

# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

březen 2006 ■ číslo 3 ■ ročník 6



Deficit laktázy  
Céliakální sprue  
Nespecifické střevní záněty u dětí  
Diagnostika akutní pyelonefritidy

**NOVINKA!**  
znalostní test  
hodnocen  
**2 kredity**  
najdete na konci časopisu



ČESKÁ  
SPORITELNA

ZENTIVA



OSPDL ČLS JEP

nejčtenější časopis  
dětských lékařů  
(Promediamotion,  
Medical Research  
2005)

tiráž...

## VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

[www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz)

### Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: [centrum@detskylekar.cz](mailto:centrum@detskylekar.cz)

### Časopis garantován

Sdružením praktických lékařů

pro děti a dorost ČR

zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem

ve spolupráci s Odbornou společností

praktických dětských lékařů ČLS JEP

zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.

### Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

### Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

### Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

### Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.  
Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze  
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá  
za obsahovou stránku vložených tiskovin.

### Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

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

e-mail: [centrum@detskylekar.cz](mailto:centrum@detskylekar.cz)

e-mail: [veronika.drahovzalova@detskylekar.cz](mailto:veronika.drahovzalova@detskylekar.cz)

Adresa vydavatelství:

**MEDIX** Branická 141, 147 00 Praha 4

tel.: 777 281 866, e-mail: [vox@imedix.cz](mailto:vox@imedix.cz)

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc únor 2006	5
Koalice soukromých lékařů a další události	6
Smlouvy s pojišťovnami na dobu určitou či neurčitou?	11
Doprovod nezletilého pacienta v ordinaci	12
Opravdu hrozí legislativní puč?	13
Staronové zdravotnictví	14



Informace OSPDL ČLS JEP	15
Doc. MUDr. J. Sýkora, Ph.D. Céliakální sprue - současná koncepce a praktický pohled	16
Prof. MUDr. J. Janda, CSc. Diagnostika akutní pyelonefritidy na úrovni primární péče	17
MUDr. J. Malý Nespecifické střevní záněty u dětí	18
MUDr. O. Materna Deficit laktázy	19
MUDr. S. Šťastná, CSc., Ing. P. Chrastina Tandemová hmotnostní spektrometrie	20
MUDr. P. Tláskal, CSc. a kol. Nemocniční ambulantní péče pro děti s problematikou výživy	23
MUDr. P. Tláskal, CSc. Obezita dítěte	26
MUDr. B. Procházka Poradenské centrum „Výživa dětí“	29

Mgr. B. Břízová Zhodnocení letních táborů pro děti s enurézou...	30
MUDr. H. Čížek Srovnání diagnostiky čínské a západní medicíny...	34

MUDr. J. Dvořáková Kazuistika: Anamnézou k diagnóze laktózoové intolerance	35
---	----

Příběh Štěpánka - nesnášenlivost laktózy a alergie na sóju	36
--	----

Zajímavosti ze světa odborné literatury	40
---	----



Aktuality	42
Řádková inzerce	45
Znalostní test č. 2/2006	46
Příloha - Ptačí chřipka	střed



NAKLADATELSTVÍ  
**UMÚN** s. r. o.

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec  
tel.: 485 161 712, e-mail: [umun@volny.cz](mailto:umun@volny.cz), [www.volny.cz/umun](http://www.volny.cz/umun)  
Obrázek na titulní straně namalovala ústy Erzsebet Czibolya





Vážené kolegyně, vážení kolegové,

toto číslo našeho časopisu dostáváte do rukou v době, kdy končí první čtvrtletí letošního roku. Čtvrtletí, které přineslo zásadní změnu v přístupu k poskytování zdravotní péče mnohých z nás. Byli jsme jako lékaři vychováni k roli lékaře - rádce pacienta, lékaře, který svobodně vykonává své povolání, lékaře, který používá při léčbě pacienta na prvním místě medicínský pohled. Po tzv. sametové revoluci v roce 1989 jsme prošli řadou nových situací. Uvolnění politických bariér vedlo k nebývalému rozšiřování léčebných a diagnostických možností. Začátkem devadesátých let jsme zažili rozpad molochů zvaných „Oúnzy a Kúnzy“. Chtěně, ale i nechtěně, se z mnohých z nás stali téměř ze dne na den novodobí podnikatelé ve zdravotnictví. Postupně vznikala řada zdravotních pojišťoven, řada z nich také záhy zanikla a my si postupně začali uvědomovat, co podnikání může také znamenat. Rychle jsme se přizpůsobovali, finanční ztráty jsme kompenzovali často zvýšenou tvorbou bodů. Naštěstí se pro nás situace záhy zklidnila zavedením kombinované kapitačně výkonové platby a my se mohli vrátit ke svému základnímu úkolu, věnovat se svým pacientům, a to především těm, kteří naši péči skutečně potřebují.

Už v té době jsme negativně vnímali nastavené regulace, při mnohém dopise od zdravotních pojišťoven se nám vařila krev v žilách. Regulacím jsme postupně přestávali rozumět, svazovaly nás způsobem, který se stával neúnosným. Hledala se cesta a našla se v různých systémech pozitivních bonifikací vycházejících ze sledování celkových nákladů na léčbu pacienta. Nově zaváděné systémy byly více či méně dokonalé, nicméně z velké části odstranily hrozbu možné budoucí regulace.

Ve vedení našeho resortního ministerstva se mezi tím střídali ministři jako na běžícím pásu, žádný z nich pak nedokázal najít cestu, jak dál v nakročení z devadesátých let. Neřešení dlouhodobých problémů, zejména neřešení zapojení konzumenta zdravotní péče do odpovědnosti za financování celého systému, vedlo v celkem pravidelných intervalech ke vzniku finančních krizí zdravotních pojišťoven. Koncem devadesátých let jsme si začali zvykat i na situaci stávek ve zdravotnictví, v té době šly ale víceméně kolem nás.

V loňském roce situace dosáhla již takové úrovně, že probudila z určité letargie i mnohé z nás a praktičtí lékaři se sešli před budovou ministerstva zdravotnictví, aby dali razantně najevo svůj názor. Politické hrátky nakonec vyústily ve jmenování ministra, který vnesl do zdravotnické, ale i politické sféry nový fenomén. Bylo o tom již mnohé napsáno a já to nebudu nyní opakovat, aby na mne náhodou nebyla také podána nějaká ta žaloba.

Razance zkušeného odboráře nám přinesla takové změny, že mnozí z nás vlastně ani neví, za jakých podmínek v současnosti vlastně pracují. Některé zákonné normy jakoby přestaly existovat, nové se začaly objevovat s nebyvalou razancí. Žádná, nebo jen minimální diskuse, zato významný dopad. Tímto způsobem vznikla i tzv. úhradová vyhláška. Žádné komplexní sledování nákladů, ale dílčí limity a hotovo. To, že nás to vrátilo o dobrých pět let zpět, je přeci jedno, vždyť nás vede krizový manager. Ale i ten postupně pochopil, že přestřelil a začal žehlit. Nejdříve to zkusil přes metodické pokyny a když se ukázalo, že tudy cesta nevede, přišel další nápad.

Je potřeba získat silného spojence a z vlastní zkušenosti padla volba na profesní organizaci ze zákona, která povinně sdružuje všechny lékaře. No a pak už následovaly tiskové konference a my se s úžasem dovídali, jak nový prezident ČLK prosadil změny, jejichž odůvodnění se nápadně podobalo našim několikaměsíčním marným připomínkám. „Pán bůh zaplať“, chtělo by se říci, jenže ještě před několika týdny ten samý prezident hlásal, jak je vyhláška vyvážená a jak nezbytné jí bylo přijmout. Jenže důvody, pro které byly změny provedeny, my považujeme za důvody, které by měly vést k úplnému zrušení této vyhlášky.

Co tedy dodat. Vraťme se někam na začátek tohoto mého povídání a nezapomeňme na to, proč vlastně v ordinaci sedíme. No a pokud se dostanete do nesnází, věřím, že Vám naše profesní organizace bude umět nabídnout pomoc. V případě profesního pochybení by to bylo jistě mnohem složitější. Od naší stavovské organizace se asi, bohužel, pomoci nedočkáme.

Pevné nervy všem, přeje

MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda SPLDD ČR

Nestrukturální  
onemocnění myokardu

Kardiomyopatie

Myokarditidy

Infekční endokarditida u dětí



## seznam inzerujících firem

ALTANA PHARMA  
GRÜNENTHAL CZECH  
HERO  
HIPP  
LÉČEBNA DR. FILIPA  
NESTLÉ  
NUTRICIA  
VALOSUN  
ZENTIVA

## úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

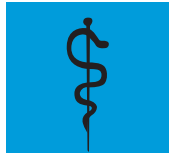
Úterý 10,00 - 17,00  
Středa 10,00 - 17,00  
Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravodla  
zastihnete v těchto hodinách:

**Úterý**  
8,00 - 12,00 - MUDr. Pavel Neugebauer  
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková  
15,00 - 18,00 - MUDr. Eva Vitoušová

**Středa**  
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnová  
13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn  
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková  
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

**Čtvrtek**  
11,00 - 14,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



# Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc únor 2006

**MUDr. Pavel Neugebauer**

předseda SPLDD ČR

**Měsíc únor byl tentokráte ve znamení postupného sjednocování většiny organizací zastupujících lékaře a další zdravotníky. Vše nakonec vyvrcholilo protestem na Staroměstském náměstí. Zaplněné náměstí vyslalo jednoznačný signál premiérovi, s dr. Rathem se prostě jednat nedá. I když to nemá premiér rád, silně zazněl požadavek na odvolání ministra zdravotnictví. Protest byl zakončen písní Ivana Hlase - „Táhněte do háje...“**

**1.2.** - spolu s dr. Šmatlákem jsme byli předvoláni naposledy k jednání s ministrem dr. Rathem. Jednání probíhalo v duchu cukru a biče. Šlo o pokus nás přesvědčit, abychom ustali v našem boji se stávajícím vedením ministerstva a odměnou měly být dílčí výhody pro segment praktických lékařů. Na to jsme však nepřistoupili, a to i proto, že základní filosofie tzv. úhradové vyhlášky změněna být neměla.

**2.2.** - společně s Krizovým štábem Koalice soukromých lékařů jsme uspořádali tiskovou konferenci, na které jsme novinářům vysvětlovali, proč je tzv. úhradová vyhláška špatná, proč dopadá negativně na pacienty i lékaře, a proč nesouhlasíme obecně s legislativními kroky ministra zdravotnictví.

**7.2.** - jednal Krizový štáb Koalice soukromých lékařů. Blíže informujeme na jiném místě

**9.2.** - v Brně jsem před lékaři vysvětloval dopady tzv. úhradové vyhlášky, vč. principů nastavení úhrad v jednotlivých segmentech. Seminář byl součástí cyklu „Čelíme výzám“ pořádaného europoslanci dr. Cabrochem a dr. Ouzkým.

**10.2.** - v Centru praktických lékařů se šly krizové výbory obou sdružení praktických lékařů. Na programu bylo samozřejmě projednání postupu v situaci „nesmyslných“ dodatků od zdravotních pojišťoven a dohodování dalšího postupu, vč. doporučení členům obou sdružení.

**14.2.** - opět se sešel Krizový štáb Koalice soukromých lékařů.

**19.2.** - na společném jednání se sešli zástupci 24 organizací nespokojených s politikou současného vedení ministerstva zdravotnictví, diskutovány byly možnosti společného a koordinovaného postupu, jednání bylo zakončeno setkáním s novináři, ti byli seznámeni s výstupy z tohoto jednání.

**21.2.** - Krizový štáb Koalice soukromých lékařů projednával podrobnosti chystané protestní akce na Staroměstském náměstí.

**22.2.** - na ústředí Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR proběhlo jednání o nové podobě sítě smluvních zdravotnických zařízení této pojišťovny, toto jednání jakoby nerespektovalo současný stav a předkládané legislativní návrhy ministerstva zdravotnictví, otázkou tedy zůstává, zda jednání tohoto typu nejsou v současné době pouhou zbytečnou ztrátou času.

**22.2.** - Krizový štáb Koalice soukromých lékařů uspořádal tiskovou konferenci, na které vysvětlil novinářům důvody konání protestní akce na Staroměstském náměstí, novináři bili seznámeni s negativními dopady tzv. úhradové vyhlášky na pacienty.

**22.2.** - v tomto dni proběhlo ještě další kolo jednání segmentu praktických lékařů v rámci dohodovacího řízení o rámcových smlouvách.

**23.2.** - v Ostravě pokračoval cyklus seminářů „Čelíme výzám“, přítomné jsem opět seznámil s hlavními aspekty úhradové vyhlášky.

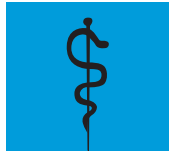
**24.2.** - na Staroměstském náměstí pro-

běhlo protestní shromáždění lékařů a dalších zdravotníků proti politice současného ministra zdravotnictví. Náměstí bylo zcela zaplněno nespokojenými zdravotníky s mnoha vtipnými transparenty. Celou akci oživil i písně zpěváka Ivana Hlase. Akce byla velmi úspěšná, i když se z velké části konala za použití náhradního zdroje elektřiny. Někdo vypnul legální zdroj elektřiny. Pročpak asi...

**27.2.** - na půdě ČNZP proběhlo jednání mezi zástupci ambulantních segmentů, tématem byla snaha propojit nastavené regulační opatření tak, aby se minimalizovaly dopady na pacienty. Obtížnému zadání odpovídal i výstup. K nalezení jednoznačného řešení nedošlo...

**28.2.** - na obvyklém místě ve VZP proběhlo společné jednání dohodovacího řízení k Rámcovým smlouvám. Hlavním bodem jednání bylo schválení společného jednacího řádu. Jednání nevybočilo z řady již proběhlých, většina přítomných se snažila vysvětlit především dr. Kubkovi důvody potřeby jednacího řádu, dr. Kubek však i nadále pokračoval ve zpochybňování takovéto normy. Nakonec se podařilo dohodnout alespoň základní rámec s tím, že podrobnosti budou upřesněny na jednáních v jednotlivých segmentech.

**28.2.** - Krizový štáb Koalice soukromých lékařů hodnotil na svém jednání protestní akci na Staroměstském náměstí.



# Koalice soukromých lékařů a další události

Únor byl bohatý na události ve zdravotnictví. Byl založen Krizový štáb Koalice soukromých lékařů, do jehož čela byl zvolen prezident České stomatologické komory dr. Pekárek. Lékaři a další zdravotníci se začali sjednocovat v boji proti postupům ministra zdravotnictví dr. Ratha. Nebývalá jednota vyvrcholila protestní akcí na Staroměstském náměstí. Přes snahu bagatelizovat celou tuto akci ministrem i premiérem byl vyslán nepřehlédnutelný signál. V následujících řádcích Vám předkládáme výčet důležitých událostí, prohlášení a různých vyjádření.

## I. Komunisté pohrozili, že nepodpoří zákon o neziskových nemocnicích

Komunisté pohrozili, že nepodpoří zákon o neziskových nemocnicích, jestliže při lůžkových zařízeních nezachová ambulance. Návrh zákona to obsahuje, ale jsou prý snahy to z návrhu vypustit. Řekla to poslankyně KSČM Soňa Marková.

Ministr zdravotnictví David Rath podle místopředsedy KSČM Jiřího Dolejše nerespektuje loňské dohody. Opustil prý koncepci veřejnoprávního zdravotnictví a nedrží se ani volebního programu, který koncem ledna přijala programová konference ČSSD.

převzato: <http://aktualne.centrum.cz>

## II. M. Emmerová v dopise kritizuje politiku svého nástupce Dr. Ratha

Upozorňuje, že ten se nehlásí ke zpracované koncepci zdravotnictví ani nepředložil koncepci



svou. Nepředložil klíčové zákony o zdravotní péči a zdravotnickém zařízení a místo nich parlamentu navrhuje legislativní improvizace. Nepokouší se pokračovat na práci na standardech a přitom chce zavádět připojištění. To považuje za zvyšování spoluúčasti bez rozlišení, zda občan bude platit za péči standardní nebo jinou.

Kritizuje, že nevidanou silou je tlačěn jistě žádoucí zákon o neziskových nemocnicích, ale postupně je modifikován k horšímu. Kritizuje nakládání se seznamem nemocnic v tomto návrhu zákona, které znemožňuje koncepční restrukturalizaci lůžkových kapacit.

V politice současného ministra kritizuje absenci potřebné dohody, konsenzu, po kterém občané volají. Klade otázku, zda by nebylo lepší poukázat na nevěli středočeského hejtmána Bendla, než se rozhádat se všemi hejtmány

a přitom nemít ještě ke všemu pravdu.

Vyslovuje obavu, že politika Dr. Ratha povede k tomu, že podoba zdravotnictví bude určována někým jiným, možná i cestou kompromisu s ODS. Na otázku zda se tím neblížíme trhu ve zdravotnictví odpovídá, že je o tom přesvědčena.

## III. Stanovisko prezidenta České lékařské komory MUDr. M. Kubka

„Smlouvy s pojišťovnami, lhůty splatnosti, výše úhrad, tam pochopitelně kolegové podporu lékařské komory mají, ale nebudeme podporovat žádné politické akce.“

ČT 1, Události 2.2. 2006

## IV. Tiskové prohlášení LOK-SČL

Lékařský odborový klub se distancuje od jednání Asociace českých a moravských nemocnic. Tato skupinka několika ředitelů nemocnic pouze tlumočí politická stanoviska svých chleboďárců - hejtmánů, členů ODS. Zaměstnanci nemocnic podporují přijetí zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, který zabrání rozkrádání nemocnic, rozpadu sítě lůžkové péče a okrádání zdravotníků.

Zaměstnanci nemocnic podporují ministra Ratha v jeho snaze zavést pořádek v resortu zdravotnictví a stabilizovat systém zdravotního pojištění. LOK-SČL vyzývá Českou lékařskou komoru, aby se důrazně distancovala od politicky motivovaných nátlakových akcí organizovaných lékárníky a zubaři a podporovaných funkcionáři sdružení praktických lékařů, kteří jsou úzce propojeni s ODS, jejíž volební kampaň podporují.

LOK-SČL podporuje snahu prezidenta ČLK o posílení role Komory v procesu vzdělávání lékařů. LOK-SČL považuje Komoru za stabilizující prvek českého zdravotnictví a vyzývá všechny lékaře, aby se v rámci ČLK spojili při obhajobě profesních, pracovních a ekonomických zájmů lékařů. Pouze silná Lékařská komora může tvořit protiváhu zdravotním pojišťovnám a politické reprezentaci.

V pátek 10. 2. 2006 se koná porada předsedů LOK-SČL k aktuální situaci ve zdravotnictví.

V Praze dne 3. 2. 2005

MUDr. Jana Vedralová  
místopředsedkyně LOK-SČL

## V. Asociace nemocnic mluví za nemocnice

Lékařský odborový klub se ve svém tiskovém prohlášení z 3.2. 2006 „distancuje od jednání Asociace českých a moravských nemocnic, která v žádném případě nevyjadřuje vůli zaměstnanců nemocnic.“

AČMN má zato, že LOK může mluvit pouze za své členy - část lékařů jedné z odborových organizací v nemocnicích. Také AČMN mluví a jedná pouze za své členy - nemocnice. Pro nemocnice jako kterékoli jiné firmy jsou na prvním místě zájmy a spokojenost jejich zákazníků - pacientů. Jestliže kroky ministra Ratha pacienty ohrožují, nemocnice tyto kroky kritizují.

AČMN odmítá zvrácenou logiku LOK i jeho idolu ve funkci ministra, podle níž „co z Prahy od Ratha není, to z kraje od hejtmánů a ODS jest“.

I AČMN podporuje přijetí zákona o neziskových nemocnicích. Ne však v podobě připravené fankluby D. Ratha, která je neživotná a může sloužit jen jako nástroj k ovládnutí zdravotnictví jeho zájmovou skupinou.

AČMN žasne, že i ČSSD podporuje takové řešení a ne skutečně koncepční návrh zákona z vlastních řad, zpracovaný nejlepšími právníky ČSSD (místopředseda ústavně právního výboru Z. Koudelka), který má evropské parametry.

## VI. Výzva Svazu pacientů ČR

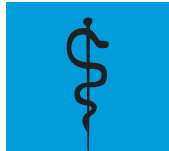
Poškozuji Vás rozhodnutí ministra zdravotnictví MUDr. Davida Ratha?

Vážení spoluobčané, pacienti!

V těchto dnech se opět rozhořel boj „na život a na smrt“ mezi mnohými zdravotníky (lékaři), lékárníky a ministrem zdravotnictví Davidem Rathem kvůli dopadům jeho rozhodnutí na jejich příjmy, ale také na snižování dostupnosti péče (včetně léků) pro pacienty a to zpřísněním limitů vykázané péče.

Nám, pacientům, některá ministrova nedomyšlená restriktivní opatření vadí, protože znamenají omezení dostupnosti zdravotní péče, rovného přístupu všech pojištěnců k péči a ohrožení solidarity tím, že roste zatížení nemocných zvýšenými doplatky, je odkládána péče na další čtvrtletí až pololetí a některým pacientům nakonec nebude poskytnuta vůbec. Novým fenoménem je neochota nemocnic k převzetí akutních pacientů pojištěných zejména v regionálních zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách u kterých během roku 2005 neměly vykázaný žádný nebo velmi nízký objem péče.



**V naší poradně se začínají množit stížnosti pacientů:**

- na neochotu praktických lékařů předepisovat léky nemocnému pacientovi s odkazem, ať jde ke specialistovi a ten jej posílá zpět k praktikovi,
- že za konkrétní lék pacientka nedoplácela v minulosti nic nebo za jiný třeba 70 Kč a od ledna z nuly je to 130 Kč a z těch 70 až 300 Kč,
- na velmi krátký čas, který je věnován pacientům jak u specialistů, praktiků tak i v ambulancích nemocnic, což nestačí mnohdy ani k navázání potřebného kontaktu, potřebné kvality, takže vzniká nutnost opakovaných návštěv, aby se stačila většinou složitější dg nebo léčebná problematika obsáhnout,
- způsob jednání lékařů, když si předem vypočetli, kolik pacientů se jim vyplatí denně přijmout a to se děje díky vyhláškám ministerstva zdravotnictví,
- opakujících se případů nezájistižení tzv. jediné možné léčby dle § 16 zák. č.48, kdy výkladem zdravotní pojišťovny neoprávněně omezují dostupnost péče,
- velké potíže s omezenými paušály nemocnic s dopady na léčbu pacienta apod.

Je to jen malý výsek chaosu, který vstupuje do zdravotnictví, kdy pacient se cítí jako hadr mezi dvěma bojujícími institucemi - poskytovateli péče a ministerstvem zdravotnictví a není respektován ani zastoupen při jednáních, přestože jemu především by mělo veřejné zdravotnictví sloužit.

Podpořili byste na základě Vaší zkušenosti nebo zkušeností Vašich známých, demonstrace pro odvolání Ratha z funkce ministra zdravotnictví nebo by měl dál soustřeďovat nekontrolovanou moc ve zdravotnictví do rukou svých a úzké skupiny kolem něj?

**Níže můžete vyjádřit svůj názor, výsledek sdělených názorů rádi využijeme k rozhodnutí svolat pacientskou demonstraci.**

Váš

*Svaz pacientů ČR*

**VII. Tisková zpráva Asociace velkodistributorů léčiv (AVEL) - 7. 2. 2006**

Distributoři léčiv musejí řešit situaci na trhu po neuvážených krocích ministra Ratha. Hrozí zastavení dodávek nemocničním lékárnám

*Praha 7. února* - Situace na trhu léčiv je pro distributory neudržitelná. Nepromyšlené lednové snížení obchodní příirážky na léky a další ministrem zdravotnictví Rathem avizovaná opatření nutí distributory k výraznému omezení pohledávek vůči lékárnám, které za všechny

členy AVEL dosahuje výše několika miliard korun.

„Snížení příirážky znamená pro distributora zhoršení možnosti financovat lékárnám dlouhé splatnosti faktur a zároveň omezuje platební schopnost samotných lékáren. V konečném důsledku to tedy znamená, že distributoři musejí postupně snižovat pohledávky, které mají u svých odběratelů. Musejí všem rizikovým odběratelům výrazně snížit délky splatnosti faktur a požadovat zaplacení dluhů nejvíce zadlužených nemocnic. U řady z nich hrozí i mezní va-



rianta - zastavení dodávek léků,“ vysvětluje šéf AVEL Pavel Suchý.

Na základě reálných čísel o platebních schopnostech lékáren je zřejmé, že první snížení příirážky ohrožuje více než čtvrtinu lékáren, jak odhadovala Česká lékárnická komora. „Bude to o několik desítek subjektů více,“ říká Suchý.

Další navrhované snížení příirážky, jak navrhuje ministr Rath, by poslalo ke dnu až 1350 lékáren. Což by znamenalo, že bychom měli počet lékáren, který byl běžný naposled před rokem 1989. Protože by nekračovaly především lékárny v obchodních centrech, znamenalo by to, že by oproti roku 1989 scházely lékárny asi ve 250 až 300 vesnicích a menších městech. Koncentrace lékáren ve větších městech by tím příliš neoslabila a naopak v méně osídlených regionech by se snížila na historicky nejnižší stav.

Distributoři reagují na opatření ministra Ratha, která negativně ovlivňují nejen ekonomiku distribučních společností, ale také jejich odběratelů, a nemají nic společného s politickým bojem před červnovými volbami.

*Pavel Suchý, ředitel AVEL  
Asociace velkodistributorů léčiv*

**VIII. Tisková zpráva Krizového štábu Koalice soukromých lékařů****S Rathem už jednat nechceme**

*Praha, 7. února* - Členové Krizového štábu lékařů, zubních lékařů, lékárníků a Asociace čes-

kých a moravských nemocnic se na svém večerním jednání shodli na následujících závěrech:

Nedůvěřujeme ministru zdravotnictví Davidu Rathovi, a proto s ním odmítáme o čemkoliv jednat, to platí jak pro jednotlivé organizace, tak pro celý krizový štáb. Nebudeme se účastnit ani takových jednání na ministerstvu zdravotnictví, která buď tomuto úřadu nepřísluší anebo slouží jenom jako záminka pro předstírání dialogu.

Obrátíme se otevřeným dopisem na premiéra Jiřího Paroubka s výzvou k jednání o našich požadavcích.

Upozorňujeme, že ministr zdravotnictví lže, když tvrdí, že úhrady zdravotnickým zařízením jsou na úrovni 103 procent minulého roku. Například mnohé léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) nedosahují ani 50 procent úhrad minulého roku. Za těchto podmínek nemohou tato zdravotnická zařízení zajistit péči pro tisíce ležících pacientů. Skončí polovina pacientů LDN na ulici?

Krizový štáb bude po každém zasedání vydávat aktuální tiskové informace o svých stanoviscích a připravovaných akcích i dopadech opatření ministra zdravotnictví Davida Ratha na pacienty.

Krizový štáb připravuje demonstraci na podporu svých požadavků, která se uskuteční

24. února na Staroměstském náměstí a na kterou zve všechny občany.

- **Sdružení praktických lékařů ČR**
- **Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR**
- **Sdružení ambulancí specialistů ČR**
- **Sdružení soukromých gynekologů ČR**
- **Česká stomatologická komora**
- **Česká lékárnická komora**
- **Asociace českých a moravských nemocnic**

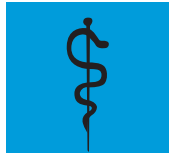
**Jaké jsou požadavky krizového štábu (na jejich podporu byla zahájena veřejná petiční akce)?**

1. Zabránit omezování dostupnosti a kvality zdravotní péče způsobené diletantskými vyhláškami ministra zdravotnictví (například úhradová vyhláška, změna marží lékáren a další), které poškodí občany, zvláště pak chronicky a vážně nemocné pacienty.

2. Zastavit přípravu zákonů, které mění systém veřejného zdravotního pojištění na centrálně řízené zdravotnictví v podobě jakou mělo před rokem 1989. Nepřipustit, aby se veškerá moc a peníze dostaly do rukou ministra zdravotnictví.

3. Vrátit se k celospolečenské a odborné diskusi a rozhodovat o zásadních změnách ve zdravotnictví na základě věcné argumentace a mandátu voličů.

4. Odvolat z funkce ministra zdravotnictví Davida Ratha, který vnáší chaos do zdravotnictví, ohrožuje pacienty a opovrhuje pravdou i obyčejnou lidskou slušností.

**Které další organizace protestují proti krokům ministra Ratha?**

Národní centrum domácí péče ČR

Společnost radiologických asistentů ČR

Zdravotní pojišťovna Metal - Aliance

Sdružení ambulancí dětských

kardiologů

SKALPEL soukromých lékařů a podnikatelů ve zdravotnictví ČR

Asociace poskytovatelů hospicové

paliativní péče

Asociace domácí péče ČR

Asociace klinických psychologů ČR

Asociace psychiatrických sester

ČAS - Česká asociace sester

Česká společnost fyziků v medicíně

ČSST - Česká společnost pro zdravotnickou techniku

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR

SBM - Společnost biomedicíně inženýrství a informatiky v lékařství ČLS - JEP

Sdružení majitelů a poskytovatelů domácí péče

Společnost instrumentářek

Společnost radiologických asistentů ČR

UNIFY ČR - Unie fyzioterapeutů ČR

UNIPA - Unie porodních asistentek

Unie zaměstnavatelských svazů ČR

Sdružení soukromých nemocnic ČR

Asociace zdravotnických zařízení Středočeského kraje

Grémium majitelů lékáren

CENTROMED, a.s.

Za krizový štáb

MUDr. Jiří Pekárek

**IX. Česká lékařská komora (ČLK) požaduje zmírnění vyhlášky o úhradách péče.**

Lékaři a zdravotnická zařízení by měli za péči dostávat o tři procenta peněz víc než v prvním pololetí loňského roku. Vyhláška ale stanovuje také přísná omezení a limity na léky a ošetření. Výkony, které se do nich nevejdou, pojišťovny neproplatí. Lékaři by navíc za překročení úhrad mohli být sankcionováni. V praxi se tam může stát, že lékař pacienta odmítne ošetřit, protože bude mít limit vyčerpaný.

**Jen zmírnění**

Podle šéfa komory Milana Kubka vyhlášku zrušit nelze. Komora ale žádá o její zmírnění. „Vyhláška je zbytečně restriktivní. Není naše věc, jak lze revizi provést. Nejsem schopen říct, jak to ministr může udělat. Je to na legislativcích,“ uvedl Kubek.

Komora navrhuje, aby na lékaře sankce nedopadaly, pokud překročí limity o méně než deset procent. Neměly by se týkat ani léků a zdravotnických prostředků, jejichž vydání pacientům schválil revizní lékař.

Podle ČLK by srážky na úhradách neměli mít také lékaři, kteří ošetří od dané pojišťovny méně než sto klientů.

Kubek připomněl, že se již podařilo vyjednat

to, aby se limity nevztahovaly na očkování a preventivní péči. Podle vyhlášky jich lékaři také mohli poskytovat jen v omezeném množství.

Novinky, ČTK

**X. Veřejné prohlášení MUDr. V. Šmatláka k vystoupení z týmu poradců prezidenta ČLK**

Vážený pane prezidente, na schůzce 23.1.2006, které jsem se na Vaše pozvání zúčastnil a která nebyla předem avizovaná jako setkání týmu poradců ani jako záměr takový tým vytvořit, jsem vyslovil názor, že



jako Váš poradce v otázkách primární péče mohu vystupovat jen za určitých podmínek. Hlavní podmínky byly následující:

Komora bude fungovat jako apolitická organizace sloužící pouze svým členům.

Budete vystupovat tak, že bude zřejmé, že názory které prezentujete, jsou reflexí představ členské základny, nikoliv jednotlivců, jiných institucí či dokonce politických stran.

Jako prezident komory budete hájit a prosazovat pouze ty věci, ve kterých došlo mezi zástupci hlavních skupin poskytovatelů, tj. soukromých lékařů a lékařů zaměstnanců, ke konsenzuální dohodě. Také jsem doporučil, aby v takových případech byl z prostředků komory zaplacen profesionální tým právníků, ekonomů a lobbyistů, který by pomohl naše zájmy efektivně prosazovat. Upozornil jsem Vás, že v opačném případě se budete stavět proti zájmu svých členů, což považuji za nepřijatelné, a to i s ohledem na povinné členství v Komoře, kdy postižená skupina nemá možnost své členství ukončit.

