVZ (Doc. MUDr. Ivan Novák) reflektují již doporučení EACCME (evropský akreditační výbor pro medicínský postgraduál).

Problematikou postgraduálu v pediatrii se zabýval meeting CESP (evropská konfederace specialistů v pediatrii - **European Board of Pediatrics**) v Portugalsku (Evora) v květnu 2000.

Navrhovaný model je následující: 3 letý základ (basic pediatric training), který je společný, ať už se do budoucna počítá s jakýmkoliv zaměřením pediatra (common trunk). Pak se doporučuje minimálně dvouletá příprava těch, kteří chtějí pracovat v oblasti primární péče (primary and ambulatory pediatrics). Pro ty, kteří chtějí zůstat v nemocnici, rovněž další dva roky navíc (hospital based pediatrics). **Specializace, resp. v našem názvosloví spíše superspecializace (dětská kardiologie, nefrologie, gastroenterologie, atd.) - subspecialists hospital based pediatrics - vyžadují ještě další 2 roky, event. více, samozřejmě na superspecializovaném pracovišti.**

Existují sylaby pro jednotlivá období, ČPS si již vyžádala jejich zaslání.

Pediatrem se tedy stává lékař, který má za sebou 5 let shora uvedeného curricula, ať již zůstane pracovat v nemocnici, nebo se vydá ces-

tu privátní pediatrické praxe. Způsob hodnocení je v různých zemích Evropy odlišný, klasické „atestace“, tak jak se praktikují u nás, v řadě zemí neexistují. Hodnocení před udělením diplomu provádějí různé komise, nebo akreditované pracoviště se zaručuje, že absolvent curricula vyhověl všem arbitrážně stanoveným požadavkům.

Realitou ovšem zůstává, že tříletý „common trunk“ nelze dle doporučeného curricula absolvovat jinde, než na akreditovaném lůžkovém zařízení.

Na otázku, zda potřebujeme nový základní obor v dětském lékařství - nebo péči o dítě musíme tedy odpovědět, že nikoliv.

Potřebujeme pozměnit základní curriculum přípravy v oboru pediatrie. Potřebujeme především toto curriculum prodloužit a tím přiblížit úrovni zemí Evropské unie, resp. všem vyspělým zemím. Potřebujeme realizovat předatestační přípravu na kvalitních akreditovaných pracovištích nemocniční i primární péče. Potřebujeme zdokonalit systém celoživotního vzdělávání, změnit je z pasivní podoby vysedávání na přednáškách na aktivní práci na pracovištích s vyššími nároky a zkušenostmi. Potřebujeme vypracovat systém kontroly úrovně poskytované péče v dětském lékařství abychom se nedovolávali jen na tradice.

Moderní světová pediatrie neřeší dnes otázku problematiky pediatr - praktik v primární péči a pediatr - lékař v nemocnici, ale musí respektovat moderní principy péče o dítě ve všech aspektech jeho vývoje ve zdraví a nemoci.

*Za výbor České pediatrické společnosti JEP
Prof. MUDr. Jiří Šolc, CSc., předseda
Doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc., vědecký sekretář
Doc. MUDr. Jan Janda, CSc., člen výboru
Praha 22.2.2002*

došlo do redakce....

Reakce MUDr. Ivana Šrettera na článek „Potřebujeme nový obor v pediatrii?“ Doc. MUDr. Jozefa Hozy, CSc.

Po přečtení tohoto článku doc. Hozy jsem dospěl k názoru, že autor vůbec nepochopil smysl naší práce. Argumenty zde uváděné, bohužel, vůbec neodpovídají současnému vývoji praktické pediatrie. Nemá asi vůbec přehled o náplni naší práce.

Jsem praktickým dětským lékařem (dříve „přímo řízeným“ obvodním dětským lékařem), mám 40 let praxe v oboru a zažil jsem na vlastní kůži celý totalitní systém řízení naší práce, počínaje hlavním odborníkem a okresním odborníkem konče.

Tito „Stranou“ schvalovaní okresní odborníci nás odnaučovali samostatně myslet a nutili nás bez výhrad přijímat jejich byrokratická nařízení mnohdy postrádající smysluplnosti.

Nelze se ubránit dojmu, že doc. Hoza a jeho nevelká skupina kolegů se snad znovu snaží vzkřísit některé staré praktiky a myšlenky.

Proto vydržme a nenechme se ovlivňovat názory, které silně připomínají dobu nedávno minulou.

MUDr. Ivan Šretter, PLDD Rakovník



Stanovisko k článku MUDr. M. Vedrala v časopise Tempus Medicorum

Nejsem rozhodně příznivcem polemik na stránkách časopisu, vlastní zkušenost mne navíc přesvědčila, že na stránkách lékařského Tempusu Medicorum se navíc obrátí nejspíše proti tomu, kdo se do takové polemiky pustí, ale způsob, jakým dr. Vedral hodnotí cenová jednání v segmentu ambulantních specialistů a výstup z této diskuse, ve kterém jsou čtenáři nabádáni k podepsání plných mocí, mne přeci jenom k určité reakci donutila.

Nejde o vlastní popis pohledu autora na věc, na ten má jistě právo a je dobře, že je schopen tento svůj názor zformulovat. Ne vždy se na cenových jednáních setkávám s ucelenou představou způsobu úhrady ze strany ČLK o.s. (rozuměj profesního sdružení poskytovatelů zdravotní péče), podepřenou alespoň základními argumenty, nikoliv jen jakýmsi hypotetickým úvahami, jak se s nimi jako koordinátor a mluvčí segmentu praktických lékařů setkávám při dohodovacích jednáních o cenách zdravotní péče.

Co mi však vadí je způsob, jakým se autor vyrovnává s rozdílnými názory zástupců poskytovatelů, ano, se zástupci poskytovatelů, tedy těch, kteří by logicky měli stát na jedné straně pomyslné barikády. Dohodovací řízení je totiž permanentní boj mezi těmi, kdo nedrží žádný balík peněz, ale poskytují zdravotní péči, za kterou požadují spravedlivou odměnu, s těmi, kdo tento balík drží, někdy to dokonce vypadá, jako by byl tento balík jejich z jejich vlastního přičinění, a on je místo toho vytvářen z převážné většiny občany tohoto státu, kteří také zdravotní péči konzumují, ale budiž. Máme tento systém, zvolili jsme si ho, tak se s ním musíme naučit pracovat.

Není mým úmyslem tu popisovat nerovnoprávnost postavení obou stran, kdy jedna strana balík drží a druhá se snaží sbírat často jen drobtý, pro dokreslení je nutno se však o této situaci zmínit. Je to právě tato nerovnoprávnost, která by měla vést ke sjednocení se a sešikovávání se na té naší straně barikády, na straně, která je v pozici jakýchsi dobyvatelů, v pozici těch, kteří si chtějí vymoci pro sebe spravedlivý díl onoho pomyslného balíku.

O to více mne udivuje, jakým způsobem se dr. Vedral vypořádává se svými spolubojovníky, resp. s těmi, kteří by měli stát na stejné straně pomyslné barikády. Účastním se cenových jednání rozhodně děle než dr. Vedral, většinu jím napadených zástupců poskytovatelů jsem měl a mám tu čest poznat osobně a jen stěží si umím představit, že by někdo z uvedených snad sledoval své osobní zájmy, nebo se snad můžeme domnívat, že jsou to nějakí samozvanci, kteří se nemusí zodpovídat ze svých rozhodnutí těm, kteří je svým zastupováním pověřili?

I kdybych neměl s cenovými jednáními žádnou zkušenost, vzbudil by ve mně tón sdělení, jaké předložil dr. Vedral, určité pochybnosti. Jak mám důvěřovat osobě, která nedovede přesvědčit ani své spolubojovníky, tedy představitele jedné vyjednávací strany, natož aby zaručovala úspěch jednání se stranou druhou. Nicméně představu o tom, kdo že to předkládá takové sdělení, bych si rozhodně vytvořil. Vždyť ono známé „Kdo nejde s námi, jde proti nám“ se mi ještě z hlavy nevytratilo.

Ještě jedno přirovnání bych si dovolil uvést. Není tomu tak dlouho, co jsme zažili sliby finančních institucí, které slibovaly téměř modré z nebe, rozuměj téměř snový úrok z vložených peněz. Možná i někdo z Vás, kdo si tyto řádky přečte, se stal obětí takovýchto slibů. Proto, než se rozhodnete, koho že to pověříte svým zastupováním, zvažte všechna pro a proti, zvažte reálné možnosti a cíle, zkušenost totiž ukazuje, že se to vyplatí. Za sebe mohu říci, že člověk, který znevažuje ty, kteří se provinili pouze tím, že mají jiný názor, způsobem, jakým to předvedl dr. Vedral, by si moji podporu nezasloužil.

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

V Brně dne 28.2.2002

Vážená paní doktoro, vážený pane doktore,

katedra pediatrie IDVPZ v Brně ve spolupráci s katedrou pediatrie IPVZ Praha a Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP pořádá dvoudenní kurz pro kontinuální postgraduální vzdělávání na téma **očkování**. Kurz bude mít hodnocení v klasifikaci ČLK 12 kreditů a účastníci obdrží certifikát IDVPZ o vzdělání v dané specializaci.

Název kurzu: 5063M Očkování dětí

Datum konání: 26.–27.4.2002

Místo konání: Kongresové centrum Brněnské veletrhy a výstavy, Hlinky, u zastávky tramvaje č.1; ubytování a stravování v prostorách IDVPZ.

Program kurzu – 1. den:

9,00 – 12,00 Imunita a očkování, očkovací látky
Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.

13,00 – 16,00 Interakce, absolutní a relativní kontraindikace očkování, nežádoucí účinky, očkování stigmatizovaných dětí
Doc. MUDr. Roman Prymula, CSc.

Program kurzu – 2. den:

9,00 – 12,00 Vývoj, historie a trendy ve vývoji očkovacích látek, očkovací kalendáře v zemích EU, USA a ČR
MUDr. Igor Kohl, CSc.

13,00 – 16,00 Panelová diskuze o situaci v ČR
MUDr. Hana Cabrnchová
MUDr. Zlata Jirsenská
MUDr. Anna Přívorová
JUDr. MUDr. Lubomír Vondráček, CSc.

Jak se přihlásit:

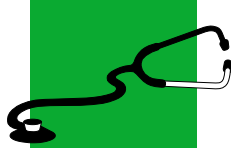
Přihlášky zasílat na: Studijní oddělení IDVPZ, paní Alena Homolová, Vinařská 6, 656 02 Brno, telefon: 05/ 43 55 95 17, e-mail: homolova@idvpz.cz.

Ubytování se objednává zároveň s přihláškou k účasti do 25.3. Přihlásit se je možné i na místě před začátkem, doporučujeme však vzhledem k omezené kapacitě místa přihlášku podat předem. Cena kurzu je 1000 Kč, obědy a dvě svačiny jsou v ceně kurzu. Cena noclehu je 220 Kč za jednu noc.

Za katedru pediatrie IDVPZ
Doc. MUDr. Anna Nečasová, CSc.

Za OSPDL ČLS JEP
MUDr. Hana Cabrnchová

Tento kurz je podpořen grantem společnosti GlaxoSmithKline.



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 6.2. 2002

Přítomni: MUDr. Cabrnchová, MUDr. Liška, MUDr. Krejčík, MUDr. Marek, MUDr. Růžičková, MUDr. T. Soukup, za revizní komisi MUDr. Kolářová.

1) Vyhodnocení akce kulatý stůl na téma praktický lékař pro děti a dorost pořádaný dnes odpoledne. Velmi reprezentativní účast výborů OSPDL, SPLDD, České pediatrické společnosti, zástupce Parlamentu ČR, MZČR. Trvá mezi členy výboru OSPDL a SPLDD a mezi výborem ČPS rozdílný pohled na postavení oboru PLDD resp. jeho zařazení jako samostatného oboru. Současně ale byly zcela zřejmé rozpaky všech přítomných nad jinou alternativou tzv. společného pediatrického kmene (3-letého) po kterém by následovalo 2-leté specializační vzdělání směřující k atestaci z klinické pediatrie, PLDD nebo neonatologie. Z našeho pohledu se jedná o daleko výraznější dělení pediatrie, velmi významný rozdíl ve vzdělání mezi jednotlivými specializacemi s velmi omezenou a obtížnou možností přechodu mezi jednotlivými specializacemi. Výtky k našemu modelu jsou vedené hlavně z důvodu krátkého postgraduálního vzdělání, které vychází svou délkou ze stávající doby přípravy oboru všeobecný lékař a je stanoveno jako minimální. Zde se nebráníme diskusi, která může následovat. Je nutné ale dodržet změnu struktury, která klade důraz nejen na vzdělávání v oblasti lůžkové pediatrie, ale současně doplňuje postgraduální vzdělávání v oblastech dalších specializací nutných pro práci PLDD. Námí navržený model neznámá, že za 36 měsíců je lékař připraven pro práci PLDD, ale skládá atestaci a je jako atestovaný lékař zařazen i do systému možného předávání praxí, tedy stále není licencován k výkonu samostatné lékařské praxe a ani nemá možnost tuto práci vykonávat. Má ale garantovaný rozsah minimálního vzdělání.

2) Výbor bere na vědomí abdikaci MUDr. Hanouska na členství ve výboru OSPDL, dále bude vykonávat funkci regionálního zástupce OSPDL.

3) MUDr. Cabrnchová pověřuje revizní komisi OSPDL, aby potvrdila mechanismus dokooptace

členů výboru OSPDL, ověřila počty hlasů, které získali dokooptovaní členové výboru OSPDL na poslední volební konferenci v Kácově a navrhla v souladu se stanovami ČLS JEP způsob doplnění členů výboru.

4) Výbor diskutoval nad novou podobou zdravotního a očkovacího průkazu, pracuje se nad návrhem makety, který bude předložen k další diskusi na jednání na MZČR koncem února. Návrh bude zveřejněn k široké diskusi i mezi PLDD.

5) Výbor odsouhlasil práci roku 2001 (publikovanou a veřejně prezentovanou). Ocenění získává MUDr. J. Marek za práci „Preskripce ATB v ordinaci praktického lékaře“.

6) Proběhl kulatý stůl na téma ATB, výbor OSPDL zastupovala MUDr. Cabrnchová a MUDr. Marek. Podporujeme distribuci materiálů v rozsahu směrnic ATB terapie, jedná se o doporučené postupy a upřesnění indikací a dávkování ATB. Materiál vypracovávají odborné společnosti, již ne ČLK. Uvedené materiály budou distribuovány v rámci regionálních vzdělávacích akcí (páteřní téma roku 2002).

7) Materiály na pediatrický kongres (Teplice) nutné odeslat do poloviny března. OSPDL připravuje dva panely. Upřesnění na výboru v březnu.

8) Informace pracovní skupiny pro očkování – referuje MUDr. Cabrnchová. Došlo ke schůzce na GSK ze které informace o připravované akci Twinrix – třetí dávka zdarma, bude tisková konference na toto téma. Diskutuje se příprava národního očkovacího dne. OSPDL se hodlá podílet na týdnu mediální propagace očkování, který by měl předcházet. OSPDL ale není organizátorem, očekáváme další informace k těmto akcím. Pořádající je ČPS (doc. Janda).

9) Akce na téma očkování ve spolupráci OSPDL a IPVZ se pro velký ohlas uskuteční koncem dubna 2002 i na Moravě (Brno).

10) Přijetí nových členů OSPDL:
MUDr. Hrubošová Eva

■ Společné setkání obou výborů (OSPDL a SPLDD):

Přítomni:

členové výboru OSPDL (viz výše), MUDr. Neugebauer, MUDr. Kudyn, MUDr. Dvořáková

Přítomní členové obou výborů se poprvé sešli v novém složení, aby vyhodnotili vzájemnou spolupráci, naznačili nové směry této spolupráce. Ve velmi přátelské atmosféře se oba výbory domluvily na společné přípravě termínového kalendáře pro rok 2003 do 30.9.2002, aby nedocházelo ke kolizím v termínech.

Diskutováno: zdravotní a očkovací průkaz, seznam zdravotních výkonů, spolupráce s firmami, vzdělávací akce, spolupráce v regionech, zahraniční akce.

