

květen 2003 ■ číslo 5 ■ ročník 3

# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Hypospadie

Bolesti břicha

Retence varlete

Laparoskopická apendektomie



## tiráž...

# VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

**MEDIX**

Adresa vydavatelství:  
Branická 141, 147 00 Praha 4  
tel./fax: 244 462 959  
e-mail: vox@imedix.cz

**Časopis garantován  
Sdružením praktických lékařů  
pro děti a dorost ČR  
zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem  
ve spolupráci s Odbornou společností  
praktických dětských lékařů ČLS JEP  
zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.**

**Vedoucí redakční rady:**  
MUDr. Milan Kudyn

**Redakční rada:**  
MUDr. Pavel Neugebauer  
MUDr. Jiřina Dvořáková  
MUDr. Jiří Liška, CSc.  
MUDr. Josef Krejčík

**Odpovědný redaktor:**  
Mgr. Zdeněk Brtnický

**Jazykové korektury:**  
PhDr. Jana Kratochvílová

**Adresa redakce:**  
U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10  
sekretariát - tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050  
redakce VOX - tel.: 267 184 065, 267 184 047  
e-mail: centrum@detskylekar.cz

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.  
Reprodukce obsahu je povolena pouze  
s písemných souhlasem redakce.  
Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.  
Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické  
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.  
Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá  
za obsahovou stránku časopisu Děti a my.

### Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Bc. Veronika Drahovzalová  
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10  
tel.: 267 184 065, GSM: 602 873 761 - jen pro inzerenty  
e-mail: centrum@detskylekar.cz  
e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

## obsah...



|                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc duben</b>               | <b>5</b>  |
| <b>Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů</b>            | <b>5</b>  |
| <b>LSPP</b>                                                   | <b>6</b>  |
| <b>Usnesení regionální konference - Praha a Středoč. kraj</b> | <b>9</b>  |
| <b>Usnesení regionální konference - Severočeský region</b>    | <b>10</b> |
| <b>Usnesení regionální konference - Východočeský region</b>   | <b>10</b> |
| <b>Omlouvání žáků a studentů</b>                              | <b>11</b> |



|                                                                         |                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP</b>                                    | <b>12</b>      |
| MUDr. P. Polák, MUDr. P. Vavrovič<br><b>Retence varlete</b>             | <b>13</b>      |
| MUDr. V. Černý<br><b>Bolesti břicha u dětí</b>                          | <b>16</b>      |
| MUDr. V. Plánka a kol.<br><b>Naše zkušenosti s jednodenní chirurgií</b> | <b>18</b>      |
| MUDr. O. Teyschl<br><b>Laparoskopická apendektomie</b>                  | <b>22</b>      |
| <b>Jak sledovat tělesný růst dítěte</b>                                 | <b>příloha</b> |

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| MUDr. O. Teyschl<br><b>Laparoskopická léčba varikokély</b>                | <b>26</b> |
| MUDr. J. Kotrnoch, MUDr. P. Kryl<br><b>Hypospadie</b>                     | <b>28</b> |
| <b>SARS</b>                                                               | <b>30</b> |
| Doc. MUDr. J. Nevoral, CSc.<br><b>Prebiotika, probiotika a synbiotika</b> | <b>32</b> |
| MUDr. J. Helcl, DrSc.<br><b>Kombinované očkovací látky eIPV</b>           | <b>36</b> |
| José Rafael Borbolla a kol.<br><b>Polymaltózový železitý komplex...</b>   | <b>37</b> |



|                        |           |
|------------------------|-----------|
| <b>Aktuality</b>       | <b>41</b> |
| <b>Řádková inzerce</b> | <b>46</b> |



NAKLADATELSTVÍ  
**UMÚN**

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



Milé kolegyně, milí kolegové,

v tomto čísle našeho Voxu otiskujeme informace, resp. usnesení z dalších našich regionálních konferencí. Jsou pro letošek již poslední a tak by se slušelo trochu bilančovat. Jaké tedy byly právě proběhlé konference?

Poslední dny, týdny, měsíce přinesly řadu problémů, řešily se stěžejní problémy s přímým dopadem na naše praxe. Namátkou uvedu tři nejzákladnější - Poslaneckou sněmovnou prošel do Senátu návrh zákona o způsobilosti k výkonu povolání lékaře, ve kterém se na jedné straně hovoří o novém oboru praktický lékař pro děti a dorost, na druhé straně ze hry zcela nevypadl ani tzv. rodinný lékař,

jednotlivými regiony hýbe problematika LSPP a v neposlední řadě vrcholí boj o finance veřejného zdravotního pojištění, kdy lze z jednotlivých kroků cítit státem podporovanou preferenci lůžkové zdravotní péče.

Všechno jsou to tedy problémy, které mohou, a bezesporu budou mít dopad na přímé fungování našich praxí. Chtělo by se říci: jsou to jistě důvody, které přitáhnou do jednacích sálů velkou část našich kolegů a kolegyní, opak byl však pravdou. Marně se trápím myšlenkou, proč tomu tak je. Neuvědomují si snad naši kolegové, že se nyní rozhoduje o jejich dalším osudu? Nebo snad nejsou o těchto skutečnostech informováni? Nebo je to nezajímá? Nebo nevěří, že by tomu tak mohlo skutečně být? Odpovědi na tyto otázky se nehledají snadno.

O osudu postavení současného praktického dětského lékaře v systému primární péče a o rodinném lékaři již bylo i v našem časopise mnohé napsáno a zveřejněno. Přesto si dovoluji i nyní několik poznámek. Osobně jsem zastáncem důsledného naplnění pojmů odborné a specializované způsobilosti cestou přísného výběru akreditovaných pracovišť, než lpěním na takové či onaké atestaci. Troufám si tvrdit, že společný jmenovatel dětské lékařství jsme nikdy neopustili a ustavení oboru praktický lékař pro děti a dorost, jako základního oboru primární péče, chápu jako vystavění pevné hráze proti hrozbě rodinného lékaře. Opření se o tzv. klinickou základnu, kde jedině mohu získat potřebné znalosti v dětském lékařství, pak pokládám za samozřejmost.

Co říci k LSPP. Podle bouřlivosti diskusí se rozhodně nejedná o okrajový problém. Také o tomto problému se již mnohé napsalo a ještě jistě i napsáno bude. I v tomto čísle se k tomuto problému vracíme a jsem rád, že stanovisko ČPS ČLS J.E.P. významně konvergovalo ve svém závěru ke stanovisku našemu.

Platby od ZP. To je téma, které by zabralo mnoho dalších stránek. Jaké však máme možnosti s tím něco udělat, to mělo být a také bylo jedním z diskutovaných témat na právě proběhlých konferencích. Jen těch diskutujících bylo významně méně, než by si toto téma zasloužovalo. Je proto těžké dnes hodnotit, jak velký je to problém, resp. podporu v jakých krocích můžeme od našich členů očekávat. Konference na toto téma tedy jednoznačnou odpověď nedaly.

Co bylo tedy příčinou tak malého zájmu? Na jedné z těchto konferencí zaznělo, že je to obava z „vyřasování“ nějaké funkce, všechny konference byly totiž současně volební. Tomu se mi snad ani nechce věřit. Nebo to má být pravdivý obraz naší současnosti, kdy je možná lepší přežívat ve stínu, než si pálit ruce pro druhé? Pokud by tomu tak bylo, pak je asi hodně pravdy na slovech, dnes již bývalého prezidenta, pana Václava Havla, že ve společnosti panuje tzv. blbá nálada. Nezbyvá tedy než věřit, že se našemu novému prezidentovi, panu Václavu Klausovi, podaří tento stav změnit, alespoň slíbil, že se o to pokusí. Ale vážení, pokud mu nepomůžeme všichni, zůstane v tom sám, jak ten kůl v plotě. Nově zvolené tváře snad znamenají jiskřičku naděje, že by tomu tak nemuselo být...

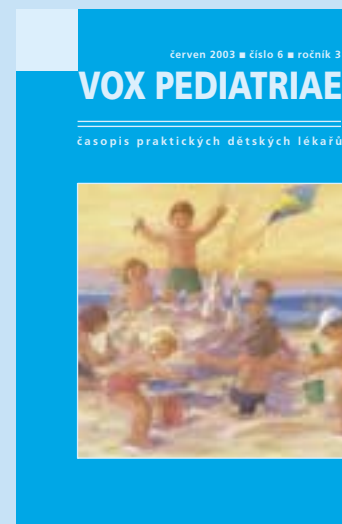
S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda SPLDD ČR

**Intoxikace, otravy a úrazy  
u teenagerů**

**Dětská traumatologie**

**Variola**



**seznam  
inzerujících firem**

**AVENTIS PASTEUR  
GlaxoSmithKline  
INTERCHEMIA PRAHA  
LÉČIVA  
NESTLÉ  
NUTRICIA  
ORION DIAGNOSTICA  
UCB PHARMA**

**úřední hodiny  
v kanceláři SPLDD ČR**

**Úterý 10,00 - 17,00**

**Středa 10,00 - 17,00**

**Čtvrtek 10,00 - 17,00**

Členy Výboru zpravidla  
zastihnete v těchto hodinách:

**Úterý**

14,00 - 16,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

**Středa**

10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnová

13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn

16,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



# Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc duben

MUDr. Pavel Neugebauer

**Také duben se nesl ve znamení probíhajících regionálních konferencí, začátek měsíce přinesl zklamání v problematice CRP, začaly práce na projektu zavedení elektronického identifikátoru pojištěnce, pokračují jednání Českého zdravotnického fóra a byla ukončena jednání o cenách na 2. pololetí letošního roku, výsledek se nemohl nepromítnout i do jednání Koalice ambulantních zařízení.**

**1.4.** – na Ministerstvu školství mládeže a tělovýchovy se uskutečnilo jednání s poradcem paní ministryně, kterého jsem se zúčastnil spolu s předsedkyní OSPDL dr. Cabrnachovou; podstatou schůzky byla snaha zahájit konstruktivní dialog právě s tímto ministerstvem např. k zamezení „lidové“ tvořivosti některých škol ve vztahu k vyžadování různých potvrzení, nebo např. k provázanosti některých právních norem z pera našeho ministerstva; jestli se to povedlo, ukáží další týdn a měsíce.

**1.4.** – na VZP proběhlo jednání tzv. II. pracovní skupiny dohodovacího jednání k Seznamu výkonů, pracovní skupiny, která chystá podklady pro novelu tzv. Sazebníku; pro nás podstatné bylo projednávání některých laboratorních výkonů, mezi nimi i CRP; k našemu velkému překvapení jsme se spolu s dr. Markem dozvěděli až na tomto jednání ústy dr. Pokorného, ředitele odboru pojištění ÚP VZP, že tato pojišťovna nesouhlasí se zařazením tohoto výkonu pro praktiky do doby vyhodnocení pilotní studie, která bude ukončena koncem června letošního roku, podklady pro novelu Sazebníku mají být však do stejného termínu předány na MZd ČR; přesto to i nadále nevzdáme.

**5.4.** – v sále knihovny Liberecké nemocnice proběhla další regionální konference, tentokrát regionu Severní Čechy, usnesení z této konference najdete na jiném místě našeho časopisu, účast jsem zmínil ve svém editoriale.

**8.4.** – v naší kanceláři se poprvé setkáváme se zástupci pracovního týmu, který pracuje na projektu zavedení elektronického identifikátoru pojištěnce, neboli čipové karty; elektronizace života pokračuje a i my se budeme muset s touto skutečností v našich praxích vyrovnat; uvedený projekt není v rozporu s projektem IZIP, naopak se předpokládá vzájemná vazba.

**9.4.** – v sídle nadačního fondu ELPIDA pro-

bíhá další schůzka tzv. Českého zdravotnického fóra, o jehož existenci jsme Vás již informovali, zatím však nejsou zveřejnitelné výstupy, ambice však zůstávají stále vysoké

**12.4.** – v Pražském hotelu Krystal proběhla další z řady Regionálních konferencí, tentokrát pro Prahu a Středočeský kraj; i z této akce zveřejňujeme závěrečné usnesení na jiném místě našeho časopisu; ani tato konference nevybočila účastí členů z obvyklého průměru.

**17.4.** – Na Perštýně v sídle VZP proběhl závěrečný den dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče pro 2. pololetí letošního roku; na tomto jednání jsme se dozvěděli zajímavý argument segmentu lůžkové péče, a to že minoritní segmenty (rozuměj všichni ostatní) se záměrně vždy se zdravotními pojišťovnami dohodnou, aby na lůžková zařízení moc nezbylo...; to raději ponechám bez komentáře, dohoda se segmentem nemocnic tedy opět nebyla uzavřena (již tradice), vše má tedy opět ve své moci ministerstvo.

**22.4.** – opět jednala Koalice ambulantních zařízení, zápis naleznete opět na jiném místě časopisu.

**26.4.** – cyklus regionálních konferencí byl zakončen tentokrát v Pardubicích, kde se sešli Východočeši, účast opět nevybočila z průměru.

**29.4.** – na Ministerstvu zdravotnictví jednala Komise pro péči o děti a dorost, poradní to orgán paní ministryně; hlavním projednávaným tématem byla problematika náhradní rodinné péče a problematika kojeneckých ústavů, dětských domovů a dětských center ve vztahu ke krajským úřadům; prof. MUDr. Šolc, předseda ČPS, na tomto jednání předložil stanovisko ČPS k problematice LSPP, k tomuto tématu se vracíme na jiném místě a bude i tématem dalšího jednání této Komise koncem června.

## Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů

dne 22.4.2003 v kanceláři SPL

**Přítomni:** MUDr. Tautmann, MUDr. Dvořák, MUDr. Stará, MUDr. Neugebauer, MUDr. Kudyn, MUDr. Jelínek.

**Omluven:** MUDr. Pekárek

**1. Pravidla jednání Koalice** - předem určený termín jednání, určena jedna z organizací, která navrhne místo a bude jednání řídit. K ní budou směřovány náměty na jednání, připraví i materiály k diskusi. Z jednání se pořizuje zápis, který je na závěr přečten a po případných úpravách všemi odsouhlasen.

**2. Odpověď Ombudsmana** - přijal i naše podání návrhu na zrušení vyhlášky o cenách - informace zpět přijde cestou ČSK - podání je tedy přijato.

**3. Situace v ČLK** - konkurenční akce SSL k problematice úhrad a regulací - stejné téma jako akce ČLK - se setkala s výrazně větším zájmem lékařů. Zato na straně ČLK vyvolala nevraživé komentáře. I to o něčem vypovídá.

**4. Koalice vzala na vědomí zprávu** - názor dr. Holanové, předsedkyně RK ČLK k situaci v ČLK ze dne 20.4.2003.

**5. Je nutno požádat ministryni Součkovou o jednání na téma dopady probíhajícího DŘ o cenách na II. pololetí 2003 a úvahy MZ o reformování financování zdravotnictví.** Většinový názor je, že bude jednat Koalice bez prizvání dalších subjektů. Výzvu odešle SSL - MUDr. Tautmann.

**6. Připomenut termín sjezdu SSG 1.6. v Brně** - pozvánky s programem budou rozeslány.

Příští termín Koalice 6.5.2003  
v 17.00 - U Hranic 18 - svolá SPLDD.

Praha, 22.4.2003

zapsal:  
MUDr. Jelínek



## LSPP

**Stále vděčné téma současnosti. Z proběhlých jednání regionálních konferencí vyplývá, že diskuse na toto téma ani zdaleka nekončí. Jsou místa, kde se zdá řešení dobré, stále je však více takových míst, kde se problémy nadále jen hrnou před sebou, někde je dokonce odmítají řešit, což se vše samozřejmě negativně promítá do mnoha vztahů. Ať již jde o vztah lékař v. Krajský úřad, nebo lékař v. město, někde je to dokonce i vztah lékař v. lékař. Materiál, který tentokrát zveřejňujeme, přináší spíše informace či podklady pro další možná jednání. Je to opět jen a jen na nás, zdá se, že pozice mrtvého brouka vyhovuje i Ministerstvu zdravotnictví ČR.**

### ■ Dějství první: monitoring současného stavu

Pokusili jsme se aktualizovat data, která byla zveřejněna na stránkách našeho časopisu k 31.1.2003, sami porovnejte, kde se co a jak posunulo (viz tabulka).

### ■ Dějství druhé: Stanovisko ČPS ČLS J.E.P.

Dne 29.4. předložil prof. MUDr. Šolc na jednání Komise pro péči o děti a dorost, což je oficiální poradní orgán ministryně zdravotnictví, níže uvedené stanovisko výboru ČPS k provozování LSPP. Vzhledem k různým vyjádřením a stanoviskům, které jste někteří mohli zaznamenat v Bulletinu ČPS, se jedná bezesporu o koncizní materiál, který se možná překvapivě, vzhledem k již zmíněným informacím v bulletinu, blíží i stanovisku našeho Sdružení. Jistě jde s některými skutečnostmi polemizovat, nicméně v zásadě lze se závěrečným sedmibodovým stanoviskem souhlasit. Protože se bezesporu jedná o jasně formulované stanovisko a rádi bychom předešli možným různým výkladům, otiskujeme celé stanovisko v úplném znění tak, jak jsme o to byli i požádáni.

### Stanovisko výboru ČPS k provozování LSPP pro děti a dorost:

**Vycházejí z dále uvedených platných předpisů a směrnic vydaných na úseku MZd výbor České pediatrické společnosti zaujímá následující stanovisko k otázce LSPP:**

Věstník MZd ČR 7/1981 v částce 22/1981 Sb.

**Paragraf 2:** Ve zdravotnických zařízeních se organizují tyto druhy pohotovostní služby:

- a) v územních zařízeních ambulantní péče **lékařská služba první pomoci (LSPP)**
- b) v zařízeních ústavní péče **ústavní pohotovostní služba (ÚPS)**

**Paragraf 7:** LSPP poskytuje v nezbytném rozsahu ambulantní péči občanům....v době **mimo pravidelný provoz zdravotnických zařízení poskytujících obvodní služby.**

**Paragraf 11:** ÚPS se zřizuje v zařízeních ústavní péče pro poskytování zdravotnických služeb nemocným v těchto zařízeních a nemocným, kteří byli dopraveni nebo se dostavili k přijetí nebo ošetření v době mimo pravidelný provoz zdravotnických zařízení. Pracovník vykonávající ÚPS je povinen zdržovat se v době ÚPS na místě určeném primářem oddělení. Vzdálit se může **pouze za účelem výkonu ÚPS.**

**Paragraf 12:** **Není-li v době pohotovostní služby lékař LSPP včas dosažitelný, jsou lékaři ústavní pohotovostní služby povinni poskytnout občanům ambulantní péči v nemocnici.**

Věstník MZd 1/2003 – metodická opatření – Minimální standard poskytování LSPP:

**Čl.1:** LSPP poskytuje ambulantní péči..... **v době mimo pravidelný provoz ambulantních zdravotnických zařízení.**

LSPP je veřejnou zdravotní službou. LSPP se zpravidla vykonává ve zdravotnických zařízeních zřízených pro tento účel nebo ve zdravotnických zařízeních praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost podle místních možností.

**Čl. 2** LSPP zajišťuje na svém území zpravidla kraj.

**Doporučuje se:**

a) ..... **kraj jednal se sdružením lékařů poskytujících primární péči, ČLK a územním střediskem ZZS, případně obcemi.**

b) .....místo LSPP dostupné do 60 minut...

c) zařízení LSPP bylo zřízeno zpravidla v místě sídla střediska ZZS

Komentář k Věstníku MZd 1/2003:

Ve Věstníku **nikde není zmínka o poskytování LSPP v podmínkách nemocničního zařízení a nemocničními lékaři.** Ani v bodě 3a (viz výše) týkajícího se **dohadovacího jednání o zabezpečení LSPP nejsou vůbec zmiňována lůžková zařízení,** což dává vzniknout oprávněnému přesvědčení, že se jejich podíl na zabezpečení LSPP ani nepředpokládá.

Protože však není explicitně vyloučena varianta nějaké formy spoluúčasti lůžkových zařízení na zabezpečení LSPP, **lze o ní i uvažovat, ovšem až po zavzetí představitelů příslušných zařízení do dohadovacího jednání.**

**Čl. 3.:** Postup při vyžádání LSPP:

U stavů **nevyžadujících akutní zásah** na místě s výjezdem ZS operátor doporučí.... **s uvedením nejbližšího místa výkonu LSPP, která má právě ordinaci dobu.** V případě **nutného specializovaného** vyšetření může přímo **doporučit i návštěvu a vyšetření v nejbližším odpovídajícím lůžkovém zdravotnickém zařízení.**

Podle zákona č.160/1992 paragraf 5, odst. 2, písmeno f): existuje **povinnost nestátního zdravotnického zařízení uzavřít smlouvu s orgánem příslušným k registraci a na jejím základě se v únosné míře podílet na zajištění potřebných zdravotních služeb, zejména pohotovostní služby včetně LSPP.**

### **Stanovisko výboru ČPS:**

1. LSPP je možno vykonávat ve zdravotnických zařízeních zřízených pro tento účel (nemocnice s poliklinikou, polikliniky, středisko zdravotnické záchranné služby) nebo zařízeních praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) podle místních možností.

2. Služba LSPP pokrývá zbytek dne od konce pracovní doby do počátku pracovní doby následujícího dne, tedy zpravidla od 15.30 do rána následujícího dne 7.00. Službu nelze personálně nahrazovat lékařem zajišťujícím ÚPS dětských lůžkových oddělení.

3. Služba LSPP je zajišťována lékaři erudovanými v pediatrii: především PLDD.

4. Garantem zabezpečení LSPP je podle Věstníku MZd krajská samospráva. Zabezpečení LSPP je provedeno po předchozím projednání se sdružením praktických pediatrů (SPLDD) a ČLK, eventuálně dle dané situace s primáři příslušných dětských oddělení a řediteli nemocnic nebo územním střediskem



# VOX PEDIATRIAE

| REGION       | KRAJ/OKRES | MĚSTO            | VŠEDNÍ DNY (cena/h )                                     | SO, NE, SV. (cena/h )                  | POZNÁMKY                                           |
|--------------|------------|------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Severočeský  | Ústecký    | Ústí/L           | 17:00 - 22:00 (145,-)                                    | 8:00- 22:00 (195,-)                    |                                                    |
|              |            | Most             | 17:00 - 22:00                                            | 8:00- 22:00                            |                                                    |
|              |            | Litoměřice       | 17:00 - 22:00                                            | 8:00- 22:00                            |                                                    |
|              |            | Louny            | 17:00 - 22:00                                            | 8:00- 22:00                            |                                                    |
|              |            | Děčín            | 17:00 - 22:00 (145,-)                                    | 8:00- 22:00 (190,-)                    |                                                    |
|              |            | Teplice          | 17:00 - 22:00 (145,-)                                    | 8:00- 22:00 (190,-)                    |                                                    |
|              |            | Chomutov         | 16:00 - 22:00 (145,-)                                    | 8:00- 22:00 (190,-)                    |                                                    |
|              | Liberecký  | Liberec          | 16:00 - 22:00                                            | 8:00-22:00                             | slouží lékaři děts.odd., PLDD jako příslužba       |
|              |            | Jablonec         | nepřetržitá služba na děts.odd - lék. pro děti a dorost  |                                        |                                                    |
|              |            | Semily - Jil+Tur | nepřetržitá služba na děts.odd - PLDD                    |                                        |                                                    |
|              |            | - Sem            | nepřetržitá služba na děts.odd- 2 lék. pro děti a dorost |                                        |                                                    |
| Jihomoravský | Zlínský    | Zlín             | 17:00 - 6:00 (200,-)                                     | 8:00- 6:00 (300,-)                     | 1 LSPP v okrese,bez výjezdu, odděleně od dospělých |
|              |            | Uherské Hrad.    | 17:00 - 23:00 (200,-)                                    | 8:00- 23:00 (300,-)                    | 1 LSPP v okrese,bez výjezdu, odděleně od dospělých |
|              |            | Kroměříž         | 17:00 - 23:00 (200,-)                                    | 8:00- 23:00 (300,-)                    | 1 LSPP v okrese,bez výjezdu, odděleně od dospělých |
|              |            | Vsetín           | 17:00 - 23:00 (200,-)                                    | 8:00- 23:00 (300,-)                    | 1 LSPP v okrese,bez výjezdu, odděleně od dospělých |
|              | Vysočina   | Jihlava          | 18:00 - 21:00 (200,-)                                    | 8:00- 16:00 (350,-)                    |                                                    |
|              |            | Žďár/Sázavou     | 17:00 - 22:00 (200,-)                                    | 8:00- 18:00 (300,-)                    | 1 LSPP na okres, s dospělými, Pá od 15:00          |
|              |            | Třebíč           | nepřetržitě na děts.odd., bez účasti PLDD                |                                        |                                                    |
|              |            | - Náměšť/Oslav.  | 13:00 - 18:00- pouze Pa                                  | 8:00- 18:00                            | smíšená LSPP (PLDD+ PL )                           |
|              |            | - Mor. Budějov.  | 17:00 - 21:00+D24                                        | 8:00- 21:00                            | pouze návrh                                        |
|              | Jihomorav. | Brno             | děts. LSPP brz účasti PLDD                               |                                        |                                                    |
|              |            | Blansko          |                                                          | 8:00- 20:00 (150,-)                    |                                                    |
|              |            | Hodonín          | ambulantně zrušeno, pouze při DO - slouží všichni        |                                        |                                                    |
|              |            | Vyškov           |                                                          | 8:00- 20:00 (180,-)                    |                                                    |
|              |            | Prostějov        |                                                          | 8:00- 20:00 (160,-)                    |                                                    |
|              |            | Znojmo           | smíšené LSPP                                             |                                        |                                                    |
|              |            | Břeclav          | dětské oddělení                                          |                                        |                                                    |
|              |            | - Hustopeče      |                                                          | 8:00- 20:00 (180,-)                    |                                                    |
|              |            | Brno (venkov )   |                                                          |                                        |                                                    |
|              |            | - Kuřim          | nedošlo k domluvě                                        |                                        |                                                    |
|              |            | - Ivančice       | do 22:00 (150,-)                                         | 8:00- 22:00 (180,-) dosp.PL            | PLDD slouží se na DO nemocnice (100-120,-)         |
|              |            | - Rosice         | do 22:00 (150,-)                                         | 8:00- 20:00 (180,-)                    | smíšená                                            |
| Východočeský |            | Rychnov/ Kněž.   | 17:00 - 21:00 (90,-)                                     | 8:00- 20:00 (120,-)                    | nevýjezdní                                         |
|              |            | Hradec Kr.       | 15:30 - 22:00 (90,-)                                     | 8:00-22:00 (120,-)                     | N. Bydž.- na DO nonstop                            |
|              |            | Trutnov          | 16:00 - 7:00                                             | 7:00- 7:00                             | plat tabulkový                                     |
|              |            | Pardubice        | 16:00 - 21:00 (130,-)                                    | 8:00- 21:00 (160,-)                    | nevýjezdní                                         |
|              |            | Svitavy          | 16:00 - 22:00                                            | 16:00- 22:00                           | Polička-doma na tel., Litomyšl- DO 16:00- 22:00    |
|              |            | Chrudim          | 15:30 - 21:30 (100,-)                                    | 7:00- 21:30 (150,-)                    | nevýjezdní                                         |
|              |            | Náchod           | 15:30 - 22:00 (120,-)                                    | 8:00- 22:00 (150,-)                    |                                                    |
|              |            | - Broumov        | 15:30 - 7:00 (120,-)                                     | 7:00- 7:00 (150,-)                     | smíšená                                            |
|              |            | Jičín            | 16:00 - 22:00 (120,-)                                    | 8:00- 22:00 (150,-)                    |                                                    |
| Západočeský  | Plzeňský   | Plzeň - město    | 17:00- 7:00 (98,-)                                       | 7:00- 7:00 (135,-)                     | smlouva o činnosti do 31.12.2004                   |
|              |            | Plzeň - sever    | 17:00 - 22:00 (140,-)                                    | nepřetržitě (170,-)                    | dospělá LSPP, výjezdy RZP, Dr. Koutecký            |
|              |            | Plzeň - jih      |                                                          |                                        | oficiálně dětská neexistuje. DO nemocnice Stod.    |
|              |            | Domažlice        | 15:30 - 7:00 (84,-)                                      | nepřetržitě (132,-)                    | dětská na odd. nemocnice                           |
|              |            | Rokycany         |                                                          | 8:00 - 13:00 (170,-)                   |                                                    |
|              |            | Tachov           | 17:00 - 7:00                                             | nepřetržitě                            | LSPP dosp. , výjezdní                              |
|              |            | - Bor            | 17:00 - 7:00                                             | nepřetržitě                            | LSPP dosp. , výjezdní                              |
|              |            | - Planá          | 17:00 - 7:00                                             | nepřetržitě                            | dětská ambulance - nevýjezdní                      |
|              |            | Klatovy          | 17:00 - 7:00 (140,-)                                     | 7:00- 7:00 (170,-)                     | smlouvy do konce roku                              |
|              |            | Cheb             | PLDD nebo RZP                                            | 9:00 - 15:00 (250,-)                   | nevýjezdní                                         |
|              |            | Sokolov          | dětská nevýjezdní                                        | 10:00 - 16:00<br>(lék.nemocnice) 250,- |                                                    |
|              |            | Karlovy Vary     |                                                          |                                        | nedohoda. Zajišťuje Dr. Havlík v nemocnici         |
| Jihočeský    | Jihočeský  | J. Hradec        | 18:00 - 22:00 (140,-)                                    | 8:00 - 22:00 (220,-)                   |                                                    |
|              |            | Dačice           | 15:30 - 22:00 (140,-)                                    | 8:00 - 22:00 (220,-)                   |                                                    |
|              |            | Třeboň           | 18:00 - 6:00 (105,-)                                     | stále (140,-)                          | zastupitelstvo schválilo příspěvek na LSPP         |
|              |            | Č. Krumlov       | 18:00 - 22:00 (189,-)                                    | 8:00 - 22:00 (297,-)                   |                                                    |
|              |            | Frymburk         | 18:00 - 22:00 (189,-)                                    | 8:00 - 22:00 (297,-)                   |                                                    |
|              |            | Kaplice          | 16:00 - 7:00 (189,-)                                     | stále (297,-)                          | LSPP supluje ZZS                                   |
|              |            | Strakonice       | 18:00 - 6:00 (81/105,-)                                  | stále (121/157,-)                      |                                                    |
|              |            | Blatná           | 18:00 - 22:00 (81/105,-)                                 | 8:00 - 20:00 (121/157,-)               |                                                    |
|              |            | Vodňany          | 18:00 - 22:00 (81/105,-)                                 | 8:00 - 20:00 (121/157,-)               |                                                    |
|              |            | Tábor            | 18:00 - 6:00 (180,-)                                     | 8:00 - 22:00 (180,-)                   |                                                    |
|              |            | Soběslav         | 17:00 - 22:00 (90/140,-)                                 | 8:00- 22:00 (110,-)                    |                                                    |
|              |            | Bechyně          | 17:00 - 22:00 (180,-)                                    | 7:00 - 22:00 (180,-)                   |                                                    |