Vystoupíte s protestem proti tzv. úhradové vyhlášce MZ č. 550/ 2005 Sb, k čemuž Vás zavázal volební sjezd ČLK.

S překvapením jsem zjistil, že na tiskové konferenci, kterou jste ihned po schůzce svolal, jste jmenoval tým poradců, aniž by takto bylo jednání jednoznačně ukončeno. K dnešnímu dni žádné takové jmenování od Vás neobdržel. Tato informace je pouze na webových stránkách Komory.

Ve svých prohlášeních jste se jednoznačně autorsky přihlásil k návrhům zákonů, zejm. o Neziskovém ZZ a pozměňovacímu návrhu Zák. č.20, který si osvojil posl. Krákora, které, jak dobře víte, vyvolávají velmi negativní postoj zhruba poloviny členů ČLK. Dokonce jste pomáhal jejich prohlasování s pomocí komunistů ve Sněmovně. Ve svém dopise členům Komory demagogicky opakujete již dříve a někým jiným řečené, že kdo je proti těmto zákonům, odmítá dědění praxí a chce si upevnit svoje individuální postavení a výhody. Naopak místo toho, abyste razantně vystoupil proti úhradové vyhlášce, která lékaře pod hrozbou sankcí nutí balancovat na hraně ekonomického udržení praxe a profesní chyby při postupu non lege artis a jednoznačně omezuje dostupnost i kvalitu zdravotní péče, jste hlásal její vyváženost a pochopení pro její zavedení. Teprve pod tlakem ostatních organizací sdružených v Koalici soukromých lékařů, výzev členů i okresních sdružení Komory, jste dosti nerazantně zareagoval ve svém dopise z 9.2.t.r. Také Vás upozorňuji, že to aby ministr vyjmul v úhradové vyhlášce preventivní výko-

ny a očkování ze zastropovaných výkonů prosazujeme spolu s pediatrií od té doby, co existoval první návrh vyhlášky. Naše argumentace zůstala ignorována a metodika, kterou ministr slíbil vyhlášku „upřesnit“, oficiálně neexistuje. Výsledkem řady jednání jsou cenové dodatky ZP, kde prevence vyjmuty z regulací nejsou. Pokud tvrdíte, že jste ministra přesvědčil, zajímalo by mě, jakými argumenty.

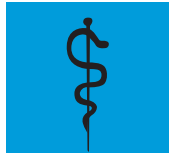
Vážený pane prezidente, jistě pochopíte, že s ohledem na výše uvedené skutečnosti, kdy ani jedna z podmínek, které jsem uvedl nebyla dodržena, nemohu být členem Vašeho poradního týmu. Tento fakt Vám oznamuji tímto veřejným prohlášením.

MUDr. Václav Šmatlák

**XI. Prohlášení představitelů nelékařských zdravotnických povolání k současné situaci ve zdravotnictví**

Kvalitní a dostupná zdravotní péče o občany nespočívá pouze na bedrech lékařů. Lze ji zajistit pouze za předpokladu spolupráce celé řady odborníků. Představitelé profesních organizací nelékařských zdravotnických pracovníků, znepokojeni současnou situací v českém zdravotnictví, vyvolanou ministrem zdravotnictví Davidem Rathem, vytvořili krizový štáb, jehož cílem je přispět k ochraně kvality a dostupnosti zdravotní péče pro všechny občany a zároveň k zachování profesní integrity a partnerského postavení nelékařů v systému zdravotní péče. Ministr zdravotnictví David Rath činí opatření,





kteřá nenávratně vedou ke svěření veškerých rozhodovacích pravomocí výhradně do rukou České lékařské komory. Ministr zdravotnictví, který své kroky zdůvodňuje řešením palčivých otázek ve zdravotnictví, nepředložil dosud ucelenou koncepci zdravotnictví.

#### **Protestujeme proti:**

- Ohrožení dostupnosti zdravotní péče občanům ČR, vyvolaným „úhradovou vyhláškou“ Ministerstva zdravotnictví
- Obcházení standardního legislativního procesu prostřednictvím pozměňovacích návrhů zpracovaných Ministerstvem zdravotnictví a předkládaným poslancem Jaroslavem Krákorou
- Navrhovaným změnám zákona o nelékařích, které naruší systém celoživotního vzdělávání nelékařů
- Legislativním krokům, které „privatizují“ celé české zdravotnictví do rukou České lékařské komory
- Důrazně žádáme o respektování nezastupitelné role nelékařských zdravotnických pracovníků, nejen při poskytování péče, ale i při tvorbě koncepce, legislativy a řízení systému zdravotnictví.

Svoji přítomností podpoříme protest občanů 24. února na Staroměstském náměstí, a požadavek na odvolání Davida Ratha z funkce ministra zdravotnictví.

*Asociace domácí péče ČR  
Asociace psychiatrických sester  
Česká asociace sester*

*Česká konfederace porodních asistentek  
Národní centrum domácí péče ČR  
Společnost instrumentářek  
Společnost radiologických asistentů ČR  
Unie fyzioterapeutů ČR  
Unie porodních asistentek*

#### **XII. Petici za dostupnost zdravotní péče podpoří také pacienti**

Krizový štáb lékařů, lékárníků a Asociace českých a moravských nemocnic, který se včera opět sešel, rozhodl dosavadní krizový vývoj ve zdravotnictví České republiky. Účastníci se shodli, že krize českého zdravotnictví se dotýká mnoha subjektů bez rozdílu politické příslušnosti. K prohlášení krizového štábu se v pondělí připojila také pacientská organizace, Svaz pacientů ČR.

*Již koncem ledna připravil krizový štáb veřejnou petiční akci, ke které se spontánně připojují nejen lékaři, lékárníci a další zdravotníci, ale také pacienti a pacientské organizace. Ti si jsou vědomi, že prostřednictvím nekompetentních zásahů ministra zdravotnictví Davida Ratha dochází k omezování dostupnosti a kvality zdravotní péče a k ohrožování jejich zdraví.*

*„Chceme především zastavení nekompetentních kroků ministra Ratha, které poškozují pacienty,“ říká MUDr. Jiří Pekárek, prezident České stomatologické komory a člen krizového*

*štábu. „Demonstrace na Staroměstském náměstí 24.2. bude společnou demonstrací zdravotnických pracovníků a pacientů. Není možné, aby jediný člověk takto chaoticky rozhodoval o bytí či nebytí českých pacientů i lékařů,“ dodává Dr. Pekárek.*

*S peticí a jejím obsahem se můžete seznámit na webových stránkách [www.peticepacientu.cz](http://www.peticepacientu.cz). Tam je možné si vytisknout petiční archy a podepsané je vrátit na adresu České stomatologické komory. Petici lze také podepsovat ve zdravotnických zařízeních lékařů a v průběhu plánované demonstrace poslední únorový pátek.*

*Praha 15.2. 2006*

#### **XIII. Odpověď prezidentovi ČLK na jeho dopis ze dne 4.2.2006**

Necháváme zatím stranou to, co uvádíte ve druhém odstavci o nových legislativních návrzích i když se přiznáváme, že bychom rádi věděli, kteří legislativci tak rychle vypracovali ony návrhy a kteří poslanci si je osvojili. To ale nepochybně brzy oznámíte. Jako jejich (a koneckonců i Vaši) voliči máme právo to vědět.

#### K jednotlivostem z Vašeho dopisu:

Odbornou či specializovanou způsobilost lze v ČR získat jen příslušným atestačním řízením. Považujete opravdu za nutné, aby ČLK navíc ještě potvrdzovala platnost atestací?

Trvalý smluvní vztah je pro každého poskytovatele velmi žádoucí, ale smysl mu dávají nejen jasné a explicitně stanovené výpovědní důvody, ale hlavně jejich spolehlivost a závaznost. Jste si jist tím, že se s tímto s Vámi spolupracující legislativci v tisku 1045 uspokojivě vypořádali? Není nám také jasné, proč vylučujete polikliniky, které vznikly řádným privatizačním procesem a proč nic nenamítáte proti souběhům praxí s kapacitním číslem pod 0,8 (a obvykle hodně po 0,8 - v rozsahu, který logicky nikdy nedovolí zařídit plně hodnotnou ambulanci, která by měla smysl také pro někoho jiného, než jen a jen pro samotného lékaře, který v ní pracuje, v rozsahu jen zbytečně akcentujícím výdej finančních prostředků a pacienta mnohdy zbytečně obtěžujícím nutností navštěvovat těchto lékaře na více místech). Naprostá většina soukromých lékařů, kteří se svou praxí živí, to Vy dobře víte, je proti takovýmto souběhům - z důvodů tak známých, že je zde neopakujeme. A jak toto chcete řešit u nemocnic? Připomínáme tu náš už prastarý požadavek: ambulance nemocnic by měly mít smlouvu na konkrétního plně kvalifikovaného lékaře, který v ní bude po celou ordinační dobu přítomen (kromě nemocničních ambulancí superspecializovaných, příjmových a v některých případech během nočních pohotovostí).

Vyřazení občanských sdružení poskytovatelů a pacientů ze všech dohodovacích řízení je pro nás naprosto nepřijatelné. Vstupování komory do dohodování smluvních vztahů mezi po-

skytovateli a plátcí jsme vždy odmítali zcela v soulase a souladu s původním demokratickým záměrem zákonodárce. Souhlasíme s Vámi, že by ČLK měla zůstat výlučně apolitickou organizací a nestavět se ani napravo, ani nalevo, souhlasíme, že smyslem založení komory bylo a jistě stále má být neúprosná péče o etiku, lex artis a vzdělání. Sám dobře víte, že ČLK nemá ve svých pravomocích vstupování do ekonomických a smluvních vztahů. Tím spíše nemá žádné právo z jednání o těchto vztazích vytlačovat subjekty, které tam ze samotné podstaty věci jednoznačně patří.

Převody, dědění a prodeje praxí jsou problémem, který by měl být řešen co nejdříve, jistě ale není třeba žádných velkých zákonných úprav, jistě není třeba takovéto změny doplňovat dalšími návrhy, které s převodem a děděním praxí nesouvisí a navíc jsou pro většinu lékařů nepřijatelné.

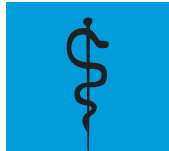
K otázce medií. Ta přeci jen referují o náladě podstatného počtu lékařů. Protestující lékaři se ale řídí vlastními informacemi a i vlastními mediálními zdroji. Domníváte-li se, že zdravotnická veřejnost chce demonstrovat, protože je nespokojena s pozdními platbami VZP, hluboce se mýlíte. Lékaři nejsou takoví hlupáci, aby nechápali, že zničitelní pozdní platby nejsou příčinou, ale důsledkem vad systému. O opaku se snaží všemožně přesvědčovat pan ministr a nyní i Vy. Nucená správa VZP je šetřena policií a VZP pod nucenou správou ještě ve většině regionů ani neodeslala dodatky ke smlouvám na toto pololetí. Nejsme spokojeni se současným stavem a to je důvod našeho protestu.

Soukromí lékaři nejsou roztržštěni. Dění posledních týdnů to dokazuje. A ohroženy se cítí i zdravotní pojišťovny. Mocenské zásahy do složení správních rad jim nedávají žádnou jistotu přežití v jinak finančně deficitním systému. Jen je ubírána pravomoc těm složkám naší společnosti, které tyto pojišťovny zakládaly a dosud spravují.

K rovnosti smluvních vztahů. Pravdu máte v tom, že smluvní vztahy nejsou dosud rovné. My věříme, že právě pokračující sjednocování smluvních poskytovatelů, na kterém jsem ovšem začali pracovat dávno před tím, než začal být MUDr. Rath ministrem zdravotnictví ČR, je nadějí na jejich narovnání. Nevěříme, že posílení pravomoci jakékoli úzké skupiny lidí, ačkoli by šlo o ČLK, může vést k potřebnému narovnání. Šlo by jen o koncentraci moci, která pak může být snadno zneužitelná. Pokud jde o Rakousko, stejně tak Švýcarsko, Německo i třeba USA, nepodceňujte naši informovanost. Jistě jste si všiml, že naprostá většina našich lékařských sdružení není ve sporu. Pokud někteří v něčem s někým nesusouhlasí, vyjadřují a obhajují svůj názor, ale v segmentech hlasují přesvědčivě většinově.

K výhodám funkcionářů. Maximálně důrazně Vás na tomto místě vyzýváme, abyste místo kla-





dení otázek tohoto typu rovnou předložil důkazy o tom, kteří funkcionáři mají jaké individuální výhody. My sami o ničem takovém nevíme a žádnými výhodami nedisponujeme.

Nevíme o tom, že Krizový štáb prohlásil, že ČLK bude prosazovat redukci počtu soukromých lékařů. Existují však reálné obavy, že k tomu povedou současné kroky Ministerstva zdravotnictví ČR.

Navýšení ohodnocení ceny lékařské práce v novém sazebníku je žádoucí. Bylo by zřejmé, kdyby šlo o faktické navýšení úhrad. Zatím tomu, jak víte, tak není.

Mezi signatáři prohlášení Krizového štábu není nikdo, kdo by nechtěl mít jistotu smluvního vztahu za rovnoprávných podmínek, možnost prodeje a dědění praxí, silnou lékařskou samosprávu, slušnou odměnu za práci v penězích.

Členství v těchto sdruženích i placení příspěvků v nich, na rozdíl od ČLK, jsou dobrovolná. Jsme si jisti, že pokud by členové s některými prohlášeními vedoucích představitelů těchto sdružení nesouhlasili, okamžitě by dali svou nespokojenost najevo, v krajním případě by ze sdružení vystoupili. Do současné doby registrujeme ale pravý opak, registrujeme tlak našich členů, abychom v protestech pokračovali, dokud nebudou naše požadavky splněny. Akceptujte, že nositeli protestních akcí nejsou vedoucí funkcionáři a signatáři, ale členové těchto sdružení. Jde o vyjádření jejich vůle.

Vyzýváme Vás, abyste přestal budít podezření, že hledáte spory někde, kde nejsou, že vymýšlíte planá obvinění, že jen odvádíte pozornost od toho, co je třeba opravdu řešit. Vyzýváme Vás, abyste také začal respektovat vůli velké části lékařů, abyste se soustředil na to, co je podstatné a zahájil opravdu regulérní spolupráci se všemi sdruženími tak, jak jste se k tomu přihlásil ve své volební kampani během kandidatury na post prezidenta ČLK.

*Sdružení ambulantních specialistů  
Sdružení soukromých gynekologů ČR*

*Sdružení praktických lékařů*

*Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost*

#### **XIV. Krizový štáb Koalice soukromých lékařů k návrhům změn úhradové vyhlášky**

Lékaři, lékárníci a nemocnice: naše argumenty nevyslyšeny, protesty pokračují

*Návrhy případných změn v úhradové vyhlášce slibované ministrem Rathem po jednání s prezidentem ČLK Kubkem neřeší napjatou situaci ve zdravotnictví.*

*Finanční omezení pro poskytování léků a ošetření působí potíže pacientům i zdravotnickým zařízením. Po praktických a zubních lékařích bude nucena i většina nemocnic odmítat své pacienty, neboť lze těžko očekávat, že jejich léčbu budou hradit ze svého. Úsporná opatření ministra Ratha dopadají především na chudší a vážně nemocné pacienty. Vedou ke zhoršení kvality a omezení dostupnosti zdra-*

*votní péče v ČR.*

Ministr Rath prosadil pro první pololetí tohoto roku finanční limity na léky a ošetření ve všech zdravotnických zařízeních. Za překročení hrozí sankce. „Je polovina února a lékaři na tyto limity již narážejí. Pokud ošetří další pojištěnce, zadluží se a riskují svoji další existencí. Dokazuje to řada konkrétních patientských osudů, o kterých nás lékaři informují,“ uvádí místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR MUDr. Jan Jelínek.

Situace je pro lékaře, nemocnice i pacienty zcela bezprecedentní. „Chápeme snahu ministerstva šetřit, avšak tímto způsobem si ministerstvo zahrává se zdravím i životy pacientů. Úhradová vyhláška je nepřijatelná, způsobuje zmatek a omezování lékařské péče,“ dodává mluvčí Asociace českých a moravských nemocnic Dr. Stanislav Fiala.

„Situace venkovských lékáren se dramaticky zhoršuje a nemůžeme ani přehlížet k neschopnosti ministra Ratha řešit situaci v zásobování lékáren předlužených nemocnic,“ říká PharmDr. Lubomír Chudoba.

„Péče o naše pacienty je ohrožena a demonstraci 24. 2. 2006 na Staroměstském náměstí neodvoláme,“ říká MUDr. Jiří Pekárek, prezident České stomatologické komory a člen krizového štábu.

*Za Krizový štáb*

*MUDr. Jiří Pekárek*

*prezident České stomatologické komory*

#### **XV. Usnesení Valné hromady Unie zaměstnavatelských svazů ČR ze dne 14. 2. 2006**

Valná hromada Unie ZS plně podporuje demonstraci zdravotníků a pacientů na Staroměstském náměstí dne 24. 2. t. r. Stav řízení českého zdravotnictví se stává celospolečenským problémem a ohrožuje zdraví obyvatel tohoto státu. Tento stav je způsoben obcházením sociálního dialogu a porušováním demokratických principů řízení státu.

#### **XVI. Jednání Krizového štábu lékařů i Krizového štábu nelékařů v prostorách III.LF, UK, Praha.**

Jednání se zúčastnilo 21 profesních organizací nelékařů i lékařů, zástupci 180 nemocnic. Přítomní ocenili společný postup a podporu profesních organizací lékařů i nelékařů v obhajobě práv našich klientů pro zajištění kvalitní a dostupné zdravotní péče.

V průběhu jednání byla doručena zpráva o záměru premiéra, ministra a prezidenta ČLK, vydat novou úhradovou vyhlášku, která by zmírnila probíhající devastaci systému zdravotní péče, kterou zapříčinil jejich autokratický, neuvážený a diletantský postup jehož produktem je stávající úhradová vyhláška MZ.

Návrh textu vyhlášky premiér hodlá předat v pondělí zdravotním pojišťovněm k posouzení.

Na našem důvodu účastnit se stávky to však

nic nemění. Důvodem je arogance moci, ignorace demokratických principů při prosazování neuvážených kroků, které v konečném důsledku vedou k ohrožení dostupnosti zdravotní péče pro ty nejpotřebnější.

Je nepřijatelné, abychom vždy, když bude ohroženo právo našich klientů, i nás, poskytovatelů, vycházeli do ulic.

Není možné, aby návrhy na znění úhradové vyhlášky, zákona o neziskových nemocnicích, změnu zákona 48/1997 Sb, či zákona č.96/2004 Sb., a dalších právních norem nepodléhal celospolečenskému konsensu a nemohli se k němu vyjadřovat ti, kterých se uvedené právní normy týkají.

Skutečnost, že pan poslanec Krákora stáhl svůj návrh na změnu zákona, který by ohrozil současně postavení nelékařů neznamená, že si jej nedovolí znovu za pár dní, či týdnů předložit ve stejném znění zpět.

Konstruktivní a demokratický dialog musí být veden předem, tak jak to určují platné právní normy.

Je absurdní, abychom téměř 17 let po Sametové revoluci používali stávky jako nástroje pro boj s arogancí moci, ale situace si to vyžaduje!

Pokud se dnes nezvedneme, nenarovnáme a dostatečně silně nezazní společný hlas klientů i poskytovatelů zdravotní péče, pak naše hlasy ani v budoucnosti nikdo neuslyší.

Je smysluplné, abychom dnes dali dostatečně nahlas vědět, že dříve běžné rozhodování o nás bez nás již dnes není a ani zítra nebude možné.

V žádném případě však nesmí na kvalitě a dostupnosti zdravotní péče pocítit situaci spojenou se stávkou naši potřební klienti.

Prosím vysvětlujte svým klientům i jejich blízkým situaci, určitě pochopí, že náš společně zvednutý hlas je obhajobou kvality a dostupnosti zdravotní péče zejména pro malé, nemocné a bezmocné.

*Zapsala: Bc. Blanka Misconiová*

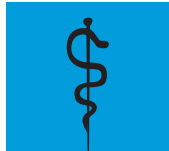
#### **Tisková zpráva Krizového štábu:**

Dne 19. 2. 2006 se na výzvu Krizového štábu lékařů, lékárníků a Asociace českých a moravských nemocnic sešli zástupci 21 zdravotnických organizací, protestujících proti způsobu vedení Ministerstva zdravotnictví ČR.

Tyto organizace zastupují více než dvacet tisíc soukromých lékařů a lékárníků, desítky tisíc nelékařů a 180 nemocnic.

Účastníci jednání se jednomyslně shodli na tom, že demonstrace svolaná na 24. 2. 2006 ve 14.00 hodin na Staroměstském náměstí v Praze proběhne i přes některé zdánlivé ústupky ministra Ratha. Vyzývají k účasti nejen zdravotníky, ale i pacienty, na které tzv. „úhradová vyhláška“ už dnes dopadá omezením dostupnosti léčby, potřebných vyšetření a zákroků.

Informaci premiéra Paroubka o chystané



změně této vyhlášky považujeme za přiznání zásadních chyb při její přípravě a vydání. Tuto skutečnost považujeme za první úspěch Krizového štábu.

V Praze dne 19. 2. 2006  
Za Krizový štáb  
MUDr. Jiří Pekárek  
prezident ČSK

#### **XVII. Stanovisko Krizového štábu Koalice soukromých lékařů k novele vyhlášky č. 550/2005 Sb.**

Členové krizového štábu se na svém jednání dne 21. února dohodli na následujícím stanovisku k připravované změně úhradové vyhlášky:

1. Organizace sdružené v krizovém štábu nedostaly žádné oficiální stanovisko ministerstva zdravotnictví, týkající se změny úhradové vyhlášky. V kuloárech kolují materiály, které byly opět připraveny za zády těch, kterých se týkají. Neřeší hlavní problémy, které dopadají na pacienty.

2. Nevěříme ministroví Davidu Rathovi. Nevěříme jeho stále se měnícím nápadům, které předkládá médiím. Požadujeme řádný demokratický proces legislativního i odborného projednávání všech právních norem, včetně této vyhlášky.

3. Nadále trváme na všech bodech našeho



stanoviska, nejen na zásadní novelizaci úhradové vyhlášky, a proto také zveme všechny občany, jimž není lhostejný osud českého zdravotnictví na demonstraci zdravotníků a pacientů 24. února ve 14 hodin.

#### **XVIII. Tiskové prohlášení Asociace zdravotnických zařízení Středočeského kraje ze dne 24. února 2006**

Asociace zdravotnických zařízení Středočeského kraje (AZZSČK) je velmi příjemně překvapena vysokou účastí na dnešní demonstraci zdra-

votníků a pacientů na Staroměstském náměstí v Praze. Demonstrace se konala za účelem záchranu zdravotnictví v ČR. „**PI-ně věříme, že účast přes 10 tisíc demonstrantů a 101 tisíc podpisů pod petici žádající odvolání Ministra Davida Ratha, přiměje Premiéra Paroubka, aby přestal celou záležitost zá-měrně zlehčovat a aby vzniklou situaci okamžitě řešil, a to tak, že ještě dnes odvolá ministra zdravotnictví a zruší úhradovou vyhlášku, která zásadním způsobem poškozuje poskytovatele zdravotní péče a pacienty celé České republiky.**“

Asociace také děkuje všem těm, kteří přišli na Staroměstské náměstí podpořit demonstraci a i těm, kteří nepřišli ale protesty zdravotníků a pacientů podporují.

MUDr. Raduan Nwelati  
předseda asociace

**Pro Vox připravil:**  
MUDr. Pavel Neugebauer  
Foto: Jiří Dvořák

## Smlouvy s pojišťovkami na dobu určitou či neurčitou?

**Mgr. Jakub Uher**

právní poradce SPLDD ČR

Ačkoli se odpověď na tuto otázku jeví na první pohled zcela jednoznačná, podle mého názoru to až tak jednoduché není.

Doba, na níž je smlouva uzavírána, je totiž pouze jedním z podstatných bodů smlouvy. Osobně považuji za podstatnější úpravu výpovědi, tedy výpovědní doby a dalších podmínek (zejména cenových) smlouvy.

Zjednodušeně řečeno pokládám za jistější smlouvu na dobu určitou, která je obtížně vypověditelná ze strany pojišťovny, před smlouvou na dobu neurčitou, jejíž výpověď je jednodušší (nebo je dokonce možná i bez uvedení důvodu).

Protože se za Sdružení účastním jednání o rámcové smlouvě (tedy o textu smlouvy, která by měla být mezi pojišťovkami a praktickými lékaři uzavírána) zmíním pro Vaši představu některé momenty z těchto jednání

(doposud nebyla ukončena). Je všeobecně známo, že ČLK o.s. prosazuje (a silně medializuje) svůj požadavek na smlouvy na dobu neurčitou. Bylo pro mne velkým překvapením, když zástupce této organizace na jednání o rámcové smlouvě sám vyjádřil své obavy, zda by v takovémto případě nebylo aplikovatelné ustanovení § 582 občanského zákoníku, dle kterého je možné vypovědět v určitých případech smlouvu na dobu neurčitou s tříměsíční výpovědní lhůtou bez udání důvodu. Podotýkám, že se osobně nedomnívám, že by byla aplikace tohoto ustanovení na smlouvy v navrhovaném znění možná, ovšem i minimální riziko, že by k ní mohlo dojít je pro mne nepřijatelné.

Ze strany zdravotních pojišťoven se však objevila mnohem reálnější připomínka. Upozornili na ustanovení §17 odst.2 zákona č.48/1997 Sb., které k rámcové smlouvě uvádí: „smlouvu je možno ukončit vždy

k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šestměsíční“ a v podstatě postavili věc tak, že pokud by smlouva měla být na dobu neurčitou, budou trvat na tom, aby se v ní toto ustanovení zákona objevilo.

Se zakotvením šestměsíční výpovědní lhůty bez udání důvodu jsme pochopitelně nesouhlasili a jednání bude dále pokračovat.

Tímto krátkým článkem nechci tvrdit, jaká smlouva je lepší či výhodnější, pouze upozorňuji na fakt, že nelze automaticky říci, že smlouva na dobu neurčitou je vždy výhodnější než smlouva na dobu určitou (také je otázkou na jakou), ale je třeba se zamyslet i nad ostatními ustanoveními a podmínkami smlouvy, zejména pak možnostmi jejího ukončení. Jako většina věcí, ani tato není tak jednoduchá, jak se někdy prezentuje.





# Doprovod nezletilého pacienta v ordinaci

Mgr. Adam Doležal,<sup>1)</sup> JUDr. Tomáš Doležal<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> právní oddělení SPL ČR, koncipient; <sup>2)</sup> ÚSP AV ČR, advokát

**Jedním z problémů, se kterými se zejména dětský lékař v praxi běžně setkává při léčbě nezletilého pacienta je postup vůči jeho rodičům, resp. zákonným zástupcům. Kdy může udělit souhlas s léčbou sám nezletilý a kdy je nutno vyžadovat souhlas jeho zákonného zástupce? Je nutné, aby rodič byl při léčbě nezletilého přítomen v ordinaci?**

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu tyto situace neřeší - v §23 zák. č. 20/1966 Sb. je upraveno poučení a souhlas nemocného:

(1) Lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.

(2) Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).

(3) Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem k své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.

(4) Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,

b) jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo

c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví, d) jde-li o nosiče.

Předmětnou úpravu tak nalezneme v Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen „Úmluva“) a dále v občanském zákoníku.

Úmluva stanoví, že jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomu zmocněny zákonem.

Podle občanského zákoníku mají nezletilí způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku.

Pokud nejsou fyzické osoby k právním úkonům způsobilé, jednají za ně jejich zákonní zástupci. Podstatným tedy bude přiměřená rozumová a volní vyspělost dítěte, která samozřejmě s přibývajícím věkem přibývá. Tuto vyspělost bude třeba vždy náležitě zohlednit.

Úmluva počítá s tím, že někteří jednotlivci mohou být neschopni dát úplný a platný souhlas se zákrokem vzhledem ke svému věku - nezletilí a proto je nezbytné specifikovat podmínky, za kterých může být zákrok těmto osobám proveden v zájmu zajištění jejich ochrany.

U nezletilých osob pak zákrok nemůže být proveden bez svolení jejího zákonného zástupce. Proto i zákonný zástupce má právo obdržet informace na základě stejných podmínek jako nezletilý.

I Úmluva ovšem bere v potaz vyspělost nezletilé osoby a jde v tomto ještě dále než občanský zákoník. Názor nezletilé osoby musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.

Úmluva tedy stanoví, že s co největším zřetelem k zachování svébytnosti osob, pokud jde o základy ovlivňující jejich zdraví, že se má názor nezletilých pokládat za rozhodující faktor, jehož význam vzrůstá úměrně s jejich věkem a stupněm vyspělosti. To znamená, že v určitých situacích, kdy se bere v úvahu povaha a závažnost zákroku, jakož i věk nezletilého a jeho schopnost chápat, má se názor nezletilých vzrůstající měrou přisuzovat závažnost při konečném rozhodování.

**To vede k závěru, že by měl být souhlas nezletilého pro některé zákroky nezbytný nebo alespoň postačující.**

Jednou z praktických otázek, která se může vyskytnout, je, zda brát při léčbě nezletilého pacienta do ordinace i jeho rodiče, resp. zákonného zástupce.

Z výše uvedeného vyplývá, že zákonný zástupce má právo na veškeré informace, na které má právo i nezletilý pacient a **lékař by tedy poskytnout rodiči, či jinému zákonnému zástupci informace, které jsou nutné k potřebnému souhlasu se zákrokem.**

Je ale nutné, aby byl rodič přítomen v ordinaci společně s nezletilým? Takováto povinnost nevyplyvá z žádného ustanovení. V tomto případě je na samotném lékaři, v jaké míře je účast pacientových zákonných zástupců vhodná. Je důležité zo-

hlednit několik faktorů.

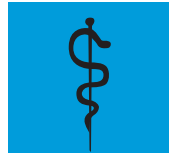
Prvním elementárním faktorem je zohlednění **věku pacienta**, a to na základě jeho **volní a rozumové vyspělosti**. Zákon konkrétně neurčuje, jak zohledňovat věk a částečnou zletilost pacienta. Problematika tedy vzniká zejména při vyšším stupni vyspělosti nezletilého. Platí totiž teze ze zákona o rodině, že rodiče zastupují dítě při právních úkonech, ke kterým není plně způsobilé. Budeme-li brát v úvahu analogické případy u vztahů např. občanskoprávních, či pracovněprávních, mají nezletilí starší 15 let poměrně rozsáhlou způsobilost k právním úkonům. Lze tedy předpokládat, že v případě méně závažných úkonů mohou dát nezletilí sami souhlas k provedení takového úkonu. Pokud by ovšem šlo o závažnější úkon, měl by být zřejmě náležitě informován i zákonný zástupce.

Druhým faktorem pak bude druh úkonu. Jde zejména o to, zda v daném případě může být rodič přítomen z hlediska hygienických norem. Podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 195/2005 Sb. musí být při příjmu a ošetřování pacientů ve zdravotnických zařízeních dodrženy některé zásadní hygienické požadavky. Tyto požadavky, které jsou upraveny v §7 předmětné vyhlášky, jsou odlišně stanoveny podle druhu onemocnění.

Návštěvy u pacienta pak musí být řízeny s ohledem na provoz, charakter oddělení a stav pacienta v době, kterou určí lékař. Protože doprovod rodiče lze i přes jistou specialitu považovat za návštěvu, mám za to, že podstatné při rozhodování o přítomnosti pacientových zákonných zástupců v praxi bude zvážení a následné rozhodnutí lékaře.

Platí tedy, že lékař musí zákonného zástupce nezletilého pacienta náležitě informovat o prováděných úkonech, ovšem nikde neplatí žádná povinnost, aby zákonní zástupci byli přítomni vyšetřování jako doprovod.