Shodly se nad nutností dále diskutovat společně definované okruhy témat, navrženy pracovní skupiny ve společném složení zástupců OSPDL a SPLDD:

1. Redakční komise – VOX
2. Rada termínovaného kalendáře vzdělávacích akcí – 6 členů
3. Komise pro očkovací a zdravotní průkaz – 4 členové (2+2)
4. Komise pro seznam výkonů a CRP – 6 členů (3+3)
5. Komise legislativní – 4 členové (2+2)
6. Analytická komise
7. Komise pro styk se zahraničím – shromažďování zájemců o cesty do zahraničí a jejich výběr dle určitých kritérií
8. Komise pro otázky LSPP
9. Komise finanční

Společná setkání cca 3x do roka event. výjezdní zasedání s rodinnými příslušníky.

*zapsala: MUDr. Cabrnchová Hana
ověřil: MUDr. Soukup Tomáš*

Úvodní slovo zástupce OSPDL v redakční radě k tématu „Epilepsie u dětí“:

Kolegyně a kolegové,

v rámci pokračování dobré spolupráce se vzdělávacím střediskem MEDIFORUM vám náš časopis předkládá materiál, týkající se diagnostiky a terapie epilepsie. Text vypracovaný kolektivem autorů je v současné době rozdělen na šest částí. V každém následujícím čísle uvedeme vždy jednu z nich.

MUDr. Josef Krejčík



**MINIMÁLNÍ
DIAGNOSTICKÝ
A TERAPEUTICKÝ
STANDARD
U PACIENTŮ
S EPILEPSÍ**



EPISTOP

Česká sekce pracovní skupiny EpiStop, jejíž práci podporuje Mediforum, vznikla v roce 1995 na základě potřeby řešit jak odborné, tak sociální aspekty epilepsie. Svou činností se výrazně podílí na zlepšování kvality života spoluobčanů trpících epilepsií. Nad řešením problémů se scházejí nejen zástupci z řad odborníků, ale i laické veřejnosti, mající vztah k problematice epilepsie.

Pracovní skupina úzce spolupracuje se Společností E, Českou ligou proti epilepsii, Českou neurologickou společností a Českou dětskou neurologickou společností. Součástí práce skupiny je i osvětová kampaň zaměřená na zlepšení informovanosti o epilepsii.

*Kateřina Koubková
Mediforum*

Názory vyjádřené v této publikaci nemusí vyjadřovat stanovisko vzdělávacího střediska
MEDIFORUM nebo společnosti GlaxoSmithKline

Všechna práva jsou vyhrazena. Žádná část této publikace nesmí být reprodukována,
uchovávána ve vyhledávacím systému nebo převedena do jiné podoby bez předcházejícího
souhlasu majitele autorských práv.

MEDIFORUM 2000

MEDIFORUM, kancelář GlaxoSmithKline, Na Pankráci 17/1685, 140 21 Praha 4
Tel.: (02) 2200 1419, Fax: (02) 6122 0255

Copyright © GlaxoSmithKline

<http://www.mediforum.cz>

ÚVOD

Vážené kolegyně, vážení kolegové

předkládáme vám další doplněnou verzi „Minimálních diagnostických a terapeutických standardů“, které vypracovala pracovní skupina EpiStop. V rámci EpiStopu od roku 1995 spolupracují jak členové odborné společnosti ČLS JEP - České Ligy proti Epilepsii, tak zástupci organizace pacientů a jejich příznivců - Společnosti „E“.

Hlavním cílem EpiStopu je zlepšení kvality života lidí s epilepsií v ČR, a to zejména prostřednictvím zlepšené kvality epileptologické péče. Kvalitní péče o pacienty s epilepsií by měla být založena nejen na bezchybné diferenciální diagnostice po prvním epileptickém záchvatu (I/1) a volbě nejvhodnějšího antiepileptika pro dlouhodobou prevenci dalších epileptických záchvatů (I/2) či epileptických syndromů (II/2), ale i na správném posouzení dynamiky onemocnění z hlediska odpovědi organismu pacienta na terapii (I/3) a diferenciaci pacientů podle stupně kompenzovanosti onemocnění (II/1).

Další „ministandardy“ jsou věnovány základním indikacím v epileptochirurgii (II/3) a problematice žen trpících epilepsií (III). Čtvrté pokračování zahrnuje principy psychologické péče o pacienty s epilepsií (IV/1) a základní informace nezbytné pro diferenciální diagnostiku záchvatů napodobujících epileptické záchvaty (IV/2).

Zatím poslední vydané texty se dotýkají vztahu epilepsie ke spánku (V/1), nabízejí orientaci v aplikaci a interpretaci fotostimulace (V/2), upřesňují zásady využívání zobrazovacích metod v epileptologii (V/3) a informují o urgentní epileptologii (VI).

Minimální standardy jsou v souladu s jejich posláním maximálně stručné a nemají nahrazovat podrobné „doporučené postupy“, které připravují odborné společnosti nebo tzv. metodické pokyny ministerstva zdravotnictví (výjimkou je standard II/1).

Texty jsou obvykle výsledkem několikaměsíční týmové práce českých epileptologů a jsou určeny jednak jako základní vodítko pro lékaře první linie, a jednak pro specializované lékaře jako základ pro další diagnostické a léčebné postupy „šité na míru“ individuálními potřebám pacienta a modifikované podle aktuálního stavu poznání v epileptologii.

Děkujeme všem, kteří se na vypracování těchto bazálních algoritmů epileptologické péče podíleli, těšíme se na kritické připomínky i nové nápady a zveme další odborníky ke spolupráci.

Za EpiStop



Doc. MUDr. Vladimír Komárek
předseda výboru České Ligy proti Epilepsii
odborné společnosti ČLS JEP

SOUHRNNÝ OBSAH

Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií I

- I/1 Minimální diagnostický standard po prvním epileptickém záchvatu
- I/2 Racionální farmakoterapie epileptických záchvatů
- I/3 Minimální diagnostický standard u pacientů s podezřením na farmakorezistentní epilepsii

Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií II

- II/1 Kritéria kompenzovanosti pacientů s epilepsií
- II/2 Racionální farmakoterapie epileptických syndromů
- II/3 Epileptochirurgická léčba epilepsie

Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií III

Žena a epilepsie

- III/1 Antikoncepce
- III/2 Těhotenství
 - Prekoncepční období
 - Prenatální období
 - Porod
 - Poporodní období a laktace
- III/3 Jiné problémy ve fertilním věku
- III/4 Menopauza

Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií IV

- IV/1 Psychologické vyšetření v epileptologii
- IV/2 Minimální standard při podezření na neepileptické (pseudoepileptické) záchvaty
 - Somaticky podmíněné neepileptické záchvaty
 - Psychogenně podmíněné neepileptické záchvaty

Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií V

- V/1 Epilepsie a spánek
- V/2 Fotostimulace
- V/3 Zobrazovací vyšetření

Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií VI

Urgentní stavy v epileptologii

- VI/1 První pomoc při epileptickém záchvatu
- VI/2 Epileptický status a jeho léčba



MINIMÁLNÍ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ STANDARD U PACIENTŮ S EPILEPSIÍ I

- I/1 Minimální diagnostický standard po prvním epileptickém záchvatu
- I/2 Racionální farmakoterapie epileptických záchvatů
- I/3 Minimální diagnostický standard u pacientů s podezřením na farmakorezistentní epilepsii



AUTORSKÝ KOLEKTIV

Užší autorský kolektiv

MUDr. Jiří DOLANSKÝ

MUDr. Jan HADAČ

Doc. MUDr. Vladimír KOMÁREK

MUDr. Radomír ŠLAPAL, CSc.

Doc. MUDr. Milada ŠVEJDOVÁ, CSc.†

MUDr. Boris ŽIVNÝ

Širší autorský kolektiv

MUDr. Milan Brázdil

MUDr. Jindřiška Burešová

MUDr. Vladimír Donáth, CSc.

MUDr. Jiří Hovorka, CSc.

MUDr. Marie Kolínová

MUDr. Marián Kuchár, CSc.

Doc. MUDr. Božena Piňhová, CSc.

Prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc.

MUDr. Zdena Salcmanová, CSc.

MUDr. Pavel Sýkora, CSc.

MUDr. Jana Zárubová

Uspořádal

Doc. MUDr. Vladimír KOMÁREK

I/1 MINIMÁLNÍ DIAGNOSTICKÝ STANDARD PO PRVNÍM EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU

Za zajištění minimálního standardu jsou odpovědní ošetřující lékaři, tj. praktický lékař pro děti a dorost či pro dospělé, resp. pediatr, internista a neurolog nebo dětský neurolog.

Nezbytná vyšetření:

1. Komplexní interní
2. Komplexní neurologické
3. Základní laboratorní
4. EEG včetně aktivace hyperventilací (fakultativně fotostimulací)
5. Zobrazovací vyšetření mozku
 - dáváme přednost MR před CT
 - u dospělých vždy
 - u dětí dle rozhodnutí dětského neurologa
6. Psychologické vyšetření

M E D I F O R U M
CNS

I/2 RACIONÁLNÍ FARMAKOTERAPIE EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

Typ záchvatu	Léky 1. volby	Léky 2. volby
Parciální a/nebo sekundárně generalizované tonicko-klonické	karbamazepin valproát	fenytoin gabapentin lamotrigin tiagabin topiramát
Primárně generalizované tonicko-klonické	valproát	lamotrigin
Absence	etosuximid* valproát	lamotrigin
Myoklonické	lamotrigin valproát	benzodiazepiny etosuximid primidon**

Poznámka

Léky jsou řazeny abecedně a lze zvolit jako první kterýkoli z nich.

Vysvětlivky

* jen u syndromu dětských absencí

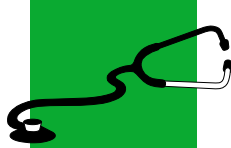
** jen u některých syndromů, např. juvenilní myoklonické epilepsie

I/3 MINIMÁLNÍ DIAGNOSTICKÝ STANDARD U PACIENTŮ S PODEZŘENÍM NA FARMAKOREZISTENTNÍ EPILEPSII

Nedostatečná nebo chybějící odpověď na antiepileptickou léčbu = indikace k vyšetření nemocného na specializovaném pracovišti zaměřeném na epileptologii, a to nejpozději do 1 roku od počátku obtíží.

1. Podrobné posouzení dosavadního průběhu onemocnění (rozbor anamnézy a nálezů)
2. Komplexní neurologické a interní vyšetření včetně laboratorních studií (sérové hladiny antiepileptik, cirkadiánní profily)
3. EEG studie se stoupající náročností:
 - běžné s hyperventilací a fotostimulací
 - dlouhodobé po spánkové deprivaci včetně spánku (1 - 3 hodiny)
 - celodenní/celonoční video-EEG monitorování, event. i po předchozí redukci až vysazení léků
4. MR studie a dle potřeby další zobrazovací nebo funkční vyšetření mozku
5. Neuropsychologické vyšetření
6. Ostatní pomocná vyšetření (metabolické, genetické, imunologické, endokrinologické, elektrofyziologické studie) podle diferenciálně diagnostické rozvahy směřující k objasnění etiologie.

Při ověřené farmakorezistenci by měl ošetřující lékař nejpozději do 2 let od počátku obtíží odeslat nemocného na specializované pracoviště ke zvážení možnosti epileptochirurgické léčby.



Westův syndrom

MUDr. Vlasta Šípková

Neurologická klinika, FN Plzeň, dětské oddělení

Westův syndrom je jednou z nejobávanějších forem epilepsie dětského věku. Tento syndrom popsal poprvé praktický lékař z Tonbridge v roce 1841 u svého vlastního syna. Incidence je podle různých autorů mezi 2 – 4 promile, prevalence 1 – 5% dětských epilepsií. Začátek onemocnění je většinou mezi 3 – 12 měsícem věku s vrcholem mezi 3 – 7 měsícem. Typický W. syndrom má **diagnostickou triás**:

- Infantilní spasmusy
- Hipsarytmii na EEG
- Zástavu nebo regres psychomotorického vývoje

Poškození mozku, které vyvolává infantilní spasmusy je velmi různé, proto jsou různé i jeho projevy klinické, EEG..., je různá prognosa, liší se i nevhodnější léčba, vždy pátráme po ovlivnitelných faktorech.

Dělení infantilních spasmů je na **symptomatické** – příčina je zřejmá, na **kryptogenní**, kdy příčinu předpokládáme, ale dosud se nám ji nepodařilo odhalit a na **idiopatické**, kdy se jedná pouze o funkční záležitost.

Kryptogenní infantilní spasmusy: jejich příčina není zřejmá, poškození mozku předpokládáme, zobrazovací vyšetření jsou v normě, je lepší reakce na léčbu i prognosa, co se týká zastavení záchvatů a intelektu.

Symptomatické infantilní spasmusy: jejich příčina je zřejmá nebo jsou známky poškození mozku, příčina je pre,peri a postnatální a odchylky jsou strukturální, metabolické, infekční a další. Prognosa symptomatických infantilních spasmů je méně příznivá. Odlišení symptomatických inf. spasmů od kryptogenních je dáno citlivostí vyšetřovacích metod, kdy po zjištění etiologie se z kryptogenních stávají symptomatické.

Nejvíce je strukturálních vad, kam patří vývojové vady, jako poruchy organogeneze, migrační poruchy, neurokutánní syndromy, jako je neurofibromatosa a tuberosní sklerosa.

Neurofibromatosa byla dříve nazývaná morbus von Recklinghausen. Vyskytuje se v populaci s četností 1 : 4000. Gen, zodpovědný za formaci tkáňových receptorů pro neurální růstový faktor, byl identifikován na 17. chromozomu.

Neurofibromatosa dělíme na 1. a 2. typ, přičemž typ 2. je daleko méně častý a způsobuje neurinomy statoakustiku, dále schwannomy nebo neurofibromy ve spinálních kanálech.

Pro dg. neurofibromatozy 1. typu je nutné zjištění 5 a více skvrn barvy bílé kávy, dále kožní neurofibromy, které se objevují na různých místech těla a vznikají hlavně ve 2. a 3. dekádě a mohou být maligní.

Dalším projevem jsou pihy, gliom optiku a dva nebo více Lischových uzlíků na duhovce.

V mozku se mohou nacházet tumory, které patří do okruhu astrocytomů, dále můžeme při grafickém vyšetření CNS zjistit hydrocephalus.

Děti mívají asi ve 40% psychomotorickou retardaci a epileptický syndrom jako projev dysfunkce glie a neuronů.

Tuberosní sklerosa tvoří 7-25% symptomatických infantilních spasmů, jedná se o syndrom autosomálně dominantně dědičný, znamená poruchu migrace, proliferace a diferenciace buněk. Při této nemoci se vyskytují hamartomy v různých orgánech, včetně CNS, dále se často vyskytují v ledvinách a v srdci. Další z příznaků jsou depigmentované skvrny, adenoma sebaceum a šagrénové skvrny, což jsou plaky „kožnatého vzhledu“, lehce vyvýšené nad okolí.

Dále sem patří destruktivní léze, jako je ischemie, hypoxicko-ischemické encephalopatie, infekce, trauma.

Mezi malformace patří Aicardiho syndrom, který je charakterizovaný agenezí corpus calosum, infantilními spasmusy a chorioretinálními lakunami. Vyskytuje se sporadicky jenom u žen a znamená fyzické a psychické poškození těžkého stupně. Tento syndrom je podmíněn mutacemi X chromosomu, dále je výskyt de novo a je letální pro hemizygotní mužské embryo.

Dále sem patří holoprosencephalie, která je buď alobární, lobární, nebo semilobární, schizencephalie, lissencephalie, pachygyrie, polymikrogyrie, neuronální heterotopie, ageneze corpus calosum a kortikální dysgeneze. Objasnění je pomocí MRI, CT, SPECT, PET a imunochemicky. Do této skupiny lze zařadit Miller – Diekerův syndrom, který znamená lissencephalii a malformaci obličeje.

Westův syndrom vzniká dále na podkladě

destruktivních lézí s anomálií fetální mozkové cirkulace: hydranencephalie, multicystické encephalomalacie, porencephalické cysty. Mezi další významné příčiny patří hypoxicko – ischemická encephalopatie, která postihuje donošené i nedonošené děti, postinfekční residua, traumata a posttraumatická residua a tumory.