|              |             |                 |                                                           |                                                         |                                                    |
|--------------|-------------|-----------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|              |             | Veselí/Lužnicí  | 17:00 - 22:00 (90,-)                                      | 7:00 - 22:00 (120,-)                                    |                                                    |
|              |             | Písek           | 18:00 - 6:00 (130,-)                                      | stále (160/220)                                         |                                                    |
|              |             | Milevsko        | 18:00 - 22:00 (130,-)                                     | 8:00 - 22:00 (160/190,-)                                |                                                    |
|              |             | Čimelice        | 16:00 - 7:00 (130,-)                                      | stále (160,-)                                           |                                                    |
|              |             | Prachovice      | 7-15:30-7 (140,-)                                         | RZP (220,-)                                             |                                                    |
|              |             | Vimperk         | 7-15:30-7 (140,-)                                         | RZP (220,-)                                             |                                                    |
|              |             | Volary          | RZP (140,-)                                               | stále (220,-)                                           |                                                    |
|              |             | Vacov           | 15:30 - 7:00 (80,-)                                       | stále (110,-)                                           |                                                    |
|              |             | Týn/Vltavou     | 18:00 - 22:00 (140,-)                                     | 8:00 - 22:00 (220,-)                                    |                                                    |
|              |             | Trhové Sviny    | 18:00 - 22:00 (140,-)                                     | 8:00 - 22:00 (220,-)                                    |                                                    |
|              |             | Pelhřimov       | 16:00 - 22:00 (200Kč/h),<br>22:00 - 6:00 (800,-Kč paušál) | 8:00 - 22:00 (250Kč/h)<br>22:00- 6:00 (800,- Kč paušál) |                                                    |
| Severomorav. |             | České Buděj.    | 18:00 - 22:00 (140,-)                                     | 8:00 - 22:00 (220,-)                                    |                                                    |
|              | Karviná     | Karviná         | 18:00 - 7:00 (150,-)                                      | 7:00 - 7:00 (210,-)                                     |                                                    |
|              |             | Havířov         | 18:00 - 7:00 (150,-)                                      | 7:00 - 7:00 (210,-)                                     |                                                    |
|              | Frýd.-Míst. | F - M           | 17:00 - 7:00 (120,-)                                      | 7:00 - 7:00 (210,-)                                     | Po 22:00 140,- nebo 180,- Kč                       |
|              | Opava       | Opava           | 17:00 - 7:00 (189,-)                                      | 7:00 - 7:00 (216,-)                                     | Po 22:00 270,- nebo 297,- pro mandátní smlouvu     |
|              |             |                 | 17:00 - 7:00 (140,-)                                      | 7:00 - 7:00 (160,-)                                     | Po 22:00 200,- nebo 220,- Kč pro doh. o prac. čin. |
|              | Nový Jičín  | Nový Jičín      | 17:00 - 7:00 (160,-)                                      | 7:00 - 7:00 (200,-)                                     |                                                    |
|              | Bruntál     | Bruntál         | 17:00 - 7:00 (160,-)                                      | 7:00 - 7:00 (200,-)                                     |                                                    |
|              |             | Krnov           | 17:00 - 22:00 (160,-)                                     | 7:00 - 22:00 (200,-)                                    |                                                    |
|              | Ostrava     | O. - Fifejdy    | 15:30 - 7:00 (100,-)                                      | 7:00 - 7:00 (150,-)                                     | nevýjezdová                                        |
|              |             | O. - Hrabůvka   | 15:30 - 7:00 (100,-)                                      | 7:00 - 7:00 (150,-)                                     | nevýjezdová                                        |
|              |             | O. - Poruba     | 15:30 - 7:00 (100,-)                                      | 7:00 - 7:00 (150,-)                                     | nevýjezdová                                        |
|              | Šumperk     | Šumperk         | slouží PL                                                 | 8:00 - 22:00 (180,-)                                    | svátky 220,-                                       |
|              | Přerov      | Přerov          | 17:00 - 22:00 (160,-)                                     | 8:00 - 20:00 (180,-)                                    | svátky 220,- Po 22:00 slouží DO.- nevýjezdová      |
|              | Olomouc     | Olomouc         | 17:00 - 22:00 (160,-)                                     | 10:00 - 22:00 (180,-)                                   | svátky 220,-. Nevýjezdová                          |
| Středočeský  |             | Pha-vých-Ričan. |                                                           |                                                         | smíšená                                            |
|              |             | Pha-vých-Brand. |                                                           | 8:00 - 22:00 (140,-)                                    | dětské oddělení nemocnice, jedná se s městem       |
|              |             | Pha-západ       |                                                           |                                                         | smíšená v Rvnicích                                 |
|              |             | Kutná Hora      |                                                           |                                                         | dětská LSPP zrušena, smíš.do 22:00, Čáslav DO      |
|              |             | Kolín           | 17:00 - 22:00                                             | 8:00 - 22:00                                            | dětská LSPP                                        |
|              |             | Kladno          | 17:00 - 22:00                                             | 8:00 - 22:00                                            | dětská LSPP - nevýjezdní                           |
|              |             | Benešov         | 17:00 - 7:00                                              | 7:00 - 7:00                                             | smíšená.Výjezdy 17-22/So,Ne 8-22 (300,-)           |
|              |             | Beroun          | 17:00 - 22:00                                             | 8:00 - 22:00                                            | jen dospělá                                        |
|              |             | Mělník          | 17:00 - 22:00                                             | 8:00 - 22:00                                            | smíšená                                            |
|              |             | - Kralupy/Vlt.  |                                                           |                                                         | zrušeno                                            |
|              |             | - Neratovice    |                                                           |                                                         | dětská LSPP provozovaná městem                     |
|              |             | Mladá Boleslav  | 17:00 - 22:00 (160,-)                                     | 8:00 - 22:00 (180,-)                                    | dětská - nevýjezdní, poté přebírá péči oddělení    |
|              |             | Příbram         | 17:00 - 22:00 (160,-)                                     | 8:00 - 22:00 (180,-)                                    | dětská - nevýjezdní                                |
|              |             | Nymburk         |                                                           |                                                         | asi DO v Nymburce                                  |
|              |             | Rakovník        |                                                           | 13:00 - 18:00 (180,-)                                   | dětská - nevýjezdní                                |

ZZS, popřípadě s pověřenými obcemi.

5. Zajištění LSPP primárně jako nevýjezdní, zhruba pokrytí oblasti bývalých okresů optimálně 100 000 obyvatel, i když velikost populace původních okresů kolísala mezi 75 000 - 200 000.

6. Koordinace zabezpečení LSPP pro děti a dorost s LSPP pro dospělé a RZS je žádoucí.

7. Dostupnost LSPP běžnými dopravními prostředky do 60 minut.

Zveřejněno na žádost  
MUDr. Josefa Guta jménem ČPS

#### Komentář:

1. Základním problémem LSPP je právě to, že je tato problematika řešena legislativou naprosto minimálně a nevyhovujícím způsobem. Tomu odpovídá i skutečnost, že v uvedeném výčtu právních norem je obecně závazná pouze ta poslední, všechno předcházející má pouze charakter doporučení.

2. Určitě vidím určitý rozpor mezi citovaným Věstníkem MZd ČR 7/1981 v částce 22/1981 Sb., paragrafem 11 a uvedeným komentářem k Věstníku MZd 1/2003 s tím, že pokud se uvažuje o jakémkoliv formě začlenění personálu lůžkového zařízení do systému pohotovostních služeb (viz níže) určitě by to mělo být osobně se zainteresovanými projednáno.

3. Lze polemizovat s bodem č. 2 stanoviska ČPS, a to i vzhledem ke znění bodu 4 téhož stanoviska. Jde tedy o zvážení, zda není zbytečným plýtváním, pokud statistiky ukazují v době od 22 hod do 7 hod ranní méně než 1 kontakt dětského pacienta na dětské LSPP. Jistě nemusím zdůrazňovat, jaké řešení se nabízí, ale opět opakuji, je nutno ho se všemi zainteresovanými projednat.

4. Poslední polemickou otázkou je řekněme 24 hodinová péče o pacienty. Současný stav je takový, že PLDD je placen formou

KKVP na základě propočtu 8,5 hodinové práce. Tato skutečnost je doložitelná!!! Pokud se tedy hovoří o zajištění péče nad tuto dobu, je to v současnosti ryze smluvní záležitost. Žádná právní norma neukládá povinnost zajistit PLDD péči 24 hod. PLDD dle našich zkušeností jsou ochotni se na zajištění péče v mimořádné době podílet, ovšem za přijatelných podmínek, tj. které respektují jejich odbornost vč. finančního ohodnocení. Neodmítáme ani tzv. 24 hodinový model, tj. celonoční dětskou LSPP, ale opět kladu otázku, nejde často o zbytečné plýtvání? Podle mne nejde doporučit univerzální model, ale vždy musí být plastický tak, aby případný dopad na chod dětského oddělení byl minimální, pokud bude na zajištění tohoto druhu péče participovat. Nehovoříme pak o ukončení dětské LSPP např. ve 22 hod, ale o zajištění péče o dětské pacienty formou dětské LSPP do 22 hod a dále formou



ÚPS na dětském oddělení a to samozřejmě při splnění výše uvedeného.

### ■ Dějství třetí:

#### Stanovisko krajské rady ČLK Libereckého kraje

Zasedání krajské rady České lékařské komory Libereckého kraje spolu se zástupci Sdružení praktických lékařů a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost konané dne 28.4.2003 v Liberci přijalo toto usnesení k problematice zrušení lékařské služby první pomoci (LSPP) v Libereckém kraji:

1. Přes naše opakovaná varování Zastupitelstvo Libereckého kraje svým rozhodnutím ze dne 22.4.2003 zrušilo lékařskou službu první pomoci (LSPP) v Libereckém kraji.

2. Liberecký kraj svým neodůvodněným nekompetentním rozhodnutím zrušil i LSPP v České Lípě, kterou dosud sám dával za vzor progresivního a fungujícího modelu LSPP.

3. Liberecký kraj se rozhodl k zajištění pohotovostí využít ambulance lůžkových oddělení nemocnic, které ale dle našeho názoru

nejdou schopny LSPP nahradit.

4. Liberecký kraj zrušením LSPP rezignoval na řešení pohotovostí v obtížně dostupných částech regionu a v oblastech se sezónním přílivem rekreatantů.

5. Praktičtí lékaři i praktičtí lékaři pro děti a dorost se do poslední chvíle snažili LSPP zachovat. Tito lékaři jsou trvale připraveni se při změně podmínek opět na službách LSPP podílet v souladu s platným právním řádem České republiky.

6. Liberecký kraj uvolnil plně dostačující finanční prostředky: 60,- Kč na obyvatele a rok, tj. téměř 30 milionů ročně, na zajištění pohotovostí.

7. Tyto peníze by při správném hospodaření bohatě stačily na pokrytí veškerých nákladů LSPP včetně mzdových požadavků lékařů. Přesto kraj LSPP zrušil.

8. Obáváme se, aby nemalé prostředky určené na přednemocniční péči neskončily jako skrytá dotace v rozpočtech vybraných nemocnic.

Opětovně zdůrazňujeme že Krajská rada

České lékařské komory Libereckého kraje a zástupci Sdružení praktických lékařů a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost doporučují LSPP v Libereckém kraji zachovat a jsou připraveni k dalším jednáním.

V Liberci dne 28.4.2003

**MUDr. Helena Stehlíková**  
předsedkyně Krajské rady ČLK  
Libereckého kraje  
členka představenstva ČLK

*Jistě jste z textu pochopili, jaké taky řešení zvolil Liberecký kraj. Uvedené stanovisko zveřejňujeme i proto, že se domníváme, že je to jedna z možností, jak na uvedenou situaci reagovat.*

Pro Vox připravil:  
**MUDr. Pavel Neugebauer**  
předseda SPLDD ČR

## Usnesení regionální konference SPLDD regionu Praha a Středočeského kraje konané dne 12.4.2003 v Praze

**1. Konference bere na vědomí: Zprávu o činnosti SPLDD regionu Prahy a Středočeského kraje za rok 2003, přednesenou předsedkyní MUDr. Vitoušovou.**

#### **2. Konference schvaluje:**

a) zprávu o hospodaření regionu za rok 2002 přednesenou pokladníkem regionu MUDr. Růžkovou a revizní zprávu přednesenou předsedou Revizní komise MUDr. Kopeckým.

b) návrh rozpočtu regionu na rok 2003

#### **3. Konference zvolila:**

Výbor ve složení: MUDr. Vitoušová, MUDr. Procházka, MUDr. Kionková, MUDr. Nulíčková, MUDr. Soukup, MUDr. Struková, MUDr. Růžková.

Revizní komisi ve složení: MUDr. Nízká, MUDr. Pajdlová, MUDr. Kopecký

#### **4. Konference ukládá:**

a) MUDr. Halaškové dokončit seznamy PLDD regionu pro porodnice a jejich novorozenecká odd.  
b) okresním zástupcům zmapovat představy členské základny o budoucí podobě dětské LSPP v daných okresech. O výsledcích informovat písemně MUDr. Vitoušovou do 30.4.2003.

c) nově zvolenému výboru dále vést jednání ve věci dětské LSPP na úrovni regionu s cílem dopracovat se oficiálního stanoviska představitelů kraje.

d) úzce spolupracovat s krajskými úřady.

#### **5. Konference doporučuje:**

Republikovému výboru SPLDD

a) iniciovat jednání vedoucí k zamezení volného pohybu pacientů v systému zdravotní péče.

b) diskutovat zavedení spoluúčasti pacienta na zdravotní péči včetně LSPP (Slovenský model)

c) diskutovat možnosti připojištění pacienta

d) dbát na rozšiřování diagnostických možností a odborných erudií praktických lékařů pro děti a dorost.

e) jednat s VZP a ministerstvem o možnosti zvýšení věkové hranice registrace pojištěnců v ordinacích PLDD

**6. Konference děkuje:** MUDr. Halaškové za dlouholetou skvělou práci pro SPLDD a přeje vše nejlepší do dalších let.

V Praze 13.4.2003

*Za návrhovou komisi:*

**MUDr. Kopecký**

#### **Regionální výbor SPLDD Praha a Střední Čechy:**

##### **Předseda regionu Praha:**

MUDr. Ivana Nulíčková  
Palackého 5, 110 00 Praha 1  
tel.: 224 947 711, 7717

##### **Předseda regionu stř. Čechy:**

MUDr. Eva Vitoušová  
Riegrova 339, 250 01 Brandýs/L.  
tel.: 326 902 310

##### **Reg. zástupce pro vzdělávání –Praha:**

MUDr. Nora Struková  
Poliklinika Modřany, Soukalova 3355  
143 00 Praha 4, tel.: 241 763 719

##### **Reg. zástupce pro vzdělávání–stř. Čechy:**

MUDr. Bohuslav Procházka  
Rejskovo nám. 62, 284 01 Kutná Hora  
tel.: 327 503 420

##### **Ostatní členové výboru:**

MUDr. Alena Kyjonková  
U lékárny 306, Odolná Voda  
tel.: 283 971 356  
MUDr. Tomáš Soukup  
Lovosická 440, 190 00 Praha 9  
tel.: 266 010 119

##### **Pokladník regionu Praha a stř.Čechy:**

MUDr. Renata Růžková  
Na dlouhém lánu 11, 160 00 Praha 6  
tel.: 251 097 244



## Usnesení Regionální konference Severočeského regionu konané dne 5.4.2003 v Liberci

### Konference bere na vědomí:

- zprávu o činnosti, přednesenou Dr. Roškotovou a Dr. Hronovou
- zprávu o hospodaření, přednesenou Dr. Hronovou
- zprávu Regionální revizní komise Severočeského regionu, přednesenou Dr. Suchopárovou

### Konference schvaluje:

- rozpočet Severočeského regionu SPLDD na rok 2003

### Konference zvolila:

- členy Výboru Severočeského regionu, ve složení: MUDr. Jana Sudková, MUDr. Jana Kulhánková, MUDr. Romana Balatková, MUDr. Jarmila Kotowská, MUDr. Věra Kruková
- členy Revizní komise Severočeského regionu, ve složení: MUDr. Mirka Svobodová, MUDr. Petr Michalík, MUDr. Libuše Šanderová

### Konference konstatuje:

- nezbytnost průhledné ekonomiky provozů LSPP, je třeba zachovat prioritu ohodnocení práce lékaře
- je nezbytné oddělit provoz ÚSP a LSPP, jeden lékař nemůže sloužit obě pohotovostní služby současně, LSPP nemůže dle platných právních předpisů sloužit jako náhrada RZP
- nespokojenost zástupců SPLDD Libereckého kraje s průběhem jednání o koncepci přednemocniční péče, ke kterému přes opakované žádosti nebyli dosud přizváni, není možné tak závažnou problematiku projednávat na poslední chvíli a v časové tísní
- provoz LSPP je garantován státem, nelze činit nátlak na PLDD, aby zajistili tuto činnost vlastními silami a náklady
- souhlasíme s návrhem ustavení jedné DLSPP na okrese
- je nezbytné dořešit ve spolupráci s představiteli

SPLDD koncepci LSPP v Semilském okrese, která byla dosud ze strany odboru zdravotnictví LK přehlížena

- že, revizní komise Severočeského regionu zvolila svým předsedou MUDr. Petra Michalíka

### Konference vyzývá:

- členy a funkcionáře SPLDD k jednotnému postupu při jednáních o koncepci LSPP
- představitele KÚ Libereckého kraje k včasnému jednání o problematice LSPP se zástupci SPLDD, ještě před projednáním koncepce pohotovosti v radě a zastupitelstvu kraje
- předsednictvo Sdružení k jednání s VZP o rozšíření seznamu výkonů hrazených mimo kapítaci, zohledňujících kvalitu a kvantitu práce v ordinaci PLDD, a to jak přeřazením některých výkonů ze seznamu výkonů kapítovaných, tak i zaváděním výkonů nových (např. CRP, atp.)
- Výkonový výbor Sdružení ke zpracování a předložení právně podloženého rozboru možností přímých plateb v ordinacích PLDD, včetně vazby na zdravotní péči poskytovanou mimo běžnou ordináční dobu

### Konference ukládá:

- Výboru regionu, uskutečnit v nejbližším možném termínu první schůzku, nejpozději 16. dubna 2003, na které bude zvolen předseda a funkcionáři regionu
  - Výboru regionu, dodat redakci Voxu usnesení konference a kontaktní adresy nových členů regionálního výboru ke zveřejnění
- Konference vyjádřila poděkování MUDr. Olze Roškotové za dlouholetou obětavou činnost ve funkci předsedy výboru Severočeského regionu.

### Regionální výbor Severní Čechy

#### předsedkyně regionálního výboru:

MUDr. Věra Kruková  
ordinace: Liberecká 19,

463 42 Hodkovice nad Mohelkou,  
tel.: 485145209, fax: 485252950,  
mobil: 603840609,  
e-mail: verakrukova@volny.cz,  
bydliště: Gagarinova 776, 460 07 Liberec 6,  
tel.: 482770996

### pokladník:

MUDr. Jana Sudková  
ordinace: Krušnohorská 256, 403 39 Chlumec,  
tel. 475224128, mobil: 777154457,  
e-mail: p.sudek@tiscali.cz  
bydliště: Zálužanská 353, 403 39 Chlumec,  
tel.: 482714359

### místopředseda pro Liberecký kraj:

MUDr. Jarmila Kotowská  
ordinace: U Stavidel 846, 468 22 Železný Brod,  
tel.: 468389153, mobil: 602306487,  
e-mail: j.kotowska@centrum.cz,  
bydliště: U Stavidel 234, 468 22 Železný Brod

### místopředseda pro Ústecký kraj:

MUDr. Jana Kulhánková  
ordinace: U Pivovarské zahrady 5,  
400 07 Ústí nad Labem, tel.+fax: 475500549,  
mobil: 723576456,  
e-mail: kulhankovajana@seznam.cz  
bydliště: Šaldova 7, 400 07 Ústí nad Labem,  
tel. 475201905

### jednatel:

MUDr. Romana Balatková  
ordinace: Fibichova 2866, 434 01 Most,  
tel. 476707766, fax. 476706788,  
mobil: 602640266, e-mail: r.balatкова@nextra.cz,  
bydliště: J. Vrbý 1645/6, 434 01 Most,  
tel.: 476708099

## Usnesení Regionální konference Východočeského regionu konané dne 26.4.2003

### Konference VČ regionu SPLDD vzala na vědomí:

- projev Dr. Šrůtkové, kde oznámila, že nehodlá dále kandidovat do předsednictva Regionální rady. Účastníci konference jí za 11-ti letou práci vyslovili dík.
- prezentace přítomných farmaceutických firem
- zpráva o činnosti VČ regionu Dr. Šrůtkové
- zpráva o hospodaření Dr. Doležalové
- zpráva revizní komise Dr. Válové
- zpráva mandátové komise o účasti na konferenci (61 přítomných)
- vystoupení předsedkyně OSPDL ČR Dr. Cabrnchové (ZOP, obor PLDD)
- vystoupení místopředsedy SPLDD Dr. Soukupa – zprávu Dr. Dvořákové o problematice LSPP Pardubického kraje

■ sdělení předsedy Dr. Neugebauera o problematice financování LSPP obecně

V odborné části vyslechla přednášku prim. Dr. Guta „Porucha kontinence v dětském věku“.

### Konference zvolila:

- mandátovou komisi
- návrhovou komisi
- volební komisi
- novou Regionální radu ve složení: Dr. Doležalová (58), Dr. Hrunka (56), Dr. Bártová (50), Dr. Petráčková (33) – revizní komisi ve složení: Dr. Jahodová (61), Dr. Závřelová (60), Dr. Vločková (59). Regionální rada zvolila ze svého středu jako předsedu Dr. Hrunku, místopředsedu Dr. Bártovou a Dr. Paverovou, pokladníky Dr. Doležalovou. Předsedkyní revizní ko-

mise se stala Dr. Závřelová.

### Konference schvaluje:

- rozpočet na rok 2003

### Usnesení konference VČ regionu SPLDD:

Reg. konference ukládá republikovému předsednictvu dále pokračovat v jednáních se ZP o prosazování výkonu CRP, rozšíření věkové hranice do ukončení vzdělání dorostu. Navrhuje změnu systému reg. konferencí. Po diskusi k novému ZOP požaduje vypuštění některých nevhodných formulací týkajících se informací pro rodiče v příloze „Růstové grafy“ a žádá, aby do doby této úpravy byl ZOP vydáván rodičům bez této přílohy. Pro budoucí rozhodování doporučuje konference navrhané změny projednávat na všech úrovních a seznámovat členy v předstihu i s prototypy návrh. doku-



mentů prostřednictvím okresních a regionálních zástupců.

Konference vyjadřuje znepokojení nad neustálou špatnou platební morálkou VZP ČR. Trvá opoždění plateb až o 21 dní.

Konference nesouhlasí s osobními aktivitami reg. zástupce odb. společnosti Dr. Hanouska v souvislosti s koncepcí samostatného oboru PLDD, které nereprezentují názory většiny členů SPLDD.

Konference ukládá nově zvolenému výboru napsat Krajským zdrav. radům politování, jak přehlíží SPLDD. Dokladem je jejich neúčast na reg. konferenci.

#### **Regionální výbor Východní Čechy**

##### **Předseda:**

MUDr. Hrunka Štefan

Pernštýnska 127/I, 503 51 Chlumeck nad Cidlinou

tel.: 495 485 403, mob.: 603 773 071

e-mail: hrunka@tiscali.cz

##### **Členové:**

MUDr. Bártová Eva

Komenského 323, 509 01 Nová Paka

tel.: 493 721 375, mob.: 723 823 666

e-mail: ebartova@iol.cz

MUDr. Doležalová Alena

L. Malé 656, 530 12 Pardubice

tel.: 466 263 145, mob.: 605 731 043

MUDr. Paverová Dagmar

Nádražní 309, 542 01 Žacléř

tel.: 499 776 415, mob.: 601 242 101

e-mail: paverova@volny.cz

MUDr. Petrtylová Zuzana

544 72 Bíla Třemešná 31

tel.: 499 396 363, 499 691 010

mob.: 603 938 665, 728 509 467

e-mail: petrtyl@quick.cz

## Omlouvání žáků a studentů

### povinnost lékaře potvrdit návštěvu žáka

**Právními předpisy upravený vztah, týkající se dané problematiky, existuje prakticky pouze mezi zákonným zástupcem žáka (studenta) a školou.** Toto zcela zřetelně uvádí jak vyhláška č. 291/1991 Sb., o základní škole (§3, odst. 8): „Nemůže-li se žák zúčastnit vyučování z důvodů předem známých žákovi nebo jeho zástupci, **požádá zástupce žáka třídního učitele nebo ředitele školy o uvolnění z vyučování.** Nemůže-li se žák zúčastnit vyučování z nepředvídaného důvodu, **je zástupce žáka povinen nejpozději do dvou dnů oznámit třídnímu učiteli důvod nepřítomnosti.** Dobu, na kterou žáka uvolní třídní učitel nebo ředitel školy, stanoví řád školy.“, tak i vyhláška č. 354/1991 Sb., o středních školách (§2 odst. 2): „Nemůže-li se nezletilý žák zúčastnit vyučování, **požádá zákonný zástupce žáka, pěstoun nebo občan, popřípadě ústav, jemuž byl žák na základě soudního rozhodnutí svěřen do výchovy (dále jen „zástupce žáka“), třídního učitele nebo mistra odborné výchovy o uvolnění z vyučování; je-li žák ubytován v domově mládeže, uvědomí současně o tom vychovatele.**“ §2 odst. 3): „Nemůže-li se nezletilý žák zúčastnit vyučování z důvodu, který nemohl předem předvídat, **je zástupce žáka, popřípadě vychovatel, jde-li o žáka ubytovaného v domově mládeže, povinen nejpozději do 3 dnů oznámit třídnímu učiteli nebo mistru odborné výchovy důvod nepřítomnosti.** Zástupce žáka ubytovaného v domově mládeže sdělí důvod nepřítomnosti též vychovateli.“)

Obdobně i zákon č. 29/1984 Sb., o soustavě základních a středních škol, v §36 ukládá **zákonnému zástupci dítěte, pěstounovi či občanovi (popř. ústavu) jemuž bylo dítě svěřeno do výchovy, dbát, aby docházelo do školy pravidelně a včas.** Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, hovoří mimo jiné i o **povinnosti rodičů důsledně chránit zájmy dítěte, ří-**

**dít jeho jednání a vykonávat nad ním dohled.**

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že **osobou jejíž povinností je omlouvat v nutných případech neúčast na vyučování je nepochybně zákonný zástupce** (v praxi nejčastěji rodič). Tuto povinnost **nelze přenést na ošetřujícího lékaře** ani z morálního, ale ani z právního hlediska.

Určité problémy způsoboval výklad ustanovení předmětných výše uvedených vyhlášek (vyhl. č. 291/1991 Sb., o základní škole, vyhl. č. 354/1991 Sb., o středních školách), které umožňují v určitých odůvodněných případech škole požadovat další doklad zdůvodňující nepřítomnost žáka (vyhl. č. 291/1991 Sb., o základní škole, §3 odst. 9): „Nepřítomnost žáka omlouvá zástupce žáka; V odůvodněných případech **může škola požadovat lékařské potvrzení o nemoci žáka** či jiný úřední doklad potvrzující důvod nepřítomnosti žáka.“, vyhl. č. 354/1991 Sb., o středních školách, §2 odst. 4): „Třídní učitel nebo mistr odborné výchovy **omlouvá nepřítomnost žáka při vyučování na základě omluvenky podepsané zástupcem žáka nebo vychovatelem nebo lékařem.**“).

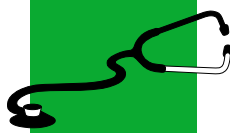
Škola má **možnost**, aby se v případě pochybností nespokojila pouze se sdělením zákonného zástupce a požadovala další doložení. V praxi ovšem **musí být žádost o doložení směřována vždy na zákonného zástupce** (nikoli přímo na jinou osobu, např. lékaře), neboť dle příslušných ustanovení **on je tím, který žádá o omluvení či oznamuje nepřítomnost.** Zde je nutno upozornit na skutečnost, že požadavek školy na doložení lékařského potvrzení zákonným zástupcem však může být nesplnitelný, neboť **žádný právní předpis ošetřujícímu lékaři takového potvrzení vystavit neukládá**, a tudíž zákonný zástupce nemusí být schopen toto získat. Povinnost tohoto není

upravena v žádném zákoně (neboť pouze předpisem takovéto právní síly jde ukládat povinnosti – viz. Listina základních práv a svobod), ale povinnost potvrdit návštěvu u lékaře není uložena ani předpisem nižší právní síly. Argumentace vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam výkonů s bodovými hodnotami, která se občas objevuje, neobstojí. Tato vyhláška v obsahu výkonů uvádí v dispozitivním výčtu administrativní činnosti pouze vydávání potvrzení, u kterých je povinnost je vystavit uložena právním předpisem vyšší právní síly (zákonem) – např. PN, OČR, předání zprávy jinému ošetřujícímu lékaři z důvodu zajištění návaznosti zdravotní péče.

Protože v minulosti se vyskytly určité problémy mezi školami, orgány státní správy v resortu školství a praktickými lékaři pro děti a dorost, byla iniciována jednání s MŠMT, jehož účelem bylo dohodnout určitý doporučený postup. Protože těchto jednání jsem se, spolu s MUDr. Neugebauerem (předseda SPLDD ČR), účastnil, mohu konstatovat, že právní situace nebyla předmětem sporu. **Naší snahou bylo vytvořit metodický pokyn, kterým by MŠMT upravila postup škol při požadování omluvenek od lékařů v podstatně menším rozsahu než doposud. Ze strany Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR pak došlo k doporučení vůči lékařům postupovat dle metodického pokynu, byť ani takovýto postup není vůči nim vynutitelný.**

Vzhledem k tomu, že metodický pokyn byl projednán a MŠMT vydán po dohodě se Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost ČR, předpokládám, že toto i nadále doporučuje svým členům postupovat ve smyslu tohoto pokynu.