**Na závěr tedy lze říct následující: je na volní úvaze lékaře, zda povolí doprovod nezletilého pacienta v ordinaci, a to se zohledněním výše uvedených faktorů. Zároveň by měl vždy přiměřeně informovat zákonného zástupce nezletilého a to především s přihlédnutím k stupni závažnosti jednotlivých prováděných úkonů. V případě složitějších zákroků by měl lékař vždy získat k provedení zákroku souhlas zákonného zástupce.**



## Opravdu hrozí legislativní puč?

V prohlášeních týkajících se protestní demonstrace lékařů, lékárníků a Asociace českých a moravských nemocnic v uplynulém týdnu často zazněla slova o hrozbě legislativního puče. Toto spojení by mohlo znít jako nezávazný bonmot - kdyby se ovšem některé zdravotní zákony v zákonodárném sboru skutečně neprosazovaly, řekněme, nestandardním způsobem. A když se v Česku řekne nestandardní, je každému jasné, že se jedná o něco, co zákon sice nezakazuje, ale co zároveň není, mírně řečeno, slušné. Poznejte spolu s námi, jak snadno lze v ČR proklíčkovat jednacím řádem poslanecké sněmovny a při hlasování poměrně hladce prosadit znění zákona, jehož konkrétní podoba nemá s návrhem původního předkladatele, totiž vlády ČR, zhora nic společného. Tak jak se to v minulých týdnech stalo třeba s novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění či s návrhem zákona o neziskových nemocnicích.

Jak v ČR podle právního řádu probíhá tvorba a schvalování zákonů? Vše začíná vlastně už dlouho před volbami, kdy politické strany formulují své volební programy a ucházejí se s nimi o přízeň voličů. Strana, která ji získá, pak sama nebo s koaličními partnery sestaví vládu a společně vytvoří vládní prohlášení. S ním předstoupí před poslaneckou sněmovnu a na jeho základě od ní vláda dostane (nebo nedostane) důvěru. Protože bez důvěry se vládnout nedá, v případě neúspěchu pokračují koaliční jednání a sestavuje se nová vláda s novým programem. Proč ten obšírný úvod? Protože odpůrci současné politiky vcelku logicky upozorňují na to, že jak premiér Jiří Paroubek, tak ministr David Rath nemají od občanů legitimní mandát, protože se o něj v minulých parlamentních volbách ani neucházeli. Jistě, jako protiargument může sloužit fakt, že je výkonem vládních funkcí pověřila sociální demokracie, která důvěru voličů dostala. Jenže je tu ještě jeden problém. Vládu sestavila a vládní prohlášení vytvořila koalice ČSSD, KDU-ČSL a Unie svobody, která měla a stále má v poslanecké sněmovně dohromady těsnou většinu 101 hlasů. Jenže ČSSD má v záloze ještě mnohem jistější a pohodlnější většinu 111 hlasů, kterou dají dohromady její poslanci spolu s poslanci KSČM. Díky ní může v dolní komoře parlamentu prosadit i návrhy, s nimiž koaliční partneři nesouhlasí. Rozumějme návrhy, které nemusejí vycházet

z programového prohlášení, na jehož základě získala vláda důvěru.

### **Vládní návrh jako koaliční kompromis**

Popíšme si cestu, kterou musí každý konkrétní zákon projít, aby mohl být přijat. Právo zákonodárné iniciativy má ve sněmovně kterýkoli poslanec či skupina poslanců, dále senát (jako celek), vláda nebo zastupitelstvo vyššího územního správního celku, tedy kraje. Pokud jde o návrhy norem, o kterých jsem se zmínil na straně 1, novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění připravila vláda, zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních předložili poslanci a vláda s ním s drobnými připomínkami souhlasila.

Na začátku tvorby každého návrhu zákona stojí jeho tzv. věcný záměr. Vláda jej projedná a nechá podle něj zpracovat jakousi kostru budoucího zákona, takzvané paragrafové znění. To znovu projde jednání ve vládě a po zapracování připomínek jejích členů se stává základem pro zpracování konkrétního návrhu. Ten poté absolvuje trojí připomínkové řízení, jak vnitřní na úřadu předsednictva vlády a v jednotlivých resortech, tak vnější se zapojením například představitelů odborných společností, jejichž oblasti by se měl nový zákon dotýkat. Třetí připomínkové řízení pak probíhá na půdě legislativní rady vlády. Teprve pak vláda zpracuje definitivní návrh zákona, který postoupí předsedovi poslanecké sněmovny.

Je zřejmé, že do tohoto okamžiku připravovaný zákon vyjadřuje konsensus všech koaličních stran zastoupených ve vládě. To se však v poslanecké sněmovně může záhy - a zcela legálně - změnit.

### **Klíčka jménem druhé čtení**

Zákon o jednacím řádu poslanecké sněmovny ukládá dolní komoře projednat návrh zákona ve trojím čtení. V prvním čtení jde v podstatě o jediné: poslanci v obecné rozpravě rozhodnou, zda se návrhem vůbec budou zabývat, zda jej vrátí předkladateli k dopracování nebo jej rovnou zamítnou. Pokud platí první varianta, opustí návrh zákona plénum a jeho projednáním se zabývá příslušný sněmovní výbor (např. pro sociální politiku a zdravotnictví), popřípadě více výborů. Návrhem se samozřejmě mohou zabývat i všechny ostatní výbory, kterým jeho projednání sněmovna přímo neuložila. Své stanovisko k návrhu mohou pověřenému výboru

sdělit také jednotliví poslanci, byť by se jejich výbor návrhem vůbec nezabýval.

Výbor, popřípadě výbory, jimž byl návrh zákona k projednání uložen, předloží po jeho projednání předsedovi sněmovny usnesení, v němž zejména doporučí, zda má dolní komora parlamentu návrh zákona schválit, či nikoli. Přesně také formuluje všechny změny a doplňky, které v návrhu zákona doporučuje provést.

Následuje klíčové druhé čtení návrhu zákona v plénu poslanecké sněmovny. A právě v tomto čtení může dojít - a také dochází - k takovým úpravám, které v podstatě mohou původní podobu, v níž byl návrh sněmovně předložen, od základů změnit.

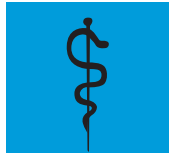
Jak je to možné? Jednoduše. Záleží jen na momentálním rozložení sil a schopnosti získat potřebnou většinu hlasů - ať už s koaličními partnery, nebo naopak proti vůli koaličních partnerů s někým jiným. V takzvané podrobné rozpravě totiž poslanci mohou předkládat k návrhu zákona další pozměňovací návrhy. I takové, se kterými předtím nevystoupili ve výboru a nechávali si je speciálně pro tuto chvíli. Je-li pozměňovací návrh dostatečně obsáhlý, pro jaký se vžilo označení komplexní, může dokonce původní předlohu v podstatě smést ze stolu a pod stejným názvem prosadit úplně jiný zákon, než jaký předtím prošel vládou, připomínkovým řízením, prvním čtením ve sněmovně i jednáním příslušných výborů.

Je-li tedy jedna vládní strana dohodnuta s mimovládní, že společně dají dohromady dostatečný počet hlasů, může ve druhém čtení své koaliční partnery elegantně obejít. Možná to není slušné, co však není zákonem zakázáno, je, jak známo, povoleno. A tak se ve výsledku mohou objevit i principiální změny, které vláda ve svém původním programovém prohlášení vůbec neměla. Jen namátkou:

- Nikdy se v programu nehovořilo o tom, že se zdravotní pojišťovny přemění ze samostatných veřejnoprávních subjektů na organizace ovládané vládou a politickými stranami (novela zákona o veřejném zdravotním pojištění zavádí jmenování ředitelů vládou a sněmovnou, členy správních a dozorčích rad jmenuje z jedné třetiny vláda, ze dvou třetin je volí sněmovna podle poměru politických stran);

- Vláda nikdy neavizovala, že bude preferovat jednu právní formu vlastnictví před jinou (jak se de facto stalo zákonem o veřej-





## Staronové zdravotnictví

ných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních)

Je však třeba zdůraznit, že ačkoli opozice o takto prosazených změnách zdravotnických zákonů hovoří jako o „Rathových zákonech“, formálně nemá pravdu. Ministr, který není poslancem, nemůže ve sněmovně předkládat pozměňovací návrhy. To však nebrání tomu, aby si je takzvaně osvojil některý z poslanců a předložil je pod svým jménem. Tuto roli u zdravotnických zákonů z dílny ministerstva hraje předseda sněmovního výboru pro sociální politiku a zdravotnictví Jaroslav Krákora (ČSSD).

Ve druhém čtení existuje ještě jedna cestička, jak prosadit něco, na čem by se koaliční partneři asi neshodli. K projednávanému zákonu o čemkoli se prostě připojí jeden paragraf, který s danou novelou nemá vůbec nic společného. Legendární je v této souvislosti zákon o hluku, do kterého bylo naroubováno ustanovení zakazující krajům transformaci jejich zdravotnických zařízení až do přijetí zákona o neziskových nemocnicích. Že se tím zapleveluje český právní řád tak, že vyznat se v něm mají problém i právníci, není třeba dodávat.

### **Veto prezidenta? To přehlasujeme!**

Po druhém čtení sice nemá ještě návrh zákona vyhráno, ale pokud je pro něj předjednaná dostatečná podpora v hlasovací mašinérii, k je vše ostatní jen formalitou. Ve třetím čtení se koná rozprava, v níž lze navrhnout pouze opravu legislativně technických chyb, gramatických chyb, chyb písemných nebo tiskových a také úpravy, které logicky vyplývají z přednesených pozměňovacích návrhů. Lze také podat návrh na opakované druhé čtení.

Nestane-li se tak, sněmovna usnesením vyjádří se zákonem souhlas. Aby mohl vstoupit v platnost, je třeba ještě schválení senátem a podpis prezidenta republiky. Jenže pokud je podpora zákona ve sněmovně dostatečně silná, ani senát, ani prezident na něm již nic nezmění. V případě jejich nesouhlasu se zákon vždy vrátí do sněmovny, která jej může přehlasovat a tak dotlačit právní normu až ke konečnému nabytí právní moci.

Jan Kulhavý  
převzato z *Medical Tribune*,  
č. 7, roč. II, 2006

### **Podle politiků má náš systém poskytovat kvalitní péči všem a zdarma**

Při každé návštěvě ordinace se upřímně divím, že zdravotnictví dosud funguje.

Zdravotnictví je totiž odvětvovým pokusem praktikovat socialismus, kdy každý dává dle svých „možností“ do společné kádě sociálního „pojištění“ a všichni si berou podle svých potřeb. Podle představ politiků má systém poskytovat kvalitní zdravotní péči všem a zdarma.

Splnit tyto cíle naráz není ekonomicky možné a vždy jedna z uvedených vlastností chybí. Takže všichni dostáváme v podstatě zdarma málo kvalitní služby, ať již v podobě nemoderních léků, zastaralých přístrojů nebo škaredých nemocnic. Naprosto přirozenou reakcí na daný stav je tzv. korupce, kterou se jednotlivci snaží získat vyšší kvalitu.

Úplně stejnými neduhy se vyznačují i další enklávy socialismu, jako je školství a bydlení. Na vlastní trpké zkušenosti získané před rokem 1989, kdy chybělo maso, auta i toaletní papír, jsme se přesvědčili, že socialismus aplikovaný na celou ekonomiku nefunguje.

Ve zdravotnictví chybí regulace cenami. Nabídka i poptávka po lécích, přístrojích, personálu a zdravotních úkonech se rozpíná, a proto zde panuje takový chaos. Jenže tento ostrov socialismu se ke všemu nachází uvnitř (ještě) nesocialistické ekonomiky. Z toho plynou ostré konflikty s vnějším prostředím, kdy neomezované „potřeby“ zdravotnictví opakovaně narážejí na tvrdou realitu „zaplať dostaneš“ u dodavatelů energií, léčiv a materiálu.

Na sekeru se dává pouze dočasně, což potvrdili distributoři léků, když kvůli dluhu 400 milionů korun zastavili dodávky nemocnicím na Bulovce, Thomayerově a u sv. Anny. Jak velké je ale celkové zadlužení zdravotnictví? Nedávno totiž vyšlo najevo, že závazky zmiňovaných nemocnic ve skutečnosti dosahují částky 1,2 miliardy korun.

Všimněme si bouřlivé reakce státu na zastavení dodávek léků, tolik odlišné od nečinnosti při zastavení dodávek peněz. Premiér Paroubek hovořil o gangsterském jednání a Úřad pro hospodářskou soutěž promptně zahájil vyšetřování distributorů pro kartelovou dohodu. V podstatě se politici snaží silou potlačit tržní vztahy „zaplať dostaneš“ a rozšířit socialismus dál do ekonomiky, i na distribuci léků.

V souvislosti s nedávnou demonstrací lékařů na Staroměstském náměstí se rozhořel spor, zda byla ve prospěch ODS. Jestliže návrhy občanských demokratů jsou pro lékaře, lékárníky a pacienty přínosem, proč se za spojení stydět?

Kromě toho, soupeřníkem sociální demokracie jsou odbory, bojové organizace proletariátu, jejichž bossové ji reprezentují i v parlamentu. Při demonstraci David Rath tvrdil, že jde o spor, zda se u lékaře bude platit, nebo vše zůstane v podstatě zadarmo. Doplatky však nejsou nápadem na samoúčelné týrání nemocných, ale naopak opatření v jejich prospěch. Jedná se o snahu pomocí plateb vnést do zdravotnictví regulační mechanismy, a tím pomocí pákového efektu docílit úspory. Ušetřené prostředky mohou posílit solidaritu systému ve prospěch skutečně nemocných. Pokud se však doplatky nemají stát pouze další formou zdanění, musí se o stejnou částku zároveň snížit zdravotní „pojištění“.

Před rokem 1989 jsem se domníval, že jedním z hlavních důvodů zhroutení socialismu je poznání lidí, že díky jeho péči zemřou dříve, bolestněji, a kvalita života v nemoci je horší než na Západě. Všechno pozitivní, co dosud přinesla svobodná volba lékaře a malinká míra konkurence ve zdravotnictví, začíná být ničeno návratem tuhého socialismu, nucenou přeměnou nemocnic na „neziskovky“, ekonomickou likvidací soukromých praxí a lékáren.

David Rath veden předvolebními instinkty látá nejhorší problémy zdravotnictví miliardami korun z našich daní, pomocí restriktivních vyhlášek opticky omezí výdaje a vše překryje hulvátstvím. Velká čísla vypadají efektně, a co na tom, že pacienti jsou v ordinacích odmítáni, léky pro skutečně nemocné zdražily. Jeho kroky mají charakter opatření válečného komunismu. Čas na skutečnou reformu nadejde, až pacienti neseženou lékaře ochotného je v režimu státního systému ošetřit a sami jim budou nabízet peníze nebo přijdou na to, že kvalita zdravotní péče odpovídá míře trhu ve zdravotnictví.

David Rath veden předvolebními instinkty látá nejhorší problémy zdravotnictví miliardami z našich daní, opticky omezí výdaje a vše překryje hulvátstvím.

Vilém Barák  
převzato z *MF DNES*



# Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Změna zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů:

V paragrafu 48 odst. 2 písmeno d) včetně poznámky pod čarou č. 23a zní :

**Léčivé přípravky jsou oprávněni vydávat: se doplňuje v bodě d) ...dále lékaři oprávnění provádět očkování podle zvláštního právního předpisu 23 a), a to pouze imunologické přípravky za účelem očkování.**

23 a) Například zákon č.20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 160/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**V praxi tato změna, která nabyde účinnosti pravděpodobně k datu 1.4.2006 (poté, co vyjde ve Sbírce zákonů), bude znamenat možnost nakupovat očkovací látky přímo od distributorů a ne prostřednictvím lékáren.** V současnosti očekáváme reakce distribučních firem a jejich nabídku ceny u konkrétních očkovacích látek. Předpokládáme, že očkovací látky pro privátní trh budou dostupné za nižší ceny než dosud.

■ Na jednání na MZČR jsme opakovaně požadovali stanovisko k problematice vzdělávání dětských sester a jejich kvalifikace. Na posledním jednání Komise péče o dítě jsme obdrželi nic neříkající informaci a tento materiál jsme opět urgovali. Vzhledem k nejasnosti problematiky jsme na jednání výboru OSPDL pozvali zástupkyně České asociace sester a dozvěděli jsme se následující informace:

Kvalifikace stávajících dětských sester je nutné potvrdit na základě podané žádosti o vydání souhlasného stanoviska k osvědčení dětské sestry na MZČR do 1.4.2006!!! Pro výkon návštěva novorozence dětskou sestrou, který patří mezi výkony, které probíhají mimo dozor lékaře, je nutné mít i osvěd-

čení pro výkon povolání bez odborného dohledu. Pro ty sestry, které toto nestihnou a budou žádat po 1.4.2006 bude před podáním žádostí nutné si doplnit vzdělání získáním alespoň 40 kreditů za vzdělávací akce.

Kreditovat vzdělávací akci pro sestry je možné po registraci této akce na [www.cnna.cz](http://www.cnna.cz) s tím, že **maximální počet kreditních bodů za konferenci (alespoň 4 hodiny) jsou 3 body.** Za aktivní účast obdrží sestra 15 bodů.

Nebude-li mít sestra potřebné doklady po 1.4.2006, nebrání to výkonu profese ve stávajícím rozsahu, PLDD není povinen zaměstnávat kvalifikovanou dětskou sestru, je to pouze v jeho zájmu. **Jediný problém tedy nastane u čistě sesterského výkonu vázaného na odbornost, tedy u výkonu návštěva novorozence dětskou sestrou.**

■ Upozorňujeme na změnu skladovacích podmínek u některých balení očkovacích látek Trivivac. Vzhledem k tomu, že u některých šarží bude možné skladovat v lednici při teplotě do 8 st.C, je třeba pečlivě sledovat příbalové letáky. V případě, že dojde omylem k uskladnění v mrazicím boxu, nebude to na závadu, špatné by bylo uskladnit omylem v lednici šarže, které je nutno uchovávat v mrazicím boxu!

■ Hlavní hygienik ČR plánuje mimořádné očkování rizikových skupin dětí proti pneumokokovým infekcím konjugovanou očkovací látkou určenou pro nejnižší věkové kategorie. V současnosti probíhá sčítání hlášených počtů dětí z jednotlivých regionů.

■ Upozorňujeme PLDD na nutnost vybavení ordinací testačními papírky na vyšetření moči, které umožňují stanovení pyurie a navíc i **přítomnost nitritů** (spolu s ostatními příznaky **umožňuje stanovení dg. pyelonefritidy**). Informace byla zveřejněna v Bulletinu ČPS č.1/2006.

## V Německu demonstrovali lékaři

Protestovali proti nízkým platům a přílišné byrokracii

Takřka každá druhá z celkem sto tisíc ordinací německých praktických lékařů zůstala včera zavřena při protestu, který nemá v dějinách Spolkové republiky obdoby.

Na dvacet tisíc lékařů se současně sešlo před budovou ministerstva zdravotnictví v Berlíně, aby protestovali za změnu státní zdravotní péče. Pod transparenty s nápisy Léčit, ne papírovat či Nejdřív vymou ordinace, pak pacienti a naposled politici se dovolávali zvýšení platů a snížení byrokracie.

„Rozladění mezi lékaři je obrovské. Chceme, aby politici pomohli změnit vztahy lékaře s pacientem, abychom se víc mohli věnovat pacientovi, jeho obavám a zdraví namísto vyplňování stohů papírů,“ řekl v televizi ZDF prezident šéf profesní komory praktických lékařů Jörg Dietrich Hoppe. Poukázal na to, že příjmy lékařů vzrostly v letech 1999 až 2003 ročně jen o 1,3 procenta, což nedrží krok s růstem nákladů.

Ministerstvo považuje nářky praktických lékařů za přehnané a zpochybnilo údaj, podle kterého stojí každá čtvrtá ordinace před krachem.

Na čtyřicet německých profesní svazů lékařů a stomatologů vyhlásilo středu za Den lékařů. „Průměrný lékař, který pracuje na pokladnu, se musí denně zabývat v průměru šedesáti různými formuláři. Nejméně dvacet procent pracovní doby spolyká úřadování,“ řekla listu Die Welt doktorka Ingeborg Schomburgová z Düsseldorfu/Heerdte. Podle průzkumu veřejného mínění 81 procent dotazovaných Němců lékařské protesty podpořilo.





# Céliakální sprue

## - současná koncepce a praktický pohled

Doc. MUDr. Josef Sýkora, Ph.D.

Dětská klinika, Fakultní nemocnice a LF UK, Plzeň

### Souhrn:

Céliakii nebo céliakální sprue (CS) poprvé popsal Samuel Gee v roce 1888. Jde o komplexní autoimunitní enteropatii, která postihuje tenké střevo, u geneticky predisponovaných dětí a dospělých a je charakterizována celoživotní intolerancí lepku. CS patří v podstatě mezi nejčastější prokazatelně imunologicky podmíněná onemocnění. Výskyt CS v populaci však zcela jistě odpovídá dobře známému pomyslnému vrcholu ledovce.

#### ■ Etiopatogenetické mechanismy

CS je multifaktoriální onemocnění, na vzniku se podílí genetické, imunologické a vlivy zevního prostředí. Genetickou predispozici je možno velmi dobře demonstrovat u jednovaječných dvojčat, kdy konkordantní výskyt CS se vyskytuje až v 75%. CS je velmi pravděpodobně výsledkem nepřiměřené T buňkami zprostředkované imunitní odpovědi proti glutenovým proteinům. U CS dochází k postižení sliznice tenkého střeva, hlavně proximálně jejunu glutenovými proteiny (gliadin, hordein) obsaženými v obilovinách u disponovaných jedinců. Tyto zásobní proteiny indukují zánětlivou odpověď v tenkém střevě s následnou vilózní atrofií, hyperplazií krypt a lymfocytární infiltrací sliznice. Následkem postižení tenkého střeva je porucha absorpce jak mikronutrientů (železo, vápník, kyseliny listové, vitaminy rozpustné v tucích A,D,E,K) tak makronutrientů (bílkoviny, lipidy, sacharidy). Eliminace glutenu ze stravy je obvykle spojena s klinickým zlepšením a úplnou normalizací struktury a funkce sliznice tenkého střeva. Genetická predispozice je charakterizována genetickou vazbou na specifické HLA antigeny II třídy. Jedná se hlavně o HLA-DQ2 a HLA-DQ8. Molekuly DQ2 a DQ8 se uplatňují ve vzniku CS tím, že prezentují specifické glutenové peptidy T buňkám slizničního imunitního systému ve střevě. Tímto mechanismem je spuštěna imunitní reakce, která vede k následnému poškození sliznice tenkého střeva. CS neléčená může být spojena se vznikem maligních onemocnění trávicího traktu.

#### ■ Protilátky

CS je spojena s přítomností různých tříd protilátek. Jde o protilátky proti glutenovým proteinům (antigliadinové) a také autoprotiilátky proti komponentům pojivové tkáně, hlavní antigenní strukturou je transglutamináza 2 (označovaná jako tkáňová transglutamináza) a endomyzium. Sérové protilátky většinou vymizí za 6 -12 měsíců po

nasazení bezlepkové stravy.

#### ■ Symptomatologie

CS se může manifestovat různými klinickými symptomy a různou intenzitou. Klinické projevy CS jsou velmi odlišné v závislosti na věku pacienta, trvání choroby, anatomickém rozsahu choroby a současné přítomnosti extradiagnostických projevů. Můžeme sledovat klinické projevy CS od asymptomatické formy až po závažné poruchu výživy. Velká variabilita v klinických projevech může způsobit obtíže jak v diagnostice choroby, tak se může významným způsobem podílet na opoždění diagnózy CS až o několik roků. CS může být rozdělena na základě současných znalostí do několika skupin.

##### Symptomatická aktivní forma

Nejčastější manifestace, kterou možno označit jako symptomatickou nebo klasickou formu CS zahrnují gastrointestinální projevy. Opakované bolesti břicha, velké, nápadně prominující břicho, negativismus a neklid, nápadně hubené končetiny, protražované průjmy, neprospívání na hmotnosti, změny na kostech, anémie. Stolica může být šedá, objemná, napěněná, kopiízní obsahující tuk (steatorrhea).

##### Atypické projevy CS

Atypické projevy jsou zjišťovány v běžné praxi stále více. CS nyní připomíná stále více spíše multisystémovou chorobu než převážně gastrointestinální onemocnění. U atypických forem CS gastrointestinální projevy nejsou tak vyjádřeny nebo mohou úplně chybět. Naopak převažují extradiagnostivní projevy jako hematologické, kostní, hepatální a muskulární změny, neurologické projevy, poruchy funkce endokrinních orgánů, kožní projevy a poruchy pohlavních žláz.

Velmi důležité je věnovat pozornost izolovanému opoždění růstu, které může být jediným projevem CS u dětí.

##### Asymptomatická nebo tichá forma

U této formy chybí klasické nebo atypické

symptomy choroby, ale je zjišťována vilózní atrofiie, která se může zjistit při střevní biopsii prováděnou z jiného důvodu nebo jako výsledek sérologického screeningu v zemích, kde je alespoň částečně prováděn. Jsou také současně pozitivní protilátky.

##### Latentní céliakie

Jsou přítomny různé, často nevýrazné gastroin-

tab. č. 1

### Choroby asociované s céliakální sprue

#### Endokrinní

Diabetes mellitus I. typu  
Autoimunitní thyroditida  
Addisonova choroba  
Choroby pohlavních žláz  
Alopecia areata

#### Neurologické choroby

Cerebelární ataxie  
Periferní neuropatie  
Epilepsie  
Migréna

#### Kardiovaskulární

Dilatační kardiomyopatie  
Autoimunitní myokarditida

#### Hepatální

Primární biliární cirhóza  
Autoimunitní hepatitida  
Autoimunitní cholangioitida

#### Ostatní

Anémie  
Osteoporóza  
Selektivní deficit IgA  
Sjogrenův syndrom  
Juvenilní idiopatická artritida  
Turnerův syndrom  
Downův syndrom  
Defekty zubní skloviny



testinální projevy, ale střevní sliznice je normální při normální stravě. Změny ve střevní sliznici jsou většinou zjištěny později v budoucnosti při opakování biopsie. Jsou současně také pozitivní protilátky.

#### Potenciální celiakie

Chybí klinické příznaky při normálním histologickém nálezu, ale pozitivně serových protilátek. Jde o změny nejčastěji zjišťované u dětí s asociovaným onemocněním nebo výskytem CS u příbuzných Tabulka 1.

#### Dermatitis herpetiformis Duhring

CS se někdy také manifestuje současně ve formě herpetiformní dermatitidy, chronického kožního onemocnění charakterizované symetrickými papulovesikulárními lézemi a přítomností IgA depozit v kůži. Tato onemocnění se vyskytuje asi u 10-20% dětí s CS. Bezlepková strava je terapií volby, ale může být kombinovaná s farmakoterapií (dapson).

#### ■ Diagnostika CS

Současná diagnostická kritéria CS jsou založena na nově revidovaných kritériích doporučených Evropskou společností pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN). Podle těchto kritérií je diagnóza CS komplexní a je založena na histologických změnách ve střevní sliznici u dítěte, které je na normální stravě obsahující lepek a dále je následováno zlepšením klinických projevů a histologických změn po zavedení bezlepkové

stravy. Původní diagnostický postup byl založen na metodě 3 biopsií. Počet biopsií nutných v diagnostice CS je však trvale předmětem diskusí. V případě jasných klinických symptomů, pozitivně protilátek a jasném nálezu ve střevní sliznici při biopsii může být založena diagnóza na jedné biopsii. V případě nejasných nálezů a u dětí pod 3 roky, kdy mohou být i jiné příčiny atrofie střevní sliznice (alergie na bílkovinu kravského mléka, lamblíáza, autoimunitní enteropatie, rotaviry, eozinofilní gastroenteritida) je nezbytné provést druhou biopsii, která prokáže histologickou úpravu a potvrdí diagnózu CS. U starších dětí je jiná příčina atrofie než CS málo pravděpodobná.

V běžné praxi existují dvě skupiny problémů, kdy je možno uvažovat o CS. Jednak na základě klinického obrazu, kdy diferenciativně diagnosticky uvažujeme o CS nebo v případech, kdy se jedná o pacienta s rizikem vzniku CS při různých onemocněních spojených s vyšší pravděpodobností současného rozvoje CS nebo o nejbližší příbuzné osoby s CS. V případě podezření na CS se provádí sérologické testy. Jde o protilátky proti tkáňové transglutamináze a endomyziu ve třídě IgA, které mají vyšší specifitu a senzitivitu pro CS než IgG protilátky a jsou doporučeny při počátečním pátrání po CS. IgA deficiencie se objevuje u 1,7% až 2,6% u dětí s CS. Je proto nezbytné také stanovit celkový IgA deficit. V případě IgA deficitu je doporučeno stanovit protilátky v třídě IgG.

V případě pozitivní imunologie nebo vysokého klinického podezření na CS je indikována intestinální biopsie pomocí enterobiotické kapsle z oblasti Treitzova ligamenta. Histologické změny jsou zjišťovány odběrem biotického vzorku a potvrzují diagnózu CS. Odběr vzorku je možno provést společlivě u dětí všech věkových skupin. Biotické vzorky získané standardními biotickými kleštěmi ze sestupné části duodena v úrovni Vaterské papily jsou také dostatečné pro diagnózu CS. Vzorek střevní sliznice je zpracován histochemicky, imunohistochemicky nebo dalšími speciálními metodami. V střevní sliznici se zjišťují histomorfologické změny, pro které se používá Marshova klasifikace podle stupně a charakteru slizničních projevů (0-4 stupně).

Z hlediska praktické diagnostiky je třeba zdůraznit, že bezlepková strava by měla být zavedena až po splnění všech diagnostických kritérií CS (klinické projevy, protilátky, histologie) a ne při pouhém podezření na CS bez další verifikace.

#### ■ Terapie

Celoživotní dodržování bezlepkové stravy je klíčovým léčebným postupem CS. Ze stravy je třeba vyloučit všechny pokrmy obsahující obiloviny (žito, oves, ječmen, pšenice). Je nutné trvale monitorovat obsah lepku ve výživě dětí.

Literatura u autora

## Diagnostika akutní pyelonefritidy na úrovni primární péče

Prof. MUDr. Jan Janda, CSc.

Dětská klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Dětská lůžková opakovaně upozorňují, že přijímají k hospitalizaci děti s akutní pyelonefritidou, která je v terénu léčena jako respirační virový infekce pouze antipyretiky. Apelujeme proto na všechny praktiky, aby při nejasných teplotách bez známek respiračního infektu byla vždy přímo v ordinaci vyšetřena moč testovacími papírkami. **V tomto smyslu je ovšem třeba mít k dispozici testovací papírky, které indikují přítomnost pyurie a navíc přítomnost nitritů** (pyurie je prakticky vždy u akutní pyelonefritidy přítomna a právě to by mělo vést k okamžitému podezření na tuto diagnózu). **Pokud je zjištěna pyurie a současně i přítomnost nitritů, dítě má teplotu přes 38,2-38,5 a současně je zvýšena FW v první hodí-**

**ně nad 20 mm a ještě lépe je zvýšena hodnota CRP (řada praktiků již má možnost vyšetření přímo v ordinaci), tak jsou splněna tzv. Jodalova kritéria akutní pyelonefritidy.** Pak jsou kojenci, batolata a často i předškolní děti indikovány na přijetí na lůžkové oddělení a parentální aplikaci ATB.

Testovací papírky se zónou indikace pyurie a nitritů dodává u nás jen jedna firma - Pliva-Lachema, Karásek 1, 621 33 Brno. Název: Deka PHAN LEUCO. Informace telefon: 541 127 111 (ústředna), 541 127 264 (sekretariát GR). Balení s 50 papírkami stojí 231,- Kč, 100 papírků 400,- Kč, jedno vyšetření je tedy za 4,- Kč, expirace přípravku 2 roky.

Výbor pracovní skupiny dětské nefrologie

se domnívá, že tyto testovací papírky by měly být v každé ordinaci PLDD, stejně jako dipslide metoda, např. český přípravek URI DULAB nebo Uricult.

Český přípravek stojí 16,- Kč  
info DULAB s.r.o.: 373 84 Dubně 159  
tel./fax: +420 387 992 032  
e-mail: dulab@pohoda.com  
[www.webrark.cz/dulab](http://www.webrark.cz/dulab)  
Info na Uricult: Firma Orion  
Bělohorská 57, 169 00 Praha 6  
tel.: +420 233 350 537.

Doporučení k diagnostice infekce močových cest pro PLDD i lékaře lůžkových dětských oddělení vyvěsíme v nejbližší době na [www.clsjep.cz](http://www.clsjep.cz).