Na příčině infantilních spasmů se v 2 – 11% podílí infekce, kam patří prenatální infekce, jako TORCH, HIV, nejčastěji cytomegalovirus, přičemž se uvádí, že u dětí s CMV infekcí není vhodná kortikoterapie pro hrozbu fulminantní infekce. U všech dětí s infantilními spasmusy neznámého původu je třeba pátrat po infekci. Dále jsou to infekce postnatální, jako purulentní infekce, spalničky, varicella, pertusse, enterovirus, adenovirus, HSV.

Dědičné poruchy metabolismu patří mezi vzácnější příčiny inf. spasmů, mezi nejčastější patří aminoacidopatie, organické acidurie (neketotická hyperglycinemie, pyridoxin dependentní křeče), peroxisomální poruchy (Zellwegerův syndrom), mitochondriální poruchy (Leighův syndrom), lysosomální poruchy (Krabbe, Tay Sachs...). Při těchto podezřeních vyšetřujeme metabolický screening.

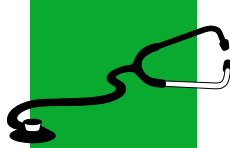
Klinika Westova syndromu: Vedoucím příznakem jsou krátké flekční záchvaty s flexí šíje, trupu a končetin, časté jsou i smíšené formy s flexí šíje a horních končetin a extenzí končetin dolních.

Méně často postihují děti křeče extenční. Zvláště krátké myoklonie jsou označovány jako bleskové křeče, déle trvající jako salaamové křeče.

Vyslovené asymetrické, či unilaterální křeče jsou spíše vzácné a vyskytují se převážně u symptomatických případů. Občas mají záchvaty charakter pouhého přikývnutí – „head nods“.

Záchvaty přicházejí typicky v sériích, především po probuzení a před usnutím. 20 – 30% dětí má před objevením se a současně i v době objevení se infantilních spasmů parciální a generalizované tonicko – klonické záchvaty, zejména v rámci stávající mozkového poškození.

V mnoha případech současně pozorujeme



různé vegetativní a abortivní záchvatové symptomy, kterými mohou být vlastní záchvaty předcházeny, není vzácné, že rodiče pozorují již týdnů před prvním záchvatem snížení bdělosti a ztrátu již dříve nabytých perceptivních schopností. Současně těžké změny v EEG mohou poukazovat na časnou formu nekonvulsivního epileptického statu.

Změny na EEG: Pozadí interiktálního EEG tvoří v bdělém stavu desorganizovaná, chaotická, polymorfní, pomalá delta aktivita, výrazně asynchronní, s disperzními až difúzními vysokovoltážními pomalými strmými a ostrými vlnami a multifokálními hroty predominantně v zadních mozkových oblastech – tzv. hypsarytmie.

Hypsarytmie může být asymetrická až unilaterální, kombinovaná s fokálními výboji, či s místy připomínajícími burst – suppression (což jsou úseky plochého záznamu střídané s vysokovoltážní aktivitou). V hlubokém NREM spánku je intermitentní, více synchronní s úseky nízké voltáže a vřeteny, v REM spánku a při probouzení může hypsarytmie dokonce vymizet. Iktální EEG je charakterizováno zvláště vysokovoltážními pomalými vlnami, či hroty v době spasmu s následnou atenuací základní aktivity.

EEG změny mohou předcházet manifestaci vlastních záchvatů. Jsou popisovány i případy, kdy se EEG změny objevují až po manifestaci prvního záchvatu.

Patologické změny v EEG mohou také poměrně dlouho přetrvávat i po vymizení klinických záchvatů. Opakovaně normální EEG v bdělosti i ve spánku dg. Westova syndromu vylučuje.

Psychomotorický vývoj dětí s Westovým syndromem je většinou neuspokojivý. Jen asi 10% všech pacientů 0 – 3% ve skupině symptomatického WS a 40 – 50% u idiopatického WS) vykazuje při dlouhodobém sledování normální mentální vývoj.

V idiopatické skupině závisí duševní vývoj zejména na stupni poškození mozku vlastními záchvaty. Ve skupině symptomatického WS závisí další vývoj na samé podstatě základního onemocnění.

Terapie: podávají se nová antiepileptika jako vigabatrin (Sabril) v dávce 60 – 80 mg/kg/den, u idiopatických forem spíše valproát sodný 60 – 100 mg/kg/den, nověji topiramát dále ze starších léků pořád nitrazepam a dále se podávají steroidy.

Podle posledních prací se zdají být účinné nízké dávky Synactenu – depot 0,04 – 0,05

mg/kg/den podávané po dobu 7 – 10 dnů.

Dále se v léčbě uplatňují vysoké dávky pyridoxinu (100 – 300 mg/den). Na některých pracovištích se podávají i.v. imunoglobuliny.

V případech symptomatického Westova syndromu se uplatňuje někdy operační řešení.

Prognosa: je obecně nepříznivá a záleží především na etiologii. Asi okolo 10% nemocných se zcela uzdraví. Jde o děti, které měly v době prvního záchvatu normální neurologický nálezn, nebyla u nich zjištěna mentální retardace, u kterých byla včas zahájena adekvátní terapie a křeče trvaly jen krátce. Ostatní zemřou během 7 – 12 let.

75% přeživších má těžkou mentální retardaci a polovina má záchvaty do dospělého věku, kdy se u nich objevuje obraz Gastaut – Lennoxova syndromu.

Závěrem uvádím kasuistiky 2 dětí:

V první kasuistice se jedná o dítě ženského pohlaví, kdy matka a starší bratr jsou zdraví, otec dítěte má poúrazovou sekundární epilepsii. Těhotenství bylo bez komplikací, geneticky nesledováno, porod v termínu, spont. záhlavím, poporodní adaptace proběhla bez komplikací. Již v porodnici byl zjištěn menší obvod hlavy, 32 cm, proto bylo provedeno USG mozku s nálezem dilatace komorového systému. V neurologickém nálezu známky hypertonicko – hyperexcitabilního syndromu. Při MR mozku zjištěna ageneze corpus calosum, nápadně velká cisterna magna cerebri, hypoplasie mozkového kmene a s největší pravděpodobností hypoplasie mozečkové hemisfery.

Z dalších vyšetření bylo provedeno vyšetření metabolických vad a adnátních infekcí s negativními výsledky.

Geneticky dítě vyšetřeno se závěrem normální karyotyp, vada pravd. na získaném ne genetickém podkladě. Dítě bylo a je sledováno v Praze, v Centru pro komplexní rannou péči a v centru pro děti s vadami zraku.

Ve věku 8 měsíců vyhledala naše pracoviště matka s tím, že dítě asi 3 týdny má opakovaně záškuby hlavičkou se současným záškubem pravé horní končetiny, dolní končetiny jsou spíše v extenzi.

Při vyšetření EEG je obraz hypsarytmie, v neurolog. obrazu centrální hypotonický syndrom, mikrocephalie s OHI 41 cm, VF je uzavřená, dítě nesleduje, je patrný divergentní strabismus.

Při hospitalizaci ihned nasazen vigabatrin a ACTH. Při této terapii došlo k redukcii počtu záchvatů, které měly podobný charakter nebo

jen sklon hlavičky do jedné strany.

Při očním vyšetření byla zjištěna těžká slabozrakost, na očním pozadí nález hypoplasie papil zrakového nervu bilat. a obraz chorioretinopatie.

Dle všech vyšetření uzavřeno jako Aicardiho syndrom.

Při kontrolách bylo dítě bez záchvatů, zůstávala těžká psychomotorická retardace. V naší péči byla do roku 2000, další kontakt s nimi již nemáme, rodiče vyhledali další kompletní sledování v Praze.

Druhá kasuistika se naopak týká dítěte se zatím velice dobrým průběhem Westova syndromu. Jedná se o první dítě zdravých rodičů. V průběhu těhotenství matka prodělala v I. trimestru febrilie, byla krátce hospitalizována, další průběh již bez komplikací. Dítě plně kojeno, prospívalo dobře, závažněji nestonalo.

V 6 měsících věku matka pozorovala u dítěte stáčení bulbů, špulení pusinky, třes ruček.

Trvání ataky bylo do několika sekund. Častost projevů se zvyšovala, až několikrát denně, proto bylo dítě odesláno k hospitalizaci nejprve na spádové dětské oddělení, pak přeloženo na Dětskou kliniku v Plzni.

Během hospitalizace provedeno kompletní vyšetření včetně vyšetření CT mozku, kde popsány známky lehké atrofie frontálních laloků, na EEG po přijetí obraz hypsarytmie, další kontrola po zaléčení kortikoidy již byla bez epileptických projevů, zlepšila se i organizace základního pozadí.

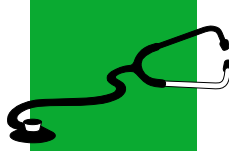
Po kompletním zaléčení Synactenem, Sabrilem a Pyridoxinem došlo během 48 hodin k úplnému vymizení záchvatů. Během hospitalizace byl odléčen pneumokokový respirační infek.

Dítě bylo předáno na zavedené terapii Sabrilem domů, vzhledem k lehčí vývojové retardaci a centrálnímu hypotonickému syndromu byla zahájena celková rehabilitace.

Dítě zatím trvale sledováno v naší poradně, od propuštění neměl záchvatové projevy, na opakovaných EEG je nález bez epileptických projevů, jen lehce opožděné zrání CNS.

Postupně vzhledem k dlouhodobé kompenzaci byla terapie vigabatrinem postupně snižována, v plánu máme kontrolní EEG po spánkové deprivaci před eventuálním úplným vysazením terapie. Po stránce psychomotorické je lehčí retardace, ale vývoj dítěte stále pokračuje. ■

Literatura u autorů



Plané neštovice, možnosti prevence (aktivní imunizace)

MUDr. Klára Michálková, Aventis Pasteur

Plané neštovice patří mezi vysoce infekční onemocnění dětského věku. Jediným zdrojem infekce je člověk. Přenos infekce je podmíněn přímým kontaktem s pacientem nemocným planými neštovicemi nebo pásovým oparem (kožní erupce), příležitostně se varicela přenáší kapénkovou infekcí. Intrauterinní přenos z matky na dítě je rovněž možný a může vést ke kongenitální varicelle. V období do 1 měsíce od kontaktu s osobou infikovanou varicelou onemocní až 96% vnímavých osob. Toto široce rozšířené onemocnění má sezónní charakter s nejvyšší incidencí v období končící zimy a začátku jara. Nejvíce hlášených případů je u dětí ve věkové skupině do 10 let. Roční incidence planých neštovic se tak blíží číslům udávajícím počet nově narozených dětí tj. kolem 4 miliónů případů v USA a kolem 650 tisíc případů ve Francii.

Závažnost planých neštovic, stejně tak jako mortalita, je přímo závislá na věku a imunitním stavu vnímavých osob. (Závažnější průběh je popisován u adolescentů, dospělých a imunodeficientních osob.) Mortalita je vysoká zejména u novorozenců, pokud dojde k infekci matky do 5 dnů před porodem (ještě nejsou vytvořeny mateřské protilátky) a u imunodeficientních dětí.

Primární infekce virem Varicella-Zoster se manifestuje generalizovanou, svědivou, vesikulární vyrážkou doprovázenou celkovými příznaky a mírnou teplotou. Komplikace onemocnění zahrnují bakteriální superinfekci, trombocytopenii, artritidu, hepatitidu, pneumonii, encefalitidu, meningitidu nebo glomerulonefritidu. Inkubační období je obvykle 14–16 dní s rozptylem 10 až 21 dní. U imunodeficientních pacientů může být inkubační doba zkrácena.

Aktivní imunizace živou atenuovanou vakcínou je ideální možnou prevencí tohoto onemocnění.

Vakcína proti varicelle firmy Aventis Pasteur je připravená z živého oslabeného viru planých neštovic (kmen OKA) pomnoženém na lidských diploidních buňkách. Kmen OKA byl vyvinut v roce 1974 na univerzitě v Osace (Japonsko) profesorem M. Takahashim z živého viru izolovaného od tříletého chlapce jménem OKA s typickým průběhem planých neštovic. Všechny živé vakcíny v současnosti doporučované Světovou zdravotnickou organizací k očkování jsou odvozené právě od tohoto kmene OKA vyráběného v Biken institutu v Japonsku (Research Institute for Microbial diseases, Osaka University).

Ačkoliv používání živých vakcín je obecně kontraindikované u imunosuprimovaných osob, byla vakcinace atenuovaným kmenem OKA původně použita v Japonsku právě u dětí s oslabeným imunitním systémem, a to u dětí s diagnózou leukémie nebo jiných malignit, pro vysoké riziko smrti spojené s infekcí planých neštovic. Již první studie demonstrovaly neškodnost a dobrý protektivní efekt tohoto očkování u imunosuprimovaných osob. Tyto výsledky byly následně potvrzeny velkým počtem studií zahrnujících jak imunosuprimované osoby, tak zdravé děti, adolescenty i dospělé v Japonsku a USA.

Vakcína se podává subkutánně, stejně jako jiné živé oslabené vakcíny (MMR, žlutá zimnice), i když se ukázalo, že po intramuskulární aplikaci je dosaženo podobné imunitní odpovědi (sérokonverze).

U zdravých dětí ve věku od 12 měsíců do 12 let se podává pouze jediná dávka vakcíny, zatímco u osob ve

věku starším než 12 let závisí počet podaných dávek na konkrétní použité vakcíně. K navození dostatečné imunitní odpovědi po podání vakcíny firmy Aventis Pasteur stačí pouze jediná dávka, pro vakcíny jiných výrobců (GSK, MSD) je nutné použít dvojdávkové schéma v intervalu 4–10 týdnů.

Pro imunosuprimované osoby se doporučuje podávat dvě dávky vakcíny v jakémkoliv věku, a to v intervalu 3 měsíců. V případě anti-tumorové léčby je nutné tuto léčbu přerušit na jeden týden před vakcinací a jeden týden po vakcinaci, aby se dosáhlo maximálního imunitního účinku. Očkují se pouze děti v remisi trvající minimálně 12 měsíců, u nichž je počet lymfocytů vyšší než 700/mm³.

Ve studiích byla rovněž vakcína proti planým neštovicím s úspěchem použita pro postexpozici profylaxi. U dětí, které byly v rodinném prostředí, případně v nemocnici vystaveny v předešlých 3 dnech infekci virem Varicella Zoster, byla dosažena po naočkování kompletní prevence tohoto onemocnění nebo alespoň zmírnění projevů nemoci ve srovnání s kontrolní skupinou.

Dle publikovaných studií je u zdravých dětí dosažena téměř 100% sérokonverze po aplikaci jediné dávky. Zvýšené titry protilátek přetrvávají po dobu minimálně 10 let, podle některých zdrojů i po dobu 20 let, pravděpodobně díky booster efektu přirozeným virem varicely v prostředí. Zhruba 95% očkovaných je po expozici viru chráněno před vážnou formou onemocnění planými neštovicemi. Očkované osoby mohou v určitém procentu onemocnět velice mírnou formou planých neštovic (pouze několik kožních lézí, mírná teplota, rychlý průběh onemocnění). Často je onemocnění tak mírné, že není jednoduché stanovit diagnózu onemocnění planými neštovicemi (podobnost s hmyzím pokousáním). Nicméně vakcinované osoby s mírným průběhem onemocnění mohou být potenciálně infekční pro vnímavé osoby v jejich okolí.

Dospělí dosahují podobných titrů protilátek v závislosti na typu použité vakcíny a počtu dávek.

Jak z hlediska účinnosti tak z hlediska bezpečnosti je vakcína proti planým neštovicím (OKA kmen) široce studována již od doby jejího vývoje v r. 1970. Na základě premarketinkového i postmarketinkového sledování bezpečnosti vakcíny je možno říci, že se jedná o velice dobře tolerovanou vakcínu s minimem nežádoucích účinků.

Riziko nežádoucích reakcí po podání vakcíny proti planým ne-

štovicím (OKA kmen) je vyšší u vysoce rizikových osob (imunosuprimované osoby s hematologickými a jinými malignitami). Lokální reakce (zatvrdnutí, zarudnutí, otok) mírné intenzity se objevují za jeden až třináct dní po aplikaci vakcíny u 18,9 % subjektů po první injekci a u 16 % subjektů po druhé injekci a přetrvávají po dobu jednoho až sedmi dnů.