**Mgr. Jakub Uher**



# Zápis OSPDL ČLS JEP

## ze dne 14.5.2003

**Přítomni:** MUDr. Cabrnchová, MUDr. Liška, MUDr. Marek, MUDr. T. Soukup, MUDr. Krejčík, MUDr. Růžicková, MUDr. Procházka, za revizní komisi MUDr. Kolářová

**Hosté:** MUDr. Kudyn, MUDr. Seifertová, MUDr. Vurmová

■ Za účasti MUDr. Kudyna projednány podmínky spolupráce OSPDL v redakční radě. Pozvánky na redakční radu obdrží vždy i MUDr. Cabrnchová, která prostřednictvím zástupců OSPDL v redakční radě zajistí dodání aktuálních materiálů do časopisu. V předstihu bude výbor pomáhat připravovat odborná témata k prezentaci v souladu s edičním plánem. Diskutována také písemná žádost redakční rady časopisu Čs. pediatrie na finanční příspěvek pro časopis. Žádost je překvapující s ohledem na inzerovanou ziskovost tohoto časopisu v zápise z výboru ČPS. Bohužel není v možnostech OSPDL přispívat na tento časopis, prioritou je pro nás časopis VOX a ani tam nemůže OSPDL přispívat finančně, pouze deleguje své zástupce do redakční rady a pomáhá v zajišťování materiálů.

■ Hostem výboru byly MUDr. Seifertová a MUDr. Vurmová, které výbor informovaly o aktivitách pracovní skupiny pro očkování (varicelová studie, akce Twinrix, mediální vystoupení, školicí akce pro zdravotní sestry). Výbor velmi kladně hodnotí celou aktivitu spojenou se vzděláváním sester v letošním roce a domnívá se, že bude nutné v této aktivitě pokračovat i příští rok. MUDr. Seifertová přinesla na výbor program školitelů, bylo zmíněno, že MUDr. Neugebauer se telefonicky omluvil pořadatelům školitelů za vzniklou kolizi termínu akce školitelů a republikového sněmu SPLDD. Delegáti sněmu byli obeznámeni s možností vyslat za sebe zástupce v případě, že se chtějí zúčastnit školitelů. Výbor OSPDL ale kritizuje, že příprava akce školitelů neproběhla dle domluvených a zveřejněných pravidel spolupráce (dopředu nebyl diskutován program, ani nebyl vyhrazen termín pro OSPDL). MUDr. Cabrnchová přesto nabídla pro zdárný průběh celé akce, že se zúčastní akce v sobotu dopoledne.

■ Žádost kliniky LOGO o stanovisko k projektu byla předána členům výboru s žádostí o vyjádření do 14 dnů.

■ Studie Javorník nebude probíhat oficiálně pod záštitou OSPDL, individuální aktivity jsou možné.

■ Výbor byl informován o chybách v percentilových grafech, které jsou přílohou ZOP. V časopise VOX jsou uveřejněny aktuální platné grafy. Příloha

ZOP je plně v kompetenci ČPS a mrzí nás, že k této situaci došlo. Bude diskutováno na redakční radě průkazu a učiněna náprava v další edici. Primáři novorozeneckých oddělení byli informováni dopisem a rozeslány byly i vlepvací opravy do ZOP.

■ Aktuální situace PLDD: Parlamentem ČR byl přijatý zákon o vzdělávání, který definuje obor praktický lékař pro děti a dorost a praktický lékař pro dospělé. Přes protesty některých kolegů pediatriů za situace, kdy se chystá dokonce již i náplň postgraduálního vzdělávání oboru rodinný lékař (v zápise z výboru ČPS je informace, že tímto byl pověřen kolega Herber!) je to i v souladu s návrhem zákona jediné možné řešení, jak promítnout dohodu s pediatrií do reálné podoby a zabránit tak, aby v primární péči byly dva obory, a to PL a rodinný lékař bez oboru PLDD. Rozhodně výbor trvá na 5leté přípravě v souladu s dohodou. V souvislosti s koncepcí pregraduální výuky nesouhlasí s aktivitami směřujícími ke zkrácení přípravy v oboru PLDD a postavení jí v případě délky do roviny s oborem praktický lékař (informace ze Senátu ČR). Přesto zákon bude dále projednáván v Senátu, kde mohou ještě nastat značné změny. Výbor doporučuje vyčkat na konečnou podobu zákona.

■ Výbor byl informován o průběhu VČ konference SPLDD, kde byla i diskutována problematika dopisu MUDr. Hanouska-regionálního zástupce OSPDL paní ministryni. V odhlasovaném usnesení se konstatuje, že konference nesouhlasí s těmito aktivitami v souvislosti s koncepcí nového oboru, neboť názory kolegy nerepresentují názory většiny členů. V této souvislosti bude MUDr. Hanousek osloven formou dopisu předsedkyně OSPDL, aby zvážil své setrvání ve funkci regionálního zástupce OSPDL.

■ Pozvánka na konferenci od firmy Nutricia. Firmu bude kontaktovat MUDr. Procházka a projedná požadované návrhy změny společné studie. Konference se zúčastní MUDr. Soukup, MUDr. Kolářová a MUDr. Růžicková.

■ Projednané návrhy na sjednocení kódů diagnos u konkrétních typů očkování neřeší stále možné duplicity ve vykazování, proto bude konsultována VZP ČR s návrhem na doporučení jednotného postupu. Pro účely možné kontroly provedení očkování je nutné, aby je všichni lékaři vykazovali jednotně.

■ Návrh nové podoby zdravotní dokumentace (karty) bude rozeslán k připomínkám, navrhuje se, aby se touto problematikou začala zabývat

samostatná skupina. Po shromáždění všech materiálů, bude projednáno na příštím výboru.

■ Informace MUDr. Krejčíka a MUDr. Cabrnchové z jednání s firmou GSK o plánech na další spolupráci v roce 2004.

■ Do příštího výboru budou MUDr. Liškou shromážděny návrhy regionů na páteří akce pro rok 2004.

■ Po přečtení zápisu z výboru ČPS musíme opravit informaci týkající se homeopatie. Homeopatická společnost se proti svému vyloučení z ČLS odvolala a dle předběžných informací se svým odvoláním uspěla. I v případě neúspěchu nemá odborná společnost možnost jakkoliv zasahovat do informace, kterou lékař umísťuje na dveřích své ordinace.

■ Na MZČR proběhlo jednání poradního orgánu pro péči o dítě, jeho zápis bude zveřejněn. Lze konstatovat, že zástupci odsouhlasili společné stanovisko k LSPP, nikde se nehovoří o 24 hodinovém zajištění této péče praktickým lékařem. Model primární péče v ČR s touto variantou při svém nastavení nepočítal, změna modelu péče by předpokládala jednání a to i za účasti plátců zdravotní péče, tedy zdravotních pojišťoven.

■ Opakovaná jednání na MZČR v komisi pro přípravu národní antibiotické politiky spějí snad ke zdárnému konci, zatím ustanoveny pracovní skupiny a jejich koordinátoři. Pro práci na přípravě návrhů rozsahu náplně činnosti antibiotických středisek je nutné delegovat zástupce OSPDL do subkomise pro antibiotika při ČLS JEP. Navržen MUDr. Marek.

■ Příprava semináře na téma ATB a účinnosti průběžného auditu ATB preskripce dne 27.5.2003, pozvánky rozeslány. Plánována i tisková konference za účasti MUDr. Cabrnchové, prof. Švihovce a prim. Jindraka.

■ MUDr. Kolářová bude iniciovat přípravu revizní zprávy za rok 2002.

■ Přijetí nových členů OSPDL: MUDr. A. Dvořáková, MUDr. I. Veselá, MUDr. V. Čejková, MUDr. M. Píková, MUDr. L. Štumpfová, MUDr. M. Salášková, MUDr. P. Hanzl.

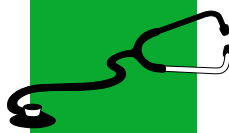
Příhlášku poslaly i kolegyně MUDr. M. Plaňanská, MUDr. J. Kadlíčková, MUDr. B. Králová, MUDr. D. Donnerová, MUDr. I. Hlavatá, MUDr. D. Valová, MUDr. A. Turečková, které jsou vedeny v naší databázi jako členové, ale ověříme jejich členství na ČLS JEP.

Zapsal: MUDr. Cabrnchová  
Ověřil: MUDr. Krejčík

## CK ELECTRA TOURS

**prodlužuje příjem návrhů na klimatické pobyty pro děti „Zlatá rybka“ do 20. 6. 2003.**

Žádáme pediatriy, aby vyplněné návrhy zasílali do tohoto termínu na adresu: CK ELECTRA TOURS, Slezská 20, 120 00 Praha 2.



# Retence varlete

MUDr. Petr Polák, MUDr. Petr Vavrovič

Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

První zmínka o retinovaném varleti je z roku 1786, kdy John Hunter publikoval nález intraabdominálně uloženého varlete u 7 měsíčního plodu. Přestože je tato zmínka více jak 200 let stará, tak z každodenní praxe vidíme, že správný postup v léčbě tohoto stavu není dostatečně znám. Zvláště v oblasti správného časování jednotlivých kroků léčby. Není výjimkou pacient, který retinované varle nemá vyřešeno ani v pubertálním období.

Retence varlete je stav, kdy varle není přítomno ve skrotu. Výjimkou je tzv. retraktilní varle, kdy je varle uloženo v tříse, ale při vyšetření jde stáhnout volně do skrota a po uvolnění tahu ve skrotu zůstává. Dále je nutno vysvětlit termín kryptorchismus. Tímto termínem je označováno intraabdominálně uložené varle, ale v současné době je spíše synonymem pro varle nehmátné. Nesestoupilé varle je nejčastější poruchou sexuální diferenciacce. Jednostranný nebo oboustranný kryptorchismus se vyskytuje asi u 3,4 až 4% donošených novorozenců, u nedonošených je výskyt ještě vyšší. Přibližně u 3/4 až u 4/5 z nich dochází ke spontánnímu sestupu v průběhu prvních měsíců života. Spontánní sestup po ukončení prvního roku života je extrémně výjimečný a v případech později pozorovaného sestupu jej představují spíše retraktilní testes. Výsledná prevalence kryptorchizmu u hochů po prvním roce života je kolem 0,7–0,8%.

Pro správné pochopení této problematiky je důležitá zmínka z oblasti embryologie. Základem pro vývoj pohlavních orgánů je plica urogenitalis, tedy přesněji její medioventrální část – tzv. pohlavní lišta – *plica genitalis*. Tato lišta je velmi dlouhá, sahá od segmentu Th6 až po prvosegment S2. Pohlavní lišta se však celá nevyvine v pohlavní žlázu. Kraniální úsek až po 3.–4. lumbální segment zaniká beze stopy. Kaudální část se přeměňuje ve vazivový pruh Hunterův (*gubernaculum Hunteri*), přecházející až do tříselné krajiny jako plica inguinalis. V pohlavní žláze se diferencuje jen střední část pohlavní lišty (oblast L4–5). Při sestupu varlete má funkční význam vazivový pruh – gubernaculum testis (Hunteri), které se táhne od kaudálního konce vzniklého varlete po laterálních okrajích páneve k přední stěně břišní a končí v pohlavních vanech. Tento vazivový pruh proniká břišní stěnou ještě v době, kdy není vytvořeno příčné pruhované svalstvo stěny. Při vzniku plošných svalů přední stěny vzniká tedy primitivní tříselný kanál, kterým pro-

chází vazivový pruh gubernakula. Růstem těla a gubernakula je varle posouváno postupně kaudálně k inguinálnímu kanálu. Tříselným kanálem prochází varle do skrota v průběhu 7. – 9. fetálního měsíce.

U pravých nesestoupilých varlat lze tudíž předpokládat, že nikdy neprošly zevním anulem tříselného kanálu a jsou uložena intraabdominálně nebo v tříselném kanálu. Pravé retence tedy reprezentují vrozenou abnormitu nebo zpoždění v embryologickém vývoji. V případě inguinální retence varlete je varle uloženo v tunica vaginalis peritonei a v tomto případě může být součástí semenného provazce, kromě ductus deferens a testikulárních cév, i kýlní vak či vak hydrokély. V případě nehmátného varlete je nutno mít na mysli i chybění varlete – tzv. anorchismus.

Při studiu mikroskopických vzorků tkání retinovaných varlat bylo zjištěno, že zhruba do 6 let věku nejsou ve vzorcích podstatnější histologické rozdíly mezi retinovaným a skrotálně uloženým varletem. U vzorků chlapců mezi 6–11 rokem jsou histologické rozdíly výraznější. Tubuly jsou menší a je patrná peritubulární fibrosa. Také je snížen počet spermatogonií. První změny germinálních buněk jsou popisovány u 22% jednostranného kryptorchizmu již ve věku 2 let. Jako jeden z hlavních důvodů těchto změn je označována vyšší teplota v oblasti uložení retinovaného varlete oproti teplotě ve skrotu. Rozdíl je až 8°C. Z těchto údajů vychází i současný přístup v timingu operačního řešení. Celý diagnostický i terapeutický postup je plánován s ohledem na ukončení do 3 let věku pacienta.

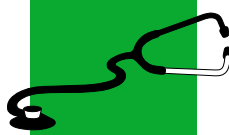
Tyto změny ve tkáních retinovaného varlete mají samozřejmě své důsledky. Vlivem nesestupu varlete dochází k porušení spermatogenezy a v případě oboustranného nálezu až ke sterilizaci pacienta. Na druhé straně virilita není ovlivněna. Libido i potence jsou normální. Stejně tak sekundární pohlavní znaky se vyvíjejí normálně. Dalším patologickým nálezem při poruše sestupu varlete může být nález tříselné kýly či hydrokély v oblasti varlete nebo semenného provazce. To samozřejmě platí i v případě inguinálně uloženého varlete. Varle, takto uložené v oblasti pánevního skeletu, je také více ohroženo zevním traumatem. Nepominutelné důsledky má tento stav v oblasti emocionální. A to jak u pacientů, zvláště ve vyšším věku, tak i u rodičů. Zásadní

otázkou je však role kryptorchizmu při vzniku malignit. Všeobecně je akceptován názor, že muži s kryptorchismem mají zvýšené riziko nádorů varlete. Udává se, že pro zvýšený výskyt nádorů varlete u kryptorchiků mohou mít význam tyto faktory: abnormální germinativní buňky, zvýšená teplota nitrotělně uloženého testis, poruchy krevního zásobení, endokrinní poruchy a gonadální dysgeneze. Vysoký výskyt intratubulární neoplázie, všeobecně považované za premaligní změny v testis, jak v retinovaném, tak i ve skrotálním testis u mužů s jednostranným kryptorchismem svědčí naopak i o jiných etiologických faktorech. Je tedy pravděpodobné, že testikulární nádory mají multifaktoriální etiologii. A tudíž, že změny ve tkáni varlete, způsobené poruchou jeho uložení, nejsou jedinou příčinou vzniku nádoru. Přesto je, na základě rozsáhlých statistických studií, uváděno zvýšení relativního rizika vzniku malignity u kryptorchizmu na 6–10 násobek oproti normálně uloženému varleti. Výskyt maligních nádorů u pacientů s kryptorchismem je asi 7%. Nejčastějším je seminom.

**Při poruše sestupu varlete můžeme varle pozorovat v následujících polohách:**

- 1) **Intraabdominální** – varle ležící proximálně od vnitřního inguinálního kruhu v retroperitoneální pozici v linii mezi dolním pólem ledviny a vnitřním inguinálním kruhem
- 2) **Intrakanalikulární** – varle je uloženo v tříselném kanálu
- 3) **supraskrotální** – v pozici mezi zevním inguinálním kruhem a skrotálním vchodem
- 4) **ektopické formy**, kdy varle prošlo kanálem a nacházíme jej v pozici perineální, pubopenilní nebo femorální
- 5) **retraktilní**, což je varle, které dosahuje skrotální pozice, ale je vytaženo ze skrota zpět do inguinálního kanálu hyperaktivním kremasterem. Na příkladu retraktilního varlete je nutno vzít v úvahu fakt, že pro určení léčebného postupu není podstatné jen uložení varlete, ale také rozsah jeho možného pohybu.

Tolik teorie. V praxi je podstatnější v prvním plánu hodnotit jen dva hlavní stavy, a to zda je varle hmatné nebo nehmátné. V případě varlete nehmátného může jít o agenezi varlete, intraabdominální retenci či o retenci extraabdominální, ale varle i tak nemusí být přístupné palpaci. V těchto případech je další postup zcela specifický a je



v první řadě zaměřen na nalezení varlete a až v řadě druhé je možná úprava jeho polohy. V případě hmatného varlete problém vyhledání odpadá.

První záchyt této diagnózy by měl být, ve většině případů, praktickým dětským lékařem. Avšak vyšetření této oblasti by neměl vynechat ani jiný pediatr či odborný lékař, který dítě vyšetřuje v přílehlé části těla či při celkovém vyšetření. Rozhodně je však nutné tuto poruchu zjistit dostatečně včas, aby byl léčebný proces zahájen před 3. rokem života pacienta. Ideální je, dle našeho názoru, období okolo 18 – 20 měsíců.

Prázdné a nevyvinuté skrotum je snadno patrné a přivádí rodiče k časnému vyšetření. Hypoplázie skrota je známkou, že varle nikdy nesestouplo. Při rozboru anamnézy je nutno zjistit, zda se skrotum vůbec někdy naplnilo a zda se neplní v teplé koupeli. Anamnéza vyklenování v suprapubické oblasti může být známkou nejen varlete, ale i inguinální kýly. Vyšetřujeme v klidu a teplým prstem v teplé místnosti, ani pacient nesmí být prokřehlý. Pacient leží na zádech s abdukanými dolními končetinami a vyšetřujeme i oblasti ektopických výskytů: pubopenilní oblast, perineum, horní část stehna. Při palpaci projíždíme prstem plošně mediokaudálním směrem podél tříselného kanálu až ke skrotu. Nalezené varle masírujeme a tlačíme směrem ke skrotálnímu vchodu pomocí oboustranné palpce. Tahem přes skrotum se jej snažíme vtáhnout až na dno skrota. Při nejasných nálezech bývají nezbytná opakovaná vyšetření. Kolem 80% pacientů odeslaných k vyšetření nesestoupilého varlete bývá klasifikováno jako retraktilní varle, které nevyžaduje operační léčbu, ale pouze masáže a opakovaná kontrolní vyšetření. Retraktilní varle, které lze opakovaně vmasírovat na dno skrota, není indikováno k operační léčbě. Doporučujeme masáže po koupeli v teplé vodě a opakované pravidelné kontroly.

Hormonální léčbu zahajujeme ve věku 1 roku. Pokud chybí obě varlata, provádíme praedynový test, kdy po podání Praedynu (LH) musí dojít k vzestupu hladiny testosteronu v krvi, což je nepřímý průkaz tkáně varlete. Terapeuticky se podává Praedyn podle věku v různých schématech, např. 1 injekce týdně po dobu 5 týdnů. Druhou možností je Kryptocur intranasální kapky (GnRH), podávané po dobu 4 týdnů. Zvyšuje rovněž produkci testosteronu, který je zodpovědný za sestup varlete. Hormonální terapií lze v hraničních případech někdy dosáhnout efektu, ale u jasných retencí obvykle nikoliv, poté přistupujeme k chirurgické exploraci. Přímo k operaci, bez konzervativní léčby, přistupujeme v případech, je-li současně přítomna větší hernie, hydrokéla, ektopie varlete nebo jde o stav po operační revizi tříselného kanálu pro kýlu. Primární revidujeme hochy v pubertě, kteří mají dostatečnou hladinu hormonů. Hormonální léčba by

měla být v současné době spíše výjimečná.

**Důvody k operačnímu řešení jsou následující:**

- 1) korekce polohy varlete jako prevence poruch fertility spojené s kryptorchismem
- 2) prevence malignity kryptorchického varlete
- 3) korekce současně přítomné tříselné kýly
- 4) prevence torze varlete
- 5) prevence psychických důsledků nehmátého varlete na dítě

Historicky bylo zavedeno více druhů fixace varlete, ale v posledních letech používáme jen dva chirurgické postupy. Prvním je operační revize třísla a orchidopexie dle Petřivského – Shoemackera. Tento přístup je vhodný v případech varlete uloženého extraabdominálně. Operace spočívá v uvolnění retinovaného varlete z místa jeho uložení, snesení všech retrahujících struktur z varlete a semenného provazce, vytvoření kanálu do skrota a fixaci varlete do podkožní kapsy, vytvořené mezi kůží skrota a tunikou dartos. Jsou tedy zapotřebí dva kožní řezy. První v oblasti třísla a druhý na skrotu.

V případě nehmátého varlete je možný pokus o jeho nález v tříselném kanálu pomocí sonografie. Je-li i toto vyšetření negativní, pak přistupujeme k laparoskopické revizi břišní dutiny a cíleně oblasti vnitřních anulů tříselných kanálů a pánve. Je však na místě varování při hodnocení sonografického nálezu. Toto vyšetření patří do rukou velmi zkušeného lékaře pro nebezpečí záměny domněle nalezeného varlete v tříselném kanálu s lymfatickou uzlinou. Tento omyl pak vede k nesprávné volbě otevřeného přístupu z třísla, při kterém může dojít k porušení anastomoz mezi arteria deferentialis a arteria testicularis. To pak vede k nemožnosti použít Fowler–Stephensovu proceduru v laparoskopické modifikaci.

Laparoskopická revize je výhodná svou komplexností. Sdružuje v sobě postup diagnostický a terapeutický. K jejím dalším nesporným přednostem patří i minimální traumatizace oblasti, možnost rozsáhlejší revize dutiny břišní, prakticky nulový výskyt pooperačních ileosních stavů, rychlé obnovení střevní peristaltiky, omezení nutnosti použití analgetik v pooperačním období, rychlá rekonvalescence a samozřejmě i lepší kosmetický efekt tohoto postupu.

Při laparoskopické revizi používáme dva porty. První pro zavedení optiky kamery laparoskopu a druhý pracovní. Port pro optiku zavádíme v oblasti pupku a pracovní port zavádíme z kontralaterálního hypogastria. Porty jsou 5 milimetrové. Při vlastním výkonu nejprve zavádíme port optický a provádíme revizi dutiny břišní. Port druhý zavádíme až po rozhodnutí, který z možných postupů je pro pacienta nejvhodnější. Při primární revizi dutiny břišní hodnotíme přítomnost kýlního vaku, přítom-

nost a pozici varlete, testikulárních cév a ductus deferens.

**Dle zhodnocení jednotlivých parametrů se rozhodujeme pro:**

- 1) primární revizi třísla
- 2) primární endoskopickou orchiektomii
- 3) Fowler–Stephensovu proceduru spočívající v přerušení testikulárních cév, uložení varlete za vnitřní anulus do třísla a revizi třísla za 2 měsíce. Fowler–Stephensova procedura vychází z ověřené existence arteriálních spojek mezi arteria testicularis a arteria deferentialis, které jsou distálně od vnitřního tříselného anulu. Testikulární cévy proto možné nad touto oblastí přerušit bez nebezpečí porušení cévního zásobení varlete.

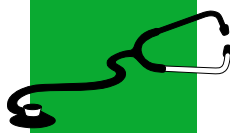
**Z těchto postupů volíme dle následujících kritérií:**

- 1) hypoplastické varle v jakékoliv pozici – orchiektomie
- 2) varle nalezeno či předpokládáno v tříslu – otevřená revize třísla a orchidopexie. Avšak v případě, že testikulární cévy jsou krátké a vinuté, pak spíše provádíme postup dle Fowlera–Stephense.
- 3) cévy jsou krátké a gubernakulum je dostatečné – Fowler–Stephens
- 4) cévy jsou dostatečně dlouhé, varle je v oblasti zevního anulu, ale ductus deferens je krátký a vinutý – endoskopické uvolnění deferentu a otevřená revize třísla
- 5) ektopické varle je uloženo v pánvi a je vytvořeno gubernakulum – otevřená revize třísla a orchidopexie
- 6) ektopické varle je uloženo v pánvi a není vytvořeno gubernakulum – otevřená revize třísla a orchidopexie. Za kritérium primární operability považujeme endoskopický pokus o přetažení varlete ke kontralaterálnímu tříselnému anulu, což je známkou dostatečně dlouhých cév.

Pooperační období bývá pacienty dobře snášeno. U obou operačních metod. Pacienti bývají propuštěni do ambulantní péče zhruba dva dny po operaci. Ambulantně jsou však prováděny kontroly minimálně ještě půl roku dle klinického nálezu v pooperačním období.

Co říci na závěr? Z celého textu je patrné, že jde o problematiku vyžadující komplexní znalost ze strany lékaře, který se má o pacienta starat. Důležitá je včasná diagnóza retence a odeslání pacienta na pracoviště, které je schopno další péči zajistit. Na toto pracoviště jsou však nyní kladeny podstatně vyšší nároky. Musí být totiž schopno zajistit nejen klasický otevřený chirurgický postup, ale i postup laparoskopický. Lékař, provádějící tento postup, musí mít dostatečné zkušenosti s laparoskopickým operováním. Těchto pracovišť není v České republice mnoho, a proto je jasné, že léčba retence varlete by měla být u nás centralizována. ■

**Nutrilon**



# Bolesti břicha u dětí

MUDr. Vladimír Černý

Dětská chirurgie, Mulačova nemocnice s.r.o., Plzeň

## ■ Úvod a druhy bolesti

Bolest břicha u dětí je častý a pro pediatra frustrující problém. Sama o sobě nemusí znamenat vážné onemocnění, je však zároveň jedním z významných příznaků náhlých příhod břišních (NPB). Z údajů o bolesti, jejím charakteru, intenzitě, okolnostech vzniku a dalších vlastností může lékař získat cenné informace. Chronická, recidivující bolest břicha je většinou záležitostí starších dětí. Život není ohrožen a čas není rozhodujícím faktorem. Postup může být promyšlený a uvážený. Naproti tomu akutní, obvykle nerecidivující bolest v kojeneckém a dětském věku znamená vždy, spolu s ostatními příznaky, možnost vážné choroby. Postup musí být jednoduchý a čas dobře využitý.

Viscerální bolest je vedena automatickými aferenty, je neurčitá, vágní, obtížně popsatelná, centrálně lokalizovaná, difúzní, periumbilikální nebo v epigastriu. Bolest z parietálního peritonea je vedena somatickými aferenty, je periferní a dítě ji dokáže popsat a umístit jedním prstem. Bolest může být do břicha také přenesená ze sousedních tělních dutin a struktur, stejně jako může vyzařovat z břicha do nepostižených krajín (pneumonie, ureterální kolika, cholecystitis, freniková bolest při podbráničních procesech). U malého dítěte jsou záněty středouší, angíny nebo jednoduše febrilní stavy spojeny často s břišní bolestí obvykle neurčitého typu a její příčina není zcela jasná.

Lékař musí rozhodnout mezi třemi možnostmi:

1. Jde vysloveně o chirurgickou záležitost s nutností operace.
  2. Je nutná další observace.
  3. Příznaky a známky svědčí pro nechirurgické onemocnění.
- Nejčastěji půjde o druhou možnost.

## ■ Bolest břicha jako jeden z příznaků NPB

Někdy je vedoucím příznakem NPB bolest a její charakter, jindy zvracení nebo porucha pasáže. Někdy anamnéza chybí a zbývá jen fyzikální vyšetření a jeho omezené možnosti. Ve svém počátku se NPB často nedají odlišit od banálních potíží. Jejich průběh je rychlý. Některé z nich jsou pro určitý věk typické.

U novorozenců a malých kojenců jsou způsobeny většinou vrozenými odchylkami trávicího

traktu od normy a až na malé výjimky probíhají jako střevní obstrukce. Objevují se brzy po narození v době, kdy je dítě ještě v nemocnici, a proto nebývají předmětem diagnostických úvah pro praktického pediatra. V kojeneckém a časném batolecím věku doznívají ještě vrozené příčiny, jejichž symptomatologie nebyla po narození dost výrazná nebo se neprojevila. Jsou to poruchy rotace střeva, pruhy, duplikatury, zbytky omfaloenterického ductu. Projevují se opět jako ileus. Zánět Meckelova divertiklu je méně častý. Obávané jsou enterokolitidy i když prvotně nejde o NPB a vzácná apendicitida. Typickým onemocněním dětí zhruba mezi 3. až 18. měsícem je idiopatická invaginace, jejíž klasická a výrazná symptomatologie přivede dítě k lékaři včas. Je třeba připomenout, že až v 10 – 15% nemusí být typické periodické břišní koliky vyznačeny. U kojenců může být problémem uskrinutá tříselná kýla. Inkarcerace postihuje zhruba 15% kojenců s tříselnou kýlou. Komplikace mohou být velmi vážné. Proto je každá tříselná kýla u dětí, a kojenců zvláště, indikovaná k operaci brzy po zjištění bez ohledu na věk.

U dětí od 18 měsíců do 5 let jsou časté nespecifické bolesti břicha typu gastroenteritidy, méně apendicitida, zácpa, komplikace ze zbytků omfaloenterického ductu, které se až v polovině případů manifestují do 2 let věku. V době od 5 do 12 let je to především apendicitida, nespecifické akutní bolesti břicha typu gastroenteritidy, mezenterální lymfadenitida, zácpa, funkční poruchy. Později přibudou ještě problémy gynekologické.

## ■ Vyšetření

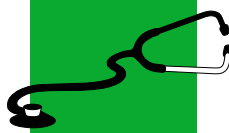
U novorozenců a kojenců chybí kontakt s vyšetřujícím. Na bolest soudíme jen z nepřímých průvodních jevů a chování dítěte. U batolat je situace podobná, bolestivé projevy jsou konkrétnější, ale dítě je již více fixováno na rodiče a jeho uklidnění je obtížné až nemožné. Kromě velmi pečlivé a podrobné anamnézy, od rodičů i od dítěte, má lékař k dispozici fyzikální vyšetření. Platí zásada: vše, co se dá zjistit pohledem, udělat nejdříve. Mimo jiné lze posoudit celkový vzhled, barvu kůže, způsob chůze a pohybu, polohu dolních končetin, typ dýchání, symetrii břicha. To vše může poskytnout představu o sídle patologie, rozsahu postižení nebo stupni toxicity zánětu. Lékař dbalý několika málo detailů může vytěžit maximum informací.

Nesmírně důležitý je kontakt a důvěra získaná jakýmkoliv způsobem. Snažíme se zaujmout pozornost dítěte přímo, byť krátkodobě, před vyšetřením břicha nebo v jeho průběhu a obracíme se na dítě, nikoliv na matku. Začínáme obvykle dotazem na spontánní bolest v klidu, při pohybu, zakašlání, při doskoku, v sanitě. Vyšetření trvá dlouho, ale není to ztracený čas. Uspěchaný postup dítě podráždí a informace získané nekvalitním vyšetřením mohou být nesprávné. Posloucháme teplým fonendoskopem, vyšetřujeme teplou rukou a hledáme konstantní a lokalizovanou bolestivost nejdříve poklepem, který kromě zkrácení či zvucnosti prokáže odpor stěny a bolestivou reakci. **Osvědčil se např. rychlý sled dotazů na bolest střídavě opačného významu při opakovaném vyšetřování stejného místa.** Během zaujetí dítěte pro odpověď lze celkem kvalitně vyšetřovat. Je nutné znovu srovnávat strany a etáže břicha, měnit pořadí, hledat místo konstantní bolestivé reakce, pátrat po rezistenci, volním i nevolním stažení svalů, odrazové bolestivosti, pokusit se kvantifikovat bolestivost, vyšetřit třísla. Nepodaří-li se dítě zklidnit, nezbyvá než vyšetřit v medikaci. Bolestivá reakce se projeví úlekem, krátkým probuzením, pohybem dolních končetin, snahou odstranit vyšetřující ruku. **Začínáme tam, kde nepředpokládáme bolestivost,** v poloze nznak při flexi, ale i extenzi dolních končetin. V této poloze dítě někdy překvapivě snáze uvolní stěnu břišní. Velmi cenné vyšetření per rektum ponecháme nakonec. Předtím je třeba dítěti vysvětlit pocity, které bude mít, jako tlak, nikoliv bolest, pocit jako při stolici. Poloha supinační je výhodnější, neztratí se kontakt s dítětem a bimanuálně lze dobře vyšetřit malou pánev. **Naplněný močový měchýř může výrazně zesílit výsledek vyšetření.** Všechny získané informace hodnotíme společně. Často se ukáže, že výtěžnost může být velká.