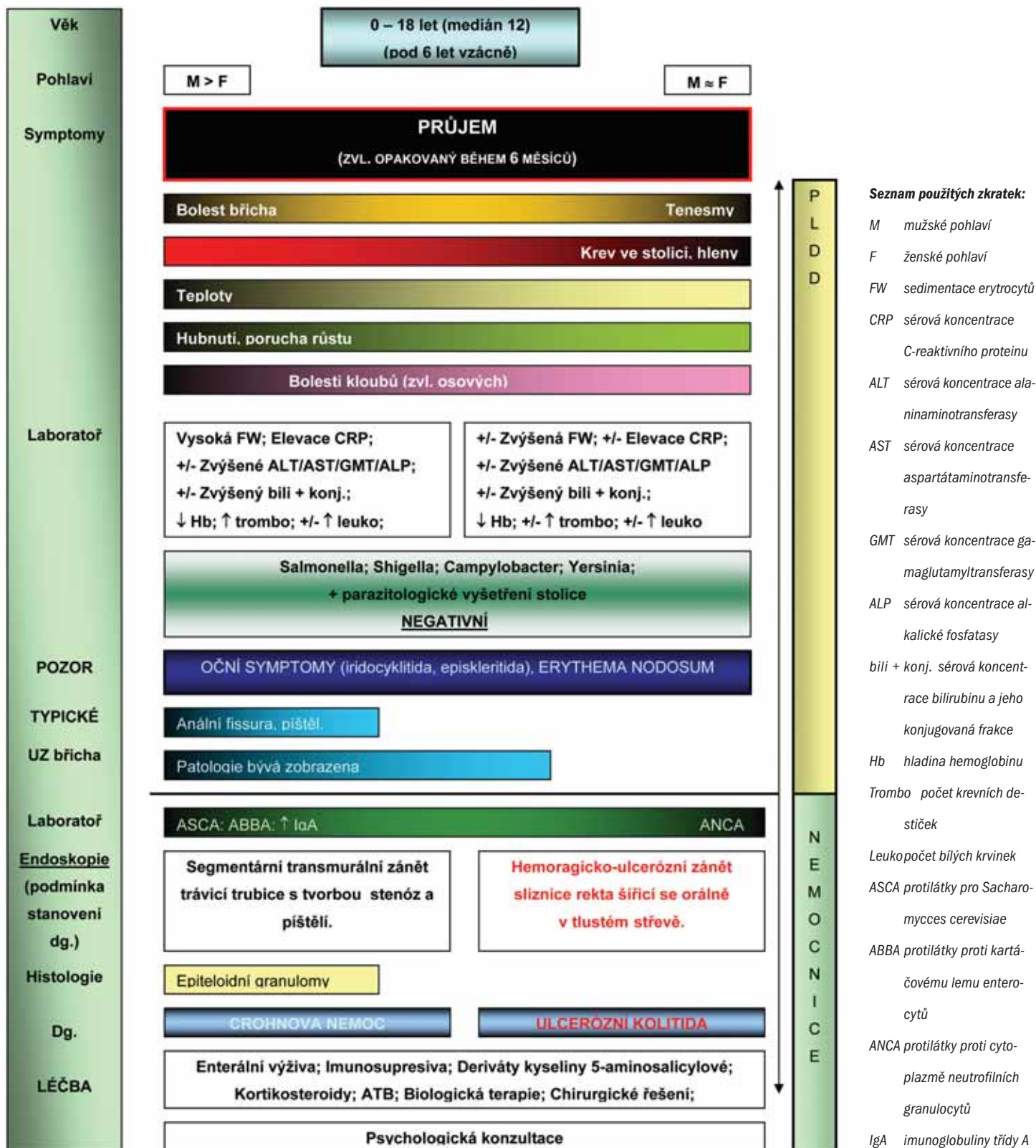




# Nespecifické střevní záněty u dětí

MUDr. Jan Malý

Dětská klinika LF UK a FN, Hradec Králové





# Deficit laktázy

MUDr. Ondřej Materna

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

## Souhrn:

**Deficit laktázy je selektivní malabsorpce spadající do skupiny primárního malabsorpčního syndromu. Laktáza štěpí savčí mléčný cukr, laktózu, na glukózu a galaktózu. Ty jsou pak dále vstřebávány aktivním transportem z jejunu. Místem aktivity disacharidáz, tedy i laktázy, je kartáčový lem na apikálním povrchu enterocytů. Laktáza je velmi labilní enzym, při chorobách poškozujících enterocyty proto dochází k rychlému poklesu její aktivity. Nerozštěpená laktóza se ze střeva nevstřebává a osmoticky na sebe váže vodu. Štěpí se až v tlustém střevě, kde na ni působí enzymy střevních bakterií. Produktem štěpení jsou ale mastné kyseliny s krátkým řetězcem a CO<sub>2</sub>. To vše způsobuje rychlý vznik kyselé vodnaté stolice a meteorismu.**

Příčin vzniku deficitu laktázy je několik. Extrémně vzácným případem je vrozená laktázová deficience. Jedná se o autosomálně recesivní chorobu spojenou s kompletním chyběním enzymu laktázy ve střevě, která se projevuje průjmovitými stolicemi při kojení. Naopak často se vyskytuje malabsorpce laktózy s pozdním deficitem laktázy, kdy ve věku 2 až 4 let značně klesá schopnost štěpit laktózu. Pokles aktivity enzymu postihuje populaci celosvětově, přičemž nejvíce zůstává schopnost štěpit laktózu zachována u bělochů. V Evropě je deficitem zasaženo 5% populace na severu kontinentu a až 70% na jihu, asiáté a afričané si s laktózou neporadí až v 90%. Vzhledem k různorodosti našeho obyvatelstva je nutné pátrat v rodinné anamnéze po původu předků pacienta. Třetí příčinou deficitu laktázy je přechodné poškození enterocytů jinou střevní chorobou. Zde připadají v úvahu vážnější bakteriální, virové nebo parazitární střevní infekce, ve hře jsou i chronické střevní nemoci jako Crohnova choroba, celiakie, alergie na bílkovinu kravského mléka a další chorobné jednotky, jejichž působením je postižen kartáčový lem střevních buněk. Proto se nikdy nesmí zapomenout na léčbu primárního onemocnění.

Klinické příznaky se dostávají do několika hodin od požití mléka. Deficit laktázy způsobuje meteorismus, bolesti břicha, borborygmy, nauzeu, zvracení a až explozivní vodnaté stolice. U předškolních nebo školních dětí se může projevit jen občasnými bolestmi břicha. Novorozenci s vrozeným deficitem laktá-

zy mají průjmy od okamžiku, kdy začnou být krmeni mlékem. Intenzita obtíží se liší podle množství požití laktózy a podle zbytkové aktivity enzymu. Důležitým faktorem je také rychlost, s jakou se laktóza dostává ze žaludku do střeva. Pokud se žaludek vyprazdňuje rychle a aktivita laktázy v enterocytech je nedostatečná, snížené množství enzymu nedokáže nálož laktózy zpracovat. Zatímco tuky ve stravě snižují rychlost evakuace žaludku, sacharidy ji zvyšují. Stejně tak se může projevit deficit laktázy u pacientů po resekcii žaludku, kde odpadne funkce pyloru, a potrava se do střeva dostává rychleji.

Diagnózu laktázové intolerance lze mnohdy stanovit již na základě pokusu s vyřazením mléčných výrobků ze stravy, po kterém dojde k vymizení obtíží. V současné době je nejjednodušším a nejspolehlivějším diagnostickým testem měření vodíku ve vydechovaném vzduchu po zátěži definovaným množstvím laktózy. Principem je fermentace nezpracované laktózy střevními bakteriemi, při níž vzniká vodík. Ten je následně vylučován plímcemi a jeho množství je možné změřit speciálním přístrojem. Je možné stanovit množství enzymu i přímo ze střevní biopsie, nicméně izolovaný vzorek nemusí být reprezentativní pro aktivitu enzymu v celém jejunu. Chemický rozbor průjmovité stolice by měl prokázat pH pod 5,5 a přítomnost redukujících látek a laktózy. Při úvahách o laktázové intoleranci je nutno vyloučit i jiné příčiny obtíží, nejvíce připadá v úvahu alergie na bílkovinu kravského mléka.

Při léčbě deficitu laktázy je možno postupovat několika způsoby. U kojenců lze podávat mléka s nízkým obsahem laktózy nebo sójová mléka. Při postenteritickém deficitu laktázy stačí podávat tyto preparáty po přechodnou dobu. Příznivý účinek mají kapsle obsahující *Lactobacillus acidophilus*. Tyto bakterie rovněž produkují laktázu. Podobný efekt mají i obyčejné jogurty, kde laktázová aktivita jogurtových bakterií zodpovídá za zlepšení trávení laktózy. Jogurty navíc zpomalují vyprazdňování žaludku, čímž zvyšují účinnost zbývajícího střevního enzymu.

Při vyřazení mléčných výrobků ze stravy je nutná suplementace kalcia. Někteří pacienti dobře tolerují kysané mléčné produkty a sýry. Navíc většina lidí s laktázovou intolerancí je schopna bez obtíží požití 12g laktózy denně, což je přibližně jeden hrnek mléka.

## Literatura:

1. Behrman R E, Kliegman R M, Jenson H B: *Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition, Saunders, 2004, USA*
2. Klener P et al.: *Vnitřní lékařství, svazek IV, Galén, 2002, Praha*
3. Hrodek O, Vavřínek J et al.: *Pediatric, Galén, 2002, Praha*
4. Mařatka Z et al.: *Gastroenterologie, Karolinum, 1999, Praha*
5. Montalto M et al.: *Management and treatment of lactose malabsorption, World J Gastroenterol 2006 January 14;12(2):187-191*
6. Frye R E et al.: *Lactose intolerance, www.emedicine.com, 2002*



# Tandemová hmotnostní spektrometrie

## - zásadní změna v novorozeneckém screeningu dědičných metabolických poruch

MUDr. Sylvie Šťastná, CSc., Ing. Petr Chrastina

Ústav dědičných metabolických poruch VFN a 1. LF UK, Praha

### Souhrn:

Tandemová hmotnostní spektrometrie (MS/MS) přináší do oblasti novorozeneckého screeningu významnou kvantitativní i kvalitativní změnu. Metoda rozšiřuje spektrum vyšetřovaných chorob z fenylketonurie na skupinu dalších dědičných metabolických poruch (DMP) - na vybrané aminoacidopatie, organické acidurie a poruchy oxidace mastných kyselin během jediné analýzy z jedné kapky krve. Metoda je vysoce citlivá a specifická s minimálním počtem falešně pozitivních nálezů. Významným přínosem je i skutečnost, že odběr krve je možno provádět již 48 hodin po narození.

Ústav dědičných metabolických poruch Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK v Praze (ÚDMP) má s diagnostikou pomocí MS/MS již pětileté zkušenosti v oblasti novorozeneckého i selektivního screeningu. Během pilotních studií jsme mezi 45 611 novorozenci diagnostikovali 8 pacientů s DMP, v rámci selektivního screeningu jsme vyšetřili 19 058 osob s podezřením na DMP a u 22 osob jsme diagnostikovali DMP. Zahájení celoplošného novorozeneckého screeningu DMP metodou MS/MS plánujeme na leden 2007.

### ■ Novorozenecký screening

Novorozenecký screening fenylketonurie/hyperfenylalaninémie (PKU/HPA), která je jednou z nej-

častějších DMP v řadě populací, byl zahájen v 60. letech 20. století v USA, u nás probíhá od 70. let 20. století.

Impulsem pro zahájení novorozeneckého screeningu v mnoha zemích na celém světě byla možnost dietní léčby s omezením příjmu bílkovin, resp. aminokyseliny fenylalaninu s dodáním směsi esenciálních aminokyselin bez fenylalaninu. Dietní léčba zásadním způsobem změnila osud zvláště pacientů s klasickou formou PKU/HPA, kteří přežívali s oligofrenií na úrovni idiotie v ústavech sociální péče. Je-li PKU/HPA diagnostikována v novorozeneckém věku a v dětském věku lege artis léčena, mohou ti-to jedinci dobře využít svůj intelektový potenciál, o který by bez diagnostiky a léčby přišli.

Po úspěchu s PKU byly v různých zemích světa zaváděny i další novorozenecké screeningové programy pro další DMP (galaktosémie, leucinóza, homocystinurie, cystinurie, deficit biotinidázy, tyrosinémie I, deficit alfa-1-antitrypsinu), endokrinopatie (kongenitální hypothyreóza, kongenitální adrenální hyperplazie), infekční choroby (kongenitální syphilis, kongenitální toxoplasmóza) a jiná onemocnění (hemoglobinopatie, cystická fibróza).

V ČR se t.č. rutinně provádí novorozenecký screening dvou onemocnění - PKU/HPA a hypothyreózy. Novorozenecký screening PKU/HPA probíhá zatím na 4 pracovištích, léčba na 3 pracovištích. Odběr kapilární krve z paty novorozence na vyšetření PKU/HPA se obvykle provádí 4.-5. den. Incidence všech forem PKU/HPA v české populaci je cca 1:7300. Řada našich pacientů nyní získává středoškolské a někteří i vysokoškolské vzdělání.

Těsně před zahájením je kromě MS/MS také novorozenecký screening kongenitální adrenální hyperplazie. Otázkou vzdálenější budoucnosti je scree-

tab. č. 1

### DMP, které lze diagnostikovat metodou MS/MS

Skupina DMP	DMP
1. Aminoacidopatie	PKU/HPA včetně poruch metabolismu pterinů
	Homocystinurie
	Leucinóza
	Tyrosinémie I, II, III
2. Poruchy cyklu močovinny	Citrulinémie
	Arginonjantarová acidurie
	Argininémie
	HHH syndrom
3. Organické acidurie	Glutarová acidémie I
	Methylmalonová acidémie
	Propionová acidémie
	Izovalerová acidémie
	Deficit 3-metylkrotonyl-CoA karboxylázy
	Deficit -ketothiolázy
4. Poruchy oxidace mastných kyselin	3-hydroxy-3-metylglutarová acidurie
	Deficit SCAD
	Deficit MCAD
	Deficit LCHAD
	Deficit VLCAD
	Deficit CPT I
	Deficit CPT II
	Deficit karnitin/acylkarnitintranslokázy
Glutarová acidurie II	



**Grünenthal Czech - Clarosip**



tab. č. 2

**Kritéria pro screeningové vyšetření dle WHO**

1. Významná incidence onemocnění v populaci
2. Klinický obraz onemocnění je dobře popsán a je znám přirozený průběh onemocnění
3. Je dobře popsán i biochemický obraz onemocnění
4. Onemocnění způsobuje závažnou morbiditu a/nebo mortalitu
5. Je známa léčba, která zásadně zlepšuje prognózu onemocnění
6. Existuje jednoduchá, levná a spolehlivá screeningová diagnostická metoda
7. Existuje spolehlivá metoda pro potvrzení diagnózy
8. Přínos screeningového vyšetření a léčby významně převyšuje náklady

ning galaktosémie a cystické fibrózy.

**Tandemová hmotnostní spektrometrie (MS/MS)**

MS/MS je moderní analytická metoda s vysokou citlivostí a specificitou, díky které můžeme během jedné analýzy z jedné kapky krve stanovit 43 různých analytů (aminokyselin, karnitinu a acylkarnitinů) a 12 poměrů jejich koncentrací, a tím diagnostikovat kromě PKU/HPA ještě dalších více než 20 DMP, aminoacidopatií, organických acidurií a poruch oxidace mastných kyselin, viz tabulka č. 1.

MS/MS umožňuje časnou diagnostiku těchto chorob, obvykle ještě před objevením se prvních klinických příznaků. Jde často o závažná, někdy až

tab. č. 3

**Pilotní studie 2001-2005: tandemová hmotnostní spektrometrie**

Pilotní studie 2001-2005: tandemová hmotnostní spektrometrie		
	Novorozenecký screening	Selektivní screening
Počet vyšetření	45611	19058
Stanovena diagnóza	8	22
Incidence ve vyšetřované populaci	1:5700	1:870
Stanovené diagnózy	5x PKU/HPA 1x deficit MCAD 1x deficit LCHAD 1x metylmalonová acidémie	4x PKU/HPA 7x deficit MCAD 2x deficit LCHAD 1x deficit VLCAD 1x porucha transportu acylkarnitinů 3x glutarová acidurie II 1x metylmalonová acidémie 1x propionová acidémie 1x glutarová acidurie I 1x tyrosinémie

život ohrožující onemocnění s atakami akutní dekompenzace. Pokud pacienti přežijí akutní ataku, mohou si do dalšího života odnášet více či méně závažné neurologické a mentální handicap. Nejkritičtější bývá 1. ataka onemocnění, kdy je diferenciálně diagnosticky pomýšleno nejdříve na jiné častější příčiny a teprve s časovým odstupem jsou zvažovány DMP. Je-li diagnóza akutní DMP stanovena časně, je možné razantně terapeuticky zasáhnout již v začátku akutní dekompenzace a tím zmírnit následky dekompenzace. U některých onemocnění stačí zabránit opakování akutní dekompenzace jednoduchá dietní opatření.

Velkou výhodou je, že odběr krve z paty novorozence je možný již 3. den života, t.j. po 48 hod. po narození.

Novorozenecký screening metodou MS/MS je již zaveden v řadě států v USA, v Austrálii, Saudské Arábii i v evropských zemích, včetně Německa a Rakouska. V různém stádiu příprav je stejný program v mnoha dalších zemích, např. v Japonsku, Brazílii, Indii, ale i v Evropě, např. v Maďarsku a Polsku.

Široce je diskutován rozsah prováděných vyšetření. I v této oblasti technika předstihla psychologickou a etickou stránku problematiky. Technika je schopna diagnostikovat desítky onemocnění, ale jen část z nich splňuje kritéria pro screeningové vyšetření, stanovená WHO, viz tabulka 2. V Německu je t.č. vyšetřováno 10 DMP, v Rakousku 15 DMP, v USA až 25 chorob. V našem programu zvažujeme vyšetřování 10-15 chorob.

**Zkušenosti s MS/MS v ČR**

ÚDMP má již pětileté zkušenosti s diagnostikou DMP metodou MS/MS. Pracoviště má díky

podpoře Ministerstva zdravotnictví potřebné přístrojové vybavení a má zkušené klíčové pracovníky, je připraveno zajistit vyšetření MS/MS veškeré novorozenecké populaci v ČR od roku 2007. Probíhají jednání o standardním hrazení vyšetření z prostředků zdravotních pojišťoven. Očekáváme diagnózu cca 13 nových pacientů s PKU/HPA a 15-20 nových pacientů s jinými DMP ročně. Na léčbě se budou podílet 4 pracoviště.

Během pilotní studie v letech 2001-2004 bylo v ÚDMP vyšetřeno 45611 novorozenců a 19058 pacientů s podezřením na DMP. Kontrolní skupinu



tvorilo 1130 vzorků od 118 pacientů již dříve diagnostikovanou DMP. DMP byla diagnostikována u 8 novorozenců, což odpovídá incidenci 1:5700, a u 22 pacientů ze selektivního screeningu, tj. u 1 z 870, viz tabulka 3.

**Závěr**

Tandemová hmotnostní spektrometrie je celosvětově ověřená moderní laboratorní metoda, dostatečně citlivá a specifická, s nízkým počtem falešně pozitivních nálezů. Je vhodná pro novorozenecký screening vybraných aminoacidopatií, organických acidurií a poruch oxidace mastných kyselin.

Využití této metody od roku 2007 pro celopopulační novorozenecký screening v ČR umožní ročně zachytit kromě stávajících cca 13 pacientů s PKU/HPA dalších ještě cca 15-20 pacientů s dalšími DMP, kteří jsou ohroženi akutní dekompenzací s vysokou morbiditou a mortalitou.

**Literatura:**

- Hoffmann GF, Nyhan WL, Zschocke J, Kahler SG, Mayatepek E: *Dědičné metabolické poruchy*, Grada, 2006  
 Scriver CR: *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease*  
 McGraw-Hill 2001  
 Fernandes J, Saudubray JM, van den Berghe G: *Inborn Metabolic Diseases*  
 Springer 2000



# Nemocniční ambulantní péče určená pro děti s problematikou výživy

MUDr. P. Tláškal, CSc., MUDr. Z. Marinov, PhDr. M. Nesrstová,

MUDr. P. Szitányi, Ph.D., NT - B. Tomášková

Dětská poliklinika, FN Motol, Praha

Pediatrická klinika, FN Motol, Praha

Oddělení léčebné výživy, FN Motol, Praha

## ■ Úvod

Časopis Vox Pediatry byl v listopadu r. 2005 věnován z velké části problematice obezity dětského věku. Současně se zde objevily i články zaměřené na problematiku mentální anorexie. Zazněla zde i krátká informace o možnostech lázeňské léčby, mimo jiné i pro děti s hyperlipoproteinemií. Aby byl k problémům výživy dětí výčet komplexnější, scházela zde ještě údaj o dětských pacientech, kteří jsou konzumenty nějaké formy alternativní výživy nebo o pacientech kde je z důvodů alergie vyřazován určitý druh potravin a podobně. Problematika výživy dětského věku samozřejmě zahrnuje i specifickou problematiku věku kojeneckého nebo problematiku dětí, kde jsou z určitých důvodů nutná dietní opatření nebo kde je výživu nutné doplňovat nebo zcela zajišťovat klinickou enterální výživou. Klinická enterální výživa běžně přijímaná ústy není vzácností, problémem však již je oprávnění k jejímu předpisu nebo její dlouhodobější podávání sondou nebo PEGem. V naší republice se může dětský lékař setkat i s dětmi, kteří jsou na tzv. domácí parenterální výživě, tzn. s dětmi, kterým denně dávají rodiče do zavedeného portu nebo centrálního žilního katétru intravenózní výživovou terapii.

Péče o pacienty s poruchou výživy je tak velmi různorodá, ale i velmi zajímavá. Některé případy řeší dětský lékař sám nebo ve spolupráci s ostatními odborníky. Jiné případy vyžadují komplexnější přístup a možnosti, které poskytuje nemocniční zázemí. Ve FN v Praze Motole je tradicí zabývat se problematikou dětské výživy. Zázemí Fakulty a tradice ještě nedávno existující I. dětské kliniky toto předurčují.

V rámci Dětské polikliniky při FN v Praze Motole bylo vytvořeno ambulantní centrum Nutričního týmu dětské části nemocnice. Toto centrum nemá oficiální statut centra, ale zabývá se výše uvedenou problematikou v celém komplexu. Kromě pediatrie a gastroenterologů je v týmu tohoto centra psycholog, nutriční terapeut a dle potřeby jsou oslovováni další pracovníci nebo pracoviště. Spolupracovníky centra jsou antropologové, endokri-

nologové, gynekologové, neurologové, psychiatři, genetici, pracovníci tělovýchovného lékařství a další odborníci tak, jak toto vše umožňuje práce komplexního pracoviště. Spolupráce odpovídajících pracovníků dětské a dospělé části nemocnice i jiných zařízení umožňuje v určitých případech předávat dětské pacienty k pozdějšímu sledování odborníkům dospělým nebo zajistit pokračování léčby v lázních či vyšetření ve specializovaných pracovištích jiných zdravotnických zařízení.

Ve zkrácené formě bychom chtěli práci tohoto nemocničního ambulantního pracoviště odborné veřejnosti přiblížit.

## ■ Sledování pacientů s alternativní výživou

Do naší ambulance se hlásí většinou sami pacienti, respektive jejich zákonní zástupci. Dále se k nám dostávají děti vyšetřené v jiných odborných ambulancích, kde příslušný somatický problém je vztahován i k problematice výživy. Doporučení obvodního dětského lékaře je spíše vzácností. Rodiče dětí s alternativní výživou se dozvídají o naší ambulanci většinou z médií, z článků, které jsme o alternativní výživě napsali a podobně. Počátky práce naší ambulance byly trochu rozpačité, kdy jsme dokonce uvažovali, zda se nejedná o týrání dítěte (v omezení možností výživy), postupně jsme však změnili svůj náhled a s rodiči i dětmi jsme začali více pracovat. Čas potřebný ke změně režimu vegana na režim lakto-ovo-vegetariána nám pojišťovna v bodovacím systému zdravotních výkonů těžko proplatí. Naštěstí těchto případů nemáme tolik, ale je nutné se připravit, že práce s rodinou dítěte, které má alternativní výživu není jednoduchou záležitostí. Kompletní rozbor jídelníčku, laboratoře, včetně aminogramu, zhodnocení klinického stavu a stavu výživy dítěte nám ve většině případů umožní nalézt nejhodnější doporučení pro specifickou výživu tak, aby byl zajištěn zdravý vývoj dítěte i za cenu „z našeho pohledu“ některých jeho „zbytečných“ omezení. V rámci racionální zdravé výživy jsme samozřejmě zastánci pestré a dostatečně vyvážené stravy. V historii

i současnosti člověka však z různých důvodů stále byl a je navozován kult určitých omezení nebo úprav stravy a je tak nutné daný problém respektovat, ale i dle potřeby řešit.

V tabulce je pro příklad uveden jídelníček dvou sourozenců, kteří byli vyšetřeni v naší ambulanci. V dalších dnech sledování se systém výživy prakticky neměnil. Pouze děti dostaly místo jáhel k obědu banány, mrkev a ořechy a místo vařených brambor celozrnný chléb. V jídelníčku se objevilo i sojové mléko. Propočty jídelníčků ukázaly vyšší kalorický příjem tvořený ze zvýšeného příjvodu sacharidů. Příjem bílkovin byl velmi nízký, tvořil pouze 7% celkového energetického příjmu, s velmi omezeným příjmem živočišných bílkovin. Klinické vyšetření ukazovalo výrazné opoždění růstu a změny tělesného složení s normálním rozvojem tuku, ale výraznou dystrofií svalové tkáně. Laboratorně byla především patrná anemie z nedostatku vitamínu B12, nepříznivý poměr esenciálních k neesenciálním aminokyselinám, těžký deficit lysinu. Na základě rozboru výsledků, zhodnocení klinického stavu se podařilo matku přesvědčit na určitě změně jídelníčku, kdy děti přešly na lakto-vegetariánskou dietu. Tato změna byla provázena nástupem rychlé dynamiky růstu obou dětí a zlepšením či úpravou všech hodnocených laboratorních i klinických parametrů.

## ■ Ambulantní sledování dětí s obezitou

Práce obezitologické ambulance je založena na principu formování nového životního stylu celé rodiny. Program je postaven na jednoduchých a obecně srozumitelných režimových, dietologických a pohybových zásadách v 15 bodech - záměrně bez možnosti individualizace. Je určen pro cílovou skupinu spolupracujících rodin.

Ve vstupním vyšetření vylučujeme patognomickou obezitu a blíže specifikujeme cílovou terapeutickou skupinu. Podle našich zkušeností máme v ambulanci asi 2/3 pacientů s prostou obezitou a asi 1/3 pacientů již s metabolickým





tab. č. 1

**Příklad jídelníčku dvou sourozenců (ve věku 6 a 2,5 let)**

1.den - čas	6 letý chlapec	2,5 letý chlapec
Ráno	2 dcl	<b>Obilná voda</b> ( z namočeného žita a pšenice)
7,30	4 ks = 430 g	0,5 dcl
8,30	3 ks = 380 g	<b>Šťavnatá jablka</b>
	2 vrchovaté lžíce = 40 g	2 ks = 240 g
11,0	4ks = 350 g	<b>Sladká jablka</b>
12,30	Lžička rozpuštěného <b>pylu s medem</b> (5 g) a sklenice <b>čaje z čerstvého malinového listí</b>	2 ks = 200 g
	1 porce	1 vrchovatá lžíce = 20 g
13,00	<b>Jáhly</b> 160 g (uvařené 980 g), olej 18g, <b>salát</b> 150g : (směs ze <b>slunečnice, sezamu, světlíce, dýňového semínka, obilných klíčků, mořských řas, syrového špenátu, petrželky, pórku, rajčete, vojtěšky</b> )	materké mléko (hodně)
	asi 2/3 porce	1 porce
17,00	2 dcl	<b>Voda</b>
17,30	<b>Brambory</b> vařené se saturejkou a kmínem + směs <b>bylinek (kopřiva, kontryhel, šťovík, sedmikráska, malinové listí, alfalfa vojtěška, lichořeřišnice, stroužek česneku)</b>	1 dcl
	600 g brambor	500 g brambor

syndromem. Téměř u 5 % dětí zjišťujeme endokrinnologickou příčinu onemocnění, u 10% dětí zjišťujeme nějakou sociální problematiku - nejčastěji se jedná o děti z rozvedených manželství. Skupiny pacientů pak vedeme týmově, ve spolupráci lékař, psycholog a nutriční terapeutka.

Během kontrol se hodnotí základní antropologické údaje. Při každém vyšetření hodnotíme skladbu týdenního jídelníčku, nákupní košík rodiny a pohybovou aktivitu. Využíváme motivační program, který je postaven na principu individualizace programových zásad. Soustředujeme se na zrušení závislosti na jídle a významu jídla jako motivačního elementu. Navazujeme komunikaci o pokrmových hříšcích a jejich morálního nepřeceňování. Vymezujeme prostor kdo koho podvádí a vtahujeme do hry co za co. Snažíme se včas zařadit bodybuilding a pocít „vzpřímeného“ postoje - jak vypadám tak se cítím. Návrh na lázeňskou péči doporučujeme jako prvek odměny.

Program je záměrně nastaven velmi přísně, kdy v něm počítáme s logickým selháváním a s ústupem z předem daných pozic. Sám se tak postupem času nastavuje na ideální individuální úroveň. Nejeefektivnější je po dobu prvních 3 měsíců kdy jej dále doporučujeme potencovat v půl roce 6 týdenním redukčním lázeňským pobytem. V programu se nám po celou dobu zatím podařilo udržet asi 2/3 rodin, kdy na závěr dochází v průměru k poklesu hmotnosti o dvě percentilová pásma.

Naším cílem je přes vedení obézního dítěte zasáhnout i ostatní skupinu rodinných příslušníků - rodičů a prarodičů, ale hlavně sourozenců, ve své podstatě i potencionálních dalších obézních pacientů.

### ■ Sledování pacientů s poruchou příjmu potravy

Již více jak dvacet let se věnujeme pacientům

s poruchou příjmu potravy, zvláště ve smyslu mentální anorexie a mentální bulimie. Zaznamenáváme stále větší nárůst těchto pacientů, který logicky navazuje na změny životního stylu současné populace. Postupně jsme tak rozšířili soubor našich znalostí i postupů, které realizujeme v přístupu k pacientům a jejich rodinám. Z naší praxe musíme konstatovat, že výsledky, především usilovné psychoterapeutické práce, pomocí kognitivně-behaviorální terapie jsou velmi dobré. Zajisté se na tom podílí zejména to, že po hospitalizační léčbě pokračuje léčba ambulantní na stejném nebo obdobném pracovišti, které se touto problematikou dlouhodobě zabývá. Z naší praxe vyplývá, že mezi pacienty s uvedenou problematikou se objevují i takoví, kteří mají jiné onemocnění nebo mají pouze nesprávné jídelní návyky. Nesmíme zapomínat, že i na některá somatická nebo psychická onemocnění může navázat i mentální anorexie. Je proto nutná spolupráce několika odborníků, mezi které patří pediatr, psycholog, psychiatr, nutriční specialista, gynekolog případně antropolog, neurolog, rehabilitační pracovník či odborník jiné specializace.

S poruchami příjmu potravy se setkáváme již i u nejmladších dětí, zvláště u kojenců při přechodu z přirozené na umělou výživu.

Kojení dítěte patří mezi první prožitky dítěte, kdy získává zkušenosti s vnějším světem a také začíná komunikovat s okolím. Prostřednictvím smyslu dítě získává různé informace - chuť mléka, slyší tlukot matčina srdce, dotyky matky. Vše se spojuje do pocitu bezpečí, a to je základem kladného vztahu dítěte k okolí. **Matka, která je při krmení neklidná, uspěchaná, rozčilená si neuvědomuje, že to dítě vnímá. Kojenec je citlivý na vnější podněty, které se v mozku ukládají a v budoucnu mohou být zdrojem pozdějších obtíží.**

Ještě v období kojeneckém dochází ke změně

v jídelníčku, po 6. měsíci se zařazuje ovoce, mixovaná zelenina, což má pro dítě novou chuťovou kvalitu. Mění se i poloha dítěte, začíná se posazovat a je krmeno lžičkou. Dítě se má naučit žvýkat a polykat některá jídla. Mění se i frekvence krmení během dne, v noci se snižuje a přechází do několika denních dávek. Velikost porce jídla a kdy se jídlo podává je závislé na zvyklostech rodiny ve které dítě vyrůstá.