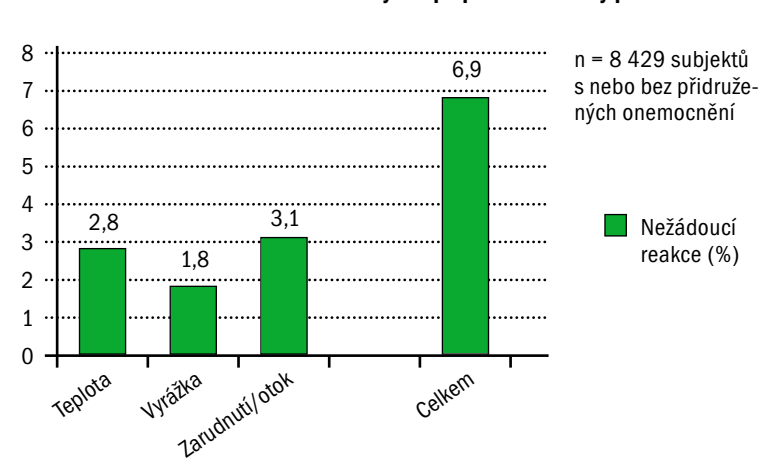
Celkové reakce se stejně jako lokální reakce objevují mezi prvním až dvanáctým dnem po očkování a ve většině případů přetrvávají po dobu pěti až patnácti dnů. Febrilní reakce byly pozorovány v méně než 10% případů. Makulo-papulózní erupce se objevila u 14 % očkovaných první injekcí a u 6% očkovaných druhou injekcí. Firma Aventis Pasteur provedla v tomto roce další krok k vyšší bezpečnosti a lepší snášenlivosti vakcíny proti planým neštovicím a má k dispozici jako jedinou vakcínu bez přítomnosti albuminu a želatiny ve složení očkovací látky.

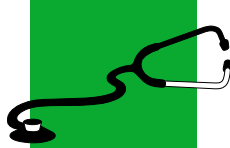
Imunizační strategie jednotlivých států proti planým neštovicím jsou různé. Od vakcinace dětí v riziku, které trpí některou formou imunodeficiency, přes vakcinaci dětí s hematologickými nebo jinými generalizovanými malignitami či tumory (např. Francie) až po plošné očkování všech dětí (USA od r. 1996) a očkování osob žijících ve společné domácnosti s imunosuprimovanými dětmi.

Udává se, že v USA v roce 1990 každý dolar vynaložený na systematické očkování proti varicelle v konečném důsledku vedl k úspoře 5,4 dolarů na přímých i nepřímých nákladech (Grafy CDC). Průměrná cena na léčbu varicely byla 16 USD, ke které se ale musí přidat ztráta 201 USD pro pracovní neschopnost. Ve srovnání s tím je cena systematického očkování dětí odhadována na 4,2 USD na každý případ varicely, kterému tak bylo díky očkování zabráněno. Podle výsledků jedné americké studie z roku 1985 se odhaduje, že na každých 100 tisíc dětí naočkových proti varicelle v 15 měsících věku se ušetřilo 1,7 miliónů dolarů na přímých nákladech a 9,8 miliónů dolarů na nepřímých nákladech, zatímco na rutinní očkování v kombinaci s ostatními vakcínami muselo být vynaloženo pouze 4,8 miliónů dolarů.

Graf č. 1

Nízká incidence nežádoucích reakcí 6 týdnů po podání vakcíny proti varicelle





Myasthenia gravis dětského věku

MUDr. J. Piřha

Neurologická klinika FNKV a 3. LF UK Praha

Souhrn

Myasthenia gravis je nejčastějším onemocněním, které postihuje nervosvalový převod. Rozvíjí se na imunopatologickém podkladě, kdy v tkáni thymu dochází k produkci protilátek proti acetylcholinovému receptoru na postsynaptické membráně nervosvalové ploténky, které receptor inaktivují. Onemocnění se projevuje nadměrnou unavitelností a slabostí kosterního svalstva. Časná diagnostika umožňuje zvolení účinných terapeutických metod, které zejména u pacientů dětského věku dokáží navodit trvalou remisi onemocnění.

Klíčová slova

myasthenia gravis, poruchy nervosvalového převodu

Úvod

Nervosvalové spojení je skutečně jednoduchou synapsí, tvořenou terminálním zakončením motorického nervu, synaptickou štěrbinou a postsynaptickou membránou, tvořenou povrchem svalového vlákna příčně pruhovaného svalu. V presynaptickém nervovém zakončení dochází k produkci acetylcholinu, který se hromadí v synaptických vezikulách. Postsynaptická membrána tvoří velké množství záhybů, na jejichž povrchu se exprimují nikotinové acetylcholinové receptory (AChR). Nervosvalový přenos se uskuteční uvolněním kvant acetylcholinu poté, co akční potenciál depolarizuje presynaptickou membránu influxí kalcia a uvolněné molekuly acetylcholinu se váží na AChR. Tím dojde k otevření ionoforu receptoru a po dosažení kritické hodnoty se generuje akční potenciál, který se převádí do transversálního tubulárního systému, který uvolněním kalcia v sarkoplasmě aktivuje interakci aktinu a myosinu, což v konečném důsledku vede ke svalové kontrakci (1).

AChR je membránový glykoprotein, který je složen z 5 podjednotek: 2 heterodimerů alfa, dále pak beta, delta a buď epsilon či gama. Takzvaný adultní typ receptoru obsahuje podjednotku epsilon, fetální typ receptoru, či denervovaná svalová vlákna obsahují podjednotku gama. Kosterní svaly obsahují převážně podjednotku epsilon. Oba typy receptorů se liší dobou otevření iontového kanálu a imunogenními vlastnostmi. Hlavní

imunogenní region se nachází v oblasti alfa podjednotky (2).

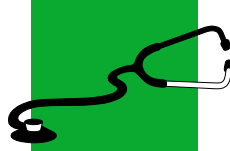
Poruchy nervosvalového přenosu mohou být způsobeny buď geneticky podmíněnými poruchami struktury, či funkce přenosu (kongenitální myastenické syndromy), toxickým postižením, či imunitně podmíněnými poruchami neuromuskulární transmise.

Mezi nejčastější poruchy nervosvalového přenosu patří získaná autoimunitní myasthenia gravis (MG). Toto onemocnění bylo popsáno již v 17. století. Na experimentálním modelu této nemoci (experimentální autoimunitní myasthenia gravis - EAMG) byly poznány imunitní mechanismy, které vedou k patologickým změnám v thymu. V subkortikálních oblastech tkáně brzlíku se tvoří germinativní centra, která jsou morfologicky patrná jako folikulární hyperplasie. Tu lze pozorovat u více než 2/3 všech pacientů, převážně však mladšího věku. V germinativních centrech dochází k expresi antigenních epitopů AChR, potenciálních autoantigenů, které se vyskytují na myoidních buňkách, normálně přítomných v thymu. Selháním přirozené autotolerance dochází k navození patologické autoimunitní reakce. Dochází k produkci autoreaktivních T lymfocytů, které navodí dysregulaci v oblasti buněčné i humorální imunity. Výsledkem těchto pochodů je produkce protilátek proti AChR autoreaktivními B lymfocyty, které můžeme prokázat u cca 80% všech pacientů. Tyto protilátky, převážně typu IgG se váží na 2

sousední AChR na postsynaptické membráně nervosvalové ploténky. V první fázi dochází k funkční blokádě receptorů, trvá-li tento stav delší dobu dojde je strukturálním změnám, které destruuji postsynaptickou membránu se simplifikací postsynaptických záhybů, rozšířením synaptické štěrbině a zánikem receptorů. Dojde-li k překročení funkční rezervy nervosvalového přenosu, objeví se klinické příznaky onemocnění(3).

MG se vyskytuje převážně v dospělosti, s výraznější predominancí mladších žen a starších mužů. Její prevalence je cca 10 pacientů na 100 000 obyvatel. Podíl dětských pacientů (s počátkem onemocnění do 15 let věku) činí v evropských zemích kolem 10%. Je zajímavé, že v asijských zemích tento podíl dosahuje až jedné třetiny. Tento fakt souvisí nejspíše i se skutečností, že MG je asociována s určitými konkrétními haplotypy v HLA systému. Choroba není dědičná v pravém slovy smyslu, ale vnímavost k MG je zvýšená vzhledem k polygennímu charakteru onemocnění(4).

U méně než 10% matek může dojít k manifestaci klinických příznaků MG u novorozenců, tuto formu nazýváme tranzitorní neonatální myastenii. Nejspíše se jedná o pasivní transplacentární přenos autoproti-látek do krevního oběhu novorozence. Obtíže se mohou objevit cca do 72 hod. po porodu a nepřesahují zpravidla 6 týdnů. U dětí myastenických matek se rovněž vyskytuje o něco častěji velmi vzácná anomálie, arthrogryphosis congenita.

**Klinický obraz a průběh nemoci**

Klinický obraz u dětských i dospělých pacientů se příliš neliší. MG dětského věku se nemanifestuje před 1 rokem života. Typickými projevy onemocnění je výrazně kolísající unavitelnost a slabost kosterních svalů, která se zvyrazňuje po fyzické zátěži a zlepšuje se po odpočinku. Příznaky se často objevují během dne s akcentací v odpoledních a ve-

při činnosti se vzpaženými pažemi, běhu apod. Naštěstí, zejména u dětí dokážeme předejít tzv. myastenické krizi, ke které může dojít postupnou progresí onemocněním se selháním respiračních svalů (5).

Onemocnění probíhá většinou monofazicky. Existují ale různé provokující vlivy, které buď onemocnění manifestují, či jejich vlivem může dojít k exacerbaci. Jsou to

Jedinou možností, jak ověřit, někdy velmi suggestivní anamnestické údaje je simulovat unavitelnost zátěžovými testy, jako např. usilovným pohledem vzhůru (Simpsonův test), delší artikulací (Seemanův test), opakovanou abdukci a addukci paží, Trendelenburgovým postojem, kdy na straně flektované končetiny dochází k postupnému poklesu pánve apod. Kombinace postižení různých

tab. č. 1

Ossermanova klasifikace myasthenia gravis

Skupina	Forma	Distribuce svalového oslabení	Klinické příznaky
I.	Okulární	Extraokulární svaly	Ptóza, diplopie
II.A	Lehká, generalizovaná	+ svaly pletencové a šíjové	Slabost paží, DK, padání hlavy
II.B	Střední, generalizovaná	+ svaly faciofaryngeální	Dysarthrie, dysfagie
III.	Akutní, fulminantní	Rychlý rozvoj, hrozící myastenická krize	Jako předchozí
IV.	Pozdní (rozvoj z I.-II.)	Generalizované postižení	Jako předchozí

černých hodinách. Předilekčně jsou postiženy svaly okohybné a faciobulbární (svaly s malými motorickými jednotkami), dále svaly šíjové, pletencové. Typické je, že oslabené svaly jsou inervovány z různých periferijních nervů.

U více než 50% pacientů se iniciální příznaky onemocnění objeví v oblasti svalů okohybných a dokonce u cca 20% pacientů se onemocnění po celou dobu negeneralizuje, takže jsou trvale postiženy jen svaly extraokulární. V tomto případě se jedná o fokální, okulární formu MG. Subjektivně udávají pacienti diplopii, někdy pocit zamlženého vidění, tlak, či padání víček. Je zajímavé, že se tyto příznaky mohou objevit při zatížení zcela odlehklých svalových skupin, pochopitelně ale i při aktivaci těchto svalů samotných, např. oslněním, delším čtením sledováním televize apod.

Klinické příznaky v oblasti svalů facio-bulbárních se projevují velmi pestrými projevy. Nejčastěji jde o poruchy příjmu potravy s postupně narůstajícím oslabením při kousání, poruchy zpracování potravy jazykem a obtížné polykání tekutých soust se zatékáním do nosu, či drobnějších soust se zakuckáváním. Typickým příznakem je kolísající poruchy artikulace, opět v závislosti na předchozí zátěži. Řeč je převážně hůňavá, někdy až nesrozumitelná. Slabost v oblasti šíjového svalstva se projevuje padáním hlavy. Klinické příznaky v oblasti svalů pletencových se manifestují opět převážně při větší zátěži, např.

především neléčené infekty, stresové situace, ale i medikace léky, které mohou zhoršit nervosvalový přenos. Mezi tyto medikamenty patří zejména aminoglykosidová a tetracyklinová antibiotika, benzodiazepiny, blokátory kalciových kanálů a mnohá další. Je prokázáno, že např. některé léky, např. penicilamin, či interferon alfa mohou myasthenii indukovat, většinou v konstelaci s určitými HLA haplotypy.

MG je často asociována s jinými autoimunitními chorobami, nejčastěji z okruhu thyreoideální skupiny. U cca 12-15% pacientů je MG projevem paraneoplastickým v souvislosti s výskytem thymomu. U dětí do 10 let je však manifestace thymu raritní.

Osserman klasifikoval MG dle lokalizace svalové slabosti a unavitelnosti a prognózy do 4 kategorií (tab. 1). U dětských pacientů se nejčastěji objevují iniciální příznaky v oblasti svalů okohybných a pletencových.

Diagnostika

Diagnostika se opírá o typické klinické projevy, elektrofyziologické vyšetření, průkaz autoprotilátek a event. CT či MR vyšetření mediastina.

Klinické podezření na MG může být ztíženo tím, že pacientovy anamnestické údaje jsou v diskrepanci se zdánlivě normálním objektivním neurologickým nálezem. Nenacházíme poruchy šlachookosticových reflexů, nejsou poruchy citlivosti, ani svalové atrofie.

svalových skupin s výraznými prvky fluktuační a pozátěžové akcentace svalové slabosti musí vzbudit podezření na poruchu nervosvalového přenosu. Obtížnější je diagnostikovat onemocnění s fokálními projevy, tzv. okulární formu MG. Tehdy si pomáháme např. chladovým testem, kdy po zchlazení pokleslého víčka se ptóza zlepšuje, či Gorelickovým fenoménem, kdy při asymetrické ptóze pasivním zvednutím více pokleslého víčka docílíme zhoršení ptózy na druhé straně. Podezření na MG si můžeme ověřit rovněž rychle účinkujícím symptomatickým lékem. Po podání neostigminu se mohou klinické příznaky zlepšit nebo ustoupit.

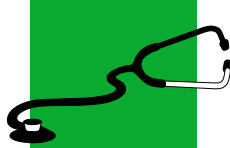
Klinické podezření na MG si můžeme ověřit elektrofyziologickým vyšetřením, tzv. nízkofrekvenční repetitivní stimulací periferijního nervu, kdy po aplikaci supramaximálního stimulu dochází k dekrementu sumačního akčního potenciálu nad inkriminovaným svalem o více než 10% po 4.-5. stimulu. Senzitivnější metodou je provedení single fibre EMG, kdy patologickým nálezem je prodloužení intervalu mezi dvěma potenciály sousedních svalových vláken či nemožnost vyvolat žádný potenciál.

Protilátky proti AChR jsou přítomné u cca 80% pacientů s generalizovanou formou onemocnění a u 50% nemocných s okulární formou choroby. Negativní nález proto MG nevylučuje.

Vyšetření CT, či MR mediastina je důležité

nutridrink

nutridrink



tab. č. 2

Diferenciální diagnostika myastenii dětského věku

	Tranzitorní neonatální	Kongenitální	Autoimunitní MG
Matka s MG	Vždy	Ne	Raritní
Začátek	0 – 72 hod. po porodu	Většinou po narození	Po 1.roce života
Typ	Generalizovaný	Převážně okulární	Všechny typy
Průběh	Ústup do 6 týdnů	Stacionární nebo progresivní	Většinou benigní
Dědičnost	Vyjímečně	Ve více než 50%	Cca 10% familiárních případů
Protilátky proti AChR	Positivní	Negativní	Negativní i pozitivní
Reakce na thymektomii	Žádná, neprovádí se	Žádná	Většinou příznivá
Reakce na kortikoidy	Nepodáván	žádná	variabilní

zejména v případech, kdy neindikujeme provedení thymektomie k vyloučení případného thymomu (5,6,8).