## ■ Apendicitida u dětí

Protože pediatr vyšetřuje děti s bolestí břicha nejčastěji s ohledem na možnou apendicitidu je vhodná zmínka o úskalích této stále vážné a potenciálně letální choroby. Její komplikace mohou ovlivnit dítě po mnoho let po původním onemocnění.

Stejně jako před mnoha lety je včasná diagnóza značně závislá na zkušenosti, odpovědnosti



a trpělivosti lékaře a na správné interpretaci získaných informací. Laboratorní ukazatele nemají pro diagnózu rozhodující význam, cenné může být USG vyšetření. Mortalita je dnes malá, ale morbidita zůstává vysoká. Procento perforací kolísá s věkem a podle dostupnosti zdravotnické služby. U malých dětí do 2 let může být až 90% perforací. Dětská apendicitida má špatnou pověst, je považována za chorobu základnou a nevyzpytatelnou, vzbuzuje respekt mezi lékaři na rozdíl od laické veřejnosti. Známý je opakovaně citovaný výrok profesora chirurgie Arnolda Jiráka z minulého století: „Jediným konstantním příznakem apendicitidy je potměšilost.“ Kromě povahy choroby samotné přispívají i některé anatomické odlišnosti od dospělých, koincidence s jinými chorobami dětského věku a rychlý průběh. Na opoždění diagnózy se může podílet někdy i nešťastná souhra náhod, jako předávání služby, **dále podcenění potíží rodiči nebo pedagogy, kteří nevěří dítěti**, přecenení významu pomocných vyšetření a bohužel také nesvědčitost, neznalost nebo nedbalost lékaře.

Epidemiologické studie ukazují vzácnost apendicitidy u národů se surovou nerafinovanou stravou. V novorozeneckém věku je téměř neznámá, do 2 let věku vzácná, později postupně přibývá, ale ještě do 5 let uvádějí některé zdroje, že je neobvyklá (snad o to záladnější). Špičky výskytu se uvádějí různě, a to v 7, 10 a 14 letech. Spouštěcím mechanismem je obstrukce lumina obvykle fekalitem s následným vznikem vysokých intraluminálních tlaků, porušení submukózní bariéry a pronikání infekce. Dalším důsledkem je nekróza stěny s perforací a ohraničenou nebo difúzní peritonitidou, nebyl-li tamponující (ohraničující „obezdivací“) mechanismus dostatečný. Existuje jedna výjimka z tohoto progresivního vývoje a to v případě, že obliterace červu povolí a infikované sekrety odejdou neškodně do céka.

**Apendicitida větších dětí:** v typických případech začíná neurčitá viscerální bolest z tlakových receptorů apendixu, periumbilikální, epigastrická nebo difúzní, anorexie, mírná teplota. Občas nauzea a zvracení reflektorické z trvalé distenze červu, ale později než bolest. Během dalších 12 hodin narůstá dyskomfort, bolest je větší, mění lokalizaci, dítě ztrácí aktivitu. V dalším průběhu se bolest stěhuje do pravého podbřišku, stává se zřetelnou, je somatická, z parietálního peritonea a je dobře lokalizovatelná. Zhoršuje se pohybem, kašlem, otřesy například v sanitě, dítě raději polehává, krčí pravou dolní končetinu. Je prokazatelná poklepem a dekompresí. Zvracení může být častější. Pánevní řasa může být bolestivá, celkový stav je již horší a břicho mírně distendované. Další vývoj směřuje k perforaci v druhých 24 hodi-

nách, ale může nastat kdykoliv dříve. Naneštěstí není obraz vždy tak typický a proto dochází k omylům. Při retrokolické nebo pánevní poloze červu chybí kontakt s parietálním peritoneem a somatická složka bolesti není přítomna. Klinický obraz zůstává dlouho neurčitý. **U pánevní polohy červu bývají nepřiliš hojné, hlenovité průjmy z dráždění rektosigmoidea. Při dráždění močového měchýře nebo ureteru mohou být dysurické potíže nebo erytrocyturie.**

Téměř stejně častá jako apendicitida je epizoda akutních bolestí břicha a zvracení, která se ve svém začátku apendicitidě podobá a polevuje spontánně během 24 – 72 hodin. Bolest je neurčitá spíše centrální, méně často v podbřišku, vzácně se přesunuje, pohyby a dekomprese nebolestivé, stažení neobvyklé. Charakteristické je nepřetržité zlepšování. Mezenterální lymfadenitida, která může mít mnoho příčin, někdy vytváří obraz nerozlišitelný od akutní apendicitidy, navíc obě mohou probíhat současně, uzliny mohou zhnisat nebo krváčet. Léčení je stejné jako u apendicitidy, tj. oprávněná apendektomie. Diagnóza těchto alternativních chorob (gastroenteritis, nespecifické bolesti břicha při lymphadenitis mesenterialis) může být stanovena pouze retrospektivně.

**Apendicitida malých dětí pod 2 roky věku:** je vzácná, asi jen 2% dětí s apendicitidou. Chybí klasická anamnéza i příznaky. Zvracení a vysoké teploty v nepřítomnosti respiračních příznaků nebo průjmů mohou být přibližným vodítkem. Naneštěstí asi v 1/3 případů probíhá současně, nebo předchází, respirační infekce a průjem patří mezi časté příznaky apendicitidy v tomto věku. Vývoj je rychlý, často jen několik hodin do generalizované peritonitidy. Objemné zvracení a dehydratace nastávají rychle a během 12 – 20 hodin je dítě již kriticky nemocné. Krátce, rychle, hečavě dýchá, břicho je distendované, velmi citlivé, stažené, tičné. Palpace je obtížná, spíše poklep může lokalizovat větší bolestivou reakci vpravo. Popsaný stav je vážný a vyžaduje agresivní resuscitaci oběhu a vnitřního prostředí. Přestože myslíme na apendicitidu často, nebudeme schopni ani v budoucnu zcela zabránit omylům v diagnóze a komplikacím. Každý lékař může přispět k tomu, aby jich bylo co nejméně.

### ■ Jak se orientovat?

#### Jak se vyvarovat omylů?

Doporučení:

- 1) Vyšetřovat velmi svědomitě, s maximálním úsilím o získání jakékoliv informace. Vytvořit vztah důvěry mezi lékařem a dítětem. Vyplatí se.
- 2) Přesná diagnóza není nutná. Je třeba alespoň rozpoznat, že se jedná o vážné onemocnění nebo vážný stav.

3) Sledovat časové údaje. Čas je důležitým faktorem v mnoha směrech. Předně věk dítěte může ukázat na spektrum chorob typických pro jeho věk.

4) Sledovat dobu trvání příznaků. Pokusit se představit si v jakém stupni vývoje by onemocnění mohlo být a jak by se mohlo v nejbližší době vyvíjet.

5) Neztrácet čas vyšetřeními, která nemohou být rozhodující pro diagnózu nebo postup. Například čekání na laboratorní výsledek u dítěte, které bude stejně odesláno do nemocnice.

6) Fyzikálnímu vyšetření věnovat dostatek času.

7) Časové intervaly případných kontrol jsou tím kratší, čím je dítě mladší a podezříváné onemocnění ve svém důsledku závažnější.

8) K zabránění další ztráty času odeslat dítě na takové pracoviště, kde může být podle věku hospitalizováno k observaci, případně jeho onemocnění definitivně řešeno.

9) Změny celkového stavu jsou rychlé. Diagnostické procedury by měly probíhat za současné podpůrné infúzní léčby, zvláště u malých dětí a při ztrátě tekutin zvracením anebo průjmy. Je obtížné vysvětlit takový postup rodičům.

10) Nepřeceňovat význam pomocných vyšetření (leukocytóza, aceton v moči). Rozhodující pro diagnózu je klinické opakované vyšetření.

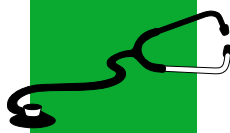
11) Ambulantní kontroly nejsou stejně kvalitní jako při hospitalizaci (je třeba dítě znovu uklidňovat, přesvědčovat)

12) Pozdě diagnostikované a léčené případy jsou častým zdrojem stížností. U většiny omylů šlo o špatnou interpretaci příznaků, které mohly vyvolat alespoň podezření. Omyly jsou častější v době viróz a v období většího konzumu ovoce. Na zpoždění se podílí největší měrou a zhruba stejným dílem rodiče a praktický lékař nebo pediatr. Méně často „rychlý průběh“, nemocnice a chirurgická služba.

13) Přesně rodičům vysvětlit systém kontroly, vysvětlit co je zhoršení, kdy se mají dostavit plánovaně a při kterých příznacích dříve **(nestačí napsat: „kontrola při zhoršení stavu“)**

14) Klinický obraz je jiný u atypických poloh červu (retrokolické, pánevní nebo při malrotaci). Zřetelná familiární tendence je u retrokolické polohy červu. Klinický obraz může být změněn, skryt, zamaskován současně probíhajícími chorobami (respirační infekce, průjmy). Velkou pozornost je třeba věnovat dětem léčeným antibiotiky a steroidy.

15) Metoda aktivní observace v nemocnici je mnohdy jediný rozumný postup. Dává nejlepší výsledky.



# Naše zkušenosti s jednodenní chirurgií u dětí

MUDr. Vladimír Plánka, MUDr. Otakar Teyschl, MUDr. Milan Horák

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno

## Souhrn

Jednodenní chirurgie je systém zdravotní chirurgické péče, který se stává stále oblíbenějším a rozšířenějším v celém moderním světě. Zahrnuje jednorázové ošetření nebo vyšetření pacienta, kdy jeho zdravotní stav nevyžaduje ústavní péči a provedené zdravotní výkony umožňují propuštění pacienta ve stabilizovaném stavu do 24 hodin. Ve světě je tento druh poskytované zdravotní péče znám pod pojmy Tagesklinik, One day care, One day surgery (ODS) aj. Je vyžadován především pacienty v produktivním věku, zapojených aktivně do pracovního procesu. Tento moderní trend se samozřejmě odlišuje od zavedených léčebných schémat a vyžaduje speciální přístup kliniky a jejích pracovníků. Na druhé straně je velmi zajímavý pro Zdravotní pojišťovny obeznámené s danou problematikou.

### Jednodenní chirurgie ve světě

Programy jednodenní chirurgie nejsou ve světě ničím novým. Jde o způsob léčby, který je levnější než klasická léčba počítající s několika denní hospitalizací u těžké diagnózy. Zároveň také snižuje riziko nozokomiální infekce zkrácením pobytu v rizikovém prostředí. Součástí norem v různých zemích světa se tedy postupně stává i seznam operací vhodných k jednodenní chirurgii.

### Dětská jednodenní chirurgie

Po vzoru trendu v chirurgii dospělých pacientů vznikl i systém poskytování jednodenní chirurgické péče v dětském věku. Za uplynulý rok činnosti oddělení jednodenní chirurgie (JCH) na naší klinice se potvrdila spousta pozitivních faktorů:

- podstatně kratší doba rekonvalescence u dětí po operačním výkonu dovolila vytvořit a do systému zařadit široké spektrum možných operací
- počet pooperačních komplikací je u dětí nižší než u dospělých.
- vstřícný přístup rodičů, kteří i přes příplatek za služby JCH vítají systém rooming in, kdy sdílejí se svým dítětem pokoj a doprovází ho po celou dobu pobytu. To vše během jednoho dne, což je doba většinou bez problému únosná.

To vše dělá z dětské jednodenní chirurgie velmi oblíbenou a dynamicky se rozvíjející složku současné chirurgické péče.

### Jednodenní chirurgie na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie (KDCHOT) FN Brno

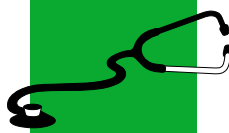
Širší zavedení jednodenní chirurgie přineslo poznání, že v domácím prostředí se pa-

tab. č. 1

| Podíl jednodenní chirurgie na celkovém počtu operací ve vybraných zemích |      |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------|
| Země                                                                     | Rok  | Podíl jednodenní chirurgie na celkovém počtu operací ve vybraných zemích |
| USA                                                                      | 1980 | 45%                                                                      |
|                                                                          | 1995 | 50%                                                                      |
|                                                                          | 2000 | 65%                                                                      |
| Kanada                                                                   | 1999 | 60%                                                                      |
| Austrálie                                                                | 1999 | 40%                                                                      |
|                                                                          | 2000 | 70%                                                                      |
| Velká Británie                                                           | 1999 | 20%                                                                      |
| Francie                                                                  | 1999 | 10%                                                                      |

tab. č. 2

| Seznam výkonů vhodných k dětské JCH (dle BADS - výběr) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>100% indikace</b>                                   | Malá anální chirurgie (fisura, prostá fistula)<br>Cirkuscize<br>Dekomprese karpálního tunelu<br>Artrioskopie<br>Excize hydrokély<br>Inguinální chirurgie u dětí (orchidopexie, hernioplastika)<br>Plastická korekce ušních boltců<br>Korekce po nazálních zlomeninách<br>Menší resekce nádorů močového měchýře<br>Dilatace močové trubice<br>Excize nebo uzávěr pilonidálního sinu |
| <b>50% indikace</b>                                    | Laparoskopická cholecystektomie nebo apendektomie<br>Laparoskopická herniotomie<br>Torakoskopická sympatektomie<br>Excize submandibulární žlázy<br>Parciální tyroidektomie<br>Povrchová parotidektomie<br>Hemoroidektomie<br>Operace haluxů<br>Artrroskopická menisektomie<br>Dentoalveolární chirurgie                                                                            |



tab. č. 3

**Seznam výkonů na oddělení JCH KDCHOT v období 4/02 - 4/03**

| Diagnóza                            | Výkon          | Počet výkonů |
|-------------------------------------|----------------|--------------|
| Tříselná kýla                       | Hernioplastika | 105          |
| Adenoidní vegetace                  | Adenotomie     | 100          |
| Pupeční kýla                        | Hernioplastika | 82           |
| Stav po OS                          | Extrakce kovu  | 33           |
| Hydrokéla varlete                   | Plastika       | 36           |
| Kožní a podkožní afekce             | Excize         | 26           |
| Retence varlete                     | Orchidopexie   | 29           |
| Fimóza či konglutinace              | Cirkumscize    | 20           |
| Otitis media chronica               | Drenáž TVT     | 15           |
| Kariézní chrup                      | Sanace chrupu  | 14           |
| Stenóza močové trubice              | Dilatace       | 13           |
| Radiologické vyš. v CA              |                | 10           |
| Gangliom                            | Extirpace      | 9            |
| Varixy DK                           | Extirpace      | 5            |
| DMO                                 | Tenotomie      | 5            |
| Nemoci jícnu                        | Esofagoskopie  | 5            |
| Cizí těleso v žaludku               | Esofagoskopie  | 4            |
| Frenulum breve jazyka               | Resekce        | 4            |
| Epikondylitida humeru               | Incize         | 4            |
| Zarostlý nehet                      | Ablace nehtu   | 3            |
| Perianální absces                   | Incize, drenáž | 1            |
| Onemocnění uretry                   | Cystoskopie    | 1            |
| Epididimitida akutní                | Revize         | 1            |
| Exostóza                            | Resekce        | 1            |
| Zlomenina nosu                      | Repozice       | 1            |
| Zlomenina článku prstu              | Repozice, OS   | 1            |
| Kožní výběžek anu                   | Resekce        | 1            |
| Léze menisku                        | Menisektomie   | 1            |
| Liparokéla                          | Plastika       | 1            |
| Zácpa                               | Vyprázdnění    | 1            |
| VVV dolní končetiny                 | Ortopedická op | 3            |
| Svalová hypotonie                   | Biopsie svalu  | 1            |
| Syndrom karp. tunelu                | Resekce lig.   | 1            |
| Varikokéla                          | Extirpace      | 1            |
| <b>Celkem ošetřeno 554 pacientů</b> |                |              |

tab. č. 4

**Nejčastější diagnózy a jejich bodové ohodnocení**

| Diagnóza                | Kód dg | Výkon             | Počet výkonů | Kód výkonu | Bodů za výkon |
|-------------------------|--------|-------------------|--------------|------------|---------------|
| Tříselná kýla           | K409   | Operatio plastica | 105          | 52313      | 529           |
| Adenoidní vegetace      | J352   | Adenotomie        | 100          |            |               |
| Pupeční kýla            | K429   | Operatio plastica | 82           | 52313      | 529           |
| Stav po OS              | Z470   | Extrakce kovu     | 33           |            |               |
| Hydrokéla varlete       | P835   | Operatio plastica | 36           | 521313     | 529           |
| Kožní a podkožní afekce |        | Excize            | 26           | 51813      | 1496          |
| Retence varlete         | Q531   | Orchidopexie      | 29           | 77115      | 1106          |
| Fimóza či konglutinace  | N47    | Cirkumscize       | 20           | 77135      | 787           |

cient cítí lépe. Není vystaven stresu, násilné změně stereotypů, nemusí sledovat obtíže jiných. Hospitalizace bývá někdy srovnávána s krevní transfúzí – není-li absolutně indikována, je kontraindikována. Na KDCHOT byla zavedena JCH stavebními úpravami standardního oddělení a doplněním nadstandardního vybavení jednotlivých pokojů. Využití tohoto systému péče dlouho bránilo nesrovnalosti ve vykazování pro ZP.

**Pro zavedení dětské JCH je podstatné:**

- motivace pracoviště
- technické vybavení operační jednotky
- indikační zkušenost, operační dovednost a kvalifikace chirurga
- technické a farmakologické možnosti anesteziologa
- kvalita domácího ošetřování a motivace rodičů dítěte

**Výkony vhodné k JCH**

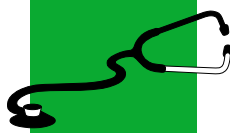
Názory na vhodnost nebo nevhodnost uplatnění jednodenní chirurgie se různí, proto se odborná veřejnost snaží typizovat jednotlivé operační výkony pro jednodenní chirurgickou terapii. Jednu z těchto typizací vytvořila British Association of Day Surgery (BADS). V první části jsou výkony, které jsou jednoznačně indikovány k jednodenní chirurgii, v další části pak ty, které jsou vhodné pro tento typ péče nejméně v polovině případů. Je nutné také přihlídnout ke zdravotnímu stavu pacienta a přítomnosti vedlejších onemocnění, které jsou u dětí podstatně méně časté. Další podmínkou je spolupráce rodičů a dostupnost lékařské péče po propuštění z nemocnice.

**Časový harmonogram pacienta JCH na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie ve FN Brno**Pacienti (dítě a jeden z rodičů dle přání)

7:00 – 8:00 příjem á 10 minut  
 7:30 – 8:30 premedikace á 10 minut  
 8:30 – 12:00 operace  
 12:00 – 15:30 vizita, konzultace, převazy  
 15:30 – 7:00 rekonvalescence  
 18:00 a 24:00 kontrola v pohotovostní službě  
 7:00 – 9:00 vizita, převazy, propuštění

Diagnózy a výkony na dětské JCH KDCHOT FN Brno za sledované období 4/02 – 4/03 jsou uvedeny v tab. č. 3.

Srovnání hospitalizačních účtů u nejčastějších diagnóz je uvedeno v tab. č. 5.



tab. č. 5

**Srovnání kalkulace pro diagnózu tříselná, pupeční kýla nebo hydrokéla**

| Kód           | Název                            | Třídenní hospital. |      |             | JCH   |      |               |
|---------------|----------------------------------|--------------------|------|-------------|-------|------|---------------|
|               |                                  | Množ.              | Body | Kč          | Množ. | Body | Kč            |
| 52021         | Komplex. vyšetř. dět. chirurgem  | 1,0                | 257  | 205,6       | 1,0   | 257  | 205,6         |
| 78022         | Cílené vyšetření anesteziologem  | 1,0                | 136  | 108,8       | 1,0   | 136  | 108,8         |
| 31022         | Cílené vyšetření pediatrem       |                    |      |             | 1,0   | 190  | 152           |
| 78112         | Inhal. anestezie á 20min         | 3,0                | 792  | 633,6       |       |      |               |
| 78113         | Kombimnovaná i.v a inhal. anest. |                    |      |             | 1,0   | 428  | 342,4         |
| 52313         | Operace třísl. nebo pupeční kýly | 1,0                | 748  | 598,4       | 1,0   | 529  | 423,2         |
| 78130         | Anestezie dítěte do 3 let        | 1,0                | 248  | 198,4       |       |      |               |
| 52022         | Cílené vyšetření dět. chirurgem  | 1,0                | 193  | 154,4       |       |      |               |
|               | Hospitalizace 1. pásma           | 3,0                | 2721 | 2176,8      | 1,0   | 907  | 725,6         |
|               | Paušál na léky 4. kategorie      | 3,0                | 675  | 540         | 1,0   | 225  | 180           |
| <b>Součet</b> | <b>Hodnota bodu 0,80</b>         |                    |      | <b>4616</b> |       |      | <b>2137,6</b> |

**Diskuse**

Během uplynulého roku provozu oddělení jednodenní chirurgie na naší klinice bylo ošetřeno 554 pacientů, kteří díky tomuto systému hospitalizace strávili v nemocnici jen nutných 24 hodin. Setkáváme se větší s velmi kladnou odezvou rodičů, kteří i přes příplatek vítají společnou hospitalizaci a časovou úsporu. Co se týká pooperačních chirurgických nebo anesteziologických komplikací, vyskytly se v minimálním počtu. U operovaných dětí po tříselné nebo pupeční kýle jsme nezaznamenali žádnou chirurgickou komplikaci, u dvou dětí po orchidopexii se vyskytl výraznější otok a hematoma v oblasti tříselního kanálu a varlete, což si vyžádalo prodloužení hospitalizace. Po operaci fimózy došlo do rána v jednom případě k výraznějšímu otoku předkožky, ale následující den již byl stav zlepšen a pacient mohl jít domů. U několika pacientů léčených u nás po adenotomii se vyskytlo laryngeální dráždění po probuzení z celkové anestezie, které však vždy odeznělo a nebylo překážkou propuštění v následujícím dni. Rodinné prostředí a dostatek soukromí jednoznačně přispělo k urychlené rekonvalescenci po operaci, což se potvrdilo i při následných ambulantních kontrolách. Přes nastíněné kladné výsledky přetrvávají i některé diskutabilní případy, kdy je potřeba pacienta hospitalizovat nadále a není vždy jednoznačně vhodné přeložit ho na standardní oddělení. Dochází potom ke konfrontaci s rodiči, kde je třeba přihlížet velmi obezřetně i k etickým aspektům problému. Současně přetrvává neustálé jednání s pojišťovnami o možnosti dalšího zkrácení

pobytu. Pacient by tak mohl opustit nemocnici po 18. hodině večerní po anesteziologické kontrole. Zatím jsou jednání neúspěšná, přestože je to prokazatelný krok k dalšímu zlepšení péče. Stejně tak je neustále v jednání doplnění dalších diagnóz do seznamu vhodných k JCH, jako je např. krátkodobá observace lehkých otřesů mozku nebo propuštění druhý den po operační repozici nekomplikované zlomeniny.

**Závěr**

Jednodenní chirurgie je velice perspektivní a vyhledávaný systém terapie, aniž by utrpělo dodržování lege artis postupů chirurgické léčby. Naše dobré zkušenosti nás vedou k dalšímu prohlubování systému jednodenní

chirurgické péče u dětí a máme v úmyslu dále zdokonalovat služby včetně dalších jednání s pojišťovnami.

Proč nevyužít toho, že dětský organismus má vynikající schopnost regenerace a hojení a právě hospitalizace mimo domácí prostředí je při precizní předoperační, operační a pooperační péče často jedinou a zbytečnou komplikací.

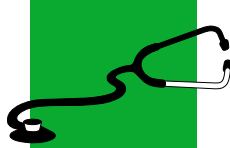
**Literatura**

1. Angerpoitner TA.: Ambulatory pediatric surgery – possibilities and limits. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd*, 1991, 378–82
2. Astfalk W., Hacker FM., Kirschner HJ., Stuhldreier G., Schweizer P.: Hospital ambulatory pediatric surgery. *Zentralbl Chir*, 1997, 122 (10), 898–900.
3. Burattini MF., Morabito A., Cristofani R., Campi P., Santioni R., Servoli A., Prestipino M., Bartoli A.: Day surgery and one day surgery in pediatric surgery: personal experience. *G Chir*, 1994, 15(11–12), 498–502
4. Gauderer MW., Lorig JL., Eastwood DW.: Is there a place for parents in the operating room? *J Pediatr Surg* 1989, 24 (7) 705–6
5. Letts M., Davidson D., Splinter W., Conway P.: Analysis of the efficacy of pediatric day surgery. *Can J Surg* 2001, 44 (3), 193–8
6. Schreiner MS., Nicolson SC., Martin T., Whitney L.: Should children drink before discharge from day surgery? *Anesthesiology* 1992, 76(4) 528–33
7. Stanwick RS., Horne JM., Peabody DM., Postuma R.: Day-care versus inpatient pediatric surgery: a comparison of costs incurred by parents. *CMAJ*, 1987, 1., 137 (1), 21–26
8. Tagge EP., Hebra A., Overdyk F., Burt N., Egbert M., Wilder A., Williams A., Roland P., Othersen HB.: One-stop surgery: evolving approach to pediatric outpatient surgery. *J Pediatr Surg* 1999, 34 (1), 129–132
9. Twersky R., Fishman D., Homel P.: What happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997, 84 (2), 319 – 324

**Slovensko zavádí poplatky za ošetření u lékaře**

Slovenští pacienti pocítí start reformy zdravotnictví na vlastní peněženice od 1. června, odkdy si za hospitalizaci, návštěvu lékaře, vystavení receptu i odvoz sanitkou budou muset připlatit. Rozhodl o tom včera slovenský parlament, který nejtěsnější většinou přehlasoval prezidentovo veto novely zákona o zdravotní péči. Novelu, která do zdravotnictví zavádí pacientovy poplatky, sněmovna schválila původně již v březnu, ale prezident Rudolf Schuster ji kvůli obavám z dopadů na nejchudší vrstvy vrátil k opětovnému projednání. K překonání prezidentova veta je ve 150členné sněmovně zapotřebí nejméně 76 hlasů, a vládní koalice jich dala dohromady 77. Nicméně důsledkem prezidentova veta je posunutí účinnosti zákona o dva měsíce, protože původně se v ordinacích mělo platit už od 1. dubna. Mírně se rozšířil také okruh osob osvobozených od poplatků, takže neplatit budou lidé s těžkými zdravotními postiženími a ve stavu hmotné nouze. Naopak neprošel prezidentův návrh osvobodit od poplatků děti a mládež do 18 let. Podrobnosti mají určit ještě prováděcí předpisy, ale obecně platí, že od června si pacienti připlatí za den na nemocničním lůžku 50 korun, za návštěvu ordinace 20 korun, stejnou sumu za každý recept a dvě koruny za ujetý kilometr při přepravě sanitkou.

**Zyrtec**



# Laparoskopická apendektomie v dětském věku

MUDr. Otakar Teyschl

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno

## Souhrn:

Laparoskopická apendektomie jako jeden z video-laparoskopických operačních postupů byl vyvinuta ve spolehlivou miniinvazivní metodu se snadným provedením i u dětí.

**Materiál a metody:** od srpna 1994 do konce roku 2002 bylo provedeno na naší klinice 596 laparoskopických apendektomií. Průměrný věk operovaných dětí byl 13,8 roku, ve věkovém rozmezí 1 – 18 let. Celkově bylo operováno 502 (84,2%) dívek a 94 (15,8%) chlapců. Laparoskopické apendektomie představují 40,8% z celkového počtu 1461 endochirurgických výkonů za sledované období. Používáme postup s provedením všech fází apendektomie intra-abdominálně.

**Závěr:** dle našich zkušeností převažují přednosti laparoskopické apendektomie u dětí nad jejími určitými nevýhodami.

## ■ Úvod

Laparoskopická apendektomie jako jedna z video-laparoskopických operačních metod byla vyvinuta v elegantní, spolehlivou metodu se snadným provedením. Přesto, že laparoskopická apendektomie není nová metoda a má všechny výhody miniinvazivních operací, zatím není používána jako standardní postup chirurgické léčby pacientů s podezřením nebo jasnými příznaky akutní apendicitidy. Předmětem kritických připomínek jsou obecné relativní nevýhody miniinvazivních operačních výkonů, ke kterým patří zejména vyšší náklady a delší doba operačního výkonu. Po určitém období získání zkušeností se průměrná délka laparoskopické apendektomie pohybuje v rozmezí 20 až 30 minut. Podle některých zpráv má metoda větší přínos u pacientů s chronickou bolestí břicha bez známých příčin, kteří vyžadují diagnostickou intraabdominální exploraci, než u pacientů s perforovanou apendicitidou nebo intraabdominálním abscesem.

Laparoskopická apendektomie je v historickém přehledu spojována se jmény německých gynekologů K. Semma a J. Schriebera, kteří o této metodě podali zprávy na počátku osmdesátých let. P. Mouretem byl tento postup ve Francii propracován v roce 1983. Význam laparoskopie jako diagnostického postupu v dětském lékařství byl popsán v roce 1971 S. Gansem. V roce 1981 poprvé použili Laepe a M. Ramenofsky laparoskopii při

diagnostice dětské apendicitidy. Již od počátku zavedení laparoskopické apendektomie je tato metoda srovnávána v mnoha studiích s otevřenou apendektomií, považovanou po více než jedno století za „zlatý standard“ při léčbě akutní apendicitidy. Laparoskopická apendektomie je indikována u všech pacientů s podezřením nebo diagnostikovanou akutní apendicitidou a přetrvávajícími bolestmi břicha v pravém dolním kvadrantu bez diagnosticky zjištěné příčiny.