Při rozšiřování jídelníčku dítěte je důležité kdy k němu dochází. Předčasně zařazení (před 6. měsícem) není vhodné, ale též váhání zavádět nová jídla může nepříznivě ovlivnit vývoj jídelního chování. Čím později přechází dítě na rozmanitější stravu, tím hůře se učí přijímat nová jídla. Naše zkušenosti ukazují, že děti, které v druhé polovině prvního roku života nezačaly žvýkat novou potravu, mohou mít později problémy s přijímáním tuhé (pevné) stravy - podávané v kouscích.

Dítě potřebuje získat různé smyslové vjemy v ústní dutině vyvolané podáním nového jídla. Odmítání nového pokrmu je průvodním jevem, ne ho hned z dětského jídelníčku vyloučit. Dítě se učí jíst též podle reakce dospělých na jídlo. Záleží na rodičích, co mu o jídle říkají.

Též v chování během jídla jsou rozdíly. Některé dítě sedí klidně a plně se věnuje jídlu, jiné se vrtí, jídlo přerušuje, přeská, povídá s plnou pusou. Odráží se zde temperament dítěte a též zkušenosti z rodiny.

Období útlého dětství dříve nebylo pokládáno za rizikové pro vznik poruchy příjmu potravy. Předpokládalo se, že zaměření na váhu a jídlo se objevuje až v pubertě a adolescenci. Ukázalo se však, že postoj k jídlu se zabývají děti již v raném, školním věku a s věkem tyto postoje zesilují. Poruchy příjmu potravy představují závažnou komplikaci pro vývoj dítěte na rovině somatické i psychosociální. Příčiny poruchy jsou multifaktoriální a před-



stavují vzájemnou interakci biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních faktorů.

### ■ Sledování pacientů s poruchou lipidového metabolismu

Vzhledem k závažnosti kardiovaskulární problematiky v naší společnosti je potřeba věnovat prevenci vzniku aterosklerózy zvýšenou pozornost a přesunout část preventivních opatření již do dětského věku.

Hlavní důvody jsou následující: 1. existuje možnost determinace rizikových faktorů již prenatálně (nízká porodní hmotnost), 2. proces aterosklerózy začíná již v dětství a adolescenci a časný záchyt rizikových jedinců umožní také včasnou intervenci s oddálením projevů předčasné aterosklerózy 3. základy životního stylu - výživové a režimové návyky vznikají v dětství a přetrvávají po celý život jedince a tím je lze snadněji ovlivnit a také dosáhnout pozitivní změny (ve srovnání s dospělým jedincem)

Děti s poruchou lipidového metabolismu se dostávají do naší ambulance buď s doporučením obvodního dětského lékaře nebo na doporučení některých jinak specializovaných odborných ambulaní.

V této souvislosti připomínáme, že v ČR existuje selektivní screening hyperlipoproteinémií v dětství, který je zařazen do systému preventivních pediatrických prohlídek. Při prohlídce ve věku 5 let je pediatr povinen ověřit možnost rizikových faktorů aterosklerózy v rodinné anamnéze. V případě pozitivních údajů se odebere dítěti nalačno vzorek žilní krve na stanovení celkového cholesterolu, triacylglycerolu, HDL a LDL cholesterolu. Při zjištění hyperlipoproteinémie by praktický dětský lékař měl vyloučit nejčastější příčiny sekundární hyperlipoproteinémie a konzultovat další postup se specializovaným pracovištěm zaměřeným na poruchy lipidového metabolismu. Totéž pediatr zopakuje ve 13 letech dítěte. Veškerá vyšetření a závěry o každé prohlídce jsou zaznamenány ve Zdravotnickém a očkovacím průkazu.

V naší ambulanci zjišťujeme stravovací zvyklosti dítěte, jeho pohybovou aktivitu, ověřujeme změny lipidového metabolismu a doplňujeme další vyšetření dle potřeby. V mnohých případech se i u dětí daří upravit stravovací zvyklosti a životní styl, kdy výsledkem je zlepšení lipidového spektra, které pak nevyžaduje medikamentózní terapii. Jasná doporučení, kdy a jak zahájit farmakologickou léčbu u dětí, nejsou jinak přesně dána. V našem praktickém sledování zůstávají především však ty děti, které farmakologickou léčbu potřebují, kde úprava stravovacího režimu a životního stylu nenavodila významnější zlepšení nálezů. Zvýšenou pozornost vyžadují zvláště děti z rodin s pozitivní anamnézou ischemické choroby srdeč-

ní, cévní mozkové příhody a ischemické choroby periferních arterií.

Specifikem dětského věku zůstává, že kalorický příjem by měl být dostatečný, aby nedošlo k poruše růstu a vývoje (kontrola percentilových hmotnostních a růstových grafů). Energetický příjem musí být zajištěn dostatečně pestrou a vyváženou stravou, zabezpečující přísun všech živin, vitamínů a stopových prvků.

### ■ Sledování dětí s nežádoucí reakcí na některou složku potravy

V gastroenterologické ambulanci se často setkáváme s dětmi, jejichž obtíže souvisí s nepříznivou reakcí organismu na některou složku potravy. Nejčastěji jsou to děti s alergií na bílkoviny kravského mléka. Přichází k nám však i pacienti z dermatologické nebo alergologické ambulance s údajem o nepříznivé reakci na jiné složky potravy. Ve vyhraněném případě jsme se v naší ambulanci setkali i s několika dětmi, které z důvodů alergie na některé potraviny měly tak restriktivní systém výživy, že se rozvíjel obraz proteinové malnutrice (kwasiorkoru). V jednom případě jsme museli hospitalizovat takovému dítěti již i s otoky a počínajícím ascitem.

Takto navozený stav souvisel s primární radou lékaře a dále hlavně pak s vystupňovanou snahou rodičů vyléčit dítěti jeho velmi těžký atopický ekzém.

Nepříznivé reakce na některé složky potravy samozřejmě nemají vždy jenom podklad alergický. Často se setkáváme s dětmi kde původem jejich gastrointestinálních obtíží je intolerance laktózy nebo i jinými reakcemi, které nemají imunologický podklad.

Výhodou naší ambulance je to, že ve spolupráci s nutriční terapeutkou můžeme lépe posoudit do jaké míry je výživa dítěte deficitní na makro nebo mikro živiny a můžeme hledat či nabídnout další řešení výživy či jiné léčby těchto dětí.

### ■ Sledování pacientů s potřebou klinické enterální nebo domácí parenterální výživy

V návaznosti na specializovaná lůžková oddělení nemocnice probíhá v naší ambulanci další sledování a léčba dětí s postižením stavu výživy kde je nutná doplňková nebo i kompletní enterální výživa. Jedná se především o pacienty s Pegem, pacienty s onkologickou, neurologickou i jinou problematikou. Možnost předpisu doplňku klinické výživy je vázána licencí klinické výživy a tím je naše práce snadnější. V rámci připravované nové koncepce péče o pacienty s domácí parenterální výživou by zde měli být dále ošetřováni a sledováni i tito pacienti.

### ■ Závěr

**Nutriční nemocniční ambulantní péče má svůj význam z hlediska koncentrace možností i zkušeností pracoviště. Naše sdělení má v tomto smyslu informativní charakter.**

*Literatura u autora*

## Biopron



# Obezita dítěte (tuková tkáň, rizikové faktory, prevence)

(několik doplňujících poznámek k publikovaným údajům v 9. čísle časopisu VOX PEDIATRIAE z listopadu 2005 )

MUDr. P. Tláškal, CSc.

Dětská poliklinika FN Motol, Praha

Jedna z nedávných studií ukázala, že je-li člověk v dětství obézní, má v dospělém věku 1,6x vyšší riziko úmrtí z různých příčin a dokonce 2x vyšší riziko úmrtí z důvodů kardiovaskulárního onemocnění.

Obezita dětí může v různém měřítku přetrvávat do dospělého věku, v závislosti na tom, kdy se dítě stává obézním. Z různých studií vyplývá, že děti obézní na začátku svého života (do šesti let) jsou v dospělosti méně často obézní (26%), než v případě obezity dětí starších šesti let. Literární údaje uvádí, že obezita dětí sedmiletých přetrvávala asi v 51% u dospělých ve věku 36 až 47 let. **Jiná studie prokazovala, že obezita dětí (9-18 letých) přetrvávala do věku 23-33 let ve 48 až 75% všech případů.**

Obezitou rozumíme nadměrné hromadění tukové tkáně, které je považováno za nežádoucí z důvodů svého nepříznivého působení na zdravotní stav člověka.

Fyziologický rozvoj změn tukové tkáně shrnuje obrázek č. 1.

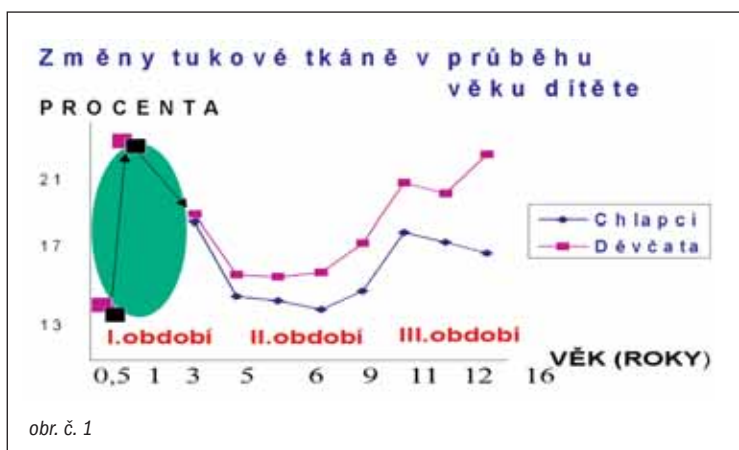
Tuková tkáň se v organismu začíná diferencovat již u 14-gramového plodu. Dítě s porodní hmotností 2000 až 2500 gramů má ve svém tělesném složení asi 3,5% tukové tkáně. Dítě s porodní hmotností 3300 gra-

mů má již tukové tkáně kolem 13%. V dalším období života tukové tkáně postupně přibývá, s maximem kolem pátého až šestého měsíce věku, kdy je v organismus kolem 25% tuku. V další fázi vývoje dítěte tukové tkáně postupně ubývá na úkor rozvíjející se tkáně svalové a ostatních tkání organismu. Obrázek uvádí změny tělesného tuku dětí až do dospělosti. Zdá se, že vývoj tukové tkáně tvoří tři období. Do prvního období vývoje tukové tkáně významně zasahují perinatální faktory, včetně stavu výživy matky dítěte v době před jeho narozením. Druhé období je relativně méně citlivé. Obezita dětí předškolního věku se v nižším procentu převádí do dospělosti člověka. Třetím obdobím prochází děti od šestého roku života, kdy fixace obezity do dospělosti je již dost významná. Prakticky po celou dobu těchto změn jsou tukové rezervy u ženského pohlaví vyšší, ve srovnání s tukovou tkání chlapců, mužů.

**Množství tukové tkáně je v procesu změn určováno buď hyperplasií nebo hypertrofií tukových buněk.** Hyperplazie tukových buněk je charakterizována množstvím těchto buněk v organismu. Tento proces probíhá především v časném věku dítěte, hlavně u kojenců. V současné době se uvádí, že hyperplazie tukových buněk se může objevit i v době dospívání i snad v dospělosti pokud je obsah tuku vyšší než je kapacita tukových buněk. Obecně je však platné, že **hyperplazie tukových buněk u obézních pacientů se rozvíjí především před desátým ro-**

**kem života.** Druhým fenoménem je hypertrofie tukových buněk. Při hypertrofii se tukové buňky zvětšují podle své kapacity. Význam těchto změn souvisí s hypotézou, že přibývá-li počet tukových buněk, je obezita pravděpodobně více fixovaná.

Proces tvorby tukové tkáně je samozřejmě ovlivněn genetikou, ale i zevním prostředím. Velmi významnou složkou, která zasahuje do procesu lipogeneze (tvorby tukové tkáně) jsou i mastné kyseliny (MK). V roce 1997 Okuno publikoval informaci, že obohacení stravy o omega 3 mastné kyseliny (alfa-linolenová kyselina) vedlo k hypoplasii a hypotrofii tukové tkáně na rozdíl od podávání stravy obohacené o mononesaturované (kyselina olejová) nebo polynenesaturované MK omega 6 (kyselina linolová). MK omega 3 by tak podle této studie tvořily ochranu před rozvojem obezity. Otázkou je, zda skutečně toto není jedním z faktorů, který se při změně nutričních zvyklostí člověka rovněž podílí na rozvoji obezity. Uvádí se, že v historii stravovacích zvyklostí člověka se poměr omega 6 k omega 3 MK postupně zvyšoval. Jiná studie z roku 1999 zase prokazovala, že saturované mastné kyseliny (kyselina laurová, myristová, palmitová) měly vliv na hypertrofii tukových buněk, nenasycené mastné kyseliny (kyselina olejová a linolová) měly vliv na hyperplazii tukových buněk. Z tohoto pohledu je možné vysvětlit i význam mateřského mléka ve výživě kojeneho dítěte. Četné epidemiologické studie to potvrzují, čím déle je dítě kojeno, tím lépe je chráněno před rozvojem obezity v dospělosti. Na rozvoji obezity dětského věku se podle Rolland Cacherové může podílet i vyšší obsah bílkovin v kravském mléce („umělá“ výživa), které se v časném věku dítěte podává při nedostatku mléka mateřského. V letech 1984 až 1994 jsme ve FN v Praze Motole sledovali skupinu 154 dětí, které jsme rozdělili podle stavu výživy na děti kojene více než tři nebo šest měsíců a děti nekojené. U nekojených dětí jsme zjiš-



obr. č. 1



**HIPP - mléka + kaše**



fovali, že přirozený rozdíl množství tukové tkáně chlapce a děvčat byl při podávání „umělé“ výživy smazán. Množství tukové tkáně nebylo rozdílné u chlapců a dívek až do čtyř let jejich života, což neodpovídá přirozenému vývoji tukové tkáně.

Rizikové faktory, které mohou podmínit rozvoj obezity v dětském věku, lze rozdělit podle jejich původu mezi a) vrozené b) z prostředí c) fyziologické d) sociální e) ekonomické f) a jiné. V literatuře existuje řada epidemiologických studií, které se danou problematikou zabývají.

Rok narození a pohlaví - různé studie ve vyspělých společnostech ukazují, že v průběhu několika desetiletí je všeobecným trendem změna antropometrických parametrů dětí, kdy děti jsou vyšší a mají větší tloušťku kožních řas (přírůstek tukové tkáně). V ČR je zaznamenán tento trend v průběhu deseti let (1991-2001), s nárůstem obezity chlapců o 2,1% (na 6%), u děvčat o 1,7% (na 7%). Z uvedených studií nevyplývá významnější rozdíl nárůstu tukové tkáně chlapců a děvčat.

**Hmotnost dítěte při narození, výživa kojence** - hmotnost dítěte při narození je pozitivně spojována s BMI dospělých. Vztah mezi rizikem kardiovaskulárního onemocnění a vyšší hmotností dítěte při narození však není prokázán. Výživa kojence může významně ovlivnit rozvoj obezity dítěte. Obrázek který ukazuje změny rozvoje tukové tkáně v průběhu života dítěte, označuje tři významná období, která jsou pro vývoj tukové tkáně dítěte významná. První období prakticky zasahuje prenatální fázi života a spojuje se s nutričním stavem těhotné matky dítěte. Toto období dále postihuje první měsíce života dítěte. Podle Lucasovy teorie časné období života určuje vývoj člověka v dospělosti a má na člověka často větší vliv než změny jeho životního stylu v dospělosti.

**Tělesná hmotnost rodičů, původ narození** - studie ukazují, že děti obézních rodičů mají významně větší pravděpodobnost být obézní. Pokud jsou děti obézní v jednom až dvou letech a jejich rodiče nejsou obézní, mají děti jen lehce zvýšené riziko, že budou v dospělosti obézní. Populační rozdíly obezity, které souvisí s kulturními i stravovacími a dalšími zvyklostmi, shrnuje například francouzská studie, která u čtyřletých dětí prokazovala vyšší obezitu dětí arabské populace,

ve srovnání s francouzskou populací dětí.

**Sociálně-ekonomické podmínky života** - mnohé starší studie ukazují, že děti rodičů dělnických profesí byly častěji obézní než děti rodičů s vyšším vzděláním. Rovněž studie prokazovaly, že **obezita byla větší u dětí z venkova než města.**

**Fyzická aktivita** - je známo, že u fyzicky aktivních dětí je rozvoj tukové tkáně nízký i v případě vyššího energetického příjmu potavy. Studie prokazují, že rozvoj tukové tkáně významně souvisí s dobou, kterou dítě tráví před televizní obrazovkou.

Prevence obezity v dětském věku je prevencí obezity v dospělosti. Tvoří ochranu jedince i společnosti před rozvojem zdravotních i jiných problémů. Teoreticky je snadná, prakticky však velmi svízelná. U dětí hraje významnou roli psychika, schopnost dítěte posoudit na jedné straně příjemné (jídlo, pohodlí před televizí atd.) a na druhé straně nutné (změnu stravovacích návyků a další). Velmi významná je role a postoj rodičů a postupně i ostatního okolí. Významnou úlohu zde hraje škola, posouzení stavu výživy dítěte obvodním lékařem a řada dalších faktorů. Prevence rozvoje obezity bude rozdílná v závislosti na věku dítěte a jeho postoji k výživě.

#### Prevence obezity v kojeneckém věku

- matka novorozence a kojeneho dítěte by měla vědět, že pláč či neklid dítěte není vyvolán pouze hladem dítěte
- ve výživě kojence by mělo být preferováno mateřské mléko před jiným způsobem výživy až do šesti měsíců věku dítěte
- „umělá“ výživa kojence by neměla být obohacována (přídavek sacharidů a podobně) mimo doporučení lékaře
- mělo by se zamezit předčasnému zařazování nemléčné stravy (před 4. měsícem) do výživy dítěte
- trpělivě a pozvolna by měla být do jídelníčku dítěte zařazována zelenina a ovoce tak, aby si dítě na tuto výživu co nejlépe zvyklo a tolerovalo ji i do věku pozdějšího

#### Prevence obezity v batolecím a předškolním věku dítěte

- dětem je nutné nabízet přiměřeně pestrou a energeticky vyváženou stravu
- je nutné zajišťovat správnou výchovu k výživě dítěte, tzn. nepodléhat rozmarům dítěte, ale cíleně je vést ke správné výživě. Přev-

evším nepodbízet dítěti pouze stravu, kterou si vyžaduje (cukrovinky, čokolády aj.) a tím si je získávat

- být nejen teoretickým, ale i praktickým školitelem správných stravovacích návyků
- umožňovat dítěti spontánní fyzickou aktivitu a správně je zapojovat do pohybových aktivit rodiny

#### Prevence obezity školního a dospívajícího věku

- zajistit správné stravovací zvyklosti (nepomíjet snídaně, přijímat pestrou a energeticky vyváženou stravu rovnoměrně v průběhu dne, dodržovat pitný režim, omezit příjem nadměrně sladkých nápojů)
- varovat se systému „buffetového“ stravování, stravování mimo školní jídelnu
- každá porce stravy by měla obsahovat zeleninu, případně ovoce
- kompenzace času stráveného před televizí a počítačem s dostatečnou volnou fyzickou aktivitou dítěte

**Podle Seidella (r. 1999) je obezita v dětském věku spíše problémem klesajícího energetického výdeje než stoupajícího energetického příjmu.**

**Závěrem bych chtěl alarmovat naši odbornou pediatriickou veřejnost. O problém obezity se hodně hovoří, ale obtížně se s nimi bojuje. Významným momentem je prevence. Sledování změn hmotnosti a výšky dítěte je nejen významným pomocníkem, který odhaluje rozvíjející se malnutriční, ale i ukazatelem případné nadváhy a obezity dítěte. Obezitě dítěte bychom měli začít věnovat stejně pozornosti jako malnutriční. Měli bychom však mít na zřeteli, že určitým nebezpečím může být i přemrštěná reakce dospívajícího jedince, především děvčat, kde při upozornění na nadváhu či obezitu může následovat cílené vědomé nechutenství až s rozvojem mentální anorexie či mentální bulimie s dalším ohrožením života dítěte.**

**S výhodou je a v budoucnu zajisté bude, když dítě s prohlubující se nadváhou či obezitou přejde do sledování zdravotnického centra, které má s touto problematikou zkušenosti a dovede je s maximem zúročit pro tyto, v dětství většinou ještě jinak zdravé, potenciálně však nemocné pacienty.**

Literatura u autora



## Poradenské centrum „Výživa dětí“

MUDr. Bohuslav Procházka

Člen výboru Odborné společnosti praktických dětských lékařů (OSPDL ČLS JEP)

Jak vyplývá ze zkušeností pediatriů i z nejrůznějších statistik a výzkumů, u českých dětí se stále častěji projevují zdravotní problémy, které se dříve týkaly dospělých. Situace v ČR v oblasti rizikových faktorů ICHS u dětí s určitým odstupem následuje nepříznivé trendy popisované již delší dobu ze zahraničí (hlavně co se týče obezity). Studie provedená u dětí v okresech Kutná Hora a Kolín ukázala, že děti ohrožených časným vývojem aterosklerózy u nás je zachyceno téměř 30 %. Normální hladinu cholesterolu mělo z nich pouze 44 % dětí, naopak vysokou hladinu cholesterolu mělo 17 % dětí. Děti s nadváhou a obezitou bylo téměř 20 % - což je dvojnásobek oproti údajům z devadesátých let. Zvýšené hodnoty tlaku krve má 8 % dětí, což je opět dvojnásobek údajů uváděných v literatuře. Pokud dítě má nadváhu, pak je také 30% šance, že bude mít zvýšený tlak krve. Situace na venkově je stejná jako ve městech, děti na venkově mají dokonce o něco vyšší hladinu cholesterolu než jejich vrstevníci ve městech.

K tomuto neblahému vývoji významně přispívají faktory, které do značné míry mohou ovlivnit rodiče - nevhodná skladba stravy a nedostatek pohybu. Úprava stravovacích návyků u dětí se zvýšeným rizikem časného rozvoje aterosklerózy je jedním z nejdůležitějších, ale také nejsložitějších a časově nejnáročnějších opatření. Sřetáváme se s různými rodinnými zvyklostmi, s návyky ovlivněnými působením reklamy i s módními zvyky v kolektivu vrstevníků (nepravidelné stravování v rychlých občerstveních s množstvím uzenin, soli, přepálenými tuky apod.). Při rozhovoru s pacientem rodinou je nutné výživová opatření jasně a konkrétně popsat a doprovodit návrhem jídelníčku či vysvětlením změn v úpravě jídla. Rozhovor je třeba opakovat, pacienta a rodinu stále utvrzovat ve správnosti jejich počinání. Časté opakování pohovorů někdy může vést ke stereotypům, zjednodušování a pokud opakované pohovory nevedou ke zlepšení zdravotního stavu dítěte (snížení hladiny cholesterolu, zmenšení nadváhy apod.), spolupráce s pacientem se zhoršuje.

Z těchto a dalších důvodů by byla přínosná spolupráce praktického dětského lékaře a pacienta s kvalifikovaným nutričním terapeutem. Tuto spolupráci však nelze vždy zajistit, protože ne každé pracoviště má poradce na výživu k dispozici. Proto jsme se rozhodli podpořit projekt poradenského centra pro výživu dětí, které může mít řadu pozitiv: pohled na výživový problém z jiného úhlu může přinést nová zjiště-

ní, která původně nebyla patrná, poměrně podrobný dotazník o výživových zvycích dítěte vyplněný v klidu je dobrým východiskem k ovlivnění stravy, komunikace internetem či telefonem není zatížena stresem z nedostatku času v ordinaci

**Nové poradenské centrum „Výživa dětí“** zahájilo činnost 1. listopadu 2005. Rodiče zde mohou konzultovat výživu svého dítěte, případně se poradit o vhodném způsobu úpravy jídelníčku a životosprávy. Nutriční terapeutka jim pomůže zhodnotit jídelníček a stravovací zvyklosti jejich dítěte a poradí jim, jak odstranit případné nedostatky ve výživě. Výživové poradenství je určeno pro děti cca od 3 let, které již přijímají běžnou stravu, jedná se tedy především o předškolní a školní věk. Bezplatné konzultace s odborníci na výživu jsou poskytovány na [www.vyzivadeti.cz](http://www.vyzivadeti.cz) nebo na **informační lince 800 230 000**, a to každý všední den od 9 do 17 hodin. Poradenské centrum bude v rámci pilotního projektu fungovat v pracovní dny. Po skončení zkušebního období dojde k vyhodnocení výsledků, na jejichž základě se rozhodne o další dlouhodobé koncepci této služby.

Aby výživové poradenství bylo skutečně kvalitní, rodiče by měli nejdříve vyplnit **dotazník stravovacích zvyklostí dítěte**. Tento dotazník je možné vyplnit a zaslat přes internet (najdete jej na [www.vyzivadeti.cz](http://www.vyzivadeti.cz)), lze jej získat v ordinaci pediatriů a zaslat poštou (na P.O.Box 50, Sportovní 22, 101 00 Praha 10) nebo přímo vyplnit po telefonu na infolince 800 230 000. Nutriční terapeutky nejdříve dotazník zpracují, vyhodnotí a na jeho základě rodičům poradí, jak zlepšit výživu dětí a odstranit případné nedostatky. Vyhodnocený dotazník spolu s odborným komentářem a s konkrétními doporučeními pak rodiče dostanou také v písemné podobě (poštou nebo elektronicky).

Projekt probíhá pod záštitou Fóra zdravé výživy, ve spolupráci se Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost a Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP. Tyto odborné společnosti vnímají rostoucí potřebu výživového poradenství pro děti a jejich rodiče a zároveň vítají možnost pomoci praktickým dětským lékařům v jejich každodenní praxi.



**Bayer M., Buriánová I.,  
Frühauf P., Kytnarová J.,  
Urbanová Z.**

## LIPIDY VE VÝŽIVĚ DĚTÍ

**Nestlé 2005, 51 stran  
Recenzenti: prof. Šamánek,  
prim. Macko**

Již potřetí za sebou vydává společnost Nestlé na přelomu roku odbornou publikaci o výživě určenou českým a slovenským pediatriům. Po úspěšných titulech „Výživa novorozenců a kojenců - současný pohled“ z roku 2003 a „Neprosívání kojenců a batolat“ z roku 2004 přišlo Nestlé v závěru loňského roku již se třetí užitečnou publikací.

V publikaci členěné do pěti kapitol je probrán význam lipidů, jejich vstřebávání a metabolismus (prim. Frühauf), speciální pozornost je věnována významu lipidů v novorozeneckém a kojeneckém věku (dr. Burianová), vitamínům rozpustným v tucích (doc. Bayer), metabolismu cholesterolu a jeho patologii (doc. Urbanová) a obezitě a jejím komplikacím (as. Kytnarová). Monografie obsahuje 8 schémat, 15 tabulek a 3 grafy (včetně BMI pro děvčata i chlapce).

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

**Kontakt:  
Nestlé Česko s.r.o. - divize Infant  
Nutrition  
tel.: 800 135 135  
e-mail: [infant.nutrition@cz.nestle.com](mailto:infant.nutrition@cz.nestle.com)  
ISBN: 80-903507-2-0**





# Zhodnocení letních táborů pro děti s enurézou, enkoprézi a inkontinencí v letech 2004 a 2005

Mgr. Bohdana Břízová

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

## Souhrn:

V roce 2005 to bylo již počtvrté, co Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (dále jen ZSF JU) organizovala letní tábor pro děti trpící enurézou, enkoprézou a inkontinencí. Tento projekt je každoročně finančně podpořen Ministerstvem zdravotnictví ČR. V rámci tábora se mimo jiné získávají informace a data pro výzkum v oblasti onemocnění enurézou a možnostmi jejího ovlivnění nefarmakologickou cestou.

### ■ Cíl projektu

Cílem projektu ZSF JU je každoročně umožnit 14ti denní pobyt 60 dětem (2 turnusy po 30 dětech) trpící enurézou, enkoprézou nebo inkontinencí na letním táboře. Tento pobyt využít k zavedení pravidelného denního a pitného režimu u těchto dětí, k upevnění si základních hygienických návyků (což je podmínkou pro přijetí těchto dětí na letní tábory či do lázní) a zároveň je naučit samostatně rehabilitovat.

### ■ Metodika

#### a) Příprava letních táborů

V květnu 2004 i 2005 jsme začali spolupracovat s psychologem věnujícím se dlouhodobě problematice enurézy a enkoprézy a zahájili plánování strategie výchovné práce na letních táborech. Výstupem tohoto kroku bylo vytvoření několika zásad naší výchovné práce s dětmi, dále potom stanovení si výchovného cíle a jeho podrobná analýza (rozpis postupů, metod, principů).

V červnu 2004 i 2005 proběhlo také setkání všech oddílových vedoucích a zdravotníků s rehabilitačním pracovníkem, který je řádně proškolen v provádění a správném vedení rehabilitačních cviků na posílení pánevního dna. Je nutné, aby všichni oddíloví vedoucí znali sami správně a přesně celou sestavu těchto cviků a dokázali ji děti naučit.

Nesmíme zapomenout také na přípravu etapové hry, která provázela děti po celých 14 dní jejich pobytu na letním táboře. Přípravy se ujali dva vedoucí, kteří etapovou hru plánovali i v minulých letech. Jejich výchovný projekt byl velmi kvalitní, a to po stránce obsahové i formální. Velkou roli zde hrají jejich dlouholetá zkušenost s přípravou takovýchto projektů jak pro děti zdravé, tak pro děti se specifickými potřebami.

#### b) Realizace letních táborů

V roce 2004 proběhly dva turnusy letního tábora a účastnilo se jich celkem 55 dětí ve věku 7-15 let. Z celkového počtu bylo 38 chlapců a 17 děvčat. V roce 2005 se dvou turnusů účastnilo 63 dětí (také ve věku 7-15 let), 47 chlapců a 16 děvčat. Z těchto 63 dětí se jich 37 účastnilo letního tábora i roce 2004. Mezi dětmi výrazně převažují chlapci (zhruba 3:1), což v podstatě odpovídá poměru výskytu daného typu problému v celé populaci.

Organizaci tábora zajistili studenti ZSF JU oboru Rehabilitační péče o postižené děti, dospělá a staré osoby a dále oboru Ošetřovatelství. O 10



dětí se vždy staral jeden oddílový vedoucí, jeho asistent a jedna zdravotnice. Výhodou bylo, že mnozí z vedoucích se již tohoto tábora účastnili v minulých letech.

Na všech turnusech (rok 2004 i 2005) jsme zavedli **speciální režim** pro výchovu enuretických dětí (denní řád, pitný režim apod.), program byl upraven podle potřeb dětí. Součástí denního programu **byla 4x denně rehabilitace**, jejíž výstupem bylo osvojení si celé sestavy rehabilitačních cviků, ve které by děti měly pokračovat v domácím prostředí. Obecně se dá říci, že jsme pobyt zaměřili na relaxaci, uvolnění, pracovali jsme s přirozenou soutěživostí dětí a snažili se **v každém jedinci vytvořit pocit jistoty a zázemí**.

Součástí tábora je každoročně etapová hra na dané téma, ve které si děti vyzkouší svoje dovednosti, svoji vytrvalost, šikovnost a mají možnost se také naučit mnoho nových věcí. Etapová hra byla v roce 2004 i 2005 koncipována tak, abychom dokázali děti zaujmout a nadchnout pro jednotlivé činnosti, abychom poukázali na nutnost spolupráce, komunikace a sociální interakce obecně. Podařilo se nám povzbudit přirozenou soutěživost dětí a **na konci každého turnusu byly všechny děti oceněny**.

tab. č. 1

### Výsledky efektivity

doma se pomočuje denně - celkem 12		doma se pomočuje 1x týdně - celkem 14		doma se pomočuje 2x týdně - celkem 19	
kolik dětí	pomočení na táboře	kolik dětí	pomočení na táboře	kolik dětí	pomočení na táboře
1	0x	9	0x	5	0x
3	5x	2	1x	4	1x
3	7x	1	4x	3	2x
3	8x	1	3x	1	3x
1	10x	1	7x	4	4x
1	několikrát denně			2	6x



V roce 2004 i 2005 jsme spolupracovali také s o.s. Hafík. Jejich psůvodi ochotně přijeli na jedno odpoledne na každý tábor se svými canisterapeutickými psy, se kterými máme již výbornou zkušenost z loňských let. Všechny děti tak měly možnost dostat se do blízkého kontaktu se psem, což má při správném vedení terapeutický účinek. Prohlubují se sociální kontakty, dochází ke zklidnění „živých“ dětí, zvyšuje se jejich sebevědomí (všechny tyto aspekty jsou pro enuretické děti nesmírně důležité). Dalším velkým zážitkem pro děti bylo canisterapeutické psí spřežení, na kterém se mohly postupně svézt všechny děti.