Terapie

Prognóza dětských pacientů s MG bývá obecně lepší než u adultní formy, nicméně i u dětí je pravděpodobnost postupné progresy choroby, která může vyústit do myastenické krize velmi vysoká.

U lehčích forem onemocnění většinou vystačíme se symptomatickou terapií inhibitory cholinesterázy, které zvyšují nábidku acetylcholinu v oblasti nervosvalové ploténky. Lékem první volby je pyridostigmin (Mestinon), který dáváme individuálně dle denních aktivit pacienta (většinou 3–4x denně 0,5 – 1 dražé). Razantnější, ale kratší dobu účinku vykazuje neostigmin (Syntostigmin), delší efekt je pozorován u ambenonia (Mytelase) a distigminu (Ubretidu). Předávkování těmito léky se projevuje nejčastěji muskarinovým efektem (slinění, průjmy apod.).

Ve snaze vyhnout se podání kortikosteroidů nebo imunosupresiv při riziku progresy onemocnění je přes určitou kontraveznost doporučováno většinou i u dětí provedení transternální thymektomie. Hlavní námitky spočívají v argumentu, že operativní odstranění brzlíku před pubertou může nepříznivě ovlivnit imunitní systém. Literární zkušenosti, ale i naše dlouhodobé výsledky však nikdy neprokázaly defekty v oblasti buněčné i humorální imunity, naopak dětští pacienti po provedené thymektomii mají rychlejší tendenci k navození klinické remise s možností vysazení i symptomatických léků.

Ovlivnění relapsu onemocnění, či řešení myastenické krize spočívá v aplikaci plazmaferézy nebo vysokých dávek intravenózních imunoglobulinů (v případě krize zavedení

umělé plicní ventilace).

V terapii MG je nutné uplatňovat i režimová opatření, zejména v případě manifestace klinických příznaků. Dítě nemá být vystaveno větším fyzickým nárokům i banálnější infekce by měly být přeléčeny antibiotiky apod. (7,8).

Kongenitální myastenické syndromy

Mezi kongenitální myastenické syndromy patří velmi vzácné, převážně dědičné choroby, které spočívají v poruše struktury nebo funkce nervosvalového přenosu. Rozlišují se poruchy presynaptické (poruchy syntézy, hromadění či uvolňování kvant acetylcholinu) poruchy postsynaptické, spočívající většinou v poruše kinetiky AChR, či deficit acetylcholinesterázy. Tyto poruchy jsou většinou autozomálně recesivně dědičné. Nejčastější chorobou této skupiny je familiární infantilní myastenie, kdy je kromě svalové slabosti a navitelnosti po porodu patrná i výrazná hypotonie. Klinické příznaky jsou podobné jako u MG, bývá častější postižení okohybných svalů. U některých myastenických syndromů jsou účinné inhibitory acetylcholinesterázy (9).

Diferenciální diagnostika myastenii dětského věku

Kromě jiných neurologických poruch, imitujících poruchy nervosvalového přenosu (mitochondriální encefalomyopatie, parézy okohybných nervů, blefarospasmus, tumory mozku kmene, polyneuropatie apod.) je třeba odlišit i jednotlivé typy poruch neuromuskulární transmise, jak vyplývá z tab. č. 2.

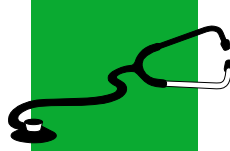
Závěr

Myasthenia gravis je v současné době re-

lativně dobře léčitelné onemocnění, zejména v dětském věku. Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně vzácné onemocnění s velmi specifickými rysy, spočívajícími v složitější diagnostice a specifické léčbě, osvědčila se centralizovaná péče o tyto pacienty. Již v 80 letech vznikl dispenzář pro diagnostiku a terapii myasthenia gravis při neurologické klinice 1. LF UK, který systematicky sleduje kromě pacientů dospělých i několik desítek dětských pacientů.

Literatura

- Engel A.E.: *Anatomy and molecular architecture of the neuromuscular junction. In: Myasthenia gravis and myasthenic disorders, Oxford University Press Inc., 1999, s. 3–39*
- Unwin N.: *Acetylcholine receptor channel imaged in the open state. Nature, 1995, 373, s. 37–43*
- Newsom-Davis J., Harcourt G., Soomer N. et al.: *T cell reactivity in myasthenia gravis J Autoimmunity, 1989, 2 Suppl.: s. 101–108*
- Kraus J., Piřha J.: *Juvenilní myasthenia gravis. Naše zkušenosti s příznivým terapeutickým efektem thymektomie, Čs. Pedat., 53, 1998, s. 670–678*
- Anlar B.: *Juvenile myasthenia: diagnosis and treatment, Paediatr Drugs, 2(3), 2000, s. 161–169*
- Piřha J., Bakosová, M., Šmat. Et al.: *Praktické zkušenosti s diagnostikou a terapií myasthenia gravis, Prakt Lék., 9, 1005, s. 415–420*
- Piřha J.: *Současné léčebné možnosti myasthenia gravis, Remedia, 4, 1994, s. 1966–173*
- Piřha J.: *Imunitně podmíněné poruchy nervosvalového přenosu, In: Havrdová E. a kol. Neuroimmunologie, Maxdorf, 2001, s. 279–295*
- Špalek P.: *Kongenitální myastenické syndromy, Čs Neurol Neurochir, 54/87, 1991, s. 198–2000*



Pohybové poruchy v kojeneckém věku

MUDr. Dagmar Kuklíková

Ambulance dětské neurologie, Praha 4

MUDr. Věra Masaříková

Ambulance léčebné rehabilitace, Praha 10

Vývoj hybnosti se děje prostřednictvím geneticky daných programů a to programů dvou funkčně provázaných systémů – systém motor hold (držení) a systém motor move (fázický).



Spouštěcím faktorem vývoje těchto systémů je senzoričká aferentace – začínající schopnost optické fixace ve 4. – 6. týdnu věku dítěte. Snaha o orientaci u kojence automaticky aktivuje vzorec motorického chování – držení těla – který optickou fixaci umožní.

Novorozeneček je neschopný cílené motoriky. Položen na záda (obr. 1) zaujímá asymetrickou polohu s konvexitou na čelistní straně, ve vzorech šijních šablon. Změna polohy se děje dystonickou kinesou. Položen na břicho (obr. 2) má oporu v oblasti sternu, zvýšenou flekční pánev, hlava je nižší než pánev.

Zráním optické orientace, v době již schopnosti optické fixace ve 4. – 6. týdnu, zruší kojeneček na zádech polohovou asymetrii, těžištěm těla se stane oblast pod lopatkami, dolní končetiny jsou drženy ve flexi nad břichem – pánevní pletenec je držen antigravitačně – hlava je uvolněna z opory o záhlaví a je schopna plynulého otáčení za sledovaným objektem (obr. 3).

Tříměsíční kojeneček položený na břicho (obr. 4) reaguje snahou orientovat se hlavou v prostoru. Automaticky se objevuje motorická funkce tzv. prvního vzpřímení – opora o lokty a podbříšek, extenze krční a hrudní páteře realizující držení hlavy vně opěrné báze a tím

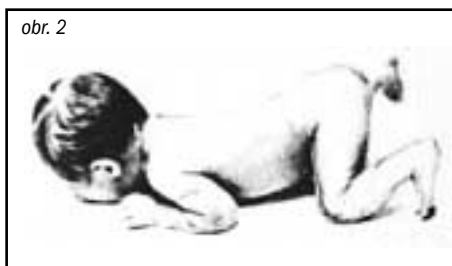
schopnost pohybu hlavy rotací krční páteře. Dítě otáčející hlavu za objektem udrží stabilitu těla na předloktcích.

V rámci posturální ontogeneze probíhá integrovaně vývoj držení těla a vývoj lokomoce – stabilita těla v jednotlivých úrovních vzpřímení kojence je podmínkou jeho schopnosti uchopit dosažitelný předmět rukou, schopnosti se k předmětu přiblížit.

Ve fyziologickém vývoji je kojeneček schopen stability těla ve 3 měsících na předloktcích, v 6 měsících dlaních, na boku v 5–6 měsících, v kleku v 8 měsících, v kvadrupedálním postoji u opory v 10 měsících, krátce na 1 noze po dvanáctém měsíci.

Dosažený stupeň stability je předpokladem adekvátní lokomoční aktivity kojence – otáčení v 6 měsících, pivotování v 7 měsících, lezení v 9 měsících, obcházení po jedenáctém měsíci a chůze po dvanáctém měsíci.

Určité procento kojenců (je udáváno 20–30%) má v době vývoje integritu systému držení a fázického systému porušenu. Z největší části jde o lehkou poruchu vývoje hybnosti u kojenců s prostorovou dezorienta-



ci vlivem zevních podmínek. Závažná porucha vývoje hybnosti je udávána v promílených, jde o kojence s následky perinatální hypoxické encefalopatie, kojence s vrozenými vadami nervosvalového aparátu nebo s vrozenými vadami nervosvalového systému závažně ovlivňujícími, nebo s poruchou vývoje mentálního spojeného s redukcí snahy o orientaci v prostředí.

Vývojové poruchy hybnosti „zdravých“ ko-

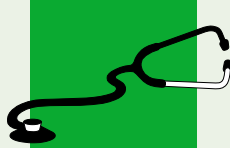
jenců velmi často startují z ukládání dítěte v polohách pro realizaci posturální ontogeneze abnormních. Část kojenců zvyklých na optickou orientaci z pasivního nadzvednutí v lehátkách, sedátkách a nejrůznějších opěrkách, následně jak symetrickou stabilní polohu na zádech, tak i oporu na břichu touto



demotivací nerealizují. Neschopnost systému držení těla vede kojence k nespokojenosti v době umístění mimo lehátka, a stále častěji aplikovaná pasivní částečná vertikalisace je začátkem vývoje vadného držení, eventuálních skolióz. Podobně rušivě zasahuje kojence v době vývoje lezení a obcházení náhrada této aktivity arteficiální motorikou v chodítku a hopsadle.

U kojenců s rizikovou perinatální anamnézou a eventuálním podezřením na mozkovou hybnou poruchu je pro léčení zásadní důležitostí včasná diagnostika a v průběhu prvního trimenonu zahájená adekvátní rehabilitace. V této periodě nejsou ještě u dítěte fixovány náhradní patologické vzory, které jsou příčinou ireverzibility motorické vady a příčinou svalových a kloubních poruch. Speciální diagnostika vývojové poruchy hybnosti je založena:

- na vyšetření posturální aktivity – t.j. spontánního držení a lokomoce dítěte, které může signalizovat opoždění
- na vyšetření posturální reaktivity – vyšetřením Vojtových polohových reakcí, které odhalí odchylky od normy v reakci dítěte na náhlou změnu polohy těla v prostoru
- neurologické vyšetření se zaměřením na symptomatologii spastickou, mozečkovou a extrapyramidovou



obr. 4



- pro volbu vhodné terapie zjištěné poruchy hybnosti se změnami posturálními i neurologickými je nutné provedení komplexního etiopatogenetického vyšetření.

V diagnostice hybných poruch kojence je důležitá správná interpretace svalového tonusu. Svalový tonus je výsledkem normální metabolické situace organismu, integrity centrální a periferní nervové soustavy, integrity nervosvalového přenosu, svalů a kloubů. Závisí na vigilitě dítěte a na poloze dítěte. V neurologickém vyšetření, se zúžením pozornosti na neuromuskulární jednotku, je svalový tonus a změny svalového tonu vyjádřením ideálního – nebo porušeného vztahu agonistických a antagonistických svalů. Svalový tonus je vyjádřením aktuální posturální situace. Porucha posturální reaktivity je u kojence a dítěte nejčastější příčinou abnormního svalového tonu.

V závěru bych ráda obrátila pozornost na důležitost vztahu polohy a pohybu ve fyziologickém vývoji hybnosti (postulovaný R. Magnusem již v r. 1916 „Each accurate movement starts from a definite posture and ends in the posture. More then, the posture follows the movement like a shadow“.).

Dle Magnusova postulátu každému správnému cílenému pohybu musí předcházet stabilní držení těla. Kojenec v prostoru nestabilní není schopen správného a k věku očekávaného pohybu. Protože ale vertikalisační tendence je velmi silný instinkt, dítě i při poruše stabilního držení se snaží dosáhnout vzpřímení a dosáhne jej, ale abnormními nebo patologickými pohybovými vzory. Za situace nervosvalové poruchy, ale i pro restrikcii pohybové aktivity kojeneckými sedátky-lehátky-chodítka, následná abnormita lokomočních vzorů ovlivňuje správný růst, tvar a činnost myoskeletálního systému a startuje budoucí ortopedické vady.

Literatura:

1. Kol. autorů: *Pohybový systém a zátěž*. Grada publ., Praha, 1997.
2. Vojta, V.: *Mozkové hybné poruchy*. Grada publ., Praha, 1993.
3. Věle, F.: *Kineziologie pro klinickou praxi*. Grada publ., Praha, 1997.

Borrelioza - ano či ne?

MUDr. Ruth Adamová

PLDD – střední Čechy

V posledních letech se stále více ve svých ordinacích setkáváme s neúměrnou obavou rodičů dětí z klíšťat a z nemocí, které klíšťata přenášejí. Naším úkolem v těchto případech je tyto obavy usměrňovat, seznamovat pacienty s tím, jak se chovat, jestliže dojde k přisátí klíštěte i s možnou prevencí v případě klíšťové encefalitidy. Podle mého názoru z poslední doby však ještě větší obavu rodičů vyvolává zmínka o borrelioze. Je to nemoc, se kterou se zdravotnická veřejnost měla možnost opakovaně seznamovat na nejrůznějších tematických akcích a ve velkém množství odborných článků. Mám pocit, že se nepřiměřeně často zahrnuje vyšetřování protilátek proti borrelioze v rámci vyšetřování našich pacientů pro různé celkové obtíže a jejich pozitivita, mnohdy přechodná, nás pak diagnosticky zavádí k nesprávnému léčebnému postupu. Sami tak mimoděk přispíváme k pocitu laiků, že jde o onemocnění velice časté a nebezpečné. Ráda bych proto na stránkách našeho časopisu tuto problematiku rozvířila. Předkládám kazuistiku 3 pacientů, kteří v posledním roce prošli mou ordinací a u kterých byla v rámci konziliárních vyšetření stanovena diagnosa borreliozy.

O odborné posouzení byla požádána paní as. MUDr. Věra Štruncová, specialista na neuroinfekce z Infekční kliniky FN Plzeň.

■ Kazuistika I.

Pacientka S. B. 29. 6. 1994

OA: normální perinatální anamnesa. V kojeneckém věku mírné ekzémové projevy. Běžná nemocnost.

NO: v dubnu 2001 přichází matka s dcerou na vyšetření pro opakované bolesti hlavy a zvýšenou únavnost trvající asi měsíc.

Dívka dobře prospívá, nejsou žádné

další chorobné projevy, nehubne.

Bolesti hlavy bez vazby na denní dobu, ve spánkové krajině, nezvrací.

Probrán denní režim dítěte – mimoškolní aktivity

Osobnost matky – velmi pečlivá až úzkostlivá, ráda slyší na problém názory více lékařů

Osobnost dítěte – chodí do 1. třídy, snaživá, má obavy, aby měla vše do školy v pořádku.

Přípravě do školy rodina věnuje hodně času.

Stres v rodině v souvislosti s Ca prsu babičky.

Rodina dobře funkční

Ambulantní vyšetření – matce vysvětlen plán – zkusíme vše provést ambulantně Doporučena některá režimová opatření, především vzhledem k přípravě do školy

Vyšetření: FW, KO, moč, základní biochemie – v normě ORL, oční vyšetření – negativní RTG C páteře – normální nález

S těmito podklady odeslána na neurologické vyšetření. Zde doporučeno doplnit ještě odběr protilátek proti klíšťové encefalitidě a borrelioze

Provedeno CT vyšetření – nález negativní.

Matka po několika dnech telefonicky kontaktuje neurologa s tím, že dítě opět bolí silně hlava, dítě odesláno k hospitalizaci.