## Přednosti laparoskopické apendektomie

- menší poranění břišní stěny
- menší riziko poškození střevní povrchové vrstvy
- rychlá a snadná lokalizace červovitého přívěsku
- možnost současné explorační a laváže peritoneální dutiny
- snížení pooperační střevní parézy
- kratší pobyt v nemocničním ošetřování
- rychlý návrat do plné životní aktivity
- příznivější výsledný kosmetický efekt

## Nevýhody laparoskopické apendektomie

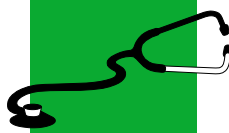
- dražší vybavení a nástroje
- delší doba operačního výkonu
- technicky náročnější operace

Delší doba výkonu a technicky náročnější operační postup jsou argumenty relativní, protože skutečná doba operace bez přípravy

peritonea je srovnatelná s klasickým přístupem. Laparoskopický operační přístup se stává snadnější při postupném získávání zkušeností s operační metodou („learning curve“).

## ■ Materiál a metody

Na naší Klinice dětské chirurgie a traumatologie v Brně jsme začali s laparoskopickými operacemi od srpna 1994. Do konce roku 2002 bylo provedeno 596 laparoskopických apendektomií (40,8%). Při zavádění této metody jsme indikovali k laparoskopické apendektomii děti s dlouhodobými bolestmi břicha v pravém hypogastriu v převážně většině dívek. V poslední době již postupně rozšiřujeme tuto metodu i na akutní případy apendicitidy. Zvolili jsme techniku s provedením všech fází apendektomie v dutině peritoneální pomocí tří vpichů. Po laboratorním a pediatrickém vyšetření je pacient na operačním sále uveden do celkové anestezie se svalovou relaxací. Před operací se palpačním vyšetřením břicha přesvědčíme, že dítě má prázdný močový měchýř. Příprava operačního pole je stejná jako u klasické otevřené operace. Jsou připraveny operační nástroje pro eventuelní urgentní otevřenou laparotomii. K zobrazení břišní dutiny u dětí používáme optického teleskopu s vnějším průměrem 5 mm a úhlovou optikou 30 stupňů. Po punkci peritoneální dutiny vytvoříme pneumoperitoneum insuflací CO<sub>2</sub> s průtokem zpočátku menším než 0,2 – 0,4 l/min a později zvyšuje-



tab. č. 1

**Laparoskopické výkony u dětí v letech 1994 - 2002**

| Rok           | Celkový počet operací | Apendektomie | %             |
|---------------|-----------------------|--------------|---------------|
| 1994          | 41                    | 15           | 36,6          |
| 1995          | 126                   | 49           | 38,9          |
| 1996          | 126                   | 43           | 34,1          |
| 1997          | 167                   | 77           | 46,1          |
| 1998          | 172                   | 67           | 39,0          |
| 1999          | 207                   | 74           | 35,7          |
| 2000          | 249                   | 102          | 41,0          |
| 2001          | 213                   | 86           | 40,4          |
| 2002          | 160                   | 83           | 51,2          |
| <b>Celkem</b> | <b>1461</b>           | <b>596</b>   | <b>40,8 %</b> |

me až na  $> 2,0$  l/min. Maximální dosažený tlak plynu v peritoneální dutině je závislý dle somatických rozměrů pacienta. Běžně užívané tlaky jsou od 6 – 10 mm Hg. Po vpichu bezpečnostního trokaru v oblasti dolní pupeční řasy zavedenou optikou přehlédneme peritoneální dutinu. Další operační porty používáme v rozměru 10 mm v levém hypogastriu a 5 mm v suprapubické krajině většinou ve střední čáře. Pro zlepšení přehledu peritoneální dutiny je pacient v poloze na zádech přemístěn manipulací operačního stolu do Trendelenburgovy polohy se snížením levého boku.

Vyhledáme červovitý přívěsek a u chopíme zachycovacími klíšťkami (atraumatický grasper). Jeho uvolnění provedeme kombinací tupé preparace a elektrokoagulace. K přerušení mesoappendixu a stavění krvácení z přírodních cév používáme bipolární koagulaci. Současnou aplikaci svorek a disekci pomocí endoskopického stapleru (ENDO-GIA®) jsme vyzkoušeli v několika případech, ale vzhledem k vysokým nákladům tento postup běžně nepoužíváme. Na bázi appendixu umísťujeme podvazovou kličku (endo-loop, Ethicon Endo-Surgery) ze vstřebatelného materiálu. Nad kličkou ještě uzavíráme lumen endo svorkami (klipy), tak aby konce svorky zasahovaly přes celé lumen červovitého přívěsku. Appendix přerušujeme mezi svorkami pomocí speciálních apendikálních nůžek. Pahýl appendixu vždy ošetřujeme potřením malým tamponem s betadinem a koagulací. Červovitý přívěsek vtáhneme za vizuální kontroly do 10 mm kanyly v levém hypogastriu a současně s touto kanylou jej odstraňujeme z dutiny břišní. V případech vý-

razného zánětu nebo hrozící perforace při zvýšené fragilitě je červovitý přívěsek odstraněn v endosáčku. Po té revidujeme distální kličku ilea pomocí dvou nástrojů a prohlédneme postupně úsek terminálního ilea v délce 60 cm. V dalším průběhu operace pokračujeme pečlivou revizí malé pánve s eventuelním výplachem a odsátím výpotku z Douglasova prostoru. Přehlednutím dostupných oblastí dále revidujeme celou dutinu břišní. Po skončení revize peritoneální dutiny pod kontrolou kamery odstraňujeme trokary a vypustíme plyn z peritoneální dutiny. Fascii břišních svalů sešíváme v místech 10 mm portů. Menší vpichy uzavíráme suturou kožní vrstvy jednotlivými stehy nebo steristripy. Jizvy jsou znovu desinfikovány a překryty malými sterilními obvazy.

### ■ Výsledky

Od srpna 1994 do konce roku 2002 bylo provedeno na naší klinice 596 laparoskopických apendektomií (tab. č.1). Průměrný věk operovaných dětí byl 13,8 roku s věkovým rozmezím 1 – 18 let (tab. č. 2). Celkově bylo operováno 502 (84,2%) dívek a 94 (15,8%) chlapců (tab. č. 3). Laparoskopické apendektomie představují 40,8% z celkového počtu endoskopických chirurgických výkonů v uvedeném období. Jsou tedy nejčastěji prováděnou laparoskopickou operací. Během sledovaného období jsme neměli žádné peroperační technické problémy. Ve dvou případech jsme provedli časnou konverzi, protože se nepodařilo v zánětlivém infiltrátu identifikovat červovitý přívěsek.

Průměrný pobyt pacientů v nemocnici po

operaci byl tři dny. Delší hospitalizace byla nezbytná při prokazatelném zánětu.

Průměrná doba operace při nekomplikovaném průběhu byla 38 minut. Větší část operačního času je však věnována exploraci břišní dutiny a endoskopické revizi distálního ilea, kdy je nutno pomocí dvou nástrojů část po části „projít“ tento úsek. Tak jak je uváděno v rámci osvojování si této metody, byly operační časy u prvních výkonů delší a postupně se zkracovaly. Po prvních deseti laparoskopických apendektomiích se pak u nekomplikovaných případů délka operace již stává konstantní. V poslední době indikujeme k LA častěji i pacienty s akutními potížemi.

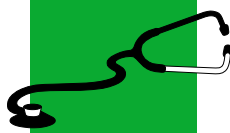
### ■ Komplikace

Komplikace jsme zaznamenali u čtyř pacientů. U jedné dívky se 4. den po operaci objevily zánětlivé komplikace v místě vpichů. Lokálním ošetřováním se po 3 dnech stav upravil. Další komplikace ve smyslu bolesti břicha a zvýšení teploty v pátém pooperačním dnu jsme pozorovali u čtyř pacientů. Dle ultrasonografického vyšetření byla prokázána v jednom případě infiltrace v oblasti pahýlu appendixu. U tří pacientů menší kolekce tekutiny v malé pánvi. Po antibiotické terapii se stav upravil a nebyla nutná operační revize.

### ■ Diskuse

Laparoskopická apendektomie pronikla do podvědomí chirurgů jako velmi prospěšná metoda. Tak jako každá nová metoda, vyžaduje dokonalé osvojení operační techniky. Postupným získáváním zručnosti a operačních zkušeností se laparoskopický postup stává bezpečnějším a délka operace se po určitém počtu operací zkracuje. Na rozdíl od chirurgie dospělých, kde nejčastější prováděnou laparoskopickou operací je cholecystektomie, u dětí je to především apendektomie.

Ve zprávách z písemnictví se teprve v poslední době objevují informace o laparoskopické apendektomii u dětí. Mnozí autoři se pokoušejí o prospektivní srovnávací studie klasické otevřené apendektomie a laparoskopické. Jedna z velkých studií laparoskopické apendektomie u dětí byla zveřejněna v roce 1991 od autora Valla et al. V roce



tab. č. 2

| Věkové rozložení souboru laparoskopických apendektomií |                          |               |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|
| Rok mezi                                               | Průměrný věk operovaných | Věkové roz-   |
| 1994                                                   | 13,6                     | 9 - 18        |
| 1995                                                   | 14,3                     | 8 - 18        |
| 1996                                                   | 14,9                     | 10 - 17       |
| 1997                                                   | 13,6                     | 8 - 18        |
| 1998                                                   | 13,4                     | 2 - 18        |
| 1999                                                   | 13,2                     | 2 - 18        |
| 2000                                                   | 13,1                     | 1 - 18        |
| 2001                                                   | 14,7                     | 8 - 18        |
| 2002                                                   | 13,6                     | 2 - 18        |
| <b>Celkem</b>                                          | <b>13,8</b>              | <b>1 - 18</b> |

1993 na jednání British Association of Paediatric Surgeons byla uvedena sestava zahrnující 1379 případů ze čtyř center ve Francii. Byl presentován 2,1% výskyt intra-operačních komplikací (představujících omentální emphysem, poranění cév a nabodnutí střeva). Postoperační komplikace se vyskytly v 1,5% a zahrnovaly pánevní absces, séromy v ráně a dehiscenci rány. Nevyskytla se žádná infekce v ráně, v 0,75% byla provedena reoperace. V sérii 170 laparoskopických apendektomií z Berlína vznikly ve dvou případech komplikace ve formě poranění cév, způsobené při zavádění primárního portu naslepo, dvakrát menší krvácení z apendikální artérie, ve dvou případech prosakování pahýlu appendixu. Z referovaných komplikací je zřejmé, že lze těmto příhodám předejít, tak jako při otevřené klasické chi-

rurgie, dokonalým zvládnutím operační techniky.

Laparoskopický přístup přináší výhody při nejasných bolestech břicha, kdy stanovení jasné diagnózy není možné ani nejmodernějšími zobrazovacími metodami. V těchto případech opakujících se nejasných bolestí v pravém hypogastriu obvykle indikujeme apendektomii a v případě negativního nálezu na červovitém přívěsku pátráme po dalších příčinách těchto potíží. Je daleko jednodušší a spolehlivější prohlédnout a revidovat dutinu břišní pomocí laparoskopie, než pouze z klasického střídavého řezu, používaného při otevřených operacích. U mladých dívek věnujeme především pozornost patologickým změnám na adnexech v malé pánvi. Laparoskopicky lze velmi spolehlivě a šetrně prohlédnout a ošetřit vaječníky a vejcovody. Střevní kličky distálního ilea revidujeme postupně i při laparoskopii od ileocékálního přechodu k vyloučení možnosti výskytu Meckelova divertiklu a jeho onemocnění nebo pro další patologické změny na střevních kličkách. Horní část břicha kontrolujeme pro možnost výskytu zánětu žlučníku, abscesů, nebo dalších méně častých onemocnění.

### ■ Závěr

Naše zkušenosti a mnohé prospektivní randomizované studie potvrzují, že laparoskopická apendektomie u dětí přináší příznivější pooperační průběh s kratší dobou hospitalizace. Umožňuje lepší a přesnější exploraci peritoneální dutiny než klasická otevřená operace a přináší méně komplikací.

Z těchto důvodů lze laparoskopickou apendektomii doporučit jako standardní metodu při léčbě onemocnění červovitého přívěsku. Výhodu má metoda zejména u dospívajících dívek při podezření na apendicitidu. V těchto případech umožňuje spolehlivě diagnostikovat a laparoskopicky ošetřit i onemocnění orgánů malé pánve.

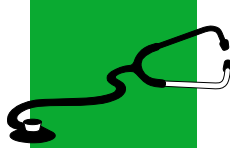
### Literatura

1. Bonnani F, Reed J, Hartzell G, Trostle D, Boorse R, Gittleman M, Cole A: Laparoscopic versus conventional appendectomy. *J Am Coll Surg*, 1994, 179, s. 273-278.
2. Cueto J, Diaz O, Garteiz D, Rodríguez M, Weber A: The efficacy of laparoscopic surgery in the diagnosis and treatment of peritonitis. *Surg Endosc*, 1997, 11, s. 366-370.
3. Easter D, Cuschieri A: The utility of diagnostic laparoscopy for abdominal disorders. *Arch Surg*, 1992, 127, s. 379-383.
4. El Ghoneimi A, Vala JS, Limone B: Laparoscopic appendectomy in children: Report of 1,379 cases. *J Pediatr Surg*, 1994, 29, 786-789.
5. Esposito C.: One-trocar appendectomy in pediatric surgery. *Surg Endosc*, 1998, 12 (2), s. 177-8.
6. Gilchrist BF, Lobe TE, Schropp KP: Is there a role for laparoscopic appendectomy in pediatric surgery? *J Pediatr Surg*, 1992, 27, s. 209-214.
7. Latchaw LA, Harris BH, Leape LL: Appendectomy for chronic right lower quadrant pain in children. *Contemp Surg*, 1988, 33, s. 52-55.
8. Lobe T. E.: Acute abdomen. The role of laparoscopy. *Semin Pediatr Surg*, 1997, 6 (2), s. 81-87.
9. Moberg A.C., Montgomery A.: Appendicitis: Laparoscopic versus conventional operation. *Surg Laparoscopy (Endoscopy)*, 1997, 7, 6, s. 459-463.
10. Oberlandre TF, Rappaport LA: Recurrent abdominal pain during childhood. *Pediatr Rev*, 1993, 14, s. 313-319.
11. Schier F, Waldschmidt J: Laparoscopy in children with ill-defined abdominal pain. *Surg Endoscopy*, 1994, 8, s. 97-99.
12. Schier F, Waldschmidt J: Laparoscopy for lower quadrant pain in children. *Pediatr Surg Int*, 1994, 9, s. 258-260.
13. Stringel G., Berezin S.H., Bostwick H.E., Halata M.S.: Laparoscopy in the management of children with chronic recurrent abdominal pain. *JSLs*, 1999, 3(3), s. 215-219.
14. Stylianos S, Stein JE, Laura M, et al: Laparoscopy for Diagnosis and Treatment of Recurrent Abdominal Pain in Children. *J Ped Surg*, 1996, 31, 8, s. 158-1160.
15. Tůma J, Těschi O, Piler P, Krafka K, Bobula A: Prvních 100 laparoskopických výkonů u dětí. *Rozhl Chir*, 1995, 74, 8, s. 385-387.
16. Valla JS, Limonne B, Valla V, et al: Laparoscopic appendectomy in children: Report of 465 cases. *Surg Laparosc Endoscopy*, 1991, 1, s. 166-172.
17. Varlet F, Tardieu D, Limmone B: Laparoscopic versus open appendectomy in children: Comparative study of 403 cases. *Eur J Pediatr Surg*, 1994, 4, s. 333-337.

tab. č. 3

| Rozdělení laparoskopických apendektomií podle pohlaví |               |            |               |           |               |                |
|-------------------------------------------------------|---------------|------------|---------------|-----------|---------------|----------------|
| Rok                                                   | Počet operací | Dívky      | %             | Chlapci   | %             | Poměr pohlaví  |
| 1994                                                  | 15            | 14         | 93,3          | 1         | 6,7           | 14 : 1         |
| 1995                                                  | 49            | 47         | 95,9          | 2         | 4,1           | 24 : 1         |
| 1996                                                  | 43            | 42         | 97,7          | 1         | 2,3           | 42 : 1         |
| 1997                                                  | 77            | 64         | 83,1          | 13        | 16,9          | 5 : 1          |
| 1998                                                  | 67            | 59         | 88,1          | 8         | 11,9          | 7 : 1          |
| 1999                                                  | 74            | 62         | 83,8          | 12        | 16,2          | 5 : 1          |
| 2000                                                  | 102           | 79         | 77,5          | 23        | 22,5          | 3 : 1          |
| 2001                                                  | 86            | 68         | 79,1          | 18        | 21,0          | 4 : 1          |
| 2002                                                  | 83            | 67         | 80,7          | 16        | 19,3          | 4 : 1          |
| <b>Celkem</b>                                         | <b>596</b>    | <b>502</b> | <b>84,2 %</b> | <b>94</b> | <b>15,8 %</b> | <b>5,3 : 1</b> |

**Twinrix**



# Laparoskopická léčba varikokély u dětí

MUDr. Otakar Teyschl, MUDr. Pavel Zerhau

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno

## Souhrn:

**Význam:** Využití laparoskopického přístupu k vysoké ligatuře spermatických cév (Palomova ligatura) u dětí a dospívajících při operační léčbě varikokély.

**Pacienti a metody:** V letech 1997 – 2002 byl nabídnut pacientům indikovaným k chirurgické léčbě varikokély klasický suprainguinální či inguinální přístup nebo laparoskopický postup (LP) venózního přerušení. Ve sledovaném období si sto devadesát pět chlapců vybralo LP a tito nemocní jsou předmětem naší retrospektivní analýzy.

**Výsledky:** Věk pacientů dosahoval od 9 do 18 let (věkový průměr 14,0 roků). Délka operačních výkonů byla od 18 do 52 minut (průměr 28 minut). U tří pacientů jsme laparoskopicky rozrušili nitrobřišní adheze, i když před tím nebyli žádným způsobem operováni. Nezaznamenali jsme žádnou intraoperační ani časovou pooperační komplikaci související s operačním postupem. Všechny operace byly uskutečněny jako plánované elektivní výkony. Pacienti byli schopni opět normální aktivity do 48 hodin po operaci. Při následných kontrolách po 3 a 12 měsících nebyly žádné známky rekurentní nebo perzistentní varikokély. Všechna varlata, která byla zpočátku menší než kontralaterální gonáda, dosáhla stejného vzrůstu, nebo zůstala na stejné velikosti. U osmi pacientů (3,6 %) se vytvořila ipsilaterální sekundární hydrokéla, u pěti vyžadoval stav operační léčbu.

**Závěr:** Laparoskopické přerušování spermatických žil je rychlá, efektivní a bezpečná metoda léčení varikokély v dospívajícím věku. Při informovaném souhlasu a možnosti plné terapeutické úspěšnosti dává laparoskopický postup atraktivní alternativu k tradičním technikám u mnoha dospívajících a peripubertálních chlapců. Tak jako u otevřeného přístupu Palomova technika může vést ke komplikaci ve formě hydrokély, jejíž vytvoření někdy vyžaduje léčbu dalším operačním zákrokem. S tímto rizikem musí být seznámeni pacienti i rodiče před operací.

## ■ Úvod

Nález varikokély je poměrně častý, nejen pouze u dospělých, ale i u dospívajících v pubertálním a po pubertálním věku. V dospívající populaci chlapců je udáván výskyt i vyšší než 15%. Je tedy častější než jiné typy inguinoskrotální patologie společně. Ačkoli v mnoha případech jsou zde nesouhlasné fyzikální nálezy, varikokéla u dospělých je operace léčena pro etiologii spojenou s abnormálním spermioqramem a infertilitou. Toto je definitivní indikace léčby varikokély u dospělých. Ve skupině věkově mladších pacientů je základní racionální důvod operační léčby varikokély menší rozměr stejnostranného varlete ve srovnání s kontralaterální gonádou.

**Kass a Marcol** srovnávali Polomovu techniku s vysokým otevřeným podvazem spermatické artérie a vény a zjistili větší spolehlivost při odstranění rozsáhlých varikokél, než při alternativních technikách, kdy je artérie zachována. Původní rozsáhlé multicentrické studie vyhodnocovaly laparoskopické opera-

ce varikokély v dětské populaci a byly vyvozeny závěry, že Polomova operace byla bezpečnou a úspěšnou technikou

## ■ Pacienti a metody

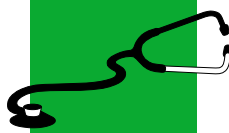
### Pacienti

Retrospektivně byly zhodnoceny operační záznamy a zdravotní dokumentace pacientů, kteří byli léčeni pro varikokélu na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno v letech 1997 – 2002. Chlapcům a jejich rodičům byl doporučen chirurgický postup léčby varikokély při potížích nebo při asymptomatickém výskytu varikokély III. a IV. stupně. Všichni pacienti byli vyšetřeni ultrasonograficky. Oblast sonografického vyšetření byla zaměřena na dutinu břišní a malou pánev, skrotum a velikost gonád. Při indikovaném chirurgickém výkonu byl nemocným nabídnut laparoskopický transperitoneální přístup nebo klasická otevřená operace s vysokým retroperitoneálním podvazem spermatických cév. Všichni operovaní byli ná-

sledně ambulantně sledováni. V naší studii jsme se zaměřili na sledování laparoskopicky operovaných chlapců ve vztahu na možné časné pooperační komplikace a následně na stav varlete a skrota.

### Operační postup

Po uvedení pacienta do celkové anestezie s endotracheální intubací bylo palpací ověřeno vyprázdnění močového měchýře. Zalcévkování močového měchýře před operací jsme neprováděli. Uložení pacienta bylo upraveno do Trendelenburgovy polohy se snížením pravého boku. Punkcí Veressovou jehlou v oblasti dolní pupeční řasy bylo vytvořeno pneumoperitoneum s tlakem < 15 mm Hg. Před insulací jsme kontrolovali správnou pozici jehly kapkovou metodou a negativním intraperitoneálním tlakem při nadzvednutí břišní stěny. Přístupem v pupku jsme zavedli bezpečnostní trokar pro 5 mm optiku a další dva trokary pro operační nástroje v pravém hypogastriu. Vizualně jsme zkontrolovali oba



tab. č. 1

| Rok           | Laparo<br>-varikokéla | Celkem<br>laparo operace | %             |
|---------------|-----------------------|--------------------------|---------------|
| 1997          | 9                     | 168                      | 5,4           |
| 1998          | 33                    | 171                      | 19,3          |
| 1999          | 38                    | 207                      | 18,4          |
| 2000          | 48                    | 249                      | 19,3          |
| 2001          | 40                    | 213                      | 18,8          |
| 2002          | 27                    | 160                      | 16,9          |
| <b>Celkem</b> | <b>195</b>            | <b>1168</b>              | <b>16,7 %</b> |

vnitřní tříselné otvory a identifikovali rozšířené testikulární cévy. Vlevo jsme discidovali retroperitoneum a izolovali jednu nebo více souběžných testikulárních žil. K uzávěru žil jsme použili klipy, menší cévy jsme uzavírali a přerušili monopolární koagulací. Mezi svorkami jsme žíly přerušili nůžkami a jejich

tab. č. 2

| Rok           | Počet operací | Průměrný věk | Věkové rozmezí |
|---------------|---------------|--------------|----------------|
| 1997          | 9             | 13,3         | 12 - 16        |
| 1998          | 33            | 14,1         | 11 - 18        |
| 1999          | 38            | 14,0         | 11 - 18        |
| 2000          | 48            | 14,1         | 9 - 18         |
| 2001          | 40            | 14,2         | 11 - 18        |
| 2002          | 27            | 14,4         | 12 - 17        |
| <b>Celkem</b> | <b>195</b>    | <b>14,0</b>  | <b>9 - 18</b>  |

konce jsme umístili zpět pod retroperitoneum. Okénko retroperitonea ponecháváme bez uzávěru. Před zrušením kapnoperitonea jsme zkontrolovali oblast dutiny břišní, kde byly uzavřeny a přerušeny cévy a oblasti zavedených portů, abychom vyloučili následné krvácení. Vpichy jsme uzavřeli kožními suturami. Pacienti byli sledováni po 12 hodin na pooperačním oddělení. Do domácího léčení jsme je propustili až když byli zcela bez obtíží, to je třetí až čtvrtý pooperační den.

#### Výsledky

Ve sledovaném období v letech 1997 – 2002 bylo laparoskopickým přístupem opeřováno 195 chlapců s levostrannou varikokélou. Průměrný věk pacientů byl 14,0 roku s rozmezím 9 – 18 let. Nález varikokély III. stupně podle **Dubína a Amelara** na levé straně měli všichni indikovaní chlapci k operaci. Ve čtyřech případech byla zjištěna varikokéla I. stupně i na pravé straně, tento stav nebyl na kontralaterální straně chirurgicky léčen. Ve 109 případech bylo varle o > 20% menší na straně varikokély.

Délka operačních výkonů se pohybovala v rozmezí 18 až 52 minut, s průměrem 28 minut.

Podle křivky získávání zkušeností s vlastní technikou výkonu byly časy při zavádění metody delší, ale v poměrně krátké době se ustálily v oblasti průměru. Na operacích se podílelo sedm lékařů

kliniky se zkušenostmi s laparoskopickými výkony.

Všichni pacienti jsou po operačním výkonu umístěni na pooperační oddělení s monitorací pO<sub>2</sub> po 12 hodin. Průměrná délka pobytu v nemocnici byla mezi 3 až 4 dny. U žádného léčebného chlapce jsme nezaznamenali lokální ani celkové zánětlivé komplikace. Výrazné zmenšení varikokély krátce po operaci jsme pozorovali u 86 (44,1%) pacientů. U dvou pacientů (1,0 %) došlo po zmenšení varikokély k její recidivě a u obou byla provedena reoperace laparoskopickým přístupem.

U 8 (4,1%) pacientů se v průběhu následného sledování po 12 měsících vytvořila stejnostranná hydrokéla varlete. V pěti případech (2,6%) jsme sekundární hydrokélu léčili operacně.

#### Diskuse

Klinický význam varikokély u dospívajících chlapců je předmětem diskusí. Na rozdíl od dospělých, u kterých souvisí nález varikokély s infertilitou, u mladších chlapců je v zásadě indikace k chirurgické léčbě varikokély nález počínající atrofie varlete. Klinicky je prokázáno, že po úspěšné léčbě varikokély u dospívajících, může během dalšího vývoje až v 80% případů dosáhnout varle obvyklé velikosti na straně s varikokélou.

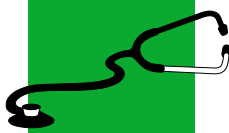
Standardní metody léčby varikokély zahrnují radiologickou embolizaci (anterográdní skleroterapie dle Taubera), otevřený retroperitoneální přístup, operace v tříselné krajině, přístup subinguinální/vysoký skrotální s mikrochirurgickou technikou. Každá z metod má v současné době určitou podporu, ale žádná není prokazatelně nejúspěšnější

tak, aby zabránila pacientům v pozdějším věku v potížích s fertilitou.

Někteří autoři prokázali vysokou úspěšnost podvazu spermatických žil při otevřeném vysokém retroperitoneálním přístupu. (3 Pintus). Z jiných studií vyplývá (4 Kass, Marcol), že Palomova technika, při níž jsou ligovány jak žíly tak i arterie spermatická, má větší úspěšnost než modifikovaný přístup s přerušením pouze žilních struktur s ponecháním intaktní spermatické tepny. Hlavním problémem společného podvazu a přerušení spermatických cév je pozdní komplikace ve formě sekundární hydrokély, způsobená uzávěrem lymfatických cév. Takto vzniklá sekundární hydrokéla se může vytvořit za dlouhou dobu až několika let.

#### Literatura

1. Atassi O., Kass EJ, Steinert BW.: Testicular growth after successful varicocele correction in adolescents: comparison of artery sparing techniques with the Palomo procedure. *J Urol* 1995, 153, 482 – 485
2. Cohen RC.: Laparoscopic varicocelectomy with preservation of the testicular artery in adolescents. *J Pediatr Surg* 2001, 36, 394–396
3. Diamond DA, Platell HJ, DiCinzio J., et al.: Comparative assessment of pediatric testicular volume: orchidometer versus ultrasound. *J Urol*, 2000, 164, 1111–1114
4. Lund L., Tang Y.C, Roebuck D. et al: Testicular catch-up growth after varicocele correction in adolescents. *Pediatr Surg Int* 1999, 15, 234 – 236
5. Mazzoni G, Fiocca G, Minucci S, et al. Varicocele: A multidisciplinary approach in children and adolescents. *J Urol* 1999, 162: 1755–1757
6. Mandressi A, Buizza C, Antonelli D, Chisena S. Is laparoscopy a worthy method to treat varicocele? Comparison between 160 cases of two port laparoscopic and 120 cases of open inguinal spermatic vein ligation. *J Endourol* 1996, 10: 435–441
7. Paduch D.A., Niedzielski J. : Repair versus observation in adolescent varicocele : a prospective study. *J Urol*, 1997,158, 1128
8. Pintus C, Rodríguez Mantas MJ, Manzoni C et al. Varicocele in pediatric patients: Comparative assessment of different therapeutic approaches. *Urology* 2000, 57, 154 – 158
9. Sun N., Cheung TT, Khong PL., Chan KL, Tam KH.: Varicocele: Laparoscopic clipping and color Doppler follow-up. *J Pediatr Surg* 2001, 36, 1704–1707
10. Kass EJ, Stork BR. Mitigating effects of pediatric varicocele. *Contemp Urol* 2001, 13, 33 – 49
11. Kass EJ, Marcol B.: Results of varicocele surgery in adolescents: a comparison of techniques. 1992, 148, 694 – 697
12. Esposito C, Monguzzi GL, Gonzales-Sabin MA, et al: Laparoscopic treatment of pediatric varicocele: A multicenter study of Italian society of videosurgery in infancy. *J.Urol* 2000, 163, 1944 – 1948



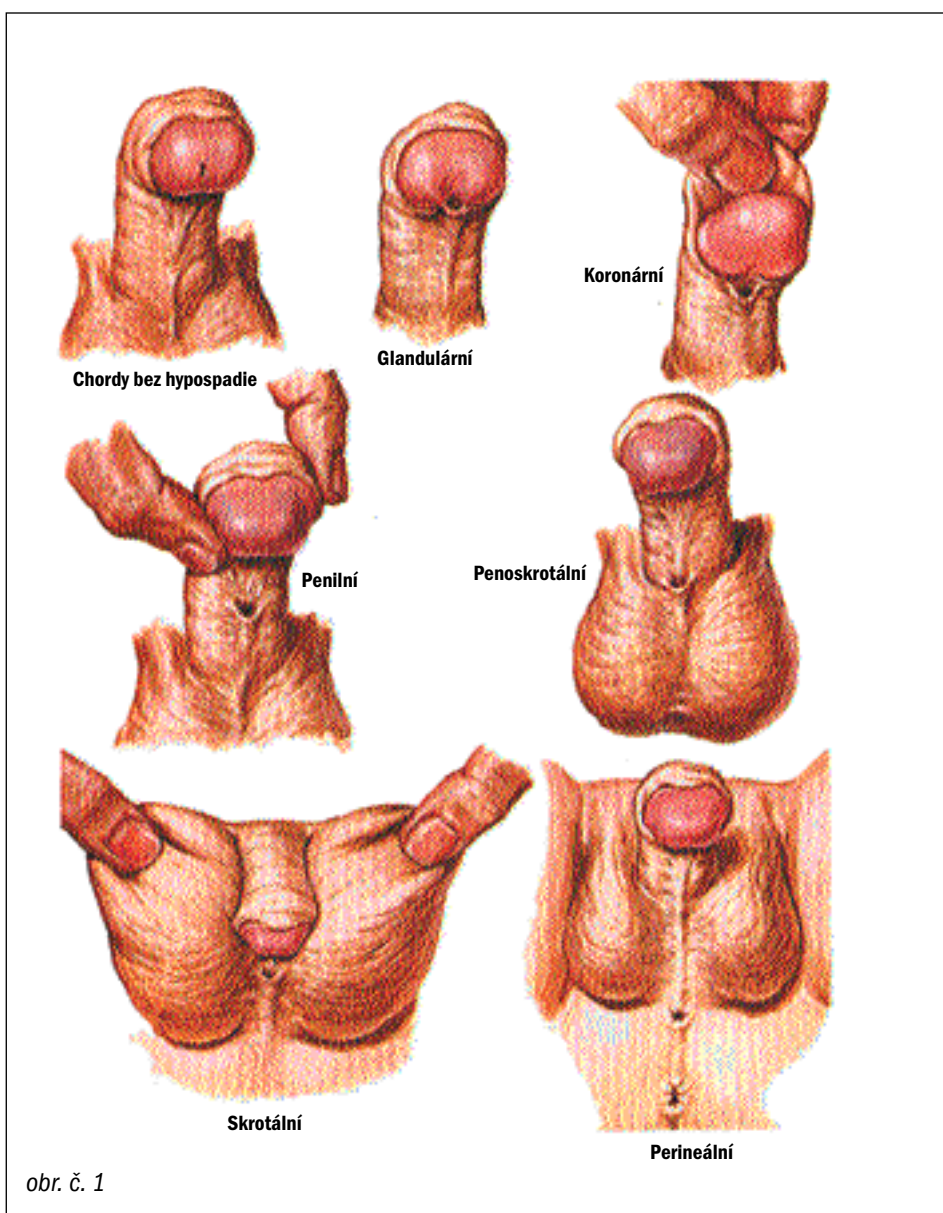
# Hypospadie

MUDr. Jan Kotrnoch, MUDr. Pavel Kryl

Oddělení dětské chirurgie – urologie FNKV, Praha

## Souhrn

Hypospadie znamená anomální vyústění uretry u mužského pohlaví, kdy je zevní ústí uretry uloženo kdekoliv mezi glans penis a perineem. Je to nejčastější vada uretry u mužů, vyskytuje se u 1 ze 300–500 narozených chlapců. Kromě anomálního vyústění uretry je charakterizována výskytem tzv. **CHORD** a **rozštěpem předkožky** - tzv. **zástěrkovitá předkožka**.