#### ■ Hodnocení projektu

##### a) Zhodnocení psychologem

V době konání táborů jsme spolupracovali s psychologem věnující se dlouhodobě problematikou enurézy a enkoprézy, který zajistil odbornou garanci a zároveň provedl základní diagnostiku těchto dětí pomocí arteterapeutických technik.

V důsledku svých obtíží se tyto děti stávají jedinci, kteří část svého projevu ulpěly či se vrátily na nižší věkovou úroveň. Celý problém tyto děti markantně handicapuje v některých oblastech jejich života a prožívání - počínaje jejich sebepojetím a konče společenským zařazením. Lze též konstatovat, že čím starší je dítě trpící některým

z uvedených problémů, tím negativnější jsou dopady tohoto handicapu na jeho psychiku.

Celou tuto skupinu je možno charakterizovat více společnými znaky. U valné většiny lze vysledovat **křehkost CNS - z čehož následně vyplývá výrazná unavitelnost, problémy s pozorností, kolísavá výkonnost (a to i v činnostech, které je evidentně baví), neefektivní práce s vlastní energií apod.**

Další charakteristikou těchto dětí jsou problémy v sociální interakci. Do kontaktů s okolím se promítá jejich emoční zablokovanost formou menší schopnosti souznění, tendencí manipulovat, u některých (zejména starších) až projevy negativismu, někdy i útočnosti. Tyto děti obtížně akceptují hranice (ať již jde o sociální kontakt, či o jejich vlastní limity). Dokonce i v kontaktu s autoritou se obtížně podřizují, vzpírají se režimovým opatřením a snaží se je nejrůznějšími způsoby obcházet.

Často lze u nich nalézt nápadný typ bezradnosti. Některé z těchto dětí se podvědomě či dokonce vědomě cítí tímto problémem „oceňovaní“. **Jsou to děti, které prahnou po ocenění**, toto ocenění však obtížně přijímají a prožívají.

Jsou to jedinci s často nápadně oslabeným volním úsilím. Na druhou stranu z projektivních technik jasně vyplývá, že i přes jejich „přízemní“

problém by jich hodně chtělo „vzlétnout“ ke svým vysněným cílům a k možnosti „držet krok“ se svými vrstevníky.

**Rodinné zázemí bývá úzkostné, výchovně nedůsledné, bez trvalejších režimových opatření.** Rodiče těchto dětí bývají mnohdy psychicky nezralí, do své rodičovské role vstoupili ne zcela připravení a „vyzbrojení“. Jiným typem rodičů dětí s enurézou bývají rodiče jasně výkonově orientovaní, kteří dítě přetěžují neúměrností svých nároků a požadavků.

##### b) Efektivita

Úspěšnost letního tábora můžeme prezentovat na výsledcích výzkumu jeho efektivity, a to pomocí zaznamenaných „suchých a mokrých nocí“ u jednotlivých dětí. Výzkum prováděly zdravotnice (každá měla na starosti jeden oddíl, tzn. 10 dětí), které si každé ráno do předem připravené tabulky značily, které děti se pomohly. Součástí přihlášky dítěte na tábor byl také krátký dotazník, jehož hlavním cílem bylo zjistit, jak dlouho se dítě pomůže, jak často, zda má od lékaře předepsanou medikaci či jiné opatření atd.

Na základě analýzy odpovědí z těchto dotazníků a záznamů od každé zdravotnice můžeme konstatovat, že z celkového počtu dětí (118), které se účastnily táborů v roce 2004 a 2005 se denně

## Léčebna Dr. Filipa



tab. č. 2

## Pokračování výsledků efektivity

doma se pomočuje 3x týdně - celkem 6		doma se pomočuje 1x měs. - celkem 28		doma se pomočuje 2x měs. - celkem 10		doma se pomočuje občas - celkem 29	
kolik děti	pomočení na táboře	kolik děti	pomočení na táboře	kolik děti	pomočení táboře	kolik děti	pomočení na táboře
1	0x	21	0x	6	0x	26	0x
1	3x	5	1x	1	1x	3	2x
2	5x	1	2x	2	2x		
1	9x	1	8x	1	6x		
1	11x						

doma pomočuje 12 dětí (10,2%). Z tohoto počtu dětí se 1 dítě na 14ti denním pobytu na táboře nepomočilo ani jedenkrát, všechny ostatní děti se pomočily více jak 4x.

Jedenkrát týdně se doma pomočuje 14 dětí (11,9%). Na táboře se 9 dětí nepomočilo ani jednou, 2 děti jedenkrát a ostatní děti se pomočily více jak 3x.

Rodiče uvedli, že dvakrát týdně se pomočuje 19 dětí (16,1%). Ani jednou se na táboře nepomočilo 5 dětí, 4 děti se pomočily pouze 1x a ostatní více jak 2x.

Tříkrát týdně se doma pomočuje 6 dětí (5,1%). Jedno dítě se nepomočilo na táboře ani jednou, 3 děti se pomočily ne více jak 5x a poslední dvě děti se pomočily 9x a 11x.

Jedenkrát měsíčně se dle slov rodičů pomočuje 28 dětí (23,6%). Z tohoto počtu se ani jednou nepomočilo 21 dětí, 6 dětí se pomočilo ne více jak 2x a jedno dítě se pomočilo 8x.

Dvakrát měsíčně se doma pomočuje 10 dětí (8,5%). Ani jednou se na táboře nepomočilo 6 dětí, 1 dítě se pomočilo 1x, dvě děti 2x a jedno dítě 6x.

Rodiče uvedli, že se doma občas pomočuje 29 dětí (24,6%). Z těchto dětí se jich 26 ani jednou nepomočilo a 3 děti se pomočily 2x.

### c) Zpětná vazba od rodičů

Velmi důležitým zhodnocením obou turnusů letního tábora je také zpětná vazba od rodičů dětí. Ti jsou s nimi v kontaktu ihned po příjezdu domů, kdy jsou děti ještě plny zážitků. Pro tento účel by vytvořen krátký dotazník s 6 otevřenými otázkami, na které mohli rodiče volně odpovědět. Z celkového počtu rozdaných dotazníků za rok 2004 a 2005 (118) se jich vrátilo 35, tzn. 30%.

Na první otázku „Povídalo vaše dítě po příjezdu z tábora své zážitky?“ odpovědělo 34 respondentů kladně (97%) a 1 respondent záporně (3%). Někteří rodiče také uváděli, o čem děti povídaly: povídal o menších dětech, vedoucích, sestavě cvičení, o výletech, sportu, o kamarádech, výletech, hrách, o koupání, povídal o rozdělení do družstev podle barevných triček, pokrčku, organizaci dne včetně cvičení, o táboráku, o návštěvě psychologů...

Na otázku „Vzpomíná vaše dítě na něco „skvělého“, na něco, co se mu obzvláště líbilo?“ odpovědělo 29 respondentů kladně (83%), 4 respondenti (11%) uvedli, že se dítěti líbilo všechno a 2 respondenti (6%) uvedli „nic konkrétního“. Co se dětem nejvíce líbilo: noční hra, noční hlídky, výlety, táborové ohně, všechny možné hry, soutěže, karneval, diskotéka, návštěva canisterapeutických psů, atd.

Další otázka zjišťovala, zda bylo něco, co se dítěti nelíbilo. Z celkového počtu odpovědělo 22 respondentů záporně (63%), 13 respondentů (37%) odpovědělo kladně. U těchto odpovědí respondenti uvedli také to, co se dítěti nelíbilo: vstávání (prý moc brzo), mít šátek na očích, ..

Otázka čtvrtá: „Cvičí vaše dítě na táboře naučenou sestavu rehabilitačních cviků i doma?“ Kladně na tuto otázku odpovědělo 19 respondentů kladně (54%), z toho 12 respondentů uvedlo, že dítě cvičí nepravidelně. Záporně odpovědělo 16 respondentů, tzn. že 46% dětí doma sestavu rehabilitačních cviků necvičí.

Další otázka byla určena rodičům: „Jak vy sami hodnotíte přínos tábora pro vaše dítě?“ Na tuto otázku všichni respondenti (100%) uvedli odpověď v kladném slova smyslu. Každý respondent se zde mohl volně vyjádřit. Objevovaly se následující odpovědi: dítě se učí žít v kolektivu, získává nové kamarády, naučí se spoustu nových věcí, je rozumově vyspělejší, zlepšil se zdravotní i psychický stav dítěte, dítě zjistilo, že není samo, kdo má takové problémy a určitě mění své chování i přístup, stoupl mu sebevědomí, byl konečně sám, bez maminky (dosud jsme všechny tábory a soustředění museli odmítat), musel být samostatný, získal nové kamarády, poznatky, je tu zlepšení v pomočování,...

Poslední otázka zjišťovala, zda má rodič zájem přihlásit dítě na tábor také příští rok. Z celkového počtu 35 respondentů jich 34 odpovědělo kladně (97%), 1 záporně (3%).

### ■ Diskuse

Z tabulek výsledků vyplývá, že pro mnohé děti byl pobyt na 14ti denním táboře velkým přínosem. Ovšem můžeme si také všimnout, že u některých

dětí to bylo naopak, že se pomočovaly vícekrát než doma. Mezi faktory, které toto mohly způsobit, můžeme zařadit nové prostředí, nové tváře, první pobyt dítěte mimo rodinu, dále neschopnost dítěte přijmout režimová opatření a z toho vyplývající úzkost. Na pomočení dětí mohou mít vliv i takové faktory, jako náročný celodenní výlet, popř. deštivé počasí a chladné noci (dětí spí v chatkách bez vytápění).

V případech opakované účasti dětí na táboře nelze uvažovat o tom, že by byl pobyt pro děti neefektivní, spíše jde o to, že některá opatření v průběhu doby vyhasínají, pokud nejsou posilovány ze strany rodičů a nejbližšího okolí.

Ráda bych také zmínila, že se nám po táboře v roce 2004 ozvalo 8 rodičů s tím, že jejich dítě již na tábor příští rok nepojede, neboť se přestalo pomočovat. V roce 2005 byl počet těchto rodičů menší, ze stejného důvodu nechtějí přihlásit své dítě na tábor v roce 2006 čtyři rodiče.

### ■ Závěr

Letní tábory pro děti trpící enurézou, enkoprézou a inkontinencí v roce 2004 i 2005 umožnily dětem prožít příjemný čas v radostné atmosféře beze studu ze „zátěže“, související s jejich handicapem, ve společnosti dětí se stejným problémem. Vzhledem k tomu, že děti s tímto specifickým problémem jsou vyčleněny v podstatě ze všech pobytových aktivit (nejen letních), je tábor takového typu a zaměření jednou z mála šancí trávit vícedenní čas spojený s přenocováním mimo rodinu.

Na základě našich zkušeností můžeme říci, že se děti na táboře naučili přirozenou formou přivykat na zdravá režimová opatření, naučili se pracovat s vlastní energií, odpočívat, posílila se jejich sebedůvěra. Důležitou součástí režimu tábora jsou pravidelně opakovaná rehabilitační cvičení zaměřená na posilování svalů pánevního dna a blízkých oblastí - pokud jsou schopny děti naučená cvičení provádět i po návratu z tábora, je to velký příspěvek k řešení jejich problému.

Literatura u autorky



## **Nutricia - inzerce č. 1**



# Srovnání diagnostiky tradiční čínské a západní medicíny u vaginálních infekcí a Crohnovy choroby

MUDr. Hubert Čížek

Československá SinoBiologická společnost

Pro západního člověka, ať lékaře, či pacienta, může být pohled čínské medicíny těžko srozumitelný. Ilustrativní srovnání rozdílného pohledu na nemoc mezi západní a čínskou medicínou, které může přiblížit odlišnosti mezi těmito léčebnými systémy, lze postavit na modelu ledovce nebo erupce sopky. Čínská medicína se podle tohoto přirovnání snaží vidět i tu „část kry“ (tedy ty příčiny onemocnění), která je pod hladinou, respektive tu, co je v podzemí sopky a západní medicína vidí jen oblast špičky ledovce či erupce sopky. Diagnostika v západní medicíně je spojena s místem, kde se potíže objevuje, kde je problém nejžhavější, a toto místo léčí. Konkrétně lze odlišnost demonstrovat na dvou onemocněních - na příkladu Crohnovy choroby a vaginálních infekcí, které sužují řadu dívek a žen.

## ■ Crohnova choroba

Podle západní medicíny se jedná autoimunitní nespecifický zánět střevní sliznice projevující se častou stolicí (až 20x denně) provázenou křečemi a často s příměsí krve a hlenu. Z pohledu západní medicíny je nemoc diagnostikována především vyšetřením střev.

Podle čínské medicíny je častou příčinou stres, který je primárně definován jako příliš dlouho a příliš intenzivně trvající stav nějaké emoce, nejčastěji hněvu. Ten přísluší energetickému systému jater a žlučníku, které se díky emočnímu stresu tzv. „zauzlují“, což z dlouhodobé perspektivy vede ke vzniku horka až „ohně“ (vážného zánětu), jenž se díky propojenosti organismu i určitým akupunkturám spojnicím může přenášet do tlustého střeva a vytvořit prostředí pro akutní zánět střev.

Mezi dalšími příčinami Crohnovy choroby však může být i prázdnota systému sleziny-slinivky-žaludku (ať už z důvodů konstitučních nebo nadměrného vyčerpání), přebytek vlhkého horka ve střevech (infekčního původu), prázdnoty ledvin-sleziny-slinivky (konstituční nebo z vyčerpání) a dalších zpravidla celkem 7 klasických příčin.

Západní medicína vidí problém v samotné střevní sliznici. Jako při erupci sopky, je vidět jen výbuch. Léčba směřuje k odléčení akutního stavu a držení zánětu pod kontrolou, aby nedochá-

zelo k dalším změnám, například zužování střevní sliznice. Jsou nasazeny protizánětlivé léky nebo hormonální léčba. Prokáže-li se autoimunitní defekt, léčí se i léky na potlačení imunity. Je to opačný postup než u čínské medicíny.

Čínská medicína se snaží kromě poškozených střev, vrcholu ledovce, zkoumat hlubší příčiny a léčit celý organismus. Pokud je stres, léčí především oblast jater a žlučníku. Když jsou játra dlouhodobě zablokována, vyvábí se zde horko (synonymum zánětu). Výrazné horko spaluje cévky sliznic a vytváří se zápachající krvavá stolice. Chceme-li snížit nebezpečí zánětu, je třeba pracovat se skrytým, s „kořenem“. Jít tam, kde se potíže rodí, což znamená uvolnit játra i žlučník, zprůchodnit organismus pomocí bylin, akupunktury, cvičení a v neposlední řadě změnou duševního postoje.

V případech prázdnoty energetického systému sleziny-slinivky-žaludku je třeba zpevnit tyto orgány především dietou a bylinami, ale také požeňováním (moxou), akupunkturou apod. V případě vlhkého horka je třeba tento činitel vypudit opět pomocí bylin, diety, akupunktury apod. Vyžaduje to delší čas než jen polknutí tablety. Když se problém podchytí, je menší šance, že se objeví znovu.

V západní medicíně se stává, že když se při prvním vzplanutí zánětu zakročí, stáhne se, a člověk má třeba půl roku i více klid. Problém je v tom, že když problém přijde znovu, pak je mnohem silnější a intervaly mezi záněty se mohou zkracovat, nasazují se silnější léky, i hormonální. Léčba spočívá v tom, symbolicky řečeno, udržet zánět co nejdéle „pod pokličkou“. Jenže když „pod pokličkou nesnížíme teplotu“, tak se teplota bude zvyšovat, a síla, která drží pokličku, už nebude stačit a znovu to vybuchne. Kromě pokličky musíme „na sporáku ubrat oheň“, a ten je právě nejčastěji v játrech. Nemusí to být jediná příčina vzniku, ale jelikož lidé udávají, že podobné věci se jim dějí po stresu nebo emočním vypětí, hněvu apod., pak (chápeme-li nemoc i z psychosomatického hlediska), jej organismus v tomto případě skrze střeva vylučuje.

## ■ Vaginální infekce

Sliznice pochvy je podobně jako střevní sliznice „nárazníkový systém“. Vše, co se objeví na

úrovni sliznice, ať je to způsobeno vnitřními nebo vnějšími faktory, je jen vrcholem ledovce. V čínské medicíně se díváme na to, jaké dráhy prochází oblastí inkriminované vaginální sliznice a které orgány se mohou podílet na potížích.

Pokud je infekce chronického charakteru, nebo se opakuje, nejedná se o to, který mikroorganismus se tam usídlil, je-li to například streptokok nebo plíseň candida, ale záleží na prostředí v těle, které umožňuje, aby se bakterie udržela. Zde jsou nejčastější dva typy poruch - jinová (neboli slabost jangu), a to nejčastěji ledvina a slezina, projevující se dlouhodobým vodnatým výtokem, zimomřivostí, slabostí, únavou, nebo porucha tzv. jangová v podobě vlhké horkosti a vlhkosti v dráze jater a žlučníku projevující se hustým, žlutým, páchnoucím a svědivým výtokem.

Dále řada pacientek nevhodně jí. Když je živání špatné a strava mastná, těžká a smažená s přemírou sladkostí, vytváří se tzv. vlhká horkost, což je v přeneseném slova smyslu zárodek pro prostředí, kde se bakterie daří. Bakterie má ráda horko, vlhko a snadno se zde bude rozmnožovat a vytvářet akutní stavy, jako například výtok. Na sliznicích „přetéká“ ven to, co se tvoří uvnitř.

Čínská medicína má také prostředky k léčbě vaginálních infekcí. Řada bylin má protiplísňové antibakteriální účinky podobně jako antibiotika. Tím by ale odléčení akutního zánětu nemělo končit. Léčba samotné infekce z dlouhodobého hlediska nepomůže. Je důležité, aby byl člověk ochoten změnit návyky, které mu neprospívají. Lékař by měl zjistit individuální konstituci ženy, který její energetický systém orgánu a drah je slabý a je tudíž potenciálním tvůrcem prostředí, které umožňuje reinfekci. Měl by doporučit, jak je třeba oslabený orgán a systém meridiánů posílit a nastolit tak rovnováhu. Čínský lékař také zjistí, která emoce je přehnaná a zapříčiňuje oslabení celého organismu a jak ji vyrovnat. Záleží na tom, jak na sobě nemocný člověk pracuje. Je třeba jít do hloubky a pracovat s člověkem, aby se přišlo na to, který faktor zapříčiňuje opakování problému.



# Kazuistika: Anamnézou k diagnóze laktóзовé intolerance

MUDr. Jiřina Dvořáková

PLDD, Pardubice

**Pacient:** Štěpánek J., nar. 2001

**RA:** rodiče a starší bratr - zdraví

**OA:** z II. rizik. těhot. (AB immin., těhot. DM), porod v term., spont., hlav., bez komplikací, PH 4050g, PD 50 cm, poporodní průběh bez komplikací, kyčle v pořádku, očkován dle kalendáře, PMV odpovídá průběžně věku, od 1 roku častější respir. infekty a otitidy, v v 5/2003 provedena oboustr. masteidectomie, od té doby oj. lehký respirační infekty, jinak nestonal

**EA:** negat.

**SA:** výborně spolupracující rodina

**NO:** po porodu plně kojen 3 měs., prospíval, ale od prvních dnů časté bolesti břicha a obstipace, podávány různé preparáty (Lefax, SAB simplex), větší efekt pozorován až u Prepulsidu a zavedení ovocných šťáv, ale obstipace přetrvávala (ve 4,5 měs. proveden potní test - hladina chloridů byla v normě). Od 3 měs. začal ublížovat a začal i stagnovat na hmotnosti. Přes zavedená antirefluxní opatření a vyzkoušení různých druhů mlék (Omneo, A.R., H.A.) blinkání pokračovalo, v 1/2002 hospitalizován na DEO v Pardubicích k vyšetření - ačkoliv UZ vyš. neodhalilo GER, bylo uzavřeno s touto dg., přidán Nutrilon do mléka a doporučena režimová opatření. Asi měsíc trochu zlepšen, (ale ublížoval a obstipaci měl stále, jen v menší míře), potom pro akutní průjemové onemocnění dostal Sunar Alidiar, při kterém došlo k výraznému zlepšení - občas regurgitoval, ale neblinkal, stolice se upravily. Při návratu k norm. mléku opět potíže. Provedené protilátky proti KM byly negativní. Postupně jsme při pohovoru s maminkou a srovnáváním intenzity potíží v závislosti na druhu podávané potravy zjistili, že se bude zřejmě jednat o intoleranci laktózy. Nejvíce nás přesvědčilo zvracení po podání „Čajánku“, který je slazen laktózou. V té době bez potíží přijímal z mléčné stravy pouze Sunar Alidiar. Obávala jsem se dlouhodobého podávání pouze tohoto mléka, ale po konzultaci s doc. Pozletem jsme pokračovali v této stravě. Chlapec potom již dobře prospíval, potíže se objevovaly, ale vždy spíše v souvislosti s chybou v dietě. Při zkoušení zavedení i zakysaných mléčných přípravků, sýrů apod. - vždy se objevily trávicí potíže - bolesti břicha, někdy zvracení, spíše řídké stolice, postupně se začal objevovat i atopický ekzém výrazně se zhoršující, pokud se ve stravě objevilo jídlo s laktózou. Sojové výrobky zpo-

čátku jedl s chutí a snášel dobře, postupně se ale začal zhoršovat ekzém, takže jsme je ze stravy vyloučili. Při častých konzultacích s maminkou jsme postupně eliminovali téměř všechnu stravu, ve které se vyskytovala laktóza, stravu obohacujeme o vápník (bezlaktózová mléka jako AL 110 od Nestlé apod. dítě odmítá) a při těchto opatřeních je dítě spokojené, prospívá, je bez trávicích potíží a zlepšil se i stav kůže. Pokud dojde k požití nepatrného množství laktózy (stačí i požití jídla s emulgátorem, který laktózu obsahuje), dojde v krátké době ke zhoršení ekzému a k výrazným trávicím potížím.

V poslední době s maminkou stále řešíme složení stravy tak, aby to dítě neovlivňovalo v růstu. A informací o této chorobě je zoufale málo - kde by se člověk dozvěděl jak udělat pro dítě jídelníček, která jídla jsou vhodná (u nás je to často pokus - omyl) a hlavně jak dále v budoucnosti. Naštěstí maminka objevila internetové stránky, kde si vyměňuje zkušenosti s jinými rodiči. I když, jak sama říká, spíše radí ona jim. Podařilo se i zajistit pro Štěpánka mateřskou školu, kde jeho dietu přísně respektují a snaží se mu pomáhat.

O to více mě mrzí, že narážíme s maminkou na nepochopení tam, kde bychom to nečekaly - při hospitalizaci na ORL i přes mou zprávu dítěti stravu nijak neupravili a maminka mu chodila vhodné jídlo kupovat, při hospitalizaci na DEO o této dg. dost pochybovali (až po mé intervenci mamince uvěřili, ale ve zprávě je doporučeno „nevýrazovat mléko ze stravy, ale používat bezlaktózové (které odmítá pít)“.

K stanovení diagnózy stačila anamnéza, další vyšetření (biopsii) rodiče odmítli, ale musím přiznat, že jsem je nijak nepřemlouvala.

Hodiny, které jsem strávila debatami s maminkou nad složením stravy pro Štěpánka, bych asi nespočetala. Naučila jsem se i já občas v obchodě dívat na složení různých druhů potravin a na složení nejenom účinných složek léků. To, že dobře roste, na tom mám jen malou část zásluh, to je zásluha jeho velmi pečlivé maminky.

*Jak celou záležitost vidí maminka Štěpánka si můžete přečíst na další straně.*

## Jídlo zatemňuje mysl

Nárůst duševních nemocí způsobuje nezdravá strava, tvrdí britská studie

Na přibývání duševních nemocí v posledních padesáti letech může mít významný podíl změna stravovacích návyků. Lidé nahrazují příjem syrových potravin stále vyšší konzumací nasycených tuků a cukru. Odborníci z britské nadace duševního zdraví to ve své studii spojují s nárůstem depresí a poruch paměti.

Podle studie nazvané „Výživa pro mysl“ totiž z naší stravy mizí látky životně důležité pro správnou funkci mozku. Vědci proto připisují některé duševní poruchy právě nedostatku těchto látek. Deprese podle nich souvisí s malou konzumací ryb, kdy organismu chybí polynenasycené mastné kyseliny omega3. Jejich nízkou hladinou odborníci neměřili i schizofrenikům.

Před Alzheimerovou chorobou může ochránit vysoký podíl zeleniny ve stravě. Hyperaktivním dětem naopak chybí železo a rovněž polynenasycené mastné kyseliny.

Podle Andrewa McCullocha z nadace pro duševní zdraví jsou vědci teprve na počátku cesty k pochopení toho, do jaké míry strava ovlivňuje činnost mozku. Přesto prý ale změna jídelníčku u některých pacientů trpících duševní poruchou přinesla lepší výsledek než terapie nebo léky.

Studie „Výživa pro mysl“ poukazuje na to, do jaké míry se v uplynulých padesáti letech změnil poměr mezi vitaminy, minerály a tuky v lidské stravě. Velkochoch skotu zavedl do zemědělství pesticidy a změnil složení tuku v tělech zvířat pěstovaných na maso.

Například kuřata jsou nyní vykrmena k porážce v polovičním čase než před třiceti lety a to má negativní dopad na kvalitu jejich masa. Zatímco tenkrát obsahovalo jen dvě procenta tuku, dnes je to 22 procent. Lidé navíc konzumují stále více hotových jídel a tím i nasycených tuků, které zpomalují mozkovou činnost.

Ve srovnání s polovinou 20. století lidé jedí o třetinu méně zeleniny a o dvě třetiny méně ryb. To vše mohou být podle britské zprávy klíčové faktory přibývajících případů deprese, schizofrenie, Alzheimerovy choroby a dětské hyperaktivity.

Jedna z autorek studie, Courtney Van de Weyerová, považuje za dobrou zprávu fakt, že potraviny příznivé pro duševní zdraví zároveň prospívají i zdravému tělu. Špatné je naopak podle ní to, že pokud se nezmění zemědělské technologie a postoj k výživě, na trhu nemůže být dostatek zdravých a dostupných potravin.

Co chybí nemocným

- Za depresí a schizofrenií může nedostatek nenasycených mastných kyselin omega-3, obsažených hlavně v rybím tuku
- Alzheimerově chorobě lze předejít konzumací listové zeleniny, sóji a ryb
- Dětskou hyperaktivitu způsobuje nedostatek železa a nenasycených mastných kyselin





# Příběh Štěpánka

## - nesnášenlivost laktózy a alergie na sóju

Jmenuji se Denisa, můj manžel se jmenuje Denis a máme dva kluky, starší Jakoubek se narodil v červenci 1998 a mladší Štěpánek v červenci 2001.

Když se náš Štěpánek narodil, tak pořád hodně plakal, už v porodnici, víc než jiná miminka. Kojila jsem ho plně 3 měsíce a přitom bral od začátku sirup Prepulsid, který posouvá jídlo v žaludku a ve střevech, aby mu tam vůbec něco zůstalo, protože zvracel i moje mléko. V mateřském mléce je převážně laktóza. Poté jsem ho začala dokrmovat, protože díky zvracení samozřejmě nepřibíral.

Zkoušeli jsme různá mléka - hypoalergenní, speciální na usnadnění trávení OMNEO, Nutrilon Pepti, Nutrilon AR pro děti, které ublíkávají, normální Sunar, sojové mléko a ještě nějaké, už přesně nevím, bylo jich hodně. Během tří měsíců dokrmování těmito náhražkami mateřského mléka náš chlapeček zvracel ještě více a nepřibíral prakticky skoro nic, za 3 měsíce přibíral 400 gramů. Byl hubený jak stažený králíček, když se zpětně dívám na nahrávky videa, je mi líto, jak musel trpět. Ale já vlastně také, ve dne po celý půlrok nezamhouřil oči, takže byl třeba ráno od 7 hod do 21 hod vzhůru a pak usnul, protože už musel být úplně vyřízený. Měl velké bolesti břicha, a proto hodně plakal. Zvracel i instantní čaj Čajánek, který je slazen laktózou. Sáčkový čaj slazený glukopurem nezvracel. V 5 měsících začal jíst přesnídávky. Vypil mléko, velkou část vyzvracel, za 3 hodiny dostal přesnídávku a hned po ní vyzvracel natrávené mléko, které mu tam ještě zůstalo a přesnídávku normálně strávil. Byli jsme v nemocnici na několika vyšetřeních, ale na nic nepřišli.

Když bylo Štěpánkovi skoro půl roku, byli jsme na týden na pozorování v nemocnici, kde ovšem udělali ultrazvuk, řekli, že záklopku má v pořádku a že žádný problém není. Za celou dobu pobytu se nepřišli podívat, jak se mu mléko stále nadavuje, i když jsem je o to několikrát prosila. Sice tam trochu přibíral, ale dávali mu větší dávku Prepulsidu a nakonec mi řekli, že je vše v pořádku a bude ještě nějakou dobu brát sirup a za čas to prý bude dobré. Tenkrát nad námi někdo asi držel ochrannou ruku. Věřící nejsem. Chytili jsme v nemocnici průjem, jenže já jsem se z toho dostala za dva dny a Štěpánek měl průjem už týden a stále to nepřestávalo. Paní doktorka nám doporučila Sunar Alidiar - kravské bezlaktózové mléko.

Průjem byl během jednoho dne pryč, ale to nejdůležitější!!!!!! Štěpánek se během toho dne strašně moc změnil-nezvracel, usmíval se, byl na jedinou spokojené miminko. Prepulsid jsem mu přestala dávat, protože jsem si říkala, že když má průjem, tak to stejně nemá cenu, nemělo by to žádný účinek, když by mu to jen prošlo hned ven. A po podání sunaru Alidiaru jsme ho už nepotřebovali. Po 14 dnech paní doktorka řekla, že se tento Sunar nemá podávat dlouhodobě a že máme opět dávat Su-

nar obyčejný. A vše bylo zpátky-zvracení, bolesti, 8krát denně jsem ho převlíkala, pořád musel být ve zvýšené poloze, aby se mi neudusil, to samozřejmě po celý půlrok předtím. A u toho jsem měla doma 3letého staršího Jakuba. Po poradě s lékařkou jsme Sunar Alidiar dávali asi 3/4 roku, dokud ho chtěl, jiná možnost nebyla. Štěpánek krásně přibíral, nezvracel, nebrečel, vše bylo v pořádku.

Prošla jsem všechny zdravé výživy u nás v Pardubicích, ale moc mi poradit nedokázali. Vyzkoušela jsem tofu různých příchutí, ale Štěpánek mi to vyplivuje. Sójové jogurty s bakterií mléčného kvašení mi zvracel. Sójové dezerty bez laktózy různých příchutí mu docela chutnaly, ale zanedlouho po tomto experimentování se mu objevila na těle velmi ošklivá a svědivá vyrážka, prý má 30% lidí alergie na sóju, a tak se na ni Štěpánek také naalergizoval. Vyrážku jsme léčili kortikoidovou masťou a začali jsme dávat kapky Zyrtec, aby ho to alespoň nesvědilo.

V květnu 2003 měl Štěpánek zánět středního ucha a protože mu paní doktorka z ušního oddělení dala jen 5 dní antibiotika a řekla, že je v pořádku, tak se mu zánět vrátil v horším stádiu a nakonec jsme skončili na operaci obou uší, aby se mu zánět nedostal do mozku. Leželi jsme tam 3 týdny a ani dietní sestry si s touto dietou nevěděly rady a to nemluvím o tom, že mi nevěřili, že má Štěpánek tuto alergii. Tato diagnóza se dá prý těžko prokázat. Krevní testy na bílkovinu kravského mléka nám dělali několikrát, všechny jsou negativní. Dá se také udělat biopsie střev, ale není to prý 100%, nemusí se to prokázat. Proto ho na to nedám. Nejlépe se to dá prokázat eliminační dietou a zkoušením potravin. A to jsme nespočetněkrát vyzkoušeli, stále se stejným výsledkem. V nemocnici mi tenkrát doporučili jogurty, tam prý laktóza není, ale výrobci ji tam přidávají, prý kvůli chuti. Po návratu z nemocnice jsem tedy začala dávat jogurty, ale opět se objevila ošklivá vyrážka a průjem. Zkoušela jsem i jogurty z jogurtovače, se stejným výsledkem. Tak zase kortikoidy a Zyrtec a vše znova. Kožní lékařka řekla, že je to atopický ekzém, který má mnoho příčin. Dala mi seznam, co všechno ještě nesmíme, a tak nám zbyl skoro jen suchý chléb.