V nemocnici znovu provedeny všechny výše uvedené odběry (včetně ORL, očního, RTG vedlejších dutin) – vše v normě

Navíc provedeno T3, T4, TSH – norma Glykemický profil – v normě

Anti borrelioza: IgM 0, 838, IgG negat.

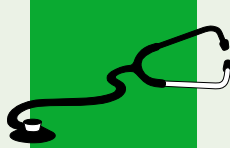
Anti EBV, CMV, MEK – negativní

Závěr propouštěcí zprávy z dětského oddělení: Borreliosis.

Během hospitalizace děvče nemělo žádné potíže, na bolest hlavy si nestěžovala

Vzhledem k pozitivitě IgM protilátek

alergodil



nasazen Amoclen, užívala celkem 2 týdny Vit. B12 2x týdně

Režimová opatření – během prázdnin dítěti zrušen letní tábor, nesměla na sluníčko Za 7 týdnů po léčbě proveden kontrolní serologický odběr – IgM i IgG (Elisa) proti borrelióze negativní Během prázdnin bolesti hlavy mírnější a méně často, nicméně přetrvávají .

Komentář as. MUDr. Štruncové ke kasuistice I.:

Obtíže bych hodnotila jako tenzní bolesti hlavy a doporučila sledování neurologem a psychologem. Onemocnění borreliózou považuji za nepravděpodobné, antibiotickou léčbu bych neindikovala. Bolest hlavy je jen příznak, který může mít 50 příčin. Samozřejmě je jedním z příznaků borreliového zánětu – serózní meningitidy, Bannwartova syndromu, nebo v rámci časného stadia borreliózy flu like syndromu. U pacientky chybí pozitivní epidemiologická anamnéza (přisáté klíště, pobyt v endemické oblasti, vývoj příznaků), chybí klinický neurologický náález borreliového zánětu (nejčastěji meningeální příznaky, paréza mozkových nervů, kořenové bolesti).. Chybí vyšetření likvoru – biochemické, imunologické, včetně potvrzené intrathékalní syntézy antiborreliových protilátek v IgG, event. vyšetření PCR)(2). V séru byla jen nízká hladina protilátek v IgM, nedošlo k sérokonverzi – chybí IgG protilátky, které jsou důkazem i jen prodělané nákazy. Zachyceny zřejmě jen nespecifické protilátky ve třídě IgM, došlo k jejich rychlému vymizení, možná je i laboratorní chyba. Antibiotická léčba byla bez výrazného efektu

■ Kasuistika II. Pacientka J.K. 1986

Dospívající dívka. V posledních letech prakticky nestonala.

Na počátku puberty vyšetřována pro kolapsové stavy – uzavřeno jako orthostatická hypotenze

NO: Vyšetřena 15. 7. 2001 pro vysoké teploty, celkovou zchvácenost, 2. den trvajícím průjem – četné vodnaté stolice s hlenem, nezvracela.

Pro hraniční hydrataci a naznačené meningeální příznaky odeslána na spádové dětské oddělení s podezřením na salmonelozu.

Po přijetí zavedena infuzní terapie, nasazen Biseptol

Během 12 hodin pokles teploty na subfebrilie, stolice podstatně méně frekventní, meningeální příznaky ustoupily.

Vyšetření: FW 15/38 ... 20/45

KO: leukocytosa 21 tis. se zánětlivým posunem (tyče 27) – kontrola v normě CRP 321...177...51, 1

Biochemie: JT v normě, jen lehce zvýšené AST (méně než 1, 0) – kontrola v normě Ionty, urea, kreatinin – opakovaně v normě

Stolice na kultivaci: Salmonella typhimurium

Anti borrelióza IgM 1, 754 IgG negat.

Anti EBV vyšší titr protilátek – nespecifikováno Anti CMV KFR 8 IgM pozitivní

Anti MEK IgM pozitivní, IgG negativní.

Anti HA, B, C negativní.

Závěr hospitalizace: Borreliosis, léčba Amoclenem 2 týdny

Kontroly v neurologické ambulanci během léta opakovaně.

Kontrolní serologie 27. 8. 2001 anti Borreliie IgM negativní, IgG negativní

Komentář as. MUDr. Štruncové ke kasuistice II.:

DG: Salmonelóza – Salmonella typhi murium těžší průběh onemocnění

Onemocnění borreliózou považuji za nepravděpodobné, léčbu na borreliózu bych neindikovala. Průjem s akutním průběhem nepatří mezi obrazy borreliózy. Gastrointestinální symptomatologie u borreliózy je extrémně vzácná, projevuje se spíše chronickou bolestí břicha, chronickým průjmem, gastroezofageálním refluxem, přítomností krve ve stolici, inkontinencí, hepatitidou (5). Opět chybí epidemiologická anamnéza – přisáté klíště, pobyt v endemické oblasti. Anamnéza, průběh s akutním začátkem s celkovou schváceností a meningismem, klinický náález průjmu, laboratorní nálezy včetně pozitivní kultivace jsou typické pro salmonelozu vyvolanou Salmonelou typhi murium. Sérologické vyšetření prokázalo jen nespecifickou séropozitivitu nejen v IgM ELISA antiBorreliie testu, ale i nespecifickou séropozitivitu v IgM třídě protilátek u viru klíšťové encefalidity a cytomegaloviru. Opět neprokázána prodělaná nákaza, protože nedošlo k sérokonverzi – chybí pozitivní hladiny antiborreliových protilátek v IgG třídě a došlo k rychlému vymizení séropozitivity během 6 týdnů

■ Kasuistika III. Pacientka L. O. 1998

Od novorozeneckého věku vedena v evidenci NP pro perinatální IMC (souvislosti s přetrvávajícím ikterem)

Od té doby se IMC neopakovala, jen 1x asymptomatická bakteriurie

Nemocnost přiměřená, běžné nekomplikované infekce HCD.

V únoru 2001 byla praktikem u mne vyšetřena pro silně svědicí makulosní růžový, místy až pityriasiformní exantém do velikosti fazole na trupu a v tříslech.

Etiologie: nejspíše alergie buď na prací prášek nebo aromatické ovoce

Pro úpornost obtíží byla vyšetřena i dermatologem, který se rovněž přikláněl k diagnóze alergické etiologie.

Na symptomatické léčbě asi po 3 týdnech ústup potíží.

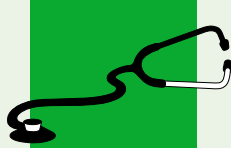
V červnu 2001 na kontrole v nefropodradně při odběru anamnezy pravděpodobně zmíněna tato vyrážka.

Nefrolog vyšetřil anti Borreliie, IgM+ (1, 244), při kontrolním vyšetření stále zvýšeno, proto nasazen Amoclen na 2 týdny.

Kontrolní vyšetření 5. 9. 2001 negativní IgM i IgG

Komentář as. MUDr. Štruncové ke kasuistice III.:

Dg: Toxoalergický exantém. Pityriasis rosea Gibert? Diagnóza borreliózy opět nepravděpodobná. Opominut dg. závěr dermatologa. Výsev makulopapulózního drobného svědivého exantému v únoru nepatří mezi klinické obrazy podezřelé z borreliové etiologie. Chybí pozitivní epidemiologická anamnéza (přisáté klíště, pobyt v endemické oblasti, časové období). Chybí klinický kožní náález borreliového zánětu, mnohočetná ložiska velikosti fazole výrazně svědicí nepatří do tohoto obrazu. Ve výsledcích sérologického vyšetření nedošlo sérokonverzi, chybí důkaz prodělané nákazy – IgG protilátky. Zachyceny zřejmě nespecifické protilátky s rychlým vymizením. Antibiotická léčba neměla být indikována a zde podána po vymizení exantému jen na protilátky na tzv. séropozitivitu!



■ **Obecné závěry a komentář** **as. MUDr. Štruncové** **k předloženým kazuistikám:**

Dle mého názoru a zkušeností je diagnóza lymeské borreliózy (LB) nepravděpodobná ve všech třech případech, protože chybí všechny hlavní podmínky, které jsou důležité pro dg. lymeské borreliózy:

1. Negativní epidemiologická anamnéza – chybí údaj přísátého klíštěte i pobyt v endemické oblasti.

2. Nebyly žádné klinické známky podezření z borreliového zánětu. Tzn. indikace sérologického vyšetření byla neopodstatněná.

3. Diagnóza onemocnění borreliózou byla stanovena jen na základě nálezu protilátek v IgM třídě v ELISA testu (poměrně nízká specifita) bez ověření séropozitivity Westernblotem. Důkazem prodělané borreliové infekce je sérokonverze a nález protilátek v IgG třídě. Jako po každé jiné prodělané infekci dochází u LB k protilátkové odpovědi, které je závislá na čase. V udávaných kazuistikách došlo k příliš rychlému vymizení protilátek a neobjevily se žádné anamnestické hladiny IgG protilátek.

Diagnóza LB vychází z anamnézy, klinického nálezu a nálezu protilátek, který však není totožný s diagnózou infekce, svědčí jen o možném kontaktu s antigeny příslušného agens někdy v životě (a u zkřížených reaktivit ani o tom ne.) (7) Přítomnost protilátek v ELISA testu antiBorreliie neznamená vždy onemocnění, séropozitivita je pouze nepřímým průkazem infekce, ale byly prokázány falešně pozitivní výsledky s některými virovými (EBV, VZV), bakteriálními (spirochéty – ústní dutiny, leptospiry, pseudomonády) nebo autoimunními onemocněními (RS, RA, LE, struma) (3,4,7). Dynamika vývoje hladin protilátek je závislá na čase. IgM antiborreliové protilátky se dají detekovat laboratorním vyšetřením ELISA testem od začátku 2. týdne po nákaze, hladiny vrcholí 6–8 týdnů, do 3 měsíců vymizí. Při klesání IgM v 9 týdnu se začnou objevovat IgG (sérokonverze) a dle intenzity nákazy a ev. rozvoje onemocnění dosahují maximální výše za 3–6 měsíců a pak pomalu klesají několik let. (1,7) U 80% nálezů dojde jen k protilátkové odpovědi bez manifestace onemocnění k tzv. promoření – séropozitivita přetrvává několik let maximálně 3 roky. U prodělaného onemocnění přetrvává séropozitivita v IgG třídě 3–5

let, u chronických průběhů onemocnění až 10 let. (6) Antibiotickou léčbu (antibiotika penicilinové, tetracyklinové řady ev. makrolidy a cefalosporiny) indikujeme k zhojení probíhajícího zánětu. Sporná je indikace u prokázaných chronických průběhů onemocnění. Antibiotika neodstraní protilátky, které vznikají po prodělané nákaze činností imunitního systému, a spontánně vymizí za různě dlouhou dobu. Pozorované klesání a kolísání hladin protilátek u séropozitivních osob (bez klinické manifestace zánětu) je fyziologické a antibiotikem neovlivnitelné.

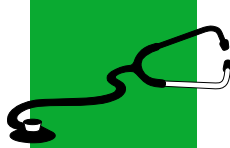
Lymeská borrelióza je onemocněním, které by nemělo děsit lékaře a nemocné, protože se dá dobře diagnostikovat a díky antibiotikům dobře léčit. Problémem bývá nadhodnocení nálezu pozitivních hladin protilátek při stanovení diagnózy onemocnění a snaha být co nejdříve séronegativní za cenu nesprávně indikovaného opakovaně podávaného antibiotika (6). Na druhé straně je nutné upozornit, že léčba borreliózy je obtížná u osob se závažným základním onemocněním s autoimunními chorobami, tumory, hemoblastózami, degenerativními chorobami, které mají svůj prognosticky nepříznivý průběh. Léčba antibiotikem zahojí jen borreliový zánět a ne základní chorobu, to se však netýká dětí, které se uzdravují dobře a bez trvalých následků.

Literatura:

1. Bartůněk P., Mrázek V., Vařejka P. et al: *Lymeská borrelióza: Možnosti a meze interpretace sérologických nálezů. Prakt. Lék., 78, 1998, č. 11, s. 611–614*
2. Bojar M: *Projevy postižení nervového systému při časném stadiu Lymeské borreliózy a při přechodu do disseminovaného stadia. Lymeská borrelióza, 1996, Maxdorf, s. 49–69*
3. Coyllé PK, Krup LB, Doscher C: *Signifikance of reaktive Lyme serology in multiple sclerosis. Ann. Neurol., 1993, 34, 745–747*
4. Fawcett PT, Gibney KM, Rose CD, Dubbs SB, Doughty RA: *Frequency and specificity of antibodies that crossreact with Borrelia burgdorferi antigens: J. Rheumatol. 1992, 19, 582–587*
5. Fried M: *Gastrointestinal manifestation of Lyme disease. Program and abstracts of the 14th international Scientific Conference on Lyme Disease and Other Tick-borne disorders. April, Hartford, Connecticut*
6. Štruncová V., Sedláček D., Šubrt I., Pazdíora P., Kvasničková M., Bárta R., Matoušková D., Šestáková B., Pecen L.: *Možnosti využití skórovacího systému v diagnostice lymeské borreliózy. Prakt. Lék. 79, 1999, č. 12, s. 686–690*
7. Votava M.: *K interpretaci sérologických nálezů: Prakt. Lék. 80, 2000, č. 4, s. 183–6*

■ **Za lživou lékařskou zprávu až rok vězení**

Až jeden rok vězení nebo peněžitý trest bude hrozit lékařům nebo jinému zdravotníkovi, který vystaví nepravdivou nebo hrubě zkrácenou lékařskou zprávu, posudek nebo nález pro řízení před úřady či před soudem. O zařazení tohoto nového trestného činu do českého právního řádu rozhodla v pátek schválením vládní novely trestního zákona Sněmovna. Stejněmu trestu se vystaví i člověk, jenž při úředním či soudním jednání použije lékařskou zprávu, kterou sám padělal či pozměnil. Při škodě nad půl miliónu korun přitom může být odsouzen do vězení až na tři roky. Novela rovněž zavádí jako nově definovaný trestný čin legalizaci výnosů z trestné činnosti. Osobám, které předstírají, že oni či někdo jiný nabyli nezákonně získaný majetek v souladu s právem, bude hrozit dvouleté vězení nebo peněžitý trest. Pokud ale bude pachatel takového činu členem organizované skupiny nebo jím získá více než půl miliónu korun, trest se zvýší na jeden rok až pět let. Lidi, kteří se budou snažit zlegalizovat majetek získaný obchodem s drogami nebo jiným, zvláště závažným trestným činem a při tom zneužijí postavení či funkce nebo kteří si tak přijdou na více než pět miliónů korun, pak bude čekat trest až osm let vězení nebo propadnutí majetku. Jako nový trestný čin dále novela definuje i poškozování lesa těžbou, nezákonné nakládání s nebezpečnými odpady a také neoprávněné nakládání s chráněnými a volně žijícími živočichy a planě rostoucími rostlinami. Novela rovněž reaguje na fakt, že k některému protiprávnímu jednání bývají stále častěji zneužívána média a internet. U trestných činů podněcování k nenávisti vůči skupině osob, šíření toxikomanie a ohrožování mravnosti proto zákon nově určuje, jaký trest čeká toho pachatele, který k spáchání těchto činů využije tisk, film, rozhlas, televizi či veřejně přístupnou počítačovou síť. Pokud novelu schválí i Senát a podepíše prezident, začne platit od 1. července.



Možnosti prevence alergie na kravské mléko v novorozeneckém období

MUDr. M. Černý

Novorozenecké odd. s JIRP, FN Motol, 2. LF UK, Praha

Výživa novorozenců a kojenců se během posledních 10 let dostala do popředí zájmu nejen pediatrů, ale i gastroenterologů a firem, zabývajících se racionální výživou. Množství poznatků z oblasti výživy v posledním období narůstá a objevuje se stále více prací, které prokazují možnost nežádoucího ovlivnění zdravotního stavu dítěte v časných obdobích jeho života. Můžeme konstatovat, že dnes převládá více kvalitativní pohled, místo dříve preferovaného pohledu kvantitativního. Nejedná se jen o zajištění dostatečného přívodu energie a základních složek potravy: bílkovin, tuků a cukrů, ale velmi důležité je složení těchto jednotlivých složek formulovaného mléka. Tím se mohou snížit některá zdravotní rizika nejen v dětském období, ale i v dospělosti.