Rozlišují se **distální** – lehké formy, kterých je asi 80% – zevní ústí je při nich lokalizováno na glans penis – **glandulární**, nebo v okolí sulcus coronarius – **koronární**, současně

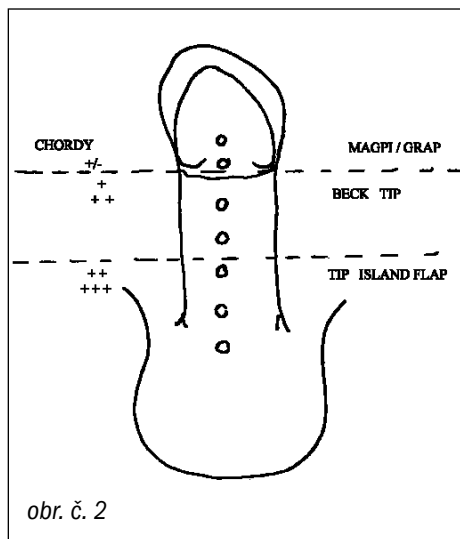
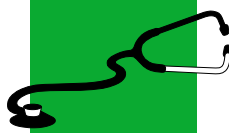
bývá stenosa zevního ústí uretry. Těžší forma postižení jsou **penilní h.** (obr. č. 1), ústí uretry je na ventrální straně penisu, jsou přítomny chordy, které penis sklání ventrálně, nebo

jej torkvují. Současně jsou přítomny poruchy mikce – paprsek moči jde místo po parabole kolmo k zemi, chlapci musí při mikci sedět – moči jako dívky. Bývá zde výraznější přítomnost sdružených vad – kryptorchismus, hernie, VUR, duplicitidy ureterů, hydronefrosa z obstrukce pyeloureterální junkce, divertikly zadní uretry, stenosa zevního ústí.

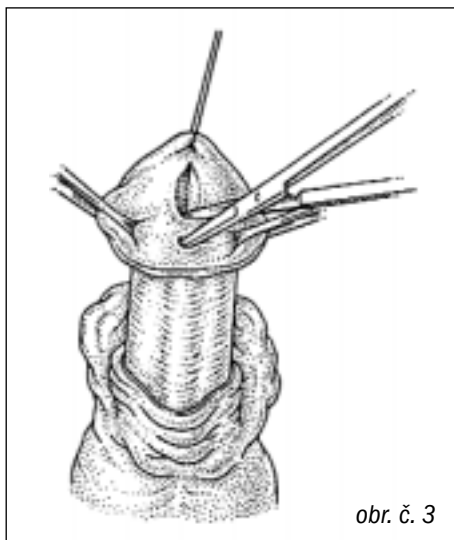
**Proximální** – těžké formy h. jsou naštěstí vzácnější – do 10% a tvoří je **penoskrotální, skrotální a perineální h.** Provází je sdružené vady, zevní genitál má **vulviformní** vzhled, bývají zde přechody k **intersexu**. Proto je důležité před event. chirurgickým výkonem určit genetické pohlaví, a má o tom být rozhodnuto ještě před odchodem dítěte z porodnice.

Etiologie h. je dodnes nejasná, i když se předpokládají genetické a hormonální faktory. Vývoj zevního genitálu současně s vývojem močového ústrojí probíhá od 6. do 14. týdne nitroděložního života – proto je častý současný výskyt sdružených vad. Mužskou uretru distálně od vnějšího sfinkteru uretry vytváří sinus urogenitalis, jehož okraje srůstají ve střední čáře a vytvářejí penilní uretru. Glandulární uretra je formována separátně z ektodermální ploténky na špičce penisu. Tyto dvě uretry se spojují ve fossa navicularis. Celý vývoj je ukončen ve 14. týdnu. V případě deficitu **fetálního DHT** (dehydrotestosteronu) se urogenitální sinus uzavře neúplně, ústí uretry se posunuje proximálně a vzniká hypospadie. V místě neúplného srůstu se z dysplastického **corpus spongiosum** uretry vytváří fibrozní tkáň – tzv. **chorda**, která penis anguluje a znemožňuje nebo omezuje postnatální růst (obr. č. 2).

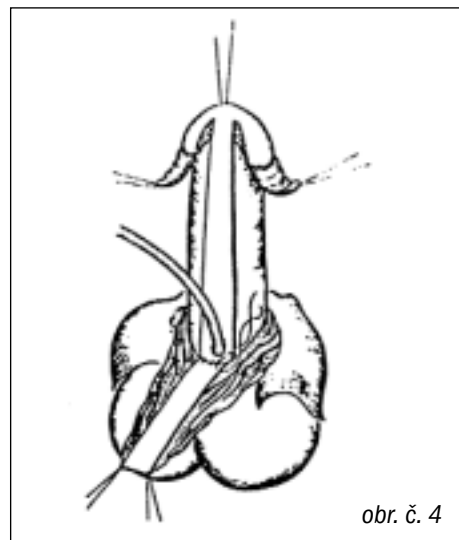
Cílem léčby je dobrý funkční a kosmetický výsledek. Problematika chirurgické korekce



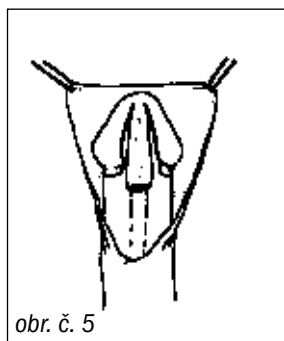
obr. č. 2



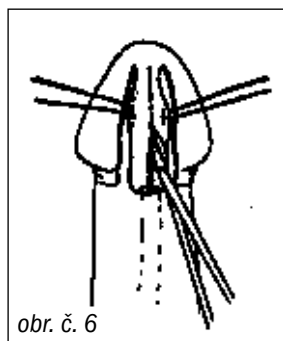
obr. č. 3



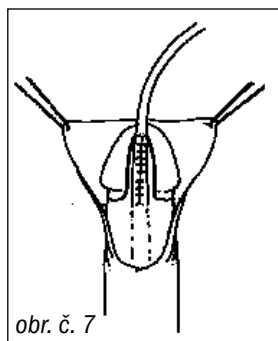
obr. č. 4



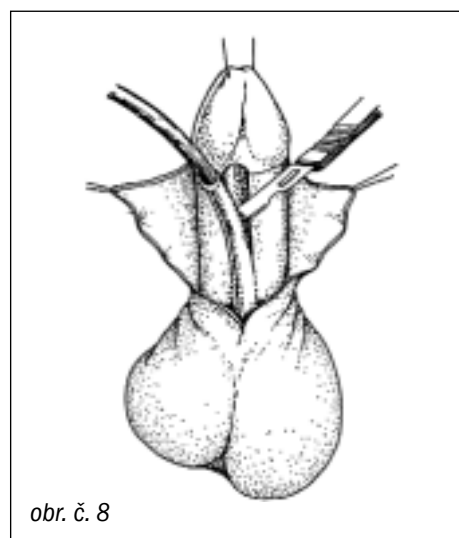
obr. č. 5



obr. č. 6



obr. č. 7



obr. č. 8

spočívá v tom, že jsou vedle sebe nesprávně vyvinuté struktury penisu v různém rozsahu. Je nutno je částečně uchovat, částečně upravit a částečně odstranit (chordy). Složitost výkonu nutí hledat stále nové cesty. V současné době je známo přes 200 operačních metod. Dítě s hypospadií ošetřují dětské urologové, někdy plastičtí chirurgové, není však shoda ani v termínu operace – tzv. **timingu**, ani v metodě, kterou zvolit. Do péče dětské urologie chlapci s hypospadií patří především pro možný výskyt dalších sdružených vad, tedy nutností základního urologického vyšetření, do kterého počítáme SONO ledvin a močového měchýře, mikční cystourethrografii, kalibraci uretry, panendoskopii, event. další. Z pohledu dětské urologie byl zcela přehodnocen dřívější přístup, kdy operace byly odkládány do období po pubertě. Věková hranice operantů se snížila, panuje obecná shoda, že optimální období pro genitální chirurgii je mezi 6. až 15. měsícem věku dítěte. Před 6. měsícem dochází k tzv. **separační** anxietě dítěte i matky, zatímco operace na genitálu po 3. roce věku

způsobují psychologické problémy ve smyslu tzv. **kastrační** anxiety. Kromě toho je u malých dětí možnost ovlivnění penilního vzrůstu a zmenšení rozsahu chord, předoperačně podávaným **testosteronem** – do 3. týdnu věku ve formě masti lokálně, event. injekcemi v pozdějším období (potvrzeno klinickými studiemi i praxí!). Jak již bylo řečeno, cílem operačních postupů dětských urologů je zajistit optimální funkční a kosmetický výsledek, tzn. rovný penis, vyústění neouretry na vrcholu glans penis, rovný močový proud a estetický kožní kryt. Dává se přednost jednoduchým plastikám před vícedobými. K formování neouretry se využívá živých – vaskularizovaných laloků, je odklon od neživených dermálních štěpů, které používá plastická chirurgie.

#### Chirurgické postupy:

Distální – lehké formy urethroplastiky typu MAGPI (meatal advancement glanduloplasty incorporated, obr. č. 3) a GRAP (glandulo et praeputioplasty)

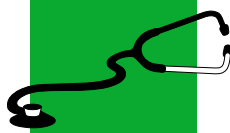
Proximální formy – střední a těžké formy:

**1. Island flap** – urethroplastika tubulizova-

ným živým lalokem z vnitřního listu předkožky (obr. č. 4).

**2. Onlay plastiky** (TIP – tubularized incised plate dle SNODGRASSE) k vytvoření neouretry používá tzv. **uretrální ploténku**, což je epiteliální pruh jdoucí od hypospadického ústí směrem ke glans penis (obr. č. 5, 6, 7, 8).

**3. Beckova** teleskopická mobilizace dlouhého úseku uretry a její posunutí na glans. Nezbytnou součástí všech operací je odstranění chord. požití nejjemnějších vstřebatelných materiálů – síla 6/0, 7/0 Vicryl, katetrizace měchýře cévkou nebo epicystostomií po dobu 7–14 dnů, tlumení bolesti event. zadržování erekce pomocí kontinuálního epidurálního znecitlivění, požití operačního mikroskopu event. lupových brýlí.



# SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)

## KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE PARDUBICKÉHO KRAJE

Protiepidemické oddělení, Pardubice

### ■ Úvod

SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome, Těžký akutní respirační syndrom) jako samostatná nosologická jednotka byl Světovou zdravotnickou organizací (WHO) konstituován v průběhu února letošního roku.

Panuje shoda v tom, že současná epidemie má původ v provincii Guandong v jižní Číně, kde od listopadu 2002 proběhla epidemie atypických pneumonií s vyvrcholením v únoru 2003. WHO se v současné době zabývá mj. otázkou jejich zařazení, když jako SARS nebyly v té době pochopitelně evidovány. Odtud (a zřejmě i z Vietnamu) onemocnění expandovalo napřed do Hongkongu, později i do dalších států světa.

SARS jako onemocnění byl poprvé diagnostikován na konci února 2003 v Hanoji (Vietnam). Pacientem („index case“) byl obchodník středního věku hospitalizovaný v Hanoji 26. 2. 2003 s vysokou horečkou, suchým kašlem, myalgiemi a mírnými bolestmi v krku. Během následujících 4 dnů stav progredoval v syndrom akutního respiračního selhání (ARDS) vyžadující řízené dýchání. Mezi laboratorními nálezy byla mj. i výrazná trombocytopenie. Přes intenzivní péči zemřel 13. 3. po převozu do izolačního zařízení v Hong Kongu. V Hanoji i Hong Kongu byl attack rate mezi ošetřujícím personálem > 56%.

Prvním dokumentovaným zdrojem dalších onemocnění byl však lékař z jihočínské provincie Quangdong, který cestoval 21. 2. do Hong Kongu na svatbu a noc strávil v hotelu. Další 12 případů pak vzniklo v tomto hotelu, 9 z nich na stejném patře. Tyto případy byly zodpovědné za další šíření do Toronta, Hanoje, Singapur a do 3 nemocnic v Hong Kongu. Další více než 200 případů v uvedené souvislosti bylo zaznamenáno v Hong Kongu a prokázán přenos na zdravotníky a jejich rodiny, nověji i do škol.

### ■ Charakteristika SARS

Pozn.: Následující údaje vycházejí z po-

znatků, které jsou známy k datu 7. 4. 2003 a jsou průběžně aktualizovány.

**Inkubační doba** je dle dosavadních poznatků 2–7 dnů, obvykle 3–5 dnů, v některých případech až 10 dnů.

**Klinický průběh** může být oligosymptomatický až rychle progredující s letálním zakončením. Za modelový je považován takový, kdy prodromální fáze přechází ve stadium s dominujícími příznaky onemocnění dýchacích cest:

**Prodromální stadium** začíná horečkou vyšší než 38°C. Horečka je obvykle vysoká, někdy provázená třesavkou, ztuhlostí a příp. dalšími příznaky včetně bolestí hlavy, nevolností a myalgiemi. Pouze u některých nemocných jsou již zřetelné mírné respirační příznaky. Typicky chybí vyrážka, neurologické a gastrointestinální projevy, i když u několika málo pacientů v prodromálním stadiu byl zaznamenán průjem.

Dle stavu k 21. 3. příznaky u registrovaných onemocnění přicházely v následující frekvenci: horečka (100%), neklid (100%), zimnice (97%), bolesti hlavy (84%), myalgie (81%), závratě (61%), rigor (55%), kašel (39%), bolesti v krku (23%), sekrece z nosu (23%).

Po 3–7 dnech nastupuje **fáze s příznaky onemocnění dolních cest dýchacích**: suchý neproduktivní kašel nebo dušnost, které mohou být provázeny progredující hypoxémií.

Další vývoj může pokračovat dvěma směry: U většiny pacientů (80–90%) dochází po dalších 6–7 dnech ke zlepšení stavu. V 10–20% případů je průběh respiračního onemocnění akutní, vážný. Progredující forma, event. se vznikem syndromu akutního respiračního selhání (ARDS), vyžaduje intubaci a řízené dýchání. Prognóza těchto nemocných je nepříznivá, v závislosti na event. přítomnosti koincidujících dalších onemocnění (komorbidní faktory).

**Rtg plic** během prodromů i vlastního one-

mocnění nemusí vykazovat patologické odchylky. Naopak ložiskové změny na rtg byly zaznamenány i u případů bez plicních klinických projevů. Typicky však bývají zřetelná malá, unilaterální, neostře ohraničená zastínění, která progredují během 1 až 2 dnů v bilaterální, případně konfluentní až generalizovaná.

**Laboratorní nálezy**: Celkový počet leukocytů bývá zpočátku v normě nebo poněkud snížený v důsledku lymfocytopenie. Na vrcholu respirační fáze je asi u 50% pacientů leukopenie, méně často i mírná trombocytopenie. Na začátku respirační fáze stoupá hladina kreatin-fosfokinázy, CRP a jaterních aminotransferáz. U většiny pacientů zůstávají renální funkce v normě.

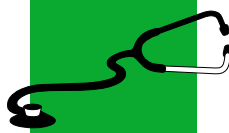
**Léčba** spočívá v komplexní péči dle příznaků, dominantně v zajištění životních funkcí. Vzhledem k etiologickým nejasnostem v konkrétních případech a nebezpečí z prodlení je obvykle doporučováno podávání antibiotik účinných v terapii atypických pneumonií vyvolávaných bakteriálními agens.

Takovými antibiotiky aplikovanými jednotlivě nebo v kombinaci mohou být dle literárních údajů např. azitromycin, aminoglykosidy, ceftriaxon, doxycyklin, ciprofloxacin a další. Není však známo, že by podání antibiotik mělo vliv na klinické zlepšení.

V Hong Kongu byl zaznamenán terapeutický úspěch u některých kriticky nemocných pacientů po aplikaci ribavirinu event. některých dalších antivirotik samostatně nebo v kombinaci s vysokými dávkami kortikoidů. Event. význam imudomodulátorů v kurativě zatím není znám.

Imunoprofylaxe u zdravých (příp. ohrožených osob) pochopitelně není možná, profylaktické podávání antibiotik či jiných preparátů není doporučováno.

**Prognóza** je nejistá a závisí na řadě známých i dosud neznámých okolností. Zdá se, že obecně horší je u pacientů starších než 40



let. Pro vývoj onemocnění je nepochybně důležitý i výchozí zdravotní stav (komorbidní faktory – viz výše), i když většina případů SARS až dosud byla evidována u předtím zdravých osob. Celková smrtnost se udává kolem 3–4%.

**Věk:** K 21. 3. většina pacientů byli dospělí mezi 25 a 70 roky věku s hranicemi 7 – 78 let. Pouze několik případů bylo zaznamenáno u dětí do 15 let.

**Etiologie:** Dne 24.3. oznámilo CDC u 5 pacientů přítomnost **corona-like** viru nepatřícího do žádné ze 3 známých skupin koronaviřů. Ne zcela exaktně byl zaznamenán i pohyb titrů přísl. protilátek (IF). Vzorky materiálů v těchto případech byly vyšetřeny i na lidské **metapneumoviry** s negativním výsledkem. Tato agens však byla detekována v Kanadě a Hong Kongu z plic zemřelých. Etiologie SARS tak zatím zůstává nejasná. Přenos:

Dle dosavadních zkušeností je k přenosu nutný úzký kontakt s infikovanou osobou.

**Přenos** je kapénkový, přímý či nepřímý. Za infekční se považují aerosolové kapénky z respiračních cest a tělesné sekrety. Vzhledem k absenci znalostí etiologie není též známa velikost infekční dávky. SARS se jeví být méně nakažlivým než chřipka.

### Asijské země zápasí s virem, v Číně vypukly nepokoje kvůli karanténě

Virus SARS je podle posledních poznatků odolnější, než se předpokládalo, čímž je možné vysvětlit jeho snadné šíření. Vědci potvrdili domněnku, že nebezpečná nákaza se může šířit pouhým dotykem, například s infikovaným tlačítkem ve výtahu. Světová zdravotnická organizace (WHO) zveřejnila zprávu, podle níž se virus přenáší také prostřednictvím výkalů. „Virus přežívá ve výkalech při pokojové teplotě nejméně den až dva,“ uvedla WHO. „Ještě lépe dokáže virus přežít ve stolici pacientů trpících průjmem (až čtyři dny),“ dodává organizace. Nová studie tak přispívá k vysvětlení rychlého rozšíření Syndromu akutního respiračního selhání na hongkongském sídlišti Amoy Gardens. Přes 300 zdejších nakažených může mít na svědomí prosakující kanalizace. Alarmující zprávu umírňuje ujištění hongkongských expertů, že virus lze během několika minut zlikvidovat běžně užívanými chemikáliemi. „Dobré zprávy z tohoto experimentu jsou, že virus lze poměrně snadno zneškodnit běžnými dezinfekčními prostředky,“ potvrdil jeden z předních odborníků WHO zabývajících se chorobou SARS, Klaus Stohr. Podle japonských vědců je virus natolik odolný, že dokáže přežít až několik dní i na povrchu předmětů z plastické hmoty při teplotě čtyř stupňů Celsia. Také proto se snadno šíří. „Jde o teplotu v lednici, takže když se někdo dotkne nějaké potraviny rukou kontaminovanou virem SARS, zůstane na této potravíně v lednici virus po dobu čtyř dní,“ uvedl Stohr. Virus dokáže rovněž dlouhodobě přežít velmi nízké teploty. Studie prokázala, že ho nezničí ani minus 80 stupňů Celsia. Vlády nejvíce postižených zemí se dále horečně snaží nákaze čelit, obětí však přibývá. Z kontinentální Číny bylo včera hlášeno devět obětí, tři lidé zemřeli v Hongkongu. Obě místa včera uváděla 160, respektive osm nových nemocných. Druhý den se tak počet nových případů udržuje na stejné úrovni. Ve východní Číně včera obklopilo asi 1000 vesničanů sídlo místních úřadů kvůli tomu, že byly nedaleko od jejich domovů umístěny do karantény osoby, které byly nakaženy. Vesničané demolovali a převraceli policejní automobily a požadovali, aby nemocní, kteří jsou v karanténě ve skromně vybaveném sídle úřadů, byli odvezeni jinam.

### Otevřený dopis Vinohradská výzva

Lékaři naší nemocnice jsou čím dál více znepokojeni stále častěji se vyskytujícími útoky na život a zdraví nás, lékařů. Posláním lékařů je zachraňovat životy bez ohledu na z toho vyplývající omezení v osobním a rodinném životě. Přesto situace v poslední době se stává stále více neúnosnou. Pojďme si připomenout několik případů za poslední dobu:

- stomatolog zastřelený v ordinaci na Praze 2
- zastřelený ortoped před domem, kde bydlel
- zranění lékaři rychlé záchranné služby v Praze při poskytování zdravotní péče
- a v tomto výčtu bychom mohli pokračovat...

I v naší nemocnici se za poslední období množí případy verbálního i fyzického napadání lékařů a dalších zdravotnických zaměstnanců. Vzhledem ke skutečnosti, že stát k této situaci mlčí a nedělá žádná preventivní a ochranná opatření, směřující alespoň k právní ochraně lékařů (například zařadit lékaře při výkonu zdravotnického povolání pod právní ochranu veřejných činitelů), popřípadě jakýmkoliv jiným způsobem se nesnaží chránit zdraví a život lékařů, proto my, níže podepsaní lékaři Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, přicházíme s touto iniciativou a vyzýváme naše zákonodárce, ústřední orgány státní zprávy, Českou lékařskou komoru a další instituce k tomu, aby již nepřehlíželi nečinně této situaci a začali ve věci konat.

# Prebiotika, probiotika a synbiotika

Doc. MUDr. Jiří Nevoral, CSc.

1. dětská klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

## ■ Vývoj a složení střevní mikroflóry

Složení střevní mikroflóry je významně ovlivňováno způsobem výživy. U novorozenců, kteří jsou výlučně kojeni, je intestinální flóra složena z laktobacilů a bifidobakterií. Chybí fakultativně anaerobní *E.coli* a striktně anaerobní *Bacteroides fragilis* a *Clostridium* species. Převaha bifidobakterií je způsobena látkami, které jsou obsaženy v mateřském mléku a selektivně příznivě působí na růst bifidobakterií a laktobacilů (bifidogenní faktor). Hovoříme o prebiotické aktivitě mateřského mléka. Tento bifidogenní faktor je v mateřském mléku tvořen oligosacharidy (třetí, kvantitativně největší složka mateřského mléka po laktóze a tukách) a glykoproteiny. Vlivem jejich prebiotického účinku je mikroflóra s převahou laktobacilů a bifidobakterií vytvořena během jednoho měsíce. Tvorba kyseliny mléčné jako konečného produktu metabolismu těchto bakterií spolu s působením specifických živin v mateřském mléce jako jsou laktoferin, kasein a nukleotidy přispívají k vytvoření prostředí, ve kterém laktobacily a bifidobakterie dobře rostou. Osídlení pokračuje během prvních dnů a týdnů, stabilizuje se během výlučného kojení do odstavení a zavedení příkrmů nebo použití přípravků kojenecké mléčné výživy. U dětí uměle živěných se vyvíjí mnohem pestřejší střevní mikroflóra, která obsahuje vedle bifidobakterií bakteroidy, enterobakterie, enterokoky a klostridia. Dospělý typ střevní mikroflóry je dosažen ve věku 1–2 let.

Fyziologická funkce normální střevní mikroflóry je součástí obranného mechanismu, který spočívá v kompetitivní inhibici bakteriální adheze patogenních bakterií na sliznici zažívacího ústrojí, v syntéze sloučenin, které inhibují a ničí patogenní bakterie a v kompetitivní konzumaci živin potřebných pro růst patogenních mikroorganismů.

Fyziologická mikroflóra moduluje rovněž imunitní systém, když působí efektivní stimulaci mikrobiálními antigeny. Ovlivňuje humorální, buněčnou i nespecifickou imunitu., může mít vliv na produkci cytokinů a genovou transkripci.

## ■ Prebiotika

Prebiotika jsou nestravitelné látky obsažené v potravinách, které podporují selektivně růst nebo aktivitu jedné bakterie nebo omezeného počtu střevních bakterií a tím pozitivně ovlivňují složení střevní mikroflóry tlustého střeva, čímž mají celkově příznivý vliv na zdraví a celkovou

pohodu příslušného jedince. V mateřském mléku funkci prebiotik mají v něm obsažené oligosacharidy, které tvoří třetí kvantitativně největší složku mateřského mléka, jejich koncentrace kolísá od 6–12 g/l. Ve většině případů jsou odvozeny od laktózy. Oligosacharidy mohou chránit kojence živěné mateřským mlékem před bakteriálními a virovými infekcemi, toxiny a plísněmi. Tyto rozpustné sacharidy jsou schopné působit jako analoga receptorů na epitelálních buňkách hostitele a tím blokují vazebná místa pro patogenní mikroorganismy.

## ■ Probiotika

Probiotika jsou mono- nebo směsné kultury živých mikroorganismů, které po aplikaci prospěšně ovlivňují hostitele zlepšením vlastností jeho vlastní mikroflóry. Mezi probiotika jsou v současné době řazeny laktobacily, bifidobakterie, streptokoky, enterokoky a saccharomyces. Pro zařazení mezi probiotika musí jednotlivé bakteriální kmeny splňovat několik základních požadavků. Bakteriální kmeny musí mít prokazatelně pozitivní vliv na zdraví hostitele a musí být zdravotně nezávadné, izolované ze stejného živočišného druhu jako je předpokládáný příjemce a nesmí být toxické ani patogenní. Forma, ve které je probiotikum do zažívacího ústrojí aplikováno musí obsahovat dostatečné množství životaschopných bakterií, které mají mít schopnost přežít v zažívacím ústrojí a být metabolicky aktivní. Bakterie musí být životaschopné během skladování, důležité jsou i chuťové vlastnosti potraviny nebo potravinového doplňku, ve kterých jsou obsaženy. Kombinace prebiotika s probiotikem se nazývá **synbiotikum**. V synbiotiku je probiotikum kombinováno s prebiotikem, které je pro něj specifické, např. frukto-oligosacharid s kmenem bifidobakterie. Tato kombinace potom přispívá k prodloužení přežití probiotika, pro které je prebiotikum specifickým substrátem vhodným k fermentaci.

## ■ Mechanismus působení

Probiotika produkují substance, kterými mohou inhibičně působit na G+ a G– bakterie. Mezi tyto látky patří organické kyseliny, peroxid vodíku a bakteriociny. Snižují nejen počet živých buněk, ale ovlivňují metabolismus bakterií a produkci toxinů.

Některé probiotické kmeny mají schopnost adherovat na střevní epitel a tak kompetitivní

inhibici blokují adhezní místa pro potencionálně patogenní bakterie. Předpokládá se, že probiotické kmeny mohou také využívat živiny, které by jinak byly spotřebovány patogenními mikroorganismy. Některá probiotika mají schopnost degradovat receptory pro toxiny na střevní sliznici. Pro preventivní a terapeutické použití probiotik je důležitá jejich schopnost stimulovat specifickou i nespecifickou imunitu.

## ■ Probiotika v prevenci a léčbě onemocnění zažívacího ústrojí

Při použití probiotik v prevenci a léčbě různých onemocnění jsou oblasti, ve kterých je jejich účín považován za prokázaný, v jiných oblastech prokázaný není a považuje se za možný. Existuje hodně různých studií, ale není příliš mnoho dobrých dvojitě slepých randomizovaných prospektivních studií, které jediné mohou prokázat účinek zkoušeného probiotika.

## ■ Akutní průjemové onemocnění

Mechanismus, kterým probiotika působí preventivně nebo léčebně může být prostřednictvím stimulace imunitního systému, kompeticí o vazebná místa na střevní sliznici nebo tvorbou bakteriocinů jako je nisin. Tyto a další mechanismy jsou závislé na typu průjemového onemocnění a proto mohou být různé u virového průjmu, antibiotiky způsobeného průjmu a u průjmu cestovatelů.