Věřte mi, že už jsem byla psychicky skoro na dně. Když mají lékaři takovéto postoje, tak to někdy hodně bolí. Je to moje dítě a já ho trpět nenechám! Starší bráška mu pořád něčím mával před očima: sušenkou, čokoládou atd., to bylo vztekání a breku, někdy i mého.

Dnes už je to v tomhle lepší. Dávám mu hodně zeleniny, ovoce, občas vepřové či kuřecí maso, luštěniny, těstoviny, knedlíky zadělávané vodou. Na pečivo mažu Perlu nebo Provamel Bio (mají ho ve zdravé výživě, stojí ale 500 g 95 korun, je to drahé, ale co se dá dělat), med, džem, rybí pomazánku z Perly a občas, ale opravdu jen málo kuřecí šunku, paštiku Májku, škvarkovou pomazánku, párek, i přesto, že vím, že to není zdravé, a už vůbec ne pro

tak malé dítě. Jenže Štěpánkovi už samotná Perla nechutná. Ještě mu kupuji Pindakaas-arašidový krém bio (stojí 60 korun). Ze sušenek mu kupuji Zlaté Esíčka, Zlaté dezertní sušenky vanilkové od Opa-vie, piškoty, Lotus sušenky, medové Bio sušenky (50 Kč), čokoládu Ritter Sport hořká s marcipánem, křupky, tyčinky, Lipo bonbony, Nesquik, Cini minis. Také některé biskupské chlebičky jsou bez mléka. Na vaření používám ovesné mléko od ASP, je docela chutné, Štěpánek mi ho sice nechce pít, ale v bramborové kaši nebo v omáčce ho sní, dají se z něj dělat i palačinky a lívanče a dávám ho do buchet místo mléka, místo másla dávám olej Vegetol Gold.

Na jaře 2004 mi vyšel článek ve Vlastě. Přišlo mi asi 40 dopisů. Většinou mi radili sojové mléko, které už mám vyzkoušené. Nebo mě posílali k léčitelům, kteří chtějí třeba 2 tisíce za měsíc. Něco jsem už vyzkoušela, ale není to k ničemu. Ale přesto jsem za všechny dopisy vděčná, je dobře, že stále mezi námi existují lidé, kteří se snaží druhým pomoci. Většina z těch lidí mi pomohla, někteří psychickou podporou, jiní recepty, z nichž jsem některé použila i na tyto webové stránky.

Začátkem roku 2004 jsem zjistila z výrobku medvídk Pomber, že emulgátor sójový lecitin E322 obsahuje mléčné bílkoviny a laktózu. A to je zase celá škála výrobků, které tento emulgátor obsahují, a já jsem je Štěpánkovi z neznalosti dávala a on měl pořád trochu vyrážku.

Psala jsem do firmy, která vyrábí medvídky Pomber, napsali mi, že mi nemůžou dát jednoznačnou odpověď. Laktóza a mléčné bílkoviny se prý v některých případech k emulgátoru E322 přidávají pro lepší emulgační účinek. Ve všech výrobcích to ale není. To ale znamená opět zkoušet, na co nebude reagovat. Někdy strávím v marketu třeba 4 hodiny, než si přečtu, co smím koupit a co ne. Teď už je to trochu lepší, už mám přece jen přehled, co můžu nakoupit, i když stále pátrám po něčem novém. Je to velmi zrádné, protože někteří výrobci to na výrobek vůbec nenapiší a já pak můžu jen pátrat z čeho má zase vyrážku. Od té doby, co jsem to zjistila, si dávám pozor i na tento emulgátor a přestala jsem dávat Zyrtec a už nepotřebujeme žádnou masť, protože náš Štěpánek je naprosto bez problémů, když nic nesní, nemá ho co svědit. I když je to hodně náročné, celkem se mi to daří uhlídat. Dříve měl vyrážku od krku až po chodidla komplet celé tělo, mimo hlavy, samý velký flek, který si škrábal do krve. A já měla vždy slzy v očích, když jsem ho mazala a on brečel a říkal mi: "maminko, to bolí". Bylo to hrozné.

Za mnohé vděčím naší dětské lékařce MUDr. Dvořákové, která mi dokázala pečlivě naslouchat, nikdy mě neodbyla a vždy se snažila poradit co nejlepší řešení vzniklé situace. Díky ní má dnes Štěpánek ve 3, 5 letech 18 kg a vůbec nevyvádá, že by měl nějaké problémy. Problémy má sa-



možřejmě stále stejné, ale když nic, v čem je laktóza, mléčné bílkoviny nebo sója, nesní, tak mu nic není. Je to náročné uhlídat, ale on se mě už většínou zeptá, jestli něco, co nezná, může. V květnu 2004 jsem podala žádost o Příspěvek o osobu blízkou, kterou mi našťestí v září schválili, abych mohla být se Štěpánkem doma. Ale já jsem v lednu 2005 dostala šanci pracovat v oboru, který jsem vystudovala a ve školce byli přístupní tomu, že budou Štěpánkovi vařit, takže jsem se POB vzdala a chodím na plný úvazek do práce.

Každý pátek mi ve školce dávají jídelníček na další týden, já jim tam vyškrtám, co nesmí a případně, když oběd vůbec nesmí, donesu mu něco uvařeného z domu. Většinou jídlo může, když ho třeba odeberou dřív, než tam přidají ostatním dětem smetanu nebo mléko na zahuštění apod. Na mazání na pečivo jim nakupuji, co Štěpánek může, zatím je vše v pořádku, ještě se mi nestalo, že by přišel ze školky osypaný. Velmi si toho vážím, že mi paní kuchařky takto pomáhají. Štěpánkovi se ve školce líbí, jen někdy jim tam brečí, nechce pochopit, že nemůže „TEN TVARŮŽEK“, co mají ostatní děti, ale snad to pochopí, až bude ještě trochu starší. Teď jsem mu zkoušela podat sýrový dezert, vím, že na něj v 1, 5 letech reagoval, ale chtěla jsem to zkusit. Jenže má zase osypané celé břicho a záda, i trochu na nožičkách a ručičkách.

Říkal mi, když ten dezert jedl: „maminko, to je tak moc dobré“, jenže já už mu to bohužel nikdy nedám. Už nic raději zkoušet nebudu. Myslela jsem si, že po dvou letech se mohlo třeba něco změnit, ale nestalo se. Paní doktorka mi říkala, že ta alergie na sóju většinou už nezmizí, možná někdy v pubertě, ale jen u nějakého procenta lidí. Každý den mažu Štěpánkovi celé tělíčko modrou indulonou, když má ekzém, mažu ho krémem Elidel, ale snažím se mu radši vyhybat, když to jde. Celkem se mi to daří uhlídat, takže ekzém vlastně prakticky nemáme, za což jsem velmi ráda.

Článek převzat se souhlasem autorky z [www.potravinova-alergie.info](http://www.potravinova-alergie.info)

Neonatologické oddělení Fakultní Nemocnice v Plzni  
a Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.  
ve spolupráci se Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost  
západočeského a jihočeského regionu Vás srdečně zvou na

# 1. JIHOZÁPADNÍ SEMINÁŘ NEONATOLOGŮ a PLDD

2.-3. června 2006 v Srní na Šumavě

## Program:

- Pátek 2.6. příjezd, registrace, odborné jednání předběžně od 17 hodin.
- Sobota 3.6. dopoledne odborné jednání, odpoledne volný program, odjezd

## Odborná témata:

- 1. Ortopedické problémy novorozenců a kojenců
- 2. Perinatálně postižené dítě v ordinaci PLDD Zajímavé kazuistiky (především k odbornému tématu číslo 2) jsou vítány. Délka sdělení max. 10 minut, dataprojektor zajištěn. Stručný souhrn sdělení s uvedením názvu a autora zašlete jako přílohu přihlášky. Podrobný program bude uveden na: <http://www.fnplzen.cz/kliniky/neon/>

## Společenský a relaxační program:

- Společenský večer v pátek po večeři s hudbou, tancem a občerstvením. Procházky nebo výjízdky na kole (půjčovna kol v hotelu) za poznáním krásné šumavské přírody
- Krytý bazén, sauna, bowling

## Účastnický poplatek:

- Přihlášení do 31.1.2006 je 200 Kč, po tomto datu je 500 Kč.

## Ubytování:

- Ubytování v hotelu Srní a Šumava ve dvoulůžkových pokojích s večeří a snídaní v ceně (teplý a studený bufet). Krytý bazén v ceně ubytování. Ubytovací kapacita je omezená, a proto požadavky na ubytování budou vyřizovány podle pořadí došlých přihlášek.
- Cena 900 Kč za osobu a noc.

## Přihlášky:

- Přihlášky k účasti, popřípadě název a stručný souhrn odborného příspěvku, zasílejte na adresu: Marcela MAIEROVÁ, Neonatologické oddělení FN, sekretariát, Dr. Beneše 13, 305 99 Plzeň tel 377 402 681, e-mail maierova@fnplzen.cz

Hlavním sponzorem je NUTRICIA a.s.

## Rathova vyhláška prý porušuje zákon

Právní předpis, který má zmírnit příliš tvrdé úsporné kroky ministra Davida Ratha, narazil u vládních legislativců. Od dubna má začít platit nová vyhláška ministra zdravotnictví Davida Ratha o úhradách za zdravotní péči. Měla by napravit některé pasáže původní verze platné pro toto pololetí. Rath chce změnit příliš tvrdě nastavené finanční limity, jež lékaře ekonomicky ruinjí a vedou k omezování péče či dokonce poškozování pacientů.

Zmírnění dopadů úsporných kroků Rath zdůvodňuje neplánovanými miliardovými in-jekcemi státu do zdravotních pojišťoven. Nový předpis ale narazil na odpor legislativní rady vlády a praktických lékařů, kteří se domnívají, že je vydávána v rozporu s platnými zákony.

Vládní legislativci z komise, jež vyhlášku posuzo-

vala, totiž považují za sporné, zda má ministerstvo vůbec oprávnění ji vydat. Rath prý pominul zásadní požadavek zákona: aby mohl vstoupit do cenových vztahů mezi ordinacemi a pojišťovnami, musí napřed ztrokotat jejich vzájemné jednání. Před vydáním této vyhlášky ale žádné nebylo. Návrh vyhlášky ministr s poskytovateli péče navíc ani neprojednal, což zákon také předpokládá. Kromě toho podle názoru expertů obsahuje i řadu dalších chyb a některými zásahy vnáší do systému zmatek.

„Předložená novela je věcně v rozporu s deklarovaným zájmem nově získané finanční prostředky použít ke zmírnění regulací,“ píše se například ve stanovisku pracovní komise. Dopady vyhlášky prý totiž vysoce překročí objem peněz, které pojišťovny navíc dostaly.

Lékaři tvrdí, že nová vyhláška staví do rozporu se zákonem předchozí Rathovy kroky. Ministr totiž loni zrušil jejich dohodu se zdravotními pojišťov-

nami o cenám péče, což ale lze jen ve veřejném zájmu. Ministerstvo je jinak povinno dohody respektovat. V takovém případě musí navíc dát oběma stranám čas na nápravu, a to se také nestalo.

„Veřejným zájmem údajně byla červnová dohoda u premiéra Paroubka. Nová vyhláška je ale s touto dohodou v daleko větším rozporu než naše původní dohoda s pojišťovnami. Tím vlastně popírá argument o porušení veřejného zájmu a důvod, proč byla vyhláška na náš segment uplatněna,“ namítá Jan Jelínek ze Sdružení praktických lékařů.

Mluvíci ministerstva Vítězslav Klíma stanovisko legislativců bagatelizuje. Prý šlo jen o závěry pracovní komise, nikoli celé rady. Ta se ale vyhláškami obvykle vůbec nezabývá. „Úpravy, komise doporučila, jsou legislativního charakteru. Nezpochybnila oprávnění novelu vydat,“ tvrdí Klíma.

# Mýty a skutečnost mléčné kojenecké a dětské výživy

Ing. Jan Drbohlav, CSc.

MILCOM a.s. - Výzkumný ústav mlékárenský

Doc. Ing. Miroslav Dědek, DrSc.

**Mléčná kojenecká a dětská výživa představuje celou řadu produktů speciálně vyvinutých pro potřeby věkových kategorií dítěte od narození až po batolecí a dětský věk, ale i pro různé speciální dietní a výživové potřeby dítěte. Umělá kojenecká výživa, ačkoli nemůže nahradit kojení pro jeho jedinečnost a individuálnost, se přesto stala neodmyslitelnou součástí civilizovaného života a péče o matku a dítě. V těchto souvislostech nelze přehlédnout skutečnost, že na vývoji a postupné modernizaci výroby kojenecké a dětské výživy má významný podíl i naše odborná veřejnost, reprezentovaná laktology a představiteli pediatrické výživy. Je známo, že výsledkem jejich dlouholeté spolupráce jsou výrobky značky *Sunar*, která v letošním roce oslaví již své 58 narozeniny.**

Ačkoli se vývoji a výrobě kojenecké a dětské výživy věnuje ve sféře zdravotnické i výrobní mimořádná pozornost, aby vždy na úrovni znalostí a techniky doby byla zajištěna optimální výživa kojenců a dětí a zajištěna naprostá její nezávadnost a bezpečnost, kolují přes všechnu osvětovou aktivitu mezi konzumenty ( maminkami ), ale někdy i odborníky, různé mýty. Některé představy o umělé mléčné kojenecké a dětské výživě vyplývají z ustrnutí znalosti o těchto produktech na primitivních technologiích a složení produktů v dávné minulosti. Počátky kojenecké výživy stály před více než 100 lety na kondenzovaném mléce, kdy při tehdejší technologii probíhalo zahušťování dlouhou dobu při relativně vysokých teplotách a tak docházelo ke změnám bílkovin a laktózy a navíc docházelo k destrukci dalších termolabilních látek, např. vitaminů. Dále byly přidávány fosforečnany ke stabilizaci bílkovin. Technologií byla poznamenána chuť výrobku a složení také rozhodně neodpovídalo potřebám dítěte. I při přípravě nápoje pro kojence nedostatečným naředěním bylo dítě zatíženo až 6x vyšší hladinou bílkovin a vysokým obsahem nevhodných minerálních látek. Trvalo však několik desetiletí než byla vyvinuta vhodnější forma trvanlivého mléka - mléko sušené. První výrobky tohoto druhu kojeneckého mléka byly s počátku vyráběny na válcových sušárnách, na kterých bylo mléko sušeno na povrchu parou vytápěných válců, kdy produkt byl vystaven vysoké tepelné zátěži.

Proto výrobek vykazoval špatnou rozpustnost, hrudkování a možnosti sekundární kontaminace při dokončovacích pracích a také sensorické vlastnosti obnoveného mléka tj. chuť, vůně a barva nebyly na požadované úrovni. Je pochopitelné, že matky které nemohly kojít a podávaly umělou výživu, spojovaly zdravotní problémy a zejména pak metabolické potíže organismu především s podáváním této výživy. Postupné předávání negativních informací mezi laickou veřejností pak tyto negativní názory dále eskalovalo a zapříčinilo, že náhradní kojenecká výživa byla někdy spojována s nedůvěrou o její skutečné prospěšnosti a s obavami o její zdravotní nezávadnost. Vedle objektivních poznatků převládaly spíše názory ryze subjektivní až laické, což zapříčinilo vznik pověr a mýtů které provází tuto komoditu v jiných formách do dnešního dne.

S jakými druhy nedůvěry či neopodstatněných výtek se setkáváme dnes? Jsou to především opatrné projevy nedůvěry k deklarovaným hodnotám výrobku a negativní názory spíše ve skryté formě, které poznáváme až při zavedení diskuse při prezentacích jednotlivých přípravků. Tyto názory vychází z mylné představy, že biologické a nutriční hodnoty nemohou být ve finálním výrobku zachovány, neboť výrobní postupy je degradují. Jinou kategorií mýtů jsou silně zakotvené názory, že deklarované hodnoty jednotlivých nutričních složek

sice po výrobě obsahuje, ale v průběhu expirační doby jejich hladina klesá až zcela vymizí. Tyto obavy nepřímo potvrzují některé matky tím, že při podávání náhradní mléčné výživy nakupují a podávají vitamínové preparáty.

A konečně další kategorií častých mýtů jsou představy, že mléko může být v průběhu výrobního procesu kontaminováno a může tak být zdrojem závažných infekčních onemocnění. Při podrobnějším rozboru příčin této domněnky se ukazuje, že spotřebitel má mylné představy o manipulaci s mléčným práškem ve výrobě, zejména při jeho plnění do spotřebitelských obalů. Další mýty a pověry pak vznikají kombinací uvedených představ.

Na jisté míře nedůvěry k náhradní mléčné kojenecké výživě se podílí i nejružnější alternativní názory na škodlivost mléka obecně, což může ovlivňovat úzké skupiny populace při podávání náhradní výživy. Opět jako nepřímé důkazy těchto fatálních názorů a přístupů k výživě je skutečnost, že některé matky po ukončení počátečního tj. mléčného období podávají dětem raději ovocné nápoje, šťávy či džusy s tím, že jsou nositeli vitaminů a tím pro dítě prospěšnější. Je známo, že návyk na sladké, především sacharózu je návykem trvalým a následky takto deformované výživy přináší těžké poškození zdraví. Dítě k mléku jako nápoji se již většinou nikdy nevrátí. Není třeba připomínat co znamená nedostateč-



ný příjem vápníku v batolecím věku. Stačí připomenout nový pojem - dětská osteoporóza. S obdobnými názory se setkáváme nejen u kojeneckých mlék, ale také u příkrmů všech druhů včetně dětských kaší. V této oblasti je pevně zakotvena představa, že výrobky vzhledem k jejich prodloužené trvanlivosti obsahují silné konzervační prostředky. Je to bohužel umocňováno i označováním některých pomocných látek písmenem E a následným číslem. Tyto údaje pak spotřebitel chápe jako důkaz přítomnosti nežádoucích a tudíž škodlivých látek. Přitom je nezbytné vědět, že látky označené E jsou právě látkami nezávadnými a povolenými na základě důkladných klinických testů, navíc jsou to látky většinou v potravinách přirozeně obsažené, jako jsou škrob, nebo jeho štěpné modifikace, kyselina citrónová, barviva z ovoce či zeleniny atp. Uvedená kategorie spotřebitelů je přesvědčena, že dokonalé a zdravé příkrmy je možno připravit pouze v domácích podmínkách. Argumenty jako je špičková jakost veškerých surovin, aseptické technologie, sterilita prostředí a další benefity moderní průmyslové výroby příkrmů, které nelze v domácích podmínkách napodobit, jsou přijímány s naprostou nedůvěrou. Ostatně s těmito názory je možno se setkat i v odborných publikacích.

Chceme proto v následující části tohoto příspěvku osvětlit v základních rysech výrobní technologii mléčné kojenecké výživy a zdůraznit péči, jaká je jí, její bezpečnosti a nezávadnosti věnována. Protože kojenecká výživa se vyrábí převážně z kravského mléka, které se odlišuje svým složením od mateřského mléka, složení produktu se upravuje složitými technologickými procesy tak, aby se co nejvíce přiblížilo průměrnému složení mateřského mléka, aby byla zajištěna co nejoptimálnější výživa kojence a dítěte a samozřejmě, aby tento produkt byl naprosto bezpečný a nezávadný. Rozdíly existují ve všech uvedených položkách, ale největší a nejvýznamnější rozdíly jsou v obsahu laktózy, bílkovin, přičemž kravské mléko je mlékem s převahou bílkovin kaseinu a mateřské mléko je mlékem albuminovým s převahou bílkovin syrovátkových. Významný je rozdíl i v obsahu minerálních látek.

V historii vývoje kojenecké výživy bylo nejsnadnější upravit obsah tuku a laktózy. Celkem snadné je i přizpůsobení kvality tu-

kové složky, přizpůsobením spektra mastných kyselin výměnou máselelného tuku, nebo jeho části za tuk rostlinný. Obtížnější to již je s úpravou obsahu bílkovin a především se změnou poměru kaseinu a syrovátkových bílkovin - laktalbuminu, laktoglobulinu a imunoglobulinů. Ani vybalancování celkového poměru minerálních látek k látkám ostatním není tak jednoduchou výrobní operací. Úprava jak složení bílkovinného, tak minerálního většinou vyžaduje využití poloproduktů, které se získají opět z kravského mléka pomocí membránových procesů. Úprava poměru obsahu jednotlivých minerálních látek a vitaminů rozpustných v tucích nebo ve vodě již není obtížnou technologickou operací. Kojenecká výživa se vyrábí převážně sušená, ale i tekutá. Oba druhy musí vykazovat vysokou trvanlivost. U tekuté je to zajištěno sterilací. U sušené odstraněním vody. V obou případech je tak zabráněno potenciálnímu mikrobiálnímu rozvoji.

Kravské mléko, které je přivázeno do výrobní Kojenecké a dětské výživy, je prvotřídní kvality, protože je produkováno pod zákonnou veterinární péčí a kontrolou a je podrobena při přijímání z dopravních nerezových cisteren do zásobních nádrží zákonné vstupní kontrole. Pak následují operace pasterace, odstředování a následuje standardizace obsahu mléčného tuku, pokud mléčný tuk je v konečném výrobku v nějaké míře žádoucí. V tomto bloku je zásadní operací pasterace, která obvykle probíhá při teplotě 83 °C po dobu 20 sekund. Touto operací je zajištěna mikrobiální bezpečnost. Dále může probíhat smíchání s požadovanými ingrediencemi například s rostlinným tukem, s určitými minerálními látkami případně i vitamíny. Tato směšovací operace může s různými komponentami probíhat i v jiných místech technologického postupu. Velmi důležitou výrobní operací z ekonomického hlediska je zahuštění mléčné směsi odpařováním. Odpařování se provádí na složitých zařízeních za sníženého tlaku tak, aby tato operace probíhala při teplotách 72 až 42 °C a byla tak co nejšetrnější k termolabilním složkám produktu.

Do zahuštěného produktu mohou být opět přimíchávány odpovídající ingredience. Sušení se používá tzv. rozprašovací - sprejové. Zahuštěný produkt je rozprašen ve formě jemných kapiček horkého vzduchu, které během 20 sekund, než opustí

sušící komoru, uschnou na jemný prášek konečného produktu. Teplota produktu při sušení nepřesáhne 60 °C, takže nedojde k tepelné degradaci složek produktu. Podle požadavků konečné receptury a technologických podmínek této fáze lze v mísiči přidat další ingredience v suchém stavu. Sušený produkt je skladován v nerezových kontejnerech, jsou odebrány vzorky pro kontrolu jakosti, především mikrobiologické. Po jejich kladném výsledku je výrobek teprve balen. Při balení jsou dodržovány nejpřísnější hygienické zásady, počínaje kontrolou zdravotního stavu pracovníků, čistoty zařízení, oděvu pracovníků a čistoty výrobního prostoru. Sofistikované balicí stroje zajistí například vytvoření vnitřního sáčku a vnější krabičky, přesné nadávkování produktu do vnitřního sáčku, odsátí vzduchu a zaplnění dusíkem jako inertním plynem, a hermetické uzavření sáčku. Vnitřní sáček, v kterém je produkt, je z vícevrstvé folie - polyetylén, hliník, polyetylén. Takový obal chrání před vnějšími vlivy vlhkostí, světlem, únikem ochranné atmosféry. Vnější karton chrání vnitřní obal s výrobkem před mechanickými vlivy a také slouží ke komunikování výrobku s uživatelem. Zabalený výrobek je opět před vlastní expedicí kontrolován. Celá technologie je prováděna v prostorách vybudovaných a vybavených dle přísných norem respektujících dokonalou čistitelnost, desinfekci a údržbu a eliminování jakékoli kontaminace. Zařízení jsou jen z inertních a nerezových materiálů. Snaha výrobce je zaměřena na zajištění vhodného požadovaného složení výrobku, na co nejšetrnější technologii k nativním vlastnostem produktu a k zajištění dalších jeho funkčních vlastností.

Výše uvedenou informaci se snažíme předejít některým scestným představám o kvalitě výrobků a mnoha tradovaným mýtům.

Obhájení kvality a předností průmyslové výroby náhradní mléčné kojenecké výživy nelze chápat jako upřednostňování umělé výživy před výživou kojením. Mateřské mléko bylo vždy a bude nedostižným „zlatým standardem“ všech nutričních, biologických a dalších dosud nepoznaných hodnot pro vývoj nových forem náhradní výživy, jejíž opodstatnění má pouze v případech, že matka nemůže či nechce kojít.



## Zajímavosti ze světa odborné literatury

### Odpověď nezralých novorozenců na očkování hexavakcinou

Nezralí novorozenci jsou samozřejmě vystaveni zvýšenému riziku infekce a měli by být vakcinováni podle chronologického věku. Účelem studie bylo ohodnotit imunogenicitu a reaktogenicitu hexavalentní vakcíny u nezralých i zralých novorozenců. V komparativní studii srovnávali 94 nezralých novorozenců průměrného gestačního věku kolem 31. týdne s průměrnou hmotností 1420 g a uvedenou skupinu srovnávali s kontrolní skupinou 92 zralých novorozenců. Všichni dostali 3 dávky hexavakcíny ve 2 - 4 - 6 měsíci věku. Imunogenita byla otestována ve vzorcích séra, které byly nabrány před a 4 týdny po primární vakcinaci. Všichni novorozenci měli seroprotektivní titer proti diftérii, tetanu i polio. Imunní odpověď k Hib a k hepatitis B byla nižší u nezralých dětí než u plně zralých, ( poměr 92% : 97% ). Odpověď k pertusovému antigenu se pohybovala kolem 98% v obou skupinách. Je možné konstatovat, že v průměru byla většina titrů u nezralých dětí poněkud nižší oproti zralým novorozencům, ale ještě v normě. Vakcína byla dobře tolerována a nebyly patrné žádné difference v reaktogenicitě mezi skupinami. Jen u extrémně nezralých dětí pod 1000 g hmotnosti byla sporadicky patrná přechodná kardiopulmonální událost ve smyslu určité bradykardie s lehkou desaturací kolem 72 hodin po vakcinaci, kdy nelze vyloučit roli určitého spouštěče této reakce transitorního charakteru. Žádné klinické zbytkové nálezy se neobjevily. Je také možné, že Dexametazon užívaný u chronických plicních onemocnění může určitým způsobem ovlivnit imunní odpověď u extrémně nezralých novorozenců. Novorozenci zralí a velká většina nezralých novorozenců vakcínu tolerovala dobře. 100% seroprotekce je patrná u tetanové složky vakcíny.

*Pediatrics, Vol.116, č.6., Dec.2005 1292 - 1298*

\*\*\*

### Vysoká hladina ADH a hyponatrémie u dětí s gastroenteritidou

Neosmotická antidiurnální hormonální aktivita může zapříčinit těžkou hyponatrémii, zvláště během intravenózního podávání tekutin. V práci se proto na uvedený problém autoři zaměřili při onemocnění dětí s gastroenteritidou.

V dané studii bylo vyšetřeno celkem 52 dětí před a 4 hodiny po začátku infuze fyziologického roztoku a dextrózy při současné gastroenteritidě. Byla měřena plasmatická hladina ADH, elektrolytů, osmolalita a glykémie. Na začátku byly měřeny i hormonální markery stresu. Ve vzorcích moči byly změřeny elektrolyty a osmolalita. Neosmotický stimulus ADH sekrece se ztotožňoval se zvracením,

gastroenteritidou, dehydrací, hypoglykemií a i se zvýšením hormonálního ukazatele stresu - kortizolu. Hladina plasmatického ADH byla u dětí s příznaky gastroenteritidy zvýšena již před začátkem léčby. ADH (antidiuretický hormon) byl zvýšen u hyponatrémických i normonatremických dětí a tyto hodnoty zůstávaly vysoké i 4 hodiny po začátku infuze u 33 z 52 dětí. Čtyři hodiny po začátku byla plasmatická koncentrace sodíku neproměnlivá, ale o 2,6 mmol/l v průměru nižší než u dětí iniciálně normonatremických. Močová osmolalita byla vyšší u 16 z 19 dětí na začátku a u 20 ze 37 dětí po 3 - 12-ti hodinách po podání infuzí. Neosmotické stimuly ADH sekrece jsou časté u dětí s gastroenteritidou a jejich persistence během 4 hodin podávání tekutin predisponuje k diluční hyponatrémii. Doporučují velmi zvažovat bezpodmínečnou nutnost intravenózní terapie u dětí s gastroenteritidou, možnost diluční hyponatrémie a edému mozku, které mohou rezultovat v trvalá neurologická poškození i exitus. Zdánlivá neschopnost těchto dětí vyloučit volnou vodní nálož vede k domněnce, že ADH je aktivní navzdory nízké plasmatické osmolalitě. Neosmotická ADH aktivita během parenterálního podávání tekutin může vést k diluční hyponatrémii, zvláště při používání hypotonických roztoků. Dále upozorňují, že biochemické změny, čtyři hodiny po podání intravenózních roztoků, jsou málo klinicky včasné signifikantní. Překvapením bylo, že diluční hyponatrémie spojené se zvýšenou plasmatickou koncentrací ADH jsou pozorované až u 30% dětí, které dostávaly více než 4 hodiny hypotonické solné roztoky. Vedlejší efekt neosmotické ADH aktivity by se mohl nejlépe obejít užíváním orálních rehydratačních roztoků, jak vyplývá z velmi dobrého efektu WHO roztoků podávaných perorálně s odchylnou koncentrací pro kojence a pro batolata a děti předškolního věku. Tyto roztoky jsou ze známých důvodů preferovány v rozvojových zemích s velmi dobrým efektem.

P.S. I my v Plzni na LSPP používáme s velmi dobrým efektem oba dva WHO rehydratační roztoky a vyhneme se tak velmi často hospitalizacím.

*Pediatrics, Vol. 116, č.6, Dec. 2005, 1401 - 1407*

\*\*\*

### Časná puberta, adolescentní gravidita a vliv alkoholu

V práci dotazováno 665 děvčat (žen) ve stáří od 18 - 22 let ze 4 etnických skupin v Arizoně (USA). Všechny tyto ženy měly již své zkušenosti s těhotenstvím. Všechny byly dotazovány na menarché, sex. začátky, první alkohol a první těhotenství. V rovině byla včasná puberta, včasné požívání alkoholu a brzký začátek sexuálního života, které byly prediktorem brzkého otěhotnění. Nebyly rozdíly v etnic-

kých skupinách. Včasně dospívající děvčata si najdou brzy staršího přítele a tím se přiblíží starším ročníkům s alkoholem a sex. začátkem. Nebyla však přímá vazba mezi alkoholem, začátkem sexuálního kontaktu a graviditou. Děvčata předčasně dospívající mají víc sexuálních partnerů a více starších partnerů. Méně také užívají antikoncepci. Často otěhotněly 1,5 roku od prvních sexuálních kontaktů. Menarché u těchto děvčat v průměru 11,8 roku, první sexuální kontakty 15,1 roku, první užívání alkoholu 15,1 roku a první gravidita 17,2 roku. Také zde bylo větší množství komplikací v těhotenství i z hlediska předchozích přenesených infekcí a zvýšeného emočního distresu.

*Pediatrics, Vol. 116, č.6., Dec. 2005, 1451 - 1456*

\*\*\*

### Wobenzym v léčení recidivujících bronchitid

V práci je vyšetřeno 27 pacientů ve věku 5 - 15 let s recidivujícími obstrukčními bronchitidami. Mimo jiné vyšetřeny plicní funkce a hladina celkového IgE. Enzymové preparáty byly podávány v obvyklé dávce - 1 tbl./ 6 kg hmotnosti po 3 měsíce. Analýza situace a dat ukazovala po léčbě pokles score denních symptomů, zvýšení počtu bezpříznakových dnů a zlepšení hodnot spirometrických vyšetření FVC, PEF a FEV. Autoři se přimlouvají za enzymoterapii v klasické kombinační léčbě recidivujících obstrukčních bronchitid.