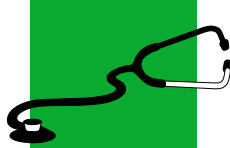
Mateřské mléko je pro novorozence všech váhových kategorií i pro kojence nejfyziologičtější a nejzdravější potravou, která plně pokrývá nutriční potřeby dítěte do 6 měsíců věku. V případech, kdy matka nemůže, nesmí nebo nechce kojit, jsme nuceni vybrat jednu ze standardních formulí, kterých je u nás na trhu poměrně široké spektrum. Výživa novorozenců má svoje zvláštnosti, které jsou dány stupněm funkční a enzymatické zralosti zažívacího traktu a umělá mléka by tedy měla splňovat speciální požadavky.

K významným alergenům v kojenecké výživě patří bílkovina kravského mléka, zejména bílkoviny mléčného séra: betalaktoglobulin a laktalbumin. Základem prevence rozvoje alergie na kravské mléko je podávání takových mléčných formulí, které mají hydrolyzovanou bílkovinu. Tato hydrolyza se provádí buď tepelně nebo enzymaticky a spočívá ve štěpení bílkovin na molekuly o nižší molekulové hmotnosti. Cena těchto hydrolyzovaných mlék je samozřejmě tím vyšší, čím vyšší je stupeň hydrolyzy.

tab. č. 1

Sunar HA1			
Složení: laktóza, rostlinné oleje, hydrolyzát demineralizovaných syrovátkových bílkovin kravského mléka, maltodextrin, minerální látky (vápník, draslík, chlór, fosfor, sodík, hořčík, železo, zinek, měď, jód, mangan), vitaminy, emulgátory: sójový lecitin, cholin, taurin, L - karnitin.			
Průměrná výživová hodnota výrobu:			
	na 100 g prášku	na 100 ml (13,5 g)	
Enegetická hodnota výrobku	2105 kJ/503 kcal	284 kJ/68 kcal	
Bílkoviny	11,8 g	1,6 g	
Sacharidy	56,5 g	7,63 g	
- z toho laktóza	45,2 g	6,1 g	
- z toho maltodextrin	11,3 g	1,5 g	
Tuky	25,5 g	3,44 g	
- z toho kys. linolová	3,3 g	0,45 g	
- z toho kys. linolenová	0,33 g	0,045 g	
Minerální látky	2,7 g	0,37 g	
Důležité minerální látky:	na 100 g prášku	na 100 ml (13,5 g)	% ddd* ve 100 ml
Ca	350 mg	47,3 mg	11,8
Fe	6 mg	0,8 mg	13,5
Zn	3 mg	0,4 mg	10,1
I	50 µg	6,8 µg	9,6
Cu	0,3 mg	0,04 mg	10,1
K	700 mg	94,5 mg	
Cl	260 mg	35,1 mg	
P	220 mg	29,7 mg	
Ca:P	1,6		
Na	150 mg	20,3 mg	
Mg	34 mg	4,6 mg	
Mn	33 µg	4,5 µg	
Důležité vitaminy:			
A	495 µg	66,83 µg	16,7
D3	6 µg	0,81 µg	8,1
C	55 mg	7,43 mg	29,7
B1	0,41 mg	0,06 mg	11,1
B2	0,49 mg	0,07 mg	8,3
Niacin	3,8 mg	0,5 mg	5,7
B6	0,49 mg	0,07 mg	10,0
Kyselina folová	50 µg	6,75 µg	6,8
B12	3 µg	0,41 µg	57,9
E	13 mg	1,76 mg	
K1	60 µg	8,1 µg	
Kyselina pantothenová	3 mg	0,41 mg	
Biotin	16 µg	2,16 µg	
Cholin	40 mg	5,4 mg	
L - karnitin	10 mg	1,35 mg	
Taurin	50 mg	6,75 mg	
OSMOLARITA	290 mOsm/l		
* doporučené denní dávky			

inzerce HEINZ



V tomto sdělení se chceme podělit o naše zkušenosti s podáváním počátečního hypoalergenního mléka s názvem Sunar HA1 (dovozce do ČR fy. H. J. Heinz CR/SR a.s.). Toto mléko je určeno především pro děti do 4 měsíců věku, jejichž rodiče či sourozenci mají alergické onemocnění. Tedy nikoliv jako dietetikum léčebné, ale naopak preventivní. Pro starší děti je pak určen Sunar HA2.

Mléko je distribuované v balení s obsahem 350 g sušeného mléka a připravuje se 13,5%. Jedná se o mléko, které se zařazuje do skupiny hypoalergenních přípravků, určených pro děti donošené, narozené v termínu. Hydrolyza je prováděna enzymaticky. Jeho složení je velmi obdobné mateřskému mléku, jedná se tedy o mléko adaptované, má mírně navýšenou energetickou hodnotu, lehce nižší osmolalitu, vyvážený poměr mastných kyselin s dlouhým řetězcem, částečně adaptovanou bílkovinu, obohacení vitaminy, minerály a stopovými prvky.

Přesné složení Sunaru HA1 viz tabulka 1.

Toto mléko používáme na našem oddělení již mnoho měsíců, především na JIP pro novorozence. Podáváme jej jednak donošeným novorozencům, kteří byli vyléčeni z akutního stadia nemoci, ale i dětem původně nedonošeným, které dosáhly gestační zralosti, většinou před propuštěním do domácí péče.

Během podávání tohoto mléka se nevyskytly žádné problémy s jeho tolerancí (v porovnání s jinými typy mlék pro novorozence), váhové přírůstky byly odpovídající, infekční komplikace nebyly rovněž zaznamenány.

V rámci nemocničního ošetřování fyziologických novorozenců na porodnicích je možné hypoalergenní mléka využít k podávání všem dětem (pokud nemůže být krmeno vlastním mateřským mlékem) a teprve po pečlivém zjištění negativní alergologické anamnézy v rodině přejít na mléka, která nejsou hypoalergenní. Z hlediska prevence vzniku alergie je na prvním místě kojení, resp. používání mateřského mléka. Teprve na druhém místě je využití hypoalergenních mlék, která mohou být podávána jako doplněk kojení, či samostatně, a to nejlépe až do konce 1. roku věku.

tab. č. 2

Sunar HA2

Složení: laktóza, rostlinné oleje, hydrolyzát demineralizovaných syrovátkových bílkovin kravského mléka, maltodextrin, minerální látky, vitaminy, emulgátor: sójový lecitin.

Průměrná výživová hodnota výrobku:

	na 100 g prášku	na 100 ml (14,7 g)
Enegetická hodnota výrobku	2001 kJ/478 kcal	294 kJ/70,27 kcal
Bílkoviny	13,0 g	1,91 g
Sacharidy	58,0 g	8,53 g
- z toho laktóza	46,4 g	6,82 g
- z toho maltodextrin	11,6 g	1,71 g
Tuky	21,5 g	3,16 g
- z toho kys. linolová	2,5 g	0,37 g
Minerální látky	4,0 g	0,6 g

Důležité minerální látky:	na 100 g prášku	na 100 ml (14,7 g)	% ddd* ve 100 ml
Ca	570 mg	83,8 mg	20,9
Fe	8 mg	1,2 mg	19,6
Zn	4 mg	0,6 mg	14,7
I	68 µg	10 µg	14,3
Cu	0,3 mg	0,04 mg	11,0
K	850 mg	125,0 mg	
P	410 mg	60,3 mg	
Ca:P	1,4		
Cl	410 mg	60,3 mg	
Mg	51 mg	7,5 mg	
Důležité vitaminy:			
A	510 µg	74,97 µg	18,7
D3	8,8 µg	1,29 µg	12,9
C	40 mg	5,88 mg	23,5
E	11 mg	1,62 mg	

OSMOLARITA 320 mOsm/l

* doporučené denní dávky

Pokračovací mléko Sunar HA2 je pak možno využít nejen jako takové, ale i k přípravě jiných kojeneckých pokrmů.

Přesné složení Sunaru HA2 viz. tabulka 2.

Podporováno grantem VZ FNM
č. 00000064203.

Literatura:

1. Vyhláška 23 Ministerstva zemědělství ČR sb. č. 336/97 z 22.12.2000

2. Oldaus, D., Anjou, K., Bjorksten, B., Moran, J.R., Kjellman, N.M.: Extensively and partially hydrolysed infant formulas for allergy prophylaxis. Arch Dis Child, 1997, 77, s. 4-10.

3. Zieger, R.S., Heller, S.: The development and prediction of atopy in high-risk children: follow-up at age seven years in prospective randomized study of combined maternal and infant food allergen avoidance. J Allergy Clin Immunol, 1995, 95, s. 1179-1190.

4. Commission of the European Communities. Directive on infant formulae and follow on formulae 91/321/EEC. Official J Eur Comm, 1991, L175, s. 35-49.



Aktuality

Zdravotnický hatrick

Fišer je nejlepším ministrem jen pro Ratha

Ministr zdravotnictví Bohumil Fišer se v posledních měsících svého angažmá - řečeno mlouvou sportovců - dostává do obdivuhodné formy. Připomeňme si alespoň ty nejvydařenější kousky z poslední doby. Zákaz nočních letů pro vrtulníky soukromých záchranečnických týmů, jímž ohrozil životy lidí se závažnými zdravotními problémy. Ústupek lékařské lobby v otázce dalšího „nadstandardního“ navýšení platů, který může poslat ke dnu nejednu nemocnici. A třetí gól ve zdravotnické síti - zákaz pro praktické lékaře předepisovat běžné léky na nemoci stáří, díky němuž musí dědečkové a babičky běhat po ordinacích kvůli jedinému receptu. Fantastický hatrick v rychlém sledu. Co by za něj dal v Aténách trenér Sparty Hřebík! Vrtulníky po velkých protestech už dnes na Moravě v noci létají, o zrušení vyhlášky o zákazu preskripce nootropik se jedná a nemocnice holt to, co lidem přidávají na základěch, seberou z odměn. Na nedávném setkání s premiérem Zemanem označil prezident lékařské komory David Rath Bohumila Fišera za nejlepšího resortního ministra za posledních 12 let a projevil přání, aby jím zůstal i po volbách. Nevíme, jaký holport se za tímto prohlášením skrývá. Víme ale, že se ve zdravotnictví i řada ateistů už dnes modlí, aby se tak nestalo.

Lékaři hledají nový etický kodex v medicíně

Lékaři v Americe a Evropě volají po novém etickém kodexu. Ten by měl řešit novodobé kontroverzní otázky, jako je klonování, genetické inženýrství, eutanazie nebo privátní praxe. „Medicína se dostala velmi daleko, vyvstávají proto nové otázky, které by měly být podchyceny,“ říká český onkolog Pavel Boček. Poučky jako „nepoškodit pacienta a pracovat ku jeho prospěchu“ vycházejí z 2500 let staré Hippokratovy přísahy. Ta se už dnes stává v některých ohledech přežitkem. „Hippokratova přísaha jasně naznačila hlavní věc, a tou je pacientovo dobro,“ řekl BBC lékař Walter McDonald. Nový kodex by se podle něj měl dnes zaměřit především na potřeby pacientů. „A k tomu bych dodal - ohledy na pacientovo rozhodnutí a sociální spravedlnost.“ Lékařské organizace v Evropě a Spojených státech se domnívají, že základem nového kodexu by měla být profesionalita a diskrétnost. Pacient by se měl zároveň dozvědět vše o své léčbě. Kodex by měl také lékaře nabádat k tomu, aby se vyvarovali finančním a sexuálním návrhům ve vztahu ke svým pacientům. Další spornou otázkou, která by se měla do nové charty promítnout, jsou privátní lékařské služby. „Myslím si, že v Americe, ale také v mnoha evropských státech se objevují finanční motivy, které vstupují do medicíny. A to by tak být nemělo,“ říká britský profesor George Alberti. Český onkolog Pavel Boček upozorňuje, že otázka propojování medicíny s obchodem je stále více aktuální. „Doktor dnes získává zcela jiné postavení: společenskoeconomické.“ Někteří odborníci však namítají, že kodex by měl jít ještě dále. Hippokratés totiž ve své době nemohl mít tušení, že vzniknou prenatální poradny, kde budou mít rodiče příležitost rozhodovat o budoucnosti dítěte, že se zrodí odvětví s názvem genetické inženýrství, začne se uplatňovat eutanazie nebo že přijde doba, kdy bude možné transplantovat orgány. A to by se také mělo stát obsahem Posthipokratovy charty.

Co by mělo být v novém kodexu

- otevřenost v otázce léčby pacientů
- diskrétnost
- vyvarovat se finančním a sexuálním návrhům
- sociální spravedlnost
- otázky prenatálního poradenství, genetické inženýrství, transplantace

Britské zdravotnictví stůně a premiér Blair marně hledá lék

Když v roce 1997 premiér Tony Blair triumfálně zvítězil ve volbách, sliboval zásadní reformu zdravotnictví a Britové mu věřili. Jenže po pěti letech zdravotnictví stále stůně a patří k největším bolestem země. Pacienti stále musí čekat na operace někdy až 18 měsíců a jiní po úrazu tráví dny na nosítkách v úrazové službě, protože nemocnice pro ně nemá lůžko. Nový vůdce konzervativců Iain Duncan Smith dokonce využil skandálního nedostatku nemocničních lůžek k útoku na premiéra Tonyho Blaira přímo na půdě parlamentu. Přednesl případ paní Risy Adisové, žijící v jeho volebním okrsku. Tato 94letá žena upadla a byla převezena do nemocnice s krvácející hlavou. Její dcera ji po třech dnech nalezla v téměř úrazovém oddělení, v postranním pokojku se dvěma muži, stále ještě oblečenou ve stejných šatech, zakrvácenou a neumytou. Vzniklá parlamentní debata měla dozvuky v novinách. Objevily se další případy pacientů, kteří strávili hodiny a dny na nosítkách: 77letému Richardu Walterovi nemohla nemocnice v Bathu přidělit lůžko, protože „lůžkový ředitel“ byl na dovolené, a on zemřel na infarkt, když jej konečně po dvou dnech strávených na nosítkách, bez ošetření a vyšetření, přemisťovali na lůžko.

Zlepšení přijde, slibuje Blair

Tony Blair se kritice brání. „Já chápu, že lidé jsou netrpěliví, ale věci se začínají lepšit. Chci prohlásit: Nebude-li zdravotní systém dán do pořádku do příštích voleb, budu připraven za to nést následky,“ uvedl. Britští komentátoři toto prohlášení přijali s konstatacím, že premiér tak své další osudy do značné míry svázal s úspěchem dalších reforem. Británie stále ještě pokulhává za ostatními členy EU. Do zdravotnictví investuje jen 6,8 procenta hrubého národního produktu, zatímco Francie investuje 9,6 procenta a Německo 10 procent. Blair slíbil, že do roku 2005 zvýší rozpočet pro zdravotnictví na 40 miliard liber ročně, za určitých pochybností ze strany ministra financí Gordona Browna, jehož ministerstvo musí tuto sumu někde najít. Nejhorší nedostatek lůžek je v Londýně a jeho okolí. Ředitel Asociace pacientů Mike Stone říká: „Je to vlastně loterie směrovacích poštovních čísel. Správně by mělo být ošetření stejné, ať bydlíte kdekoli, ale pacienti v Londýně a v jihovýchodní Anglii jsou na tom nejhůře.“ Vláda se dokonce rozhodla najímat lůžka v soukromých nemocnicích, aby mohla splnit svůj slib, že v roce 2004 žádný pacient nebude čekat déle než šest měsíců na operaci. Jedním z řešení, k němuž se Britové uchylují, je vyhledat lékařské služby v zahraničí, v souladu s ujednáními Evropské unie. Jde zejména o některé typy zákroků, například operace šedého zákalu či voperování protéz kyčle či kolena. V lednu například odcestovala skupina devíti pacientů ve věku 62-82 let do soukromé nemocnice v Lille ve Francii. John McCaul, 64letý listonoš v důchodu, se těšil na dvoutýdenní pobyt v soukromém pokoji s vlastním příslušenstvím, „gastronomickým“ jídelním lístkem, televizí a anglicky mluvícím personálem. A hlavně: „V Británii bych čekal na tu operaci ještě rok a půl - jsem rád, že se té bolesti zbavím.“

Jíst před spaním jablka? Ne, škodí to vašim zubům

Jedno jablko denně sice může lidskému organismu prospívat, ale zubům spíš škodí. Tvrdí to britští dentisté, podle kterých je to s jablky stejně jako se sladkostmi a s perlivými nápoji: obsahují příliš mnoho kyselin a cukru, což není pro zubní sklovinu to nejlepší. Jak v neděli napsal londýnský list The Sunday Times, varování před konzumací jablek se netýká „tradičních“ zelených jablek, ale některých nových variet, které v posledních letech zaplavily



britský trh. Jde především o moderní sorty, jako jsou například Pink Lady, Fuji a Braeburn. Právě tyto vyšlechtěné druhy vyvolávají mezi zubaři obavy. Ostatně údaje, které zveřejnilo americké ministerstvo zdravotnictví, jim dávají za pravdu. Hladina cukru v moderním jablku dosahuje 15 procent, což jinými slovy znamená čtyři lžičky cukru. Ještě před deseti lety například sorta Delicious obsahovala deset až jedenáct procent cukru, píše list. Určité výhrady k nekritickému vychvalování jablek mají i odborníci na zdravou výživu. Profesor Tom Sanders z londýnské King's College upozorňuje, že výrazněji trpí zubními kazy děti pocházející z přísně vegetariánských rodin, které vyloučily ze své stravy vejčička i mléčné výrobky a které konzumují výlučně ovoce. „Tyto děti vykazují následkem rozsáhlé konzumace ovoce a různých šťáv vysoký obsah cukrů,“ konstatuje Sanders a dodává, že pokud jde o koncentraci cukru, „mezi coca-colou a jablečnou šťávou není příliš velký rozdíl“. Na nebezpečí spojené s přemrštěným důrazem na příznivé výsledky konzumace jablek upozorňuje i sdružení britských dentistů.