## ■ Virové průjemové onemocnění

Metaanalytická studie zaměřená na randomizované kontrolované terapeutické studie s laktobacilem u dětí zhodnotila celkem devět studií a ukázala, že při léčbě probiotikem se zkrátí doba průjemového onemocnění v průměru o 0,7 dne (0,3–1,2 dne) a počet stolic se druhý den léčby zmenší v průměru o 1,6 stolice denně (0,7–2,6) u dětí, které byly léčeny laktobacilem. Pozitivní účinek probiotik lze vysvětlit stabilizací střevní mikroflóry a kratším vylučováním rotavirů. Studie ukázaly, že podávání probiotik vede k významnému vzestupu IgA specifických protilátek proti rotavirům v séru pacientů, což naznačuje, že humorální imunita hraje důležitou roli v mechanismu účinku probiotik. Probiotika byla také použita v prevenci akutní gastroenteritidy u dětí. Specifická IgA odpověď může vysvětlit preventivní účinek probiotik na průjemové onemocnění. V dvojitě slepé kontrolované studii hospitalizovaných dětí, které

**BEBA (HA) 2**

dostávaly normální přípravek kojenecké mléčné výživy a mléko obohacené o *Bifidobacterium bifidum* a *Streptococcus thermophilus* se ukázalo během více než 17 měsíčního sledování, že ve skupině bez probiotik 31 % dětí mělo průjemové onemocnění, zatímco ve skupině s probiotiky pouze 7 % dětí. *Lactobacillus casei* GG v jiné studii působil také preventivně proti průjemovým onemocněním u hospitalizovaných dětí.

### ■ Průjmy cestovatelů

Příčinou průjmu cestovatelů jsou různá agens, ale většinou enterotoxická *E. coli*. Incidence průjemových onemocnění u dospělých cestovatelů do cizích zemí se odhaduje na 20–40 %, záleží na původu cestovatele, způsobu cestování a cíli cesty. K prevenci průjemových onemocnění cestovatelů bylo vyzkoušeno několik probiotik s různými výsledky.

### ■ Průjemová onemocnění po léčbě antibiotiky

Hodnocení pomocí metaanalýzy devíti randomizovaných dvojité slepých placebem kontrolovaných studií (dvě byly provedeny na dětech) ukázalo, že probiotika mohou být použita k prevenci průjemového onemocnění při léčbě antibiotiky. Další studie by však měly brát v úvahu také cenu a skutečnou potřebu použití probiotik v rutinní praxi.

### ■ Potravinové alergie

Racionální jádro probiotické terapie u alergických onemocnění je ve vytvoření mikrobiálního stimulu pro imunitní systém hostitele pomocí živého organismu, který je charakteristický pro střevní mikroflóru zdravého kojence. Smysl léčby probiotiky spočívá v přesměrování imunologické paměti od Th2 fenotypu ještě dříve, než je ustavena imunitní odpověď na antigeny z okolního prostředí. Schopnost probiotik preventivně bránit v rozvoji atopického onemocnění byla nedávno demonstrována v dvojité slepé placebem kontrolované studii, ve které se ukázalo, že u dětí s vysokým rizikem atopického onemocnění, kterým byla probiotika podávána po dobu 6 měsíců, se prevalence onemocnění zmenšila na polovinu (23 %) v porovnání se skupinou s placebem (46 %). Nicméně podávání probiotik nemělo preventivní vliv na alergii na bílkovinu kravského mléka..

Probiotika byla použita také léčebně. Do studie bylo zařazeno 27 kojenců s projevy atopického ekzému, který se manifestoval při plném kojení. Tyto děti v průměrném věku 4,6 měsíce byly převedeny na vysoce hydrolyzovaný preparát, který byl obohacen probiotikem nebo na stejný přípravek bez probiotika. Po dvou měsících děti, které dostávaly probiotikum měly výrazné zlepšení ekzému oproti dětem, které dostávaly stejný vysoce hydrolyzovaný přípravek bez probiotik

Bez ohledu na tato fakta je třeba data podporující oprávněnost probiotické terapie v prevenci alergických onemocnění ještě doplnit. Je třeba získat více informací o dávkách a charakteristických vlastnostech jednotlivých bakteriálních kmenů u atopických onemocnění a potravinové alergie.

### ■ Intolerance laktózy

Asi 10–15 % dospělé populace má výrazně sníženou aktivitu střevní laktázy a po požití již malého množství laktózy má zažívací potíže. Laktóza je metabolizována bakteriemi a výsledkem je flatulence, průjem, nevolnost, bolesti břicha. Tito lidé lépe snášejí fermentovaná mléka. Jejich efekt se vykládal delší pasáží zažívacím ústrojím a účinkem živých bakterií, které obsahují laktázu. Probiotikum pomocí laktázy, kterou obsahuje, pomáhá štěpit laktózu v tlustém střevě a tak zlepšuje toleranci laktózy. Laktázu produkují laktobacily jako je *Streptococcus thermophilus* a *Lactobacillus bulgaricus* (v jogurtech).

### ■ Nespecifická zánětlivá střevní onemocnění

Ačkoliv dlouholetý výzkum nebyl schopen prokázat přímý patogenní vliv infekčních agens, ukazuje se, že komensální střevní mikroorganismy a jejich produkty působí jako zevní spouštěč, který vyvolává a udržuje nespecifické střevní zánětlivé onemocnění.

Probiotika byla úspěšně zkoušena v léčbě Crohnovy nemoci tlustého střeva. Počet relapsů onemocnění se zmenšil na polovinu ve srovnání s placebem, pokud se probiotikum podávalo během remise. V jiné studii byl popsán 6krát nižší výskyt relapsů Crohnovy nemoci u pacientů, kteří byli léčeni kombinací mesalazinu se *Saccharomyces boulardii* ve srovnání s pacienty, kteří byli léčeni samotným mesalazinem. Jiná studie však ukazuje, že podávání *Lactobacillus casei* GG nezabránilo recidivě Crohnovy nemoci po chirurgickém výkonu.

Existují dvojité slepé placebem kontrolované studie, které prokazují, že probiotika jsou stejně účinná jako mesalazin v udržování remise idiopatické proktokolitidy. Probiotika byla zkoušena také u chronické pauchitis. Ve dvojité slepé placebem kontrolované studii bylo zjištěno, že probiotikum významným způsobem snížilo počet relapsů chronické pauchitis.

Použití probiotik v léčbě nespecifických zánětlivých střevních onemocnění není všelékem, ale nadějí ve formě adjuvantní terapie, zvláště k udržování remise onemocnění a přináší rovněž možnost dalšího pochopení patofysiologických mechanismů onemocnění.

### ■ Nekrotizující enterokolitida

Nekrotizující enterokolitida je příčinou velké morbidity i mortality nedonošených dětí. Me-

chanismy vyvolávající nekrotizující enterokolitidu a její spojení s poškozením střeva nejsou jasné. V současné době se soudí, že ke vzniku nekrotizující enterokolitidy jsou potřeba tři faktory: nedonošenost, enterální výživa a bakteriální kolonizace. Na základě povzbuzujících studií na zvířatech byla provedena studie na novorozencích, kterým byl podáván *L. acidophilus* a *B. infantis* a osud dětí byl porovnáván s osudem dětí jeden rok předtím, kterým nebyla podávána probiotika. Ve skupině bez probiotik onemocnělo 85 dětí nekrotizující enterokolitidou z nichž 35 zemřelo, zatímco ve skupině s probiotikem onemocnělo 34 dětí a zemřelo pouze 14 dětí. Specifický mechanismus účinku probiotik není znám, předpokládá se ovlivnění zánětlivé kaskády, aktivace střevního imunitního systému a zvýšení integrity střevní bariéry.

### ■ Karcinotvorba

Střevní mikroflóra je schopna ovlivňovat tvorbu karcinomu produkcí enzymů, které mění ve střevě prekarcinogeny v karcinogen. Tyto enzymy jsou beta-glukuronidáza, azoreduktáza, nitroreduktáza. Některé mikroorganismy jsou však schopny chránit hostitele tím, že tyto enzymatické aktivity tlumí. *Lactobacillus casei* GG, *Lactobacillus acidophilus* a *Bifidobacterium bifidum* významně snižují množství těchto enzymů ve stolici (nikoliv jogurtové bakterie). Některé studie na zvířatech ukázaly, schopnost probiotik inhibovat růst nádorových buněk, určité bakterie mají schopnost vázat se na případné karcinogeny. Nicméně přehled desítek epidemiologických studií neprokázal významný vliv fermentovaných potravin na incidenci karcinomů. Nutné jsou studie s definovaným typem probiotika.

### ■ Bezpečnost probiotik

Dosud používaná probiotika jsou považována za bezpečná a většinou patří mezi nepatogenní komensální mikroorganismy.

Současné znalosti ukazují, že perorální podávání probiotik může být léčebně užitečné u několika onemocnění tím, že nastolí normální střevní mikroflóru. Za prokázaný se má jejich příznivý účín u rotavirových průjemových onemocnění, u průjemových onemocnění způsobených *Clostridium difficile*, u průjemových onemocnění spojených s léčbou antibiotiky a alergických onemocnění. Na druhé straně jejich léčebná užitečnost je dosud zkoumána u nespecifických střevních zánětů, nekrotizující enterokolity, cystické fibrózy, bakteriální kontaminace tenkého střeva a funkčních onemocnění zažívacího ústrojí. Studium léčebného použití probiotik vyžaduje přísně randomizované, dvojité slepé placebem kontrolované studie.

*Použitá literatura u autora*

**BEBA 1 START**

# Kombinované očkovací látky eIPV

MUDr. Jaroslav Held, DrSc.

Hlavním cílem přípravy kombinovaných očkovacích látek je umožnit podání většího počtu účinných vakcín efektivnějším způsobem a usnadnit tak plnění očkovacích programů v jednotlivých zemích. Použití kombinovaných vakcín zjednoduší očkovací kalendář a přispívá i k vyšší proočkovanosti, protože snížením počtu potřebných vpichů jsou tyto vakcíny přijatelnější pro děti, rodiče i lékaře. Kromě uvedených výhod poskytují kombinované vakcíny i předpoklad pro snížení výdajů za vakcinaci.

Nejstarší kombinovaná očkovací látka (difterie, tetanus, celobuněčná pertuse) byla zavedena do praxe v druhé polovině padesátých let. Protože se po všech stránkách osvědčila, stala se základem pro kombinované vakcíny, postupně se stoupajícím počtem složek.

Vývoj kombinovaných vakcín však zcela nebyl jednoduchou záležitostí. Se stoupajícím počtem antigenních složek se zvyšuje riziko ničujících interakcí mezi antigeny, konservačními látkami, adjuvantními látkami, stabilizátory, pomocnými látkami, residuálními látkami a rovněž i pH jednotlivých antigenních suspenzí. Výzkumná pracoviště musela proto vyřešit (a úspěšně vyřešila) vzájemné vztahy uvedených faktorů takovým způsobem, aby byla zachována imunogenita a stabilita všech použitých antigenů a zaručena bezpečnost a dobrá tolerance kombinované vakcíny.

Jednou ze složek vyvíjených kombinovaných vakcín se stala i inaktivovaná vakcína proti poliomyelitidě (IPV), nahrazená následně inaktivovanou poliomyelitickou vakcínou se zvýšeným účinkem (enhanced potency inactivated poliovirus vaccine – eIPV).

První z kombinovaných vakcín s poliomyelitickou složkou byla tetravakcína, obsahující purifikovaný difterický a tetanický anatoxin, inaktivovanou suspensi *Bordetella pertussis* a inaktivované polioviry typu 1, 2 a 3. V modernějších variantách té-

to vakcíny (i vakcín s vyšším počtem složek) je celobuněčná pertusová složka nahrazena složkou acelulární, tj. 2 – 5 purifikovanými antigeny z rozštěpené bakterie *Bordetella pertussis*, což zajišťuje její nižší reaktogenost.

Následně byla vyvinuta pětisložková vakcína (pentavakcína) přidáním složky *Haemophilus influenzae* typu b ve formě polysacharidu této bakterie, konjugovaného na tetanický protein. Přidáním antigenní složky virové hepatitidy typu B – povrchového antigenu hepatitidy B (anglická zkratka HBsAg) vznikla šestisložková kombinovaná vakcína (hexavakcína).

Snaha pro zjednodušení očkovacích programů a pro zpříjemnění jejich realizace za pomoci kombinovaných vakcín dosáhla tak zatím svého vrcholu. Z výše uvedených problémů, vznikajících zapojováním zvyšujícího se počtu antigenů, se však nezdá pravděpodobné, že by bylo možné vytvořit „mega“ kombinace, ve kterých by byla zajištěna účinnost a stabilita vyššího počtu jejich složek.

Možnost využití kombinovaných očkovacích látek se složkou eIPV získala v poslední době nový rozměr. Od roku 1988 prováděný program Světové zdravotnické organizace, určený ke globální eradikaci poliomyelitidy, úspěšně pokračil do té míry, že byl za zbavení poliomyelitidy vyhlášen Americký region SZO v roce 1994, Region SZO Západního Pacifiku v roce 2000 a Evropský region SZO (tedy i Česká republika) dne 21. července 2002.

Vznikla tedy situace, kdy je možno, při existenci určitých podmínek, uvažovat o ukončení očkování s orální očkovací látkou proti poliomyelitidě a o přechodu na očkování s eIPV. Česká republika patří mezi země, které splňují všechny požadované podmínky a má tak i předpoklady k tomu, aby v blízké době přešla na očkování s přípravkem eIPV ve formě kombinovaných vakcín.

## Dětské pasivní kuřáci mohou mít více zubních kazů

Děti, které pasivně inhalují cigaretový kouř, stráví více času u zubaře. V jejich krvi se totiž objevuje conitin, vedlejší produkt nikotinu. Ten stojí za vyšším výskytem zubního kazu, a to jak u mléčného, tak u trvalého chrupu. „Vystavování se tabákovému kouři zvyšuje riziko zubního kazu téměř dvojnásobně,“ uvádí dětský lékař Andrew Aligne, autor studie a vedoucí výzkumného týmu univerzity v Rochesteru a Centra pro výzkum dětského zdraví. Výzkumu se zúčastnilo 3500 dětí ve věku od čtyř do jedenácti let. Jednu čtvrtinu dětí tvořily ty se zuby bez kazu, které žily v nezakouřeném prostředí. Výsledky studie vědci publikovali v časopise *Journal of the American Association*. Podle nich způsobuje expozice dětí tabákovému kouři větší náchylnost k infekcím, od nachlazení přes záněty středního ucha až po výskyt zubních kazů. Výzkum byl prováděn v letech 1988 až 1994. Během té doby se díky fluorizaci vody a zubních past počet dětí, které měly zubní kaz, snížil. Přesto však jde o nejrozšířenější chronickou dětskou nemoc, na jejíž léčení jen v USA vydají každý rok přes 4,5 miliardy dolarů.

## Co je model Medix

Do experimentu, v němž se dnes ve Švýcarsku pod pojmem Medix ověřuje regulace pohybu pacienta systémem zdravotní péče, se zapojil i Čechošvýcar – všeobecný lékař a internista Jan Tůma. Požádali jsme ho o bližší informace. „Kolem 60 lékařů vytvořilo akciovou společnost, která má smlouvu s několika pojišťovnami o poskytování a hrazení péče odlišnějším způsobem. Pojištěnec, který se zapojí do Medixu, platí o 20 procent nižší pojistné a my regulujeme jeho spotřebu specializované nebo nemocniční péče. Dostáváme na každého pacienta roční paušál, odstupňovaný podle pohlaví a věku. Z něj zajišťujeme i specializovanou vyšetření nebo hospitalizaci do vymezeného limitu. Jsme motivováni k dobré péči tak, aby pacient pokud možno nepotřeboval hospitalizaci. V tomto modelu mohou pracovat jen kvalitní lékaři, při nezvládnutí prevence a včasné léčby nese Medix finanční riziko. Každý týden se proto radíme o vhodných postupech, abychom bránili zbytečným hospitalizacím. Staráme se například i o pacienty se srdečním onemocněním po opakovaných pobytech v nemocnici, takže zajišťujeme také preventivní výukové programy ke snížení rizik. Máme nepřetržitou pohotovostní službu.“

# Polymaltózový železitý komplex vs síran železnatý při léčení anémie z nedostatku železa u kojenců

José Rafael Borbolla, Ricardo E Cicero, Miguel Dibildox M, Rafael Gutiérrez G

## Souhrn:

Cílem této studie bylo porovnat spolehlivost a účinnost síranu železnatého (SF) a polymaltózového železitého komplexu (IPC) při léčení anémie z nedostatku železa u kojenců. Úvodní hodnocení zahrnovalo počet krvinek, retikulocytů, plazmového železa, feritinu, celkovou vazebnou schopnost železa a saturaci transferinu. Třicet dětí bylo náhodně rozděleno do dvou skupin: se SŽ nebo s IPC. Chování zkoumaných proměnných bylo v obou skupinách stejné, s výjimkou počtu retikulocytů, který se rychleji zvýšil ve skupině se SF v 10. dni, avšak vrátil se na úroveň srovnatelnou se skupinou s IPC 30. den. Ve skupině s IPC ani ve skupině se SF nebyl zaznamenán žádný vedlejší účinek.

**Závěr:** IPC je při léčbě anémie z nedostatku železa u kojenců stejně účinný jako SF. Bezpečnostní profil a výborná snášenlivost IPC z něho dělají vynikající orální přípravek s obsahem železa pro děti.

## Klíčová slova:

Sideropenická anémie, léčení anémie, polymaltózový železitý komplex, síran železnatý.

tab. č. 1

Charakteristika souboru a základní laboratorní údaje

| Proměnná                             | IPC (n-15) | SF (n-15) | Hodnota p* |
|--------------------------------------|------------|-----------|------------|
| Pohlaví (muž/žena)                   | 12/3       | 8/7       | 0,245      |
| Průměrný věk (měsíce)                | 12,9       | 10,3      | 0,247      |
| Průměrná váha (kg)                   | 8,7        | 7,8       | 0,253      |
| Ideální váha (kg)                    | 9,6        | 8,8       | 0,362      |
| Deficit váhy (%)                     | 10,3       | 13,2      | 0,342      |
| Hemoglobin (g/dl)                    | 8,5        | 8,6       | 0,782      |
| Hematokrit (%)                       | 29,0       | 29,4      | 0,757      |
| Průměrná koncentrace Hb (pg)         | 29,3       | 29,4      | 0,797      |
| Retikulocyty (%)                     | 2,1        | 1,7       | 0,175      |
| Trombocyty (x103/ml)                 | 583,0      | 619,7     | 0,809      |
| Plazmové železo (mg/dl)              | 45,3       | 46,0      | 0,908      |
| Celková vazebná schopnost Fe (mg/dl) | 355,3      | 356,3     | 0,975      |
| Feritin (ng/ml)                      | 19,6       | 15,9      | 0,614      |
| Saturace transferinu (%)             | 11,6       | 11,5      | 0,931      |

\*Žádná hodnota nebyla významná, IPC: Polymaltózový železitý komplex (III), SF: Síran železnatý (II).

Podle Světové zdravotnické organizace je nedostatek železa nejběžnějším nedostatkem výživy na světě (1) jeho výskyt se odhaduje na 15% (2). V rozvojových zemích je hlavní příčinou anémie nedostatečné požívání železa (3). Cílem léčení anémie z nedostatku železa je dodat dostatečné množství železa pro syntézu hemoglobinu a obnovení rezerv.

Železo podávané orální cestou je vhodným druhem léčení u většiny pacientů, jelikož je vysoce efektivní, jisté a s nízkými náklady. Mezi sloučeniny železa patří soli, které kov obsahují v železnaté formě, jenž má ten-

denci se přeměňovat na formu železitou, aby byla umožněna jeho vazba s transferinem a feritinem. Část železa obsaženého v síranu železnatém (SF) tvoří nerozpustné soli s fyáty, tanaty a fosfáty, které se nacházejí v potravinach, tyto jsou následně vyloučeny, a proto nejsou dostupné k absorpci (5). Jinou orální sloučeninou s obsahem železa je polymaltózový železitý komplex (IPC), který je stabilní. Skládá se z molekul hydroxidu železitého vázaného nekovalentními vazbami s polymaltózou. Při použití techniky značených izotopů ( $^{55}\text{Fe}$  a  $^{59}\text{Fe}$ ) se zjistilo, že ne-

existuje rozdíl v absorpci trivalentního železa obsaženého v IPC a železa bivalentního obsaženého v SF (6 7 8). Co se týče rizika náhodné intoxikace železem, ukázal se IPC jako bezpečný a spolehlivý. (9)

Cílem této studie bylo porovnat účinnost a spolehlivost SF a IPC při léčení sideropenické anémie u dětí.

## Soubor a metody

Zahrnuto bylo 30 kojenců se sideropenickou anémií, ošetřovaných v poradně pro kontrolu zdravého dítěte soukromé dětské nemocnice v Mexiku. Úvodní hodnocení zahrnovalo klinickou historii, hematickou biometrii, koncentraci sérového železa a feritinu, schopnost vázání železa a saturaci transferinu. Pacienti byli rozděleni do skupin náhodně, 15 z nich dostalo SF v kapkách v dávce 3 mg/kg váhy třikrát denně mezi jídlem a 15 jich dostalo IPC v těžce dávce, také třikrát denně, spolu s jídlem. Hlavní kritéria účinnosti (hemoglobin, hematokrit, průměrná koncentrace hemoglobinu a retikulocytů) byly vyhodnoceny na začátku a poté po 10, 30 a 60 dnech léčby. Zahrnuti byli i pacienti, u kterých bylo podezření nebo byla stanovená diagnóza hemorrahie nebo hemolýzy. Výsledky byly analyzovány za použití zkoušky „t Student“ pro kvantitativní proměnné a exaktní zkoušky Fischerovy pro kvalitativní proměnné. Srovnání profilů bylo provedeno prostřednictvím zkoušky Wilk- Shapiro

**Nárůst/pokles primárních parametrů v různém čase a jejich význam**

|                  | ZÁKLADNÍ - 10. den |      |       | od 10. do 30. dne |       |       | od 30. do 60. dne |       |       |
|------------------|--------------------|------|-------|-------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|
|                  | CPF                | SF   | P     | CPF               | SF    | P     | CPF               | SF    | P     |
| Hemoglobin mg/dL | 1,60               | 0,80 | 0,764 | 1,11              | 1,41  | 0,087 | 1,34              | 1,24  | 0,745 |
| Hematocrit %     | 2,79               | 2,71 | 0,983 | 2,79              | 3,36  | 0,317 | 3,00              | 2,36  | 0,399 |
| CMH pg           | 0,71               | 0,50 | 0,590 | 0,83              | 0,93  | 0,667 | 1,09              | 1,43  | 0,203 |
| Retikulocyty %   | 1,14               | 2,20 | 0,001 | -0,23             | -1,06 | 0,019 | -1,12             | -1,23 | 0,832 |

IPC: Polymaltózový železitý komplex (III), SF: Síran železnatý (II), CMH: Průměrná koncentrace hemoglobinu

a analýza „kovariance“ prostřednictvím zkoušky „F Snedecor“.

**Výsledky**

Obě skupiny byly stejné, pokud jde o antropometrické proměnné a počáteční laboratorní hodnoty (tabulka č. 1). Skupiny byly také homogenní v základních hodnotách hemoglobinu, hematokritu a průměrné koncentrace hemoglobinu (tabulka č. 1).

Po prvním týdnu léčby se významně zvýšil počet retikulocytů, rychleji ve skupině s SF (1,14 vs 2,20;  $p = 0,0001$ ) a poté klesl více než u skupiny s IPC (tabulka č. 2 a 3) během prvního měsíce (-0,23 vs -1,06;  $p < 0,02$ ). Zlepšení u hlavních proměnných po 30 a 60 dnech byla stejná v obou skupinách; výsledky jsou shrnuty v tabulce 2 a změny pozorované při různých návštěvách jsou uvedeny v tabulce č. 3, kde je zřejmé, že klinická účinnost je stejná u obou skupin.

Ve skupině s IPC byl zaznamenán nárůst hodnot hemoglobinu z počáteční hodnoty 8,6 g/dl na 12,1 g/dl  $p = 0,0001$  po 60 dnech léčení, což bylo stejné jako u skupiny s SF (graf. č. 1). Také byl zaznamenán významný nárůst koncentrace hemoglobinu, hematokritu a průměrné koncentrace hemoglobinu a zároveň zmenšení počtu retikulocytů (tabulka č. 3).

Zlepšení u ostatních hematologických kritérií anémie, plazmového železa, feritinu a saturace transferinu stejně jako snížení schopnosti saturace železa je vidět v tabulce č. 4. U všech těchto proměnných s výjimkou feritinu byly rozdíly statisticky významné při srovnání počátečních a konečných hodnot. Když se srovnávaly tyto dvě skupiny ve svých hodnotách počátečně-konečných (nárůst/pokles), nebyl statisticky významný rozdíl u plazmového železa (IPC = 19,3 vs SF = 38,1  $p = 0,0768$ ); celková vázebná schopnost železa (IPC = -82,1 vs SF = -94,2  $p = 0,5399$ ); feritinu (IPC = 15,7 vs SF = 25,7  $p = 0,6633$ ) a saturace transferinu (IPC = 7,2 vs

tab. č. 3

**Nárůst hemoglobinu, hematokritu, průměrné koncentrace hemoglobinu a retikulocytů při různých vyhodnoceních u zkoumaných skupin**

| PARAMETR                              | DEN | CPF    | SF     |
|---------------------------------------|-----|--------|--------|
| Hemoglobin (g/dL)                     | 0   | 8,5    | 8,6    |
|                                       | 10  | 9,4    | 9,5    |
|                                       | 30  | 10,6   | 10,9   |
|                                       | 60  | 11,9   | 12,1   |
|                                       | p*  | 0,0001 | 0,0001 |
|                                       |     |        |        |
| Hematokrit (%)                        | 0   | 29,0   | 29,4   |
|                                       | 10  | 31,4   | 31,9   |
|                                       | 30  | 34,3   | 35,3   |
|                                       | 60  | 37,1   | 37,6   |
|                                       | p*  | 0,0002 | 0,0001 |
|                                       |     |        |        |
| Průměrná koncentrace hemoglobinu (pg) | 0   | 29,3   | 29,4   |
|                                       | 10  | 29,9   | 29,8   |
|                                       | 30  | 30,8   | 30,8   |
|                                       | 60  | 31,9   | 32,1   |
|                                       | p*  | 0,0002 | 0,0001 |
|                                       |     |        |        |
| Retikulocyty (%)                      | 0   | 2,1    | 1,7    |
|                                       | 10  | 3,3    | 3,9    |
|                                       | 30  | 3,0    | 2,8    |
|                                       | 60  | 1,9    | 1,7    |
|                                       | p*  | 0,0139 | 0,0001 |
|                                       |     |        |        |

IPC: Polymaltózový železitý komplex (III), n=15, SF: Síran železnatý (II), n=15, \*30. den až 60. den

SF = 12,9  $p = 0,0783$ ).

Nevyskytla se informace, že by v některé skupině vyskytl nějaký vedlejší účinek.

**Diskuze**

Významný nárůst hemoglobinu, hematokritu a průměrná koncentrace hemoglobinu a taktéž snížení počtu retikulocytů dokazuje, že IPC je stejně účinný jako SF, což ukazuje, že produkty na bázi trivalentního železa jsou stejně účinné jako produkty, které obsahují železo bivalentní (4). Výsledky se shodují s tím, co publikoval Andrade a kol. (10) a jiní autoři (11 12).

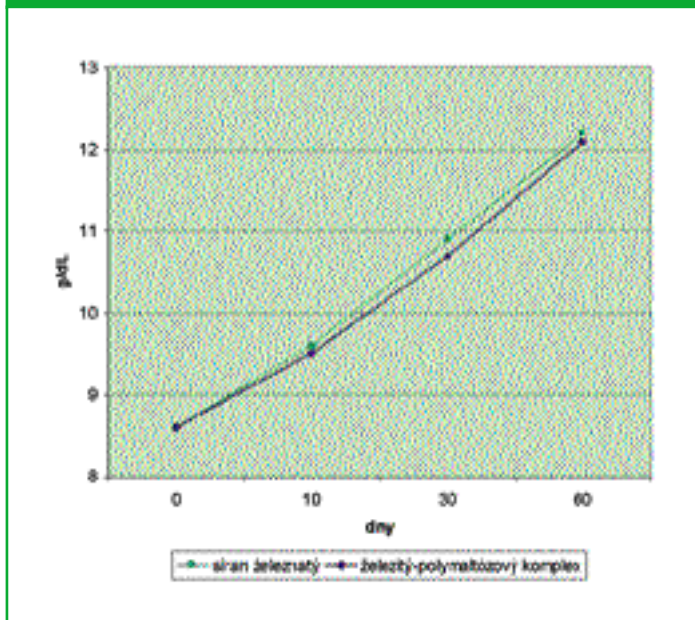
Obchodní produkty, které obsahují soli železa pro perorální podávání na bázi železa, pro léčbu a prevenci sideropenické anémie jsou spolu s programy zvýšení obsahu železa

ve stravě základem pro boj proti nedostatku tohoto minerálu u dětí. Tato studie neinformovala o vedlejších nežádoucích účincích. Některé studie uvádějí, že SF je spojován s nežádoucími účinky v gastrointestinálním traktu (zvracení, bolest v břiše, průjem a zácpa) až u 52% pacientů (13).

Nejen u dětí, nýbrž také u těhotných žen existuje lepší tolerance, která se odráží ve větším počtu završení léčby. Příležitostně se doporučuje brát léky obsahující železo (Fe II) spolu s jídlem, aby se zlepšila jejich snášenlivost, ačkoliv tím dochází k určitému snížení absorpce. Oproti tomu (na rozdíl od SF), absorpce IPC je nezávislá na podávání stravy (6). Dosud nejsou známy žádné interakce s potravinami nebo léky jak *in vivo* (6) tak *in vitro* (15). Nebylo také zjištěno, že by IPC za-

**Maltofer**

### Hladina hemoglobinu po léčení IPC nebo SF



barvoval zuby, jak bylo pozorováno při použití SF (12).

Centrum pro kontrolu otrav v USA informovalo v roce 1997, že během dekády od r. 1986 do r. 1996 bylo registrováno u dětí mladších než 6 let 100 000 případů intoxikace železem z důvodu nadměrného požití tablet obsahujících železo (16). U laboratorních zvířat je okamžitá toxicita SF přinejmenším 10x vyšší než toxicita IPC. Müller A. a kol. (4) pozorovali, že LD50 SF je 350 mg/kg, zatímco LD50 IPC nebyla registrována ani při dávce vyšší než 2 000 mg/kg. Zvláštní význam má skutečnost, že železo z IPC je absorbováno ve střevě prostřednictvím aktivního transportního systému, prostřednictvím samostatně řízené vzájemné výměny ligandů. Proto je možné, aby byl celý systém aktivního střevního přenosu v případě předávkování plně saturován. Oproti tomu železo v SF může být absorbováno i pasivní difúzí, (17) čímž volné železo může vstoupit do oběhu nekontrolovaně, v přímé úměře k požitému

množství Fe (poté co překročí střevní bariéru) (18). Při vysokých dávkách železa – IPC (železo trojmocné) je pozorováno snížení ukazatelů absorpce z důvodu aktivace fyziologických procesů regulace absorpce železa (19). Z výše uvedených důvodů je proto tak složité pozorovat příležitostnou intoxikaci IPC. Tuomainen (20) nedávno uvedl, že podávání železa s SF může být příčinou nepříznivého vedlejšího účinku – vzniku vol-

ných radikálů a následné peroxidaci lipidů během přeměny bivalentního železa v železo trivalentní (do formy, v níž se železo přepravuje a ukládá v lidském organismu). Je třeba ještě potvrdit, zda tyto účinky mají nějaký klinický význam.

### Závěr

V souladu s jinými publikacemi bylo v této studii zjištěno, že při léčení kojenců se sideropenickou anémií je IPC stejně účinný jako SF. Oba produkty byly kojenci dobře snášeny. Podávání přípravků s obsahem železa souběžně s potravou zlepšuje snesitelnost léčby u dětí, zvláště u SF, a napomáhá tím k jejímu pokračování. Bezpečnostní profil a spolehlivost IPC, jenž vylučuje riziko příležitostné intoxikace, je důvodem, aby byl tento lék lékem volby při léčení sideropenické anémie.

### Literatura:

- 1) The World Health Report 1998. Life in the 21 st century. A vision for all, World Health Organization, Geneva. 1998
- 2) DeMaeyer E, Adicla-Tegman M. The prevalence of anemia in the world. World Health Stat Q 1985, 38: 305.
- 3) Layriss M. Deficiencia de hierro en América Latina, Bol Soc Bras Hematol Hemoter 1988, 149: 92
- 4) Müller A, Geisser P. Iron pharmacokinetics after administration of ferric-hydroxide-polymaltose complex in rats. Arneim Forsch Drug Res 1984, 34 (II) I: 1560-1569.
- 5) Hallberg L, Herweth HG, Vannotti A. Iron Deficiency. Academic Press INC 1970: 558.
- 6) Jacobs P, Wormald L, Gregory M. Absorption of iron polymaltose and ferrous sulphate in rats and humans. S Afr Med J 1979; 55: 1065.
- 7) Jacobs P. Oral iron therapy in human subjects, comparative absorption between ferrous salts and iron polymaltose, J Med 1984; 15: 367-377.
- 8) Kaltwasser JP. Bioavailability and therapeutic efficacy of bivalent and trivalent iron preparations. Arneim/Forsch/Drug Res 1987; 37(t): 122.
- 9) Baumgartner JA. Overview of clinical studies regarding the safety of iron polymaltose complex. (Toxicity, iron overloading). Vifor files 1997.
- 10) Andrade J. Tratamento da anemia ferropriva com hidróxido de ferro polimaltosado. ABP supl. Arqueves Brasileiros de Medicina 1992; 66(3): 253.
- 11) Langstaff RJ, Geisser P, Heil WG, Bowdler MA. Treatment of iron-deficiency anemia: a lower incidence of adverse effects with ferrum Haismann than ferrous sulfate. Brit J Clin Res 1993; 4:191.
- 12) Schmidt BJ. Comparacao terapeutica entre o sulfato ferroso o ferro trivalente em forma de complexo de hidróxido ferrico polimaltosado deficiencia organica de ferro. A Folha Medica 1985; 90:4.
- 13) Brock C, Curry H, Hanna C, Knipfer M, Taylor L. Adverse effects of iron supplementation: a comparative trial of a waxmatrix iron preparation and conventional ferrous sulfate tablets. Clinical Therapeutics 1985; 7(5): 568-573.
- 14) Brock C, Curry H. Comparative incidence of side effects of a wax-matrix and a sustained-release iron preparation. Clinical Therapeutics 1985; 7(4): 492-496.
- 15) Geisser P. In vitro studies on interactions of iron salts and complexes with foodstuffs and medicaments, Drug Res 1990; 40:754.
- 16) Preventing iron poisoning in children. FDA Backgrounder 1997.
- 17) Johnson G, Jacobs P. Bioavailability and the mechanisms of intestinal absorption of iron from ferrous ascorbate and ferric polymaltose in experimental animals. Exp Hematol 1990; 18: 1064.
- 18) Kreuzer M, Kirchgessner M Kinetics of Fe (III) – hydroxide-polymaltose supplied orally, intravenously and intramuscularly to rats as obtained by radiotracer techniques. Trace elements in Medicine 1991; 8(1): 43-52.
- 19) Mackintosh W, Jacobs P. Response in serum ferritin and haemoglobin to iron therapy in blood donors. Am J Hematol 1988; 2y: 17.
- 20) Tuomainen (tm), Nyyssönen K, Pekkala-Sarabato E et al. Oral supplementation with ferrous sulfate but not with non-ionic iron polymaltose complex increases the susceptibility of plasma lipoproteins to oxidation. Nutrition Research, In Press.

tab. č. 4

### Nárůst/pokles sekundárních proměnných v počátečním a konečném vyhodnocení a jejich význam

|                                      | POLYMALTÓZOVÝ ŽELEZITÝ KOMPLEX |         |       |        | SÍRAN ŽELEZNATÝ |         |       |        |
|--------------------------------------|--------------------------------|---------|-------|--------|-----------------|---------|-------|--------|
|                                      | počáteční                      | konečný | Dif   | p      | počáteční       | konečný | Dif   | p      |
| Železo sérové mg/dL                  | 45,3                           | 64,6    | 19,3  | 0,017  | 46,0            | 84,11   | 38,1  | 0,001  |
| Celková schopnost železa vázat mg/dL | 355,3                          | 273,2   | -82,1 | 0,001  | 356,0           | 261,8   | -94,2 | 0,001  |
| Feritin ng/dL                        | 19,6                           | 35,3    | 15,7  | 0,413* | 15,9            | 41,6    | 25,7  | 0,063* |
| Saturace transferinu %               | 11,6                           | 18,8    | 7,2   | 0,004* | 11,5            | 24,4    | 12,9  | 0,001  |
| *Nevýznamné.                         |                                |         |       |        |                 |         |       |        |



## Aktuality

### ■ Stát chystá zákon proti fackování dětí

V dohledné době by měla být v Česku přísněji chráněna práva dětí. Jedním z prvních kroků má být uzákonění zákazu fyzického trestání dětí – v rodinách, ve školách i ve výchovných ústavech. Stát přípravou legislativy reaguje i na zprávu Výboru pro práva dětí OSN, který poukázal na jejich špatnou ochranu v ČR. První impuls k nápravě vyjde od vládního zmocněnce pro lidská práva Jana Jařaba. „V brzké době předložím do vlády materiál, kde budou stanoveny úkoly pro jednotlivé resorty,“ říká a dodává: „Pokládám to za důležité. Zákaz fyzických trestů se dá sice odvozovat z různých jiných zákonů a úmluv, ale explicitní zákaz by byl vhodný.“ Uzákonění zákazu fyzických trestů nebude ale podle expertů znamenat, že by rodiče kvůli občasnému pohlavkování čekali soud. „Mezi jemným plácnutím po zadečku a fackou je však už rozdíl. Facka už není běžný výchovný prostředek. Zejména na dospívající děti může mít negativní vliv,“ vysvětluje právnička Radka Jelínková z Ligy lidských práv. Shoduje se s ní i ředitelka Fondu ohrožených dětí Marie Vodičková: „U nás patří fyzické tresty mezi tradiční tresty. To je ale potřeba změnit. Uzákoněním jejich zákazu se to snad uloží do podvědomí rodičů i výchovných pracovníků.“

Výbor OSN také poukázal na skutečnost, že v České republice chybí politika zaměřená speciálně na děti a rodiny. Na nedostatečnou ochranu práv dětí v Česku již dlouhodobě upozorňují i různé dětské nadace a fondy. Problematika dětských práv nyní spadá do působnosti ministerstev zdravotnictví, školství a práce a sociálních věcí. „Všude je to jen okrajově. Dítě přeci není žádná sociální věc ani práce,“ tvrdí Vodičková. Podle ní je státní politika v této oblasti velice nedostatečná a měl by vzniknout samostatný úřad zabývající se dětmi. Dalším krokem ke zlepšení situace při ochraně dětských práv by mělo být zavedení celostátní evidence dat o znevýhodněných, týraných či zneužívaných dětech. Evidenci ohrožených dětí se nyní zabývá ministerstvo práce a sociálních věcí. Projekt je však zpožděn kvůli reformě státní správy.

### Registry ohrožených dětí budou v obcích

„Pokusně už fungoval na okresních úřadech. Měl by být obnoven ještě letos a funkci úřadů by měly převzít obce,“ uvedla Věra Novotná, vedoucí oddělení sociálně právní ochrany dětí. Podle ní budou registry obsahovat podrobné záznamy o ohrožených dětech. „Měly by tam být informace o dítěti, rodině, o tom, kdo mu ubližoval, kdo to oznámil, jaká opatření byla přijata a podobně,“ uvedla Novotná. Do evidence by měli mít přístup vybraní specialisté na obecních úřadech a některé neziskové organizace. „Bude to dobré například z toho důvodu, když rodina změní bydliště,“ domnívá se Vodičková. Přesná evidence počtu týraných dětí v Česku neexistuje, odborné odhady hovoří o 20 tisících až 40 tisících dětí ročně. To je jedno až dvě procenta dětské populace. Ročně v České republice na následky týrání umírá několik desítek dětí. Odborníci však upozorňují, že většina případů zůstává neodhalena. O tom svědčí i počet evidovaných trestných činů. Každoročně je kvůli týrání odsouzeno kolem dvou set pachatelů. Jen za loňský rok se však na Linku bezpečí obrátilo kvůli fyzickému týrání téměř dva tisíce dětí, což je kolem 40 procent všech dětí, které na linku volají. „Časté jsou případy dětí, které jsou bity různými předměty jako hadicí, páskem, výjimkou není ani dlouhodobé klečení se záteží,“ řekla Vodičková. Zaznamenány už byly případy, kdy rodiče své děti znehybňují, aby dostali sociální dávky na jejich nepohyblivost. Podle trestního zákona hrozí lidem, kteří týrají osoby svěřené jim do péče, trest odnětí

svobody na šest měsíců až osm let.

### Nejčastější způsoby týrání:

bití rukama či různými předměty  
odpírání stravy  
pálení cigaretou či el. spotřebiči  
trhání vlasů  
kopání, opáření, svazování

### Případy vyšetřované v roce 2002:

194 případů týrání dítěte  
1011 případů pohlavního zneužívání  
16 případů opuštění dítěte

### Počet týraných dětí v Česku:

Podle odborníků jde o 20 až 40 tisíc dětí ročně. To je jedno až dvě procenta z celé populace. Ročně na následky týrání umírá několik desítek dětí.

### ■ Už známe způsob, jak se malárie brání lékům, tvrdí skotští vědci

Velkým průlomem je detailní poznání látky, pomocí které se parazit malárie brání svému zničení. Tvrdí to vědci ze skotského Edinburghu.

Tým britských vědců identifikoval strukturu proteinu, který umožňuje parazitu malárie odolávat současným metodám léčby. Uvádí se to v nejnovějším vydání odborného časopisu Nature Structural Biology. „Nyní můžeme využít strukturu tohoto proteinu ke zdokonalení nové generace léků, které překonají rezistenci malárie,“ řekl profesor Malcolm Walkinshaw z Institutu buněčné a molekulární biologie Edinburghské univerzity ve Skotsku. „Tento protein byl studován již dlouho, ale dosud nikdo nebyl schopen stanovit podrobně jeho strukturu,“ vysvětlil vědec. „Jde o skutečný průlom,“ zdůraznil. „Problém rezistence vůči lékům je společný všem infekčním nemocem, nejen malárii,“ připomněl profesor Walkinshaw. Malárii způsobuje parazit plasmodium, který se do těla dostává komáři štípnutím. Plasmodium zároveň produkuje bílkovinu, jejíž strukturu identifikovali britští vědci. Parazit malárie putuje v těle krevním oběhem do jater, kde se množí a vytváří shluk obsahující tisíce parazitů. Tento shluk se po několika dnech roztáhne a noví parazité napadají červené krvinky. V krvinkách parazit produkuje stovky dalších potomků. Parazité dokáží tímto způsobem zničit až 70 procent červených krvinek postiženého, což vede k chudokrevnosti, horečce a nakonec smrti. Malárie se vyskytuje v devadesáti zemích světa a postihuje ročně nejméně tři sta milionů lidí. 1,5 milionu až 2,7 milionu lidí každoročně zabíjí – z toho kolem 90 procent ve státech subsaharské Afriky. Zde každých 30 vteřin zemře na malárii jedno dítě. Počet lidí, kteří v posledních letech umírají na malárii, je vyšší než před třiceti lety. Celkem existují čtyři typy malárie, z nichž všechny přenáší komáři. Nejnebezpečnější z nich napadá játra a mozek. Nakažení trpí bolestmi hlavy, svalů a může se u nich rovněž vyskytnout žloutenka. Podle časopisu Nature Structural Biology spolupracovali vědci z Edinburghské univerzity se svými kolegy z Institutu Biotec v Bangkoku (Thajsko). Úspěchu britských vědců předcházela na konci minulého roku objev badatelů z univerzity v německém Tübingenu. Ti totiž na dospělých nemocných Afričanech s úspěchem aplikovali léčbu novým antibiotikem fosmidomycin. Pak němečtí vědci plánovali použít fosmidomycin i na dětech.



### Vědci zkoumali děti z dvojjazyčných rodin

K propagátorům dvojjazyčné výchovy se řadí Laura-Ann Pettitová z univerzity v americkém státě New Hampshire. „Tvrdí se sice, že je lepší začít s výukou druhého jazyka poněkud později, nicméně naše výzkumy svědčí o něčem zcela jiném,“ zdůrazňuje. Dokumentuje to na dětech, které se narodily v manželství, v němž rodiče pocházeli z různých jazykových oblastí. Jejich duševní vývoj srovnává s více méně násilným a umělým zaváděním druhé řeči ve věku tří, pěti nebo osmi let. Nedochází u nich ke zmatení jazyků, přestože otec a matka na ně hovoří jinou řečí. Rozvíjející se dětský mozek dokáže vstřebat a aplikovat obě verze. Z malého jedince se stává osobnost, která ze schopnosti mluvit a myslet ve dvou jazycích může v budoucnosti pouze těžit. Ve světě, v němž národní bariéry přestávají hrát hlavní roli, je zjištění zastánců vícejazyčné výchovy přinejmenším přínosem. Potvrzují to i Rechele Brooksová a Andrew Meltzoff z Washingtonské univerzity, kteří zdůrazňují, že dítě je schopno přijímat více podnětů z vnějšího světa, než se dříve pokládalo za možné.

### Rakovina častěji hrozí obézním lidem

Studie amerických vědců, kteří sledovali po 16 let 900 000 osob, potvrzují teorie o souvislosti mezi obezitou a úmrtností na různé druhy rakoviny. Z nové studie vyplývá, že obezita odpovídá za 14 procent úmrtí na rakovinu u mužů a za 20 procent u žen. Lékaři z American Cancer Society mají za to, že „v případě 90 000 osob by v USA bylo možné se vyhnout úmrtí na rakovinu, kdyby si tyto osoby udržovaly normální váhu“. Autoři studie sledovali 404 576 mužů a 495 477 žen, kteří na začátku v roce 1982 neměli rakovinu. Ve statistice o vztahu mezi tělesnou hmotností a zjištěnými případy rakoviny brali v úvahu další rizikové faktory, například tabakismus. U mužů i žen jsou nadváha a obezita nezanedbatelnými faktory, které působí při vzniku rakoviny jícnu, tlustého střeva a konečníku, jater, žlučníku, slinivky břišní nebo ledvin. U mužů je to rovněž rakovina žaludku a prostaty, u žen rakovina prsu, dělohy a děložního čípku.

### Součková vyhlásila boj rakovině

Ministryně zdravotnictví chce, aby lidé po čtyřicítce chodili za mnohem větší a častější prohlídky proti rakovině než dnes. Nádorové onemocnění by se tak mohlo zachytit dříve a člověk by měl větší naději, že se uzdraví. Lidé mají sice už dnes nárok na různé preventivní návštěvy u lékaře, podle ministryně jsou však často jen povrchní a míjejí se účinkem. „Chodí na ně sotva deset procent lidí,“ prohlásila ministryně. Ředitel Masarykova onkologického ústavu Rostislav Vyzula doplnil: „Dnešní prohlídky, to je jako když jde člověk s autem do servisu a nechá si jen vyměnit kola.“ Nový systém by vypadal modelově takto: čtyřicetiletá žena by přišla k lékaři a ten by na základě detailního pohovoru usoudil, co jí nejvíce hrozí a jaká vyšetření a testy by měla podstoupit. Ty by změřily její konkrétní riziko rakoviny – a podle toho by se odvíjelo další sledování. „Riziko už umíme s poměrně velkou pravděpodobností spočítat,“ řekl Vyzula. Ministryně Součková by chtěla, aby preventivní prohlídky začaly co nejdříve. Rakovina je dnes druhou nejčastější příčinou úmrtí po nemocích srdce a cév. Umírá na ni jeden ze čtyř Čechů. Světová zdravotnická organizace v jedné ze svých posledních zpráv uvedla, že do roku 2020 stoupne počet nemocných s rakovinou o hrozivých 50 procent. Příčinou je kouření, nezdravá strava, ale též prodlužující se věk. Nové prohlídky by podle Marie Součkové

nebyly povinné, ministryně je chce propagovat v chystané kampani. „Lidé by si měli najít čas věnovat se i sami sobě, protože když se rakovina zanedbá, může být pozdě,“ podotkla. Lékaři by měli za prohlídky dostat od zdravotních pojišťoven patřičné honoráře. Prevence rakoviny má být novým kódem v takzvaném Seznamu zdravotních výkonů, podle nějž pojišťovny proplácují lékařům práci. Program by měly podle představ ministryně financovat i některé neziskové organizace, částečně i pacienti. Podobné detailní prohlídky už před časem zavedl právě Masarykův onkologický ústav, který jejich systém vypracoval. Zájem o ně je však poměrně malý. Důvodem jsou zřejmě peníze. „Jedno podrobné vyšetření zahrnující ultrazvuk, CT a různé laboratorní testy stojí 8 až 10 tisíc korun,“ uvedl ředitel ústavu Vyzula. Jak říká, je to tak trochu absurdní: „S autem jde do servisu každý a zaplatí tisíce. Ale na sebe nedbá.“

### Cesta k pilulce aspirinu začala na vrbě

Před 240 lety objevil anglikánský reverend účinnou látku, která se stala základem nejznámějšího léku proti horečce.

#### Neuvěřitelné teorie přináší občas originální výsledky Příkladem je prapočátek novodobé historie aspirinu

Zvláštní pohled se jednoho dne naskytl obyvatelům městečka Chipping Norton v oxfordském hrabství. Jeden z nejváženějších místních občanů, reverend Edward Stone, ochutnával vrbu. Neokusoval ji ovšem jako králík, nýbrž sloupil trochu kůry, a tu pak pozorně, dalo by se říct přímo labužnický přezývkoval. K podivnému chování vedly ctihodného otce humánní pohnutky. Chtěl ulevit farníkům v revmatických bolestech, které v sychravé Anglii souží snad každého staršího člověka. Budiž. Ale proč právě vrba? Na to měl duchovní pastýř vskutku originální teorii: kloubní revmatismus vzniká hlavně po dlouhodobém pobytu ve vlhku a chladnu. A taková vrba mokro přímo vyhledává. Vždyť nejlíp se jí daří právě v těch nejnezdavějších blatech, přitom revmatismem evidentně netrpí! Nemá ona v sobě nakonec něco, co revma potírá? Vrbová kůra, shledal přemýšlivý reverend okamžitě, chutná dost hořce. Podobně jako tehdy již známý lék chinin. Stejně tak kůra fungovala – celkem slušně srážela horečky. Za pět roků pak reverend Stone odvarem z vrbové kůry vyléčil nejméně padesát svých bližních ze „zimničnatosti“... Dychtiv rozšířit svoji zkušenost s horkou nemocí, píše 25. dubna 1763 o svých terapeutických úspěších předsedovi Královské společnosti v Londýně. Urozený vévoda z Macclesfieldu, který tehdy tuto nejprestižnější vědeckou instituci na světě řídil, ovšem zprávu venkovského laika ignoroval – a to je možná důvod, proč aspirin nakonec nevznikl v Anglii.

#### „Zasluby“ o aspirin měl i Napoleon

Reverendu Stoneovi ovšem paradoxně zůstal utajen právě ten účinek, který vyplýval z jeho (mimochodem naprosto scestné) teorie o odolnosti vrby proti revmatismu. Patrně jej natolik zaujala schopnost kůry snižovat horečku, že jiné účinky už dále nezkoval. Vrbovou kůru proti revmatickým bolestem přitom používal už čtyři staletí př. n. l. praotec medicíny Hippokrates. A ve středověku se kůra stala tak populární, že vladaři museli dokonce „odírání vrb za léčebnými účely“ úředně zakázat, poněvadž jejich proutí bylo potřeba k pletení košíků. Návrat k vrbě přinesl až Stoneův poznatek a hlavně pak Napoleonova námořní blokáda, která počátkem minulého století odřízla Evropu od zdrojů chininu z kolonií. Účinná látka, izolovaná roku 1828 z vrbové kůry, dostala název salicin (salix je latinské rodové jméno vrby). O deset let později byl salicin „zusušleštěn“ do podoby salicylové kyseliny. Za dalších 21 roků byla objasněna její chemická struktura a navržen postup syntézy. V roce 1874 začala v Drážďanech její první průmyslová výroba. Salicylová kyselina sice

**Omneo**



fungovala, avšak chutnala hrozně a silně dráždila ústa a žaludek. Zhruba ve stejné době chtěli dva medikové ve Štrasburku pomoci svým pejskům, kteří onemocněli psinkou. Přišli za kamarádem lékárníkem pro naftalen, o kterém se doslechli, že tiší horečku. Skutečně, do rána zmizela. Právě chtěli napsat referát o zázračném antipyretickém účinku naftalenu, když přiběhl rozčilený apatykář. Omylem jim dal něco jiného, sloučeninu octové kyseliny a anilinu – acetanilid. Dalšími pokusy se přišlo na to, že horečku srážejí i některé jiné odvozeniny octové kyseliny. V roce 1894 chtěl Felix Hoffmann, začínající chemik firmy Bayer, ulevit svému revmatickému otci kurýrovanému (i sužovanému) právě salicylovou kyselinou. Věděl o účincích salicylové kyseliny i derivátů kyseliny octové. Pokusil se proto obě kyseliny spojit na kyselinu acetylsalicylovou. To se mu v žádoucí čistotě podařilo v roce 1897. Účinkovala (napřed na otci) nesrovnatelně líp, než cokoli předtím. Dostala obchodní název Aspirin a posléze se stala nejrozšířenějším lékem na světě.

### Školy testují své žáky na drogy

Ministerstvo protestuje proti nasazení psů a kontrolám moči. Ředitelé některých českých škol se pustili do tvrdého boje s drogami. Prostředky, které si k tomu zvolili, ale vzbuzují rozpaky. Vedení škol žáky podrobuje testům moči a školy prohledávají policejní psi. Zjistit přesný počet škol, které se ke zmíněné praxi uchylují, je prakticky nemožné. Jisté ale je, že ředitelé začali s testováním sporadicky už před dvěma lety, tato praxe se značně rozšířila během letošního roku a zasáhla například střední školy v Chebu, Vimperku, Ostravě nebo Opavě. Problémem se nedávno začala zabývat ministryně školství Petra Buzková. „Byla velmi znechucena,“ říká mluvčí ministerstva Michaela Lagronová. Sama Buzková prý však nemůže ředitelům v ničem bránit, neboť zřizovateli středních škol jsou krajské úřady. „Připravujeme setkání s jejich představiteli, kde na ně budeme tlačit, aby tyto způsoby zahrnuli,“ říká Lagronová. Se zmíněnými metodami boje proti drogám nesouhlasí ani Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Ředitelé se však brání tím, že vše dělají v zájmu žáků. „Kdyby se něco stalo, je to moje zodpovědnost,“ říká například Jan Kot, ředitel Integrované střední školy zemědělsko manažerské v Chebu, který s prvními testy začal už před dvěma lety. Od té doby otestoval moč asi stovky studentů. „Jakmile se nějaký žák chová divně, udělám mu test,“ vysvětluje Kot svůj přístup s tím, že mezi známky „divného“ chování patří například malátnost nebo roztržitost.

Testy moči provádí ředitel ve své kanceláři, aby vzorek nemohl být úmyslně vyměněn. „Moje kancelář je něco jako malý byt se sociálním zařízením,“ říká ředitel a tvrdí, že proti tomu studenti ani rodiče nic nenamítají. A pokud by se žák odmítl do zkumavky vyčůrat, byl by podle ředitele vyloučen. Školu zatím muselo opustit několik studentů. „Pozitivních testů bylo 70 procent, z toho jsme vyloučili pět až šest procent žáků,“ uvádí Kot. Jeho příkladem se inspirovali i ředitelé dalších škol v republice. Testování moči studentů nedávno zavedli například i v Integrované střední škole lesnické ve Vimperku a v několika dalších školách v Ostravě či Opavě. Odborníci upozorňují, že testování moči je problematické i z hlediska práv dítěte a platných zákonů. „Testování může škola požadovat jen za zákonem stanovených podmínek. Musí být důvodné podezření, že žák užíval omamnou látku přímo ve škole,“ uvádí se v prohlášení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Odebírání moči ve školních prostorách je podle rady problematické i z hygienických důvodů, neboť „jde o biologický materiál“. Odborníci navíc upozorňují, že výsledky testů nemusejí odrážet skutečnost. „Spolehlivý test může podat jedině rozbor krve,“ tvrdí Miloš Kusý z ministerského odboru mládeže. Výsledky testu navíc

nemusí být aktuální, protože látky obsažené v drogách v těle přetrvávají i několik týdnů po požití drogy. „Test může pozitivně reagovat i na některé druhy léků,“ upozorňuje Jiří Presl z organizace Drop In. Testy, které se dají běžně zakoupit v lékárně či drogerii, stojí od 100 do 500 korun a školy je platí samy. „Nějakých 20 tisíc, které za ně ročně vydáme, není vůbec problém,“ říká Kot.

### Cvičení psi čmouchají i ve třídách

V některých školách se čas od času objevují policisté doprovázeni cvičenými psy a prohledávají šatny a třídy žáků. Děje se tak na žádost ředitelů škol. „Zatím jsme navštívili čtyři školy v regionu. Jde o namátkové kontroly. Když doražíme do školy, žáci třídu opustí a nechají tam své věci,“ říká mluvčí karlovarské policie Zdeňka Papežová. Podle ní byla úspěšnost akcí padesátiprocentní. „Pokaždé šlo o marihuanu,“ dodává. Potrestání provinilců je však jen na ředitelích škol, kteří věc řeší kázeňským trestem a posláním žáka do terapeutického centra. Ani s tím však rada vlády nesouhlasí. „Zásah je možný jen při podezření z trestného činu, například distribuce drog. Škola nemůže pořádat prohledávání věcí a prostor, protože nejde o součást vyučování.“ Odborníci navíc varují, že tyto metody mohou mít spíše negativní dopad. „Studenti by měli mít k pedagogům důvěru a ti by jim neměli dělat strážníky,“ říká Jiří Presl.

### Škodí dětem televize? Ano!

Rodiče, kteří potomkům její sledování zakazují, dělají stejnou chybu jako ti příliš tolerantní.

Namozžené oči a chudá slovní zásoba nemusí být nejhorším dopadem televize. Ta totiž dokáže pořádně zamávat s rodinnými vztahy a zničit komunikaci mezi dítětem a jeho rodiči.

Nesed před tou televizí pořád, zničíš si oči, říká nejeden rodič v dobré víře, že tím nejhorším, co může televize do rodiny přinést, jsou brýle. Jenže očím televize zase tak moc nevadí.

### Obrazovka zrak nekazí

Oční lékařka Stanislava Brůhová z Českých Budějovic říká, že obrazovka sama o sobě dětské oči poškodit nedokáže. „Ale pokud má dítě nějaký zatím skrytý problém se zrakem, může právě při sledování televize vyplout na povrch,“ vysvětluje. Příklad? Pokud má dítě tendenci se na obrazovku dívat hodně zblízka a ještě při tom mhouří oči, je takřka jisté, že špatně vidí, a je na místě zajít s ním na oční vyšetření. Sledování televize je pro oči méně namáhavé než pohled na monitor počítače, protože pořady netřeba sledovat tak zblízka a zkoumat při tom každý detail.

### Žádná televize? Také špatně

Daleko závažnější problémy než očím může televize způsobit dětské psychice. Zvláště pokud rodiče přistupují k televizi extrémně buď vůbec nekorigují čas strávený před obrazovkou, nebo naopak dítěti televizi striktně zakazují. „Sledování televize působí na vývoj dětí spíše negativně a nemělo by zabírat mnoho času. Je třeba brát televizi jen jako jednu z mnoha možností, jak trávit čas,“ říká pražská dětská psychologka Dagmar Pechová. Úplné odbourání televize, či dokonce její striktní zákaz považuje psychologka za velkou rodičovskou chybu. „Tím vylučují dítě ze společnosti vrstevníků, kteří si povídají o tom, co viděli, a z dítěte se tak stává outsider.“

### Kdo se dívá moc, špatně spí

Na téma děti a televize se už uskutečnilo množství výzkumů, často s velmi překvapivými výsledky. Vědci z dětské kliniky v americkém Cincinnati nedávno dokončili studii, v níž tvrdí, že by děti mezi druhým a pátým rokem měly před televizí strávit nejvýše dvě hodiny týdně. Ti mladší tam podle Daniela



Broughtona, vedoucího studie, nepatří vůbec. Nedokážou totiž podle něj dost dobře zpracovat podněty, které obrazovka nabízí. „Malé děti chtějí působit na své prostředí a dostávat odezvu, což televize nesplňuje, a to pro ně je frustrující. Televize děti učí jen sedět a pasivně přijímat nabízené,“ vysvětlil vědec. Studie zveřejněná americkou pediatrickou asociací zase ukázala, že sledování televize může u dětí způsobovat poruchy spánku. Zatímco dospělí u televize usínají, na děti působí přesně opačně pestrobarevné obrázky je stimulují a postupně se mohou u dětí přikovaných k obrazovce vyvinout poruchy spánku.

#### Škodí zdraví?

- Vyzařují televizní obrazovky