*Gregorian Med. News 2005, October, 127:50,3.*

\*\*\*

### Užívání anabolických steroidů u adolescentních pacientů

Anabolické steroidy, deriváty testosteronu se užívají ke zvýšení anabolické fáze a k tvorbě svalové hmoty. Jejich prvotními indikacemi jsou pacienti s osteoporózou, AIDS, hypogonadismem a dalšími dg. Jejich používání u sportovců se však již traduje od roku 1966 do současné doby. Z tohoto používání při tížadostivosti rodičů, trenérů i samotných sportovců pramení vzestup hepatálních carcinomů, kardiovaskulárních onemocnění, změn psychického charakteru i impotence. Anabolika používá kolem 9% sportujících středoškoláků a vysokoškoláků. Skončení dlouhodobé léčby se pak projevuje razantním poklesem výkonnosti, během užívání pak množstvím sportovních úrazů. Opakované edukační semináře jsou základem prevence na všech úrovních.

*Pediatrics, Vol. 116, č.6. December 2005, 1542.*

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

## **Nutricia - inzerce č. 2**





## Aktuality

### V řadě ordinací v SR se platí hotově

#### Fico slibuje po volbách zrušit zdravotnickou reformu vlády

Někteří slovenští lékaři přes varování ministra zdravotnictví Rudolfa Zajace vybírají za léčení pacientů Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) peníze hotově. Týká se to těch, kteří s pojišťovnou neuzavřeli nové smlouvy.

Třebaže ministr upozorňoval, že jejich jednání je protizákonné, Slovenská lékařská komora míní, že zákon nebrání lékařům žádat peníze za zdravotnické výkony od klientů nesmluvní pojišťovny. Svým členům nadále doporučuje, aby nepodepisovali nevýhodné smlouvy. Lékaři žádají zvýšení ohodnocení zákroků od pojišťoven. Pacienti tak mají u nesmluvního lékaře nárok na bezplatnou péči pouze v neodkladných případech.

#### Na dveřích visí ceníky

„Nechci nic navíc. Žádám pouze tolik, abych pokryl své náklady. Od pojišťovny dostávám už řadu let stejné částky a náklady se několikrát zvýšily,“ říká jeden bratislavský lékař. Před ordinací vyvěsil ceník a pacienti podle něho platí.

„Co mám dělat? Ze dne na den nemůžu změnit pojišťovnu,“ reagovala jedna z pacientek, která za vyšetření dcery zaplatila 250 korun. „Stěžovat si ale nebudu, protože s lékařem jsem spokojena,“ dodala.

Další pacientka přišla pro recept, ale neměla u sebe peníze. Podepsala potvrzení, že uznává dluh ve výši 79,20 Sk za vypsání receptu a do měsíce ho uhradí. V jiné bratislavské ambulanci žádali od pacienta 1800 korun za sonografické vyšetření břicha. Když odmítl zaplatit, řekli mu, že musí jít jinam. Přitom ve VZP je pojištěno asi 70 procent Slováků. Podle lékařské komory dostává lékař za pacienta měsíčně 34 Sk, ale pacient ho stojí 50 až 70 korun.

#### Nastupuje politika

Situace se začíná politizovat, protože například opoziční strana Smer - sociální demokracie už varovala, že pokud bude součástí příští vlády, zruší nynější reformu zdravotnictví.

„Prosím lékaře, aby ještě do voleb vydrželi a nežádali od pacientů peníze,“ vyzval předseda strany Robert Fico. Přislíbil, že okamžitě po volbách bude řešit oprávněné nároky lékařů na spravedlivou úhradu. „Zajacova reforma způsobila kolaps a chaos, o čemž svědčí události posledních dnů. Ve zdravotnictví jsou spokojeni jen privatizátoři a pacienti jsou zoufalí,“ dodal Fico.

Premiér Mikuláš Dzurinda po jednání s ministrem zdravotnictví naopak ztroubil do útoku a obvinil Smer a Svobodné fórum, že současné problémy jsou výsledkem jejich „cynických politických intrik“ před předčasnými volbami. „Je smutné, že pacient se stává rukojmím politických intrik těchto stran,“ uvedl Dzurinda. Prohlásil také, že Slovenská lékařská komora byla politicky zneužita. „Je to politický hyenismus týkající se toho nejcitlivějšího - lidského zdraví,“ dodal.

### Lékaři mají mít neomezené smlouvy

#### Rath prosadil další změny ve zdravotnictví.

Poslanci schválili novelu zákona, která přináší výrazné změny do zdravotnictví. Zvedli pro ni ruku 104 ze 176 přítomných. Novelu podpořili poslanci ČSSD, KSCM a Unie svobody, proti byla ODS a KDU-ČSL.

„Je to významná novela, která by měla dál stabilizovat zdravotnictví,“ řekl Právu bezprostředně po hlasování ministr zdravotnictví David Rath.

Novela znamená, že:

- zdravotnická zařízení od jednoho do deseti lékařů budou mít smlouvy se zdravotními pojišťovnami na dobu neurčitou;
- zdravotnická zařízení nad deset lékařů musí projít výběrovým řízením na smlouvu s pojišťovnou;
- lékařské praxe bude možné dědit a prodat včetně smlouvy s pojišťovnou, což dosud nebylo možné;
- při dohodovacím řízení o cenách lékařské péče se zdravotními pojišťovnami bude lékaře zastupovat Česká lékařská komora, ale musí předem mít projednány věci se všemi odbornými společnostmi, které bude zastupovat;
- lékařská komora bude vystavovat certifikát lékařům pro práci v Evropské unii, což dosud dělalo ministerstvo. Pokud tento dokument lékařská komora neudělí, může se lékař k ministerstvu odvolat.

#### Kubek je spokojen

„Jsem spokojen, že novela zákona prošla. Je to další krok k zamezení likvidace 2000 soukromých praxí, jak zamýšlely zdravotní pojišťovny. Novela také zrovnoprávňuje postavení lékařů a zdravotních pojišťoven,“ řekl Právu Milan Kubek, prezident České lékařské komory.

Lékaři mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami pouze do konce června letošního roku. Zdravotní pojišťovny již loni se netajily tím, že by rády zredukovaly síť poskytovatelů zdravotní péče, která je podle nich předimenzovaná. Přijátá novela jim to ale neumožní.

Občanští demokraté tvrdí, že Rathovi jde o ovládnutí českého zdravotnictví. Rath už ve Sněmovně totiž prosadil zákon o neziskových nemocnicích, který ODS ostře napadla. Přijatou novelu musí ještě posoudit Senát a podepsat prezident republiky.

### Rozdělí se lékařská komora?

Soukromí lékaři tvrdí, že nemají žádné zastání, a proto se rozhodli v rámci své profesní organizace založit názorovou platformu. Vyčítají totiž novému prezidentu České lékařské komory Milanu Kubkovi, že stejně jako jeho předchůdce David Rath bojuje víc za zájmy lékařů zaměstnaných v nemocnicích než za zájmy soukromých doktorů.

„Nezapomenu, jak nynější ministr Rath ještě coby prezident komory jednou ztratil nervy a křičel: Vás nemám rád, praktiky... Jeho nástupce je Rathův dlouholetý kamarád a jde zcela v jeho stopách,“ říká zakladatel názorové frakce, praktický lékař z Bělé nad Radbuzou Zdeněk Král. „Vedení komory nechápe, že jiné zájmy mají lékaři-zaměstnanci a jiné problémy máme my, s vlastními praxemi. Jim zaměstnavatelé platí, dokonce čím dál víc, oni nepracují tři měsíce zadarmo jako my, kteří máme smlouvy s pojišťovnami,“ poukazuje na jeden z problémů.

#### Jako před rozvodem

Lékařská komora se díky tomu podle něho ocitla v situaci manželství před rozvodem. „Po volbách chceme iniciovat změnu zákona o komorách tak, aby vznikla komora lékařů zaměstnanců a komora soukromých lékařů,“ říká Zdeněk Král. „Jsme to přitom my, soukromí lékaři, kdo platí nejvyšší příspěvky za povinné členství v komoře - 2100 korun na rok. A nic za své peníze nedostáváme. Vůbec by mě zajímalo, nač komora potřebuje vybrat na příspěvcích těch 60 milionů ročně a kam tyto peníze mizí,“ dodává Král.

Milan Kubek tvrdí, že štěpit silnou komoru, která zastupuje 44 tisíc lékařů, z nichž zhruba 16 tisíc je soukromých, je nesmysl. „Doufám, že většina lékařů chápe, že rozbití stavovské organizace by přineslo prospěch pouze poli-



tické reprezentaci a zdravotním pojišťovnám, které by nás snáze ovládaly," říká Kubek. Přesto má petice za vznik názorové platformy úspěch. Během pěti dnů ji podepsalo 1200 lékařů.

### Rath hrozí nucenou správou

Budete poslouchat, nebo dopadnete jako Všeobecná zdravotní pojišťovna. Ministr zdravotnictví David Rath si vynucuje plnění svých nařízení hrozbami.

PRAHA Za každou cenu je ministr zdravotnictví David Rath připraven prosadit do praxe svou novou vyhlášku o úhradách zdravotní péče, která má platit od dubna. Zdravotním pojišťovnám, které by se snad zpečovaly, vzkázal včera jasně: pokud ji nebudete respektovat, uvalím na vás nucenou správu.

Nová úhradová vyhláška vychází nestandardně v polovině období, v němž měla platit ta předchozí. Má napravit přílišnou tvrdost některých Rathem zavedených úsporných kroků, které ve svých důsledcích vedou lékaře k omezování péče o pacienty. Proti nové verzi ale mají vážné výhrady vládní legislativní experti, praktičtí lékaři i zástupci zdravotních pojišťoven.

Aby principy vyhlášky začaly ve vztazích mezi pojišťovnami a poskytovateli péče fungovat, musí pojišťovny uzavřít s lékaři nové dodatky rámcových smluv. Ty původní přitom mají platit až do konce června. Pro pojišťovny je ale nová verze vyhlášky finančně nevýhodná.

Rath tvrdí, že nové nastavení úhrad za péči s pojišťovnami konzultoval a žádné vážnější výhrady nebyly. Velký odpor proti sepsání nových dodatků proto nepředpokládá. „Pokud by skutečně některé zdravotní pojišťovny chtěly záměrným způsobem nerespektovat platnou vyhlášku, pak je to důvod k uvalení nucené správy na takovou pojišťovnu. A už jsme dokázali, že to umíme,“ pohrozil v narážce na „obsazení“ VZP.

Jaromír Gajdáček ze Svazu zdravotních pojišťoven tvrdí, že Rath zaměstnaneckým pojišťovnám takto vyhrožuje každou chvíli. „Pohrůzky nucenou správou jsou na denním pořádku. Stačí, abychom vyslovili nesouhlas s něčím, co pan ministr dělá,“ řekl. Podle Gajdáčka nemá ministr k podobným siláckým řečem důvod. „I když máme o vyhlášce pochyby, jsme připraveni ji plnit,“ uvedl. „Zatím jsme ale ještě ani neviděli její finální verzi.“

Zdravotní pojišťovny na Rathově novém příkazu kritizují hlavně to, že uvolnění regulací fakticky popírá všechna slavnostně vyhlášená úsporná opatření. „K žádným úsporám v prvním pololetí díky tomu nedojde,“ usoudil Gajdáček. „Lékařům se zaplatí vše, jen aby byli před volbami zticha,“ dodal.

Nová úhradová vyhláška byla i tématem včerejší schůzky Ratha s premiérem Jiřím Paroubkem a zástupci některých zdravotnických subjektů. Nikdo z ministrových kritiků, sdružených v krizovém štábu, ale pozván nebyl. Paroubek si po jednání pochvaloval, jak s Rathem všichni souhlasili. Za ignorování názoru více než 20 000 soukromých lékařů a lékárníků a 180 nemocnic si od protirathovské opozice vysloužil přirovnání k běloruskému diktátorovi Lukašenkovi.

### Jak stárnou vajíčka a spermie

Proč poslanci znemožnili počít vlastní dítě párům, kde žena, ale i muž překročili čtyřicátku?

Seznámili se před pěti lety. Petře bylo třicet, Danielovi sedmatřicet. Vzali se, pořídili si byt, zatoužili po dítěti. Leč už tři roky se marně snaží. Manželé se vypravili na kliniku asistované reprodukce.

Netušili, jaké jim poslanci mezitím připravili překvapení.

Na konci února schválili poslanci zákon o výzkumu lidských embryonál-

ních kmenových buněk. Obsahuje i pasáž o asistované reprodukci. Zákon chápe manžele, kteří chtějí počít dítě pomocí umělého oplodnění, stroze: muže za dárce pohlavních buněk a ženu za dárkyni a současně příjemkyni vajíčka. A dárce může být jen muž a žena ve věku od 18 do 40 let.

Zničehonic se tedy čtyřicátníci jako Daniel dozvěděli, že podle nového zákona jsou příliš staří na to, aby jejich spermie směla ve zkumavce oplodnit vajíčko jejich ženy (přirozeným způsobem to nezákonné není).

Lékaři mohou podle nového zákona použít k oplodnění Petřina vajíčka jen spermie anonymního dárce, s cizími geny.

„Párům v České republice dnes v početí brání nejen příroda, ale teď už i naši zákonodárci,“ zlobí se předseda Sekce asistované reprodukce České gynekologicko-porodnické společnosti Milan Mrázek. Jeden ze zakladatelů reprodukční medicíny v ČR a embryolog Pavel Trávník dodává: „Je to nepřipustná diskriminace z důvodu věku a z důvodů genetických.“

Mají nová pravidla, odstavující čtyřicátníky od metod asistované reprodukce, nějaký rozumný důvod?

### Neplodných přibývá

Plodnost mužů a žen v Česku klesá a platí tu podobné počty jako ve všech vyspělých zemích: neplodných párů je asi 15 procent, což u nás představuje 600 tisíc lidí ve věku 18-45 let. Jak připomíná embryolog Pavel Trávník z brněnské kliniky Repromeda, současně přibývá dětí zplodných pomocí moderní medicíny. Ze sta narozených dětí jsou každoročně tři až čtyři „ze zkumavky“. Podíl dětí narozených po jakékoli léčbě sterility odhaduje Tonko Mardešič z kliniky Pronatal dokonce až na osm procent.

Příčin neplodnosti je mnoho. Ve čtyřiceti procentech případů je důvod na straně muže, ve 40 procentech na straně ženy a ve dvaceti procentech je problém u obou.

„Pořád platí, že z čistě biologického hlediska je pro ženu nejlepší počít dítě ve věku do 35 let, ideálně ve věku kolem pětadvaceti,“ upozorňuje biolog Josef Fulka jr. z Centra buněčné terapie a tkáňových náhrad UK. Tehdy má žena největší pravděpodobnost, že se jí podaří přirozeně otěhotnět (jedna ku čtyřem) a že těhotenství proběhne bez komplikací a dítě se narodí zdravé.

Avšak proti tomuto faktu stojí společenské trendy, stejně neúprosné jako rostoucí neplodnost. Ženy těhotenství odkládají do stále pozdějšího věku. Ještě do roku 1994 se více než polovina dětí rodila matkám do 25 let, od té doby stále narůstá počet matek ve věku 25-29. Porody žen nad 35 let u nás tvořily v roce 1992 necelá čtyři procenta ze všech porodů, v roce 2003 už to byl téměř dvojnásobek, přičemž každá pátá žena rodila poprvé. A muži? Nejenže následují ženy a zakládají rodiny ve stále vyšším věku. Čím dál tím častěji také po rozchodu s první ženou zakládají nové rodiny s mladšími partnerkami. Ty si rovněž přejí dítě - muž tak ve svých čtyřiceti nebo padesáti letech začíná „nové kolo“.

Představují spermie těchto mužů ve středním věku rizikový genetický materiál?

### Jak stárnou vajíčka

Žena se rodí s jednou provždy daným počtem vajíček. A tento počet se postupně s každou ovulací snižuje. Některá vlivem zevního prostředí zanikají i bez ovulace. Zárodečné buňky totiž podléhají v průběhu života všem negativním vlivům, které působí na organismus ženy.

„Kvalita vajíček navíc rapidně klesá s tím, jak dotyčné přibývají léta,“ dodává biolog Josef Fulka jr. „Žena tedy může mít ještě dost vaječků a k oplodnění u nich dochází, avšak kvalita cytoplazmy (obsah buňky vně jádra, pozn. red.) je nízká, což ovlivňuje negativně průběh procesů, které probíhají těsně před oplodněním.“ Při tvorbě pohlavních buněk nebo při jejich splynutí tak může vzniknout chybný počet nebo chybné uspořádání chromozó-



mů, vzniklé embryo pak může být vážně poškozené, nebo dokonce není schopné vývoje a zaniká.

Proto s věkem ženy pravděpodobnost otěhotnění klesá. U třicetileté ženy pod třicet procent, v 35 na 11 procent a ve čtyřiceti už jsou úspěšné jen tři pokusy ze sta.

„Když však pomůže některá z metod asistované reprodukce,“ připomíná profesor Trávník, „pokles je mnohem méně dramatický. Léčba totiž organismu ženy pomůže - a tak do 35 let je úspěšný každý druhý pokus o otěhotnění, kolem čtyřicítky každý pátý.“

S věkem rostou nejen potíže s otěhotněním, ale i riziko spontánních potratů a metabolických poruch u ženy. U plodů se zase častěji vyskytují poruchy nitroděložního růstu, genetických vad (např. Downův syndrom) i vrozených vývojových vad (např. rozštěp).

Nový zákon však diktuje ženám, které se rozhodnou mít dítě ve čtyřiceti: Může, ale jen když se jí podaří otěhotnět přirozeně. Umělé oplodnění podstoupit hruze, ale pouze s cizím vajíčkem.

„Věková hranice má smysl u dárcovství vajíčka jiné ženě - a ta je celosvětově 35 let,“ protestuje Pavel Trávník, „neboť tento věk skutečně představuje zlom, odkdy se objevuje stále větší a větší podíl vajíček s chromozomálními poruchami. Určité riziko tu je a nikdo mu nechce vystavit jiné ženy v případě darování. Chce-li žena však toto riziko podstoupit pro sebe, nikdo by jí neměl bránit,“ dodává embryolog.

#### Jak stárnou spermie

Muži mají oproti ženám hned dvě výhody - jejich plodný život nekončí mezi čtyřicítkou a padesátkou menopauzou a spermie se na rozdíl od vajíček tvoří stále znovu, po celé reprodukční období muže.

Avšak i oni čím dál častěji čelí neplodnosti. Viníkem je zejména klesající kvalita a množství spermií a na tom se podle odborníků podepisuje součet nejrůznějších faktorů: rostoucí množství jedovatých chemikálií ve vzduchu i v jídle, ženské hormony estrogény ve vodě, stresy, požívání drog, kouření, obezita...

Ačkoli se traduje, že muž může zplodit dítě i v devadesátce letech, někteří odborníci připouštějí, že věk nad 50 let je sám o sobě negativním faktorem ovlivňujícím zdraví dítěte.

Nedávno přišli britští vědci s ještě závažnějším zjištěním. Plodnost klesá s věkem nejen u žen, ale i u mužů - a to údajně už po 25 letech. Jak před časem informovali v odborném časopise *European Journal of Human Reproduction*, 35letý muž má zhruba o polovinu menší šanci počít dítě během jednoho roku než muž pětadvacetiletý.

Mají tedy autoři zákona pravdu, že muži nad čtyřicet let už jsou jako dárci života příliš riziková?

„Věk se samozřejmě projevuje i na kvalitě spermií, potvrzuje biolog Josef Fulka. „U mužů to však rozhodně není tak zřetelné jako u žen,“ dodává. „Je to individuální,“ říká Pavel Trávník. „Neexistuje žádná věková a biologická hranice jako u žen.“ S věkem klesá i plodnost mužů, ale u někoho je to kolem čtyřiceti, u jiného po padesátce a u některých mužů se plodnost snižuje až v šedesáti, žádné pravidlo tu neexistuje. „Je to komplexní záležitost, kterou ovlivňuje řada faktorů, jako například krevní zásobením varlat, cukrovka, obezita a další nemoci,“ dodává profesor Trávník.“

Odborníci se tak shodují: Není důvod, proč by čtyřicetiletí muži neměli svým ženám poskytovat sperma k oplodnění vajíčka. „Je jisté, že řada párů se rozhodne raději zůstat bez dítěte, než aby přijala cizí sperma. Nelze čekat velkou ochotu přijímat darované spermie s cizími geny, když muž má své vlastní a zdravé,“ upozorňuje Trávník.

Problematické je umožnit umělé oplodnění ve věku padesáti šedesáti let,“ dodává Josef Fulka. „Ale z úplně jiných důvodů. Otec by přece měl žít tak dlouho, aby své dítě dovedl k samostatnosti.“

Své výhrady vůči zákonu ostatně ve středu vyjádřili i senátoři ze zdravotnického výboru. Mimo jiné navrhuje, aby anonymní dárkyně vajíčka mohla být žena od 18 do 35 let. Na manželské páry by se však přísná věková omezení včetně nutnosti podstoupit genetické vyšetření vztahovat neměla.

„V zákoně, který stanoví podmínky pro výzkum na lidských embryích je ještě řada dalších přehmatů a nelogických věcí a bylo by vhodné vše ještě jednou zvážit a upravit,“ dodává Josef Fulka.

Senát se bude zákonem zabývat na schůzi, která začíná 15. března.

Plodnost mužů a žen v Česku klesá, neplodných párů je asi 15 procent, což u nás představuje 600 tisíc lidí ve věku 18-45 let.

Odborníci se shodují: Není důvod, proč by čtyřicetiletí muži neměli svým ženám poskytovat sperma k oplodnění vajíčka.

### ■ Část lékařů souhlasí s úhradovou vyhláškou

Vyplývalo to z jednání u premiéra

S novou úhradovou vyhláškou, která bude platit od dubna a podle níž zdravotní pojišťovny budou lékařům platit za péči o nemocné, souhlasili v pondělí všichni lékaři, kteří byli pozváni k premiéru Jiřímu Paroubkovi na jednání.

Kritiky vyhlášky premiér nepozval s tím, že s nimi bude jednat, až mu přestanou klást ultimativní požadavky.

„Řeknu otevřeně, že jsem možná díky své menší bystrosti nezaznamenal žádnou výhradu k úhradové vyhlášce,“ řekl po jednání s lékaři premiér Paroubek a dodal, že by samozřejmě bylo ideální, kdyby přišla již před třemi roky a ne v období několika měsíců před volbami.

S premiérem jednali zástupci České lékařské komory, obou odborových svazů, asociace nemocnic, asociace léčeben a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Premiér všechny vyzval k tomu, aby podpořili Ratha v úsilí dostat v co nejkratší době mezi občany seznam asi 2300 léků, které jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění, a pacient tedy nemusí doplácet nic ze své peněženky.

#### Peníze od státu umožní více péče

Ministr zdravotnictví David Rath uvedl, že letošní zvýšení plateb státu za jeho pojištěnce umožnilo upravit úhradovou vyhlášku tak, aby od dubna mohli lékaři léčit o 5 procent více pacientů a předepisovat jim o 8 procent více medikamentů než ve stejném období loňského roku.

Prezident České lékařské komory Milan Kubek řekl, že kvalita poskytované péče je mnohem vyšší, než je image zdravotnictví ve sdělovacích prostředcích. I podle něj nová úhradová vyhláška umožní víc léčit pacienty a neomezovat vyžádaná vyšetření od jiných lékařů.

Sdělil, že zdravotní pojišťovny možná nebudou chtít od dubna podle nové vyhlášky platit, protože mají smlouvy o cenách lékařské péče s lékaři na celé pololetí. Ministr Rath k tomu ale uvedl, že pokud by se tak stalo, pak na takovou zdravotní pojišťovnu by mohla být uvalena nucená správa. Věřil ale, že se domluví.

Premiér Paroubek vyzval Ratha, aby si pozval k jednání představitele státu ve správních radách zdravotních pojišťoven a domluvil se s nimi tak, aby změny smluv k 1. dubnu prosadili. Za měsíc by se schůzka u premiéra měla opakovat, a mělo by se hovořit o prvních dopadech nové úhradové vyhlášky. Vůči schůzce u premiéra Paroubka se ohradil místopředseda Sdružení praktických lékařů Jan Jelínek, které je členem krizového štábu. Ten nesoúhlasil s Rathovými kroky a připravuje vůči nim v květnu generální protest. Připustil ale, že číselně nová vyhláška vyhovuje víc než ta minulá.

Prezident České stomatologické komory Jiří Pekárek Rathovi vytkl, že text vyhlášky projednal jen s někým, s většinou poskytovatelů podle něj ministr nejednal.





VOX PEDIATRIAE

## I N Z E R C E

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

**Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.**

**Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.**

### Hledám možnost převzetí praxe

Hledám možnost převzetí praxe PLDD. Jsem pediatr s 20 letou praxí jak na obvodě, tak v nemocnici. Okresy Přerov, Olomouc, Nový Jičín, Kroměříž. Licenci mám. Kontakt: 604 612 700 *Ev.č. 45-01-06*

### Přenechám malou praxi

Přenechám malou praxi PLDD v blízkosti Brna. Nabídka s uvedením možného termínu převzetí zasílejte na e-mail: renatahorakova@volny.cz *Ev.č. 46-02-06*

### Přijmu lékaře do ordinace PLDD

Přijmu lékaře do ordinace PLDD v Kyjově na zástup za MD, nástup červen 2006. Telefon: 728 482 332. *Ev.č. 47-02-06*

### Hledám pediatra na krátké zástupy

Hledám pediatra s atestací na krátké zástupy, ev. další spolupráci, v okrese Kolín. Dobře zaplatím. Tel.: 606 882 100 *Ev.č. 44-01-06*

### Hledáme pediatra pro dětskou pohotovost

Hledáme pediatra pro dětské pohotovostní služby na Praze 6. Kontakt: 723 008 598. *Ev.č. 43-01-06*

### Přenechám praxi ve Zlínském kraji

Přenechám venkovskou praxi ve Zlínském kraji. Kontakt: detskaordinace@seznam.cz. *Ev.č. 51-03-06*

### Přenechám praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD, Zlínský kraj - venkov, kontakt: 739 054 625. *Ev.č. 50-03-06*

### Přijmu asistentku do ordinace PLDD

Přijmu asistentku do ordinace PLDD v Libčicích n. Vlt. na úvazek 0,4. Jednání o převzetí praxe možné. Tel. 233 931 037, 605 876 633. *Ev.č. 34-09-05*

### Nabízím místo asistenta

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD – menší obvod na Praze 5; pozdější odkoupení ordinace možné. Tel.: 777 132 194. *Ev.č. 48-02-06*

### Přenechám praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v okrese Nový Jičín, termín dle dohody. Bližší informace na tel.: 728 133 047 po 18. hod. *Ev.č. 49-03-06*

### Zrušeny odpolední telefonické konzultace

**Ambulance očkování FN Motol podává telefonické konzultace pouze**

**v pátek dopoledne od 7,30 do 12,00 hodin, odpolední konzultace z provozních důvodů zrušeny.**

*MUDr. Jitka Škovránková*

# VOX PEDIATRIAE

vydavatelství  
**MEDIX**

Vyplněný odpovědní lístek nebo jeho xerokopii zašlete v zalepené a ofrankované obálce na adresu:

**SPLDD ČR  
U Hranic 16-18  
100 00 Praha 10**

**Obálku označte heslem „TEST“.**

# Znalostní test č. 2/2006 - hodnocen 2 kredity

Správná je vždy jen jedna odpověď.

Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání, garantovaného OSPDL ČLS JEP, a za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny 2 kredity.

Podmínkou pro přidělení kreditů je zasílání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nejdéle do 26.4.2006.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu **SPLDD ČR, U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10**

Manažerem testů je **MUDr. Ctirad Kozderka**.

## 1) Fluor vaginalis u děvčete v předškolním a mladším školním věku je relativně častým problémem. Ke správné diagnóze a léčbě:

- a) postačuje provést kultivační vyšetření z pochvy a na jejím základě nasadit celkovou ATB terapii
- b) pro začátek doporučíme sedací koupele v heřmánku či hypermanganu a počkáme na efekt
- c) zajistíme vyšetření vaginoskopické a kultivační
- d) předepíšeme Canesten krém, protože nejčastější příčinou bývá mykosa

## 2) Vápník je velmi důležitým prvkem v lidském organismu, neboť se uplatňuje nejenom jako stavební složka v tvrdých tkáních, ale účastní se řady buněčných pochodů. V poslední době byl prokázán jeho příznivý vliv:

- a) v prevenci obezity tím, že je-li obsažen ve střevě v dostatečném množství, vytváří se žlučovými kyselinami nevstřebatelné komplexy. Žlučové kyseliny jako finální produkt odbourávání cholesterolu tak po vazbě na vápník neprodělávají enterohepatální cyklus a tím se snižuje cholesterolémie
- b) v prevenci obezity tím, že snižuje chuť k jídlu vlivem na centrum sytosti v CNS
- c) v prevenci obezity tím, že snižuje produkci parathormonu, což sekundárně zvyšuje tonus sympatiku a tím se zvyšuje energetický výdej organismu

## 3) Při recidivujících dyspeptických potížích horního typu je jedním z vyšetření stanovení infekce Helicobacter pylori. V praxi se používají různé metody stanovení s různou senzitivitou (žádná nemá 100% senzitivitu). Nejvhodnější s ohledem na zátěž pacienta, cenu vyšetření a senzitivitu pro užití v ordinaci PLDD se v současné době jeví:

- a) vyšetření sérologické, protože je dostupné ve většině laboratořích, pacienta příliš nezatěžuje, není potřebná žádná příprava pacienta a má vysokou sen-

- zitivitu (přes 95%) při stanovování protilátek typu IgG, IgM a IgA
- b) vyšetření koprologické (stanovení antigenu H. pylori ve stolici), protože je pro pacienta nenáročné, není třeba žádná příprava pacienta, je levné a má vysokou senzitivitu (přes 90%)
- c) vyšetření dechovým ureázovým testem, protože je pro pacienta nenáročné, je dobře dostupné, je vždy bez radiční zátěže, vysoce senzitivní (přes 95%) a není nutná žádná příprava pacienta
- d) vyšetření koprologické (stanovení antigenu H. pylori ve stolici), protože je pro pacienta nenáročné, je levné a má vysokou senzitivitu (přes 90%) při dodržení přípravy pacienta spočívající v eliminaci látek inhibujících aktivitu H. pylori (ATB, Bi, inhibitory protonové pumpy) po dobu 4-6 týdnů

## 4) Roseola infantum je:

- a) závažné, ale vzácné onemocnění dětí, způsobené určitými kmeny Streptococcus pyogenes již necitlivými na PNC
- b) benigní, relativně časté onemocnění kojenců a batolat vyvolané HHV 6 s typickým průběhem několikadenních febrilní a po jejich poklesu se objevujícím se exantémem
- c) vzácné kožní onemocnění dětí, které je charakterizováno chronickým zánětem mazových žláz zejména v obličeji, kde může zanechat mutilující fibrotizaci

## 5) Moderní mléka pro kojeneckou výživu obsahují složky, které označujeme jako prebiotika. Jedná se o:

- a) směs prospěšných bifidobakterií, které zajišťují optimální střevní prostředí
- b) směs oligosacharidů, které podporují růst fyziologické střevní mikroflory
- c) látky s antioxidačními účinky, které posilují obranyschopnost organismu

Z celkového počtu 111 správných odpovědí byli vylosováni tyto řešitelé:

**MUDr. Jana Hnilíčková, Velké Hamry, MUDr. Danuše Jíchová, Polička, MUDr. Jiří Šabrata, Orlová-Lutyně.**

Vylosovaných řešitelům blahopřejeme a všichni vylosovaní obdrží knihu.

## Odpovědní lístek znalostního testu VOX PEDIATRIAE 2/2006

Správnou odpověď **zakroužkujte**. Za správně vyplněný kupón získáte **2 kredity**. 3 vylosovaní úspěšní řešitelé budou odměněni.

1. otázka	a	b	c	d
2. otázka	a	b	c	d
3. otázka	a	b	c	d
4. otázka	a	b	c	d
5. otázka	a	b	c	d

Titul, jméno a příjmení

Ulice, č.p.

Město

PSČ

Telefon

E-mail

**Zentiva - Mucosin**

**Nestlé - Beba HA Premium**