Svačit jablka? Raději ne

Toto sdružení doporučuje, aby se ustoupilo od svačin doplněných jablkem, ovocnými šťávami a dokonce zeleninou, a to z jediného důvodu – jejich kyselina silně poškozují zubní sklovinu. Podle zubařů by bylo rozumnější konzumovat jablka mezi jídly a pak si okamžitě vypláchnout ústní dutinu. Hodně lidí si navyklo před spánkem sníst jablko a maminky často říkají svým dětem, že když si dají jablko, nemusí si již poté čistit zuby, neboť to ovoce udělá za ně. Takže nyní tedy již toto staré pravidlo přestává platit. Všem těm, kteří před spaním rádi sáhnou po jablku, britští dentisté jednoznačně radí: než se uložíte ke spánku, ještě jednou si vyčistěte chrup!

Řidiči zneužívají lékařské symboly

Lékařské symboly zneužívají někteří řidiči na svých autech, aby mohli parkovat v přeplněné Praze na zakázaných místech. Lidé si polepí auto lékařskými symboly a pak porušují dopravní předpisy. Zabírají třeba chodník a policistům řeknou, že jako lékaři byli u těžce nemocného pacienta. Takové případy zná pražský chirurg Vladimír Němec. „Vím o situaci, kdy si jistí podnikavci koupili starou dvanáctsettrojku, natřeli ji na bílo a napsali na ni Záchranná služba,“ řekl Němec.

Ředitel pražské záchrané služby Zdeněk Schwarz to potvrzuje. „To se skutečně děje, ale my jsme proti tomu bezmocní. Pokud si někdo na auto napíše záchraná služba, neexistuje zákon, který by v tom majiteli auta mohl zabránit,“ dodal.

Pražská lékařka, která odmítla být jmenována, namítá, že ji v Petrovicích od táhli policisté osobní auto s označením lékařské pohotovostní služby, když byla na návštěvě u pacienta. „Neměla jsem čas na hledání místa, a tak jsem vůz nechala stát na chodníku. Ten člověk byl v diabetickém kómatu, hrozilo, že umře. Byl pro mě šok, když jsem se za tři čtvrtě hodiny vrátila a auto nikde.“ Policisté ji také už za špatné parkování dvakrát pokutovali a několikrát ji hlídka napomenula.

Ředitel Schwarz však je na straně policistů. „Musí postupovat rázně, lékařskou nálepkou si na auto může dát každý. Pokud jde o život, ať lidé volají záchranku, doktorka s autem bez vybavení jim moc nepomůže,“ dodal.

Podle policejní mluvčí Evy Miklíkové zákon o provozu na pozemních komunikacích umožňuje zastavení v zakázaných místech pouze sanitkám, hasičům, policistům a některý dalším vozům s právem přednostní jízdy. „Pokud tedy policisté tolerují jiná auta, sami porušují zákon,“ řekla mluvčí.

Němec uvedl, že Česká lékařská komora na Praze 4 vydává svým členům speciální nálepky s lékařskou symbolikou. „Za přísných podmínek by se takové označení, které by policisté respektovali, mohlo dávat celostátně,“ zdůraznil. Této myšlence je nakloněn pražský radní Rudolf Blažek. „Jsem pro, aby lékaři mohli parkovat i na zákazech.“

Před 110 lety byly objeveny viry

Jsou ještě menší částice než bakterie. Tak popsal viry jako první „neznámý“ ruský vědec.

Bakterie objevil už v sedmdesátých letech 17. století Antony van Leeuwenhoek, holandský pláteník se zálibou v mikroskopování. O dvě stě let později Louis Pasteur přisoudil bakteriím infekční účinky a vymyslel princip očkování. Nikdo tehdy ani v nejmenším nepochyboval, že právě „bacily“ jsou nejmenší formou života. Počátkem roku 1892 však sedmadvacetiletý ruský botanik Dmitrij Ivanovskij hledal původce takzvaného mozaikového onemocnění tabáku, které způsobuje charakteristickou skvrnitost listů. V žádném vzorku nakažlivé mízy, která je „krví rostlin“, však nenašel nic – ani pod nejlepším mikroskopem. S tím se mohl spokojit, ale místo toho jako správný vědec udělal něco zdánlivě naprosto zbytečného. I když v ní žádné bakterie nebyly, Ivanovskij prohnal mízu takzvaným bakteriálním filtrem, což je v podstatě vrstva porcelánu s póry o průměru asi tisícinu milimetru. Bakterie, které bývají několikrát větší, se zachytí, filtrát byl měl být tím pádem nenažlivý. Jenže když jím badatel zalil zdravé rostliny tabáku, tak mozaikovou nemoc přesto dostaly! 14. února 1892 Ivanovskij o tomto podivuhodném jevu referuje na mimořádném zasedání Imperátorské akademie věd v Sankt Peterburgu. Pointou jeho sdělení byla skutečnost, že to, co tabákovou mozaiku způsobuje, není na rozdíl od bakterií schopno množit se na umělých živných půdách. Objev začínajícího vědce však zapadl. O pět let později Němec Friedrich Loeffler zkoumal slintavku a kulhavku skotu. U takto nemocného dobytka vznikají u tlamy malé puchýřky s čirou, silně nakažlivou tekutinou. Loeffler ji přefiltroval porcelánovým filtrem, poněvadž z ní nechtěl získat „kusové“ bacily, ale jen jejich rozpuštěný jed (toxin). Filtrát by pak měl zvíře jen otrávit, ale ne nakazit. V tomto případě byl však filtrát infekční! Badatel objevil okamžitě publikoval. A jelikož už byl ve světě známý objevem bacilu záškrtu, protože se jednalo o nemoc živočichů (a ne „jen“ rostlin) a jelikož konečně publikoval německy (a ne „jen“ rusky), svět jeho objev bral mnohem vážněji než předtím Ivanovského. Ještě před skončením 19. století pak Holanďan Martinus Beijerinck nazval neznámý infekční činitel virus (latinsky jed). Dnes jsou viry mnohem sledovanějšími mikroorganismy než bakterie. Veřejnost na nich zajímá zejména to, že virózy se léčí mnohem obtížněji než bakteriální infekce. Vědu pak fascinuje zejména schopnost virů vnášet do DNA organismů novou genetickou informaci, což se využívá zejména k přípravě transgenních organismů v biofarmacii a zemědělství.

Vhodná strava rozvíjí mozek

Nenasycené mastné kyseliny (nenasycené tuky) obsažené v mnoha běžných potravinách podle vědců pomáhají léčit děti trpící dyslexií a poruchami soustředění. Odborníci z Oxfordské univerzity a Londýnské lékařské univerzity dospěli k tomuto závěru na základě tříměsíčního výzkumu prováděného ve speciální škole v Severním Irsku. Strava dětí s poruchami pozornosti a učení byla po tu dobu obohacována o Efalex – potravinový doplněk bohatý na mastné kyseliny. U těchto dětí posléze došlo k výraznému zlepšení mentálních schopností a ke změnám v chování – byly méně úzkostlivé a méně plaché. U ostatních dětí se stejnými poruchami, kterým bylo podáváno pouze placebo, k žádnému podobnému pokroku nedošlo. Dyslexie je neuropsychická porucha, jež se vyskytuje asi u čtyř procent amerických dětí školního věku. Projevuje se poruchou čtení a poruchou učení tedy zpracovávání informací. „Výsledky výzkumu ukazují, že specifické mastné kyseliny ovlivňují rozvoj mozku a jeho činnost,“ řekla pro britskou BBC účastnice projektu doktorka Alexandra Richardsonová. „Děti s poruchami učení mají nedostatek těchto látek,“ dodala Richardsonová.

Ryby pro větší inteligenci

Nová zjištění podporují závěry studie vědců z Bristolské univerzity uveřejněné v prosinci minulého roku v časopise *Pokrok v neuropsychofarmakologii a biologické psychiatrii*. V ní vědci tvrdili, že strava novorozeňat ovlivňuje jejich pozdější duševní schopnosti. Také strava v době těhotenství má dopad na vývoj dítěte. Ženy, které konzumují v této době ryby, jako jsou makrela, tuňák nebo losos, tak zajistí svému potomkovi lepší zrak a rychlejší vývoj mozku. Přitom podle odborníků stačí jedna taková ryba za čtrnáct dní. Stejným způsobem prospívá novorozencům mateřské mléko. To, stejně jako ryby, obsahuje ne-

nutrilon



zbytnou dlouhořetězovou mastnou kyselinu DHA, která tvoří základní stavební prvek nervových buněk mozku. Ryby představují nejbohatší zdroj DHA. Při větším příjmu této mastné kyseliny dochází k jejímu nahromadění, a tak také k rozvoji mozku. Vedle makrel, sardinek, tuňáků a lososů obsahují „nezbytné tuky“ také oříšky a v menším množství zelenolistá zelenina – například špenát nebo zelí. 20.02.2002, Lidové noviny Pojišťovny zvýhodňují lékaře, kteří šetří na pacientech

Pojišťovny zvýhodňují lékaře, kteří šetří na pacientech

Praktičtí lékaři a specialisté si přehazují pacienty jako horký brambor. Dohadují se, kdo nemocného pošle na vyšetření a napíše recept na drahý lék. I to může být důsledek politiky Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) a ministerstva zdravotnictví. VZP ve snaze snížit náklady vsadila na pozitivní motivaci. Lékaři, kteří při ošetřování pacientů výrazně ušetří proti celostátnímu průměru, dostanou od VZP víc peněz. U praktiků tento bonifikační systém funguje z popudu VZP už rok. Tzv. ambulantní specialisté (např. gynekologové, internisté, oční atd.) na něj „najeli“ od letoška. Na bonus mají nárok, pokud se se svými průměrnými náklady na jednoho pacienta vejdou do 110 procent průměrné částky v okrese či republice. Nejvíce dostanou, pokud se vejdou pod 90 procent. Zvýhodňování obou skupin soukromých lékařů funguje sotva pár týdnů, a už teď si ale praktičtí lékaři stěžují na jednání některých kolegů z ambulantní sféry. Ti se prý snaží ušetřit na jejich úkor. „Mnohem častěji se nám teď stává, že nám přijde pacient od ambulantního specialisty, abychom mu předepsali související vyšetření u jiného odborníka, nebo léky, které mu specialista naordinoval. Přitom tam měl být poslán rovnou,“ stěžuje si Jan Jelínek ze Svazu praktických lékařů. Výdaje za vyšetření či léky se totiž přičítou na účet tomu lékaři, který je předepíše. Systém bonifikační má vést kracionalizaci péče o pacienta. Někteří lékaři si ho však podle Jelínka vykládají jako snahu ušetřit, kde se dá. Ambulantní specialista Martin Vedral se ale domnívá, že takové případy budou jen ojedinělé. „Lékaři jsou poměrně chytří lidé. V naprosté většině budou postupovat stejně rozumně jako dosud,“ tvrdí. Specialista má předepisovat léky, které souvisejí s jím provedeným vyšetřením. Problém může vzniknout u dlouhodobě užívaných léků. Měl by je předepisovat, pokud má dotyčného pacienta v trvalé péči. Jinak tato povinnost náleží praktikovi. Ve sporných případech se však lékaři ve snaze nezátížit zbytečně své rozpočty stále častěji brání. Účelové chování lékařů s cílem co možná ušetřit připouští i ministerstvo. „Někteří ambulantní specialisté posílali své pacienty pro předpis léků k praktickým lékařům již před zavedením bonifikace. Toto chování považujeme za neetické,“ řekl mluvčí Fišerova resortu Otakar Černý. Lékaři by se sice měli chovat hospodárně, zároveň ale i rozumně. „Je nepřipustné, aby neúměrným šetřením byl poškozen pacient,“ upozornil Černý. Může za to různý výpočet za příčinu takového postupu lékařů–specialistů považuje Jelínek rozdílný systém, podle nějž je výše bonusu u praktiků a ambulantních specialistů vypočítávána. Praktickým lékařům vyplatí pojišťovna odměnu podle koeficientu daného násobkem počtu registrovaných pacientů, bonifikačního koeficientu (v porovnání okresů čtyři koruny, v celostátním měřítku 16 korun) a poměru nákladů lékaře vzhledem k okresnímu či celostátnímu průměru. Nejvýhodnější pásmo začíná pod hranicí 90 procent. Specialisté dostanou přímo 30 procent z částky, kterou vzhledem k celostátnímu průměru ve svém oboru a typu zdravotnického zařízení ušetří. Spodní hranice ale není určena, což je podle Jelínka chyba. Teoreticky největší odměnu totiž dostane ten lékař, jehož náklady budou nulové. Praktici i ambulantní specialisté se nicméně shodují, že systém bonusů je výhodný pro všechny strany. Pojišťovně může pomoci snížit výdaje, lékařům dává motivaci hledat rezervy v hospodaření a pacienta zbavit zátěže nadměrných vyšetření a nadužívání léků.

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.

Přenechám dětskou ordinaci

Přenechám zavedenou dětskou ordinaci nedaleko Brna, eventuelně i byt, atestace I. stupně, nástup co nejdříve.
Telefon po 17,00 hodině 0604 602 611.

Přijmu zástup do dětské ordinace

Přijmu zástup na jaře a v létě do dětské ordinace na jižní Moravě.
Telefon: 0604 602 611 - večer.

Hledám pediatra

Hledám pediatra s I. atestací do soukromé praxe (MD) v jižních Čechách.
Tel.: 0603 372 999, e-mail: detska.ordinace@centrum.cz

Odkoupím dětskou praxi

Odkoupím zavedenou dětskou praxi. Lze i výhledově, pak je vhodná předkupní smlouva. Cenu respektuji.
Tel.: 0604 546 415

Zastoupím na pediatrickém obvodě

Zastoupím i na delší čas na pediatrickém obvodě. Licenci mám.
Telefon: 0608 75 11 32

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra s licenci na zástup v době letní dovolené, ale i občasně během roku. Praha 6
Telefon domů: 3535 5913, do práce: 20610605

Nabízím zástup v ordinaci PLDD

32-letý lékař s II. atestací z pediatrie, s osmi lety praxe a s licenci nabízí zástup v ordinaci PLDD v Praze nebo blízkém okolí. Nastoupit mohou od 1.3.2002, délka dle dohody. Případně bych uvítal místo asistenta v ordinaci PLDD na částečný úvazek, ideálně s možností budoucího převzetí ordinace, není však podmínkou.
MUDr. Pavel Matras, U Stírky 2035/6, 182 00 Praha 8
Tel.: 0606 461 119, 02/688 6149, e-mail: p.matras@post.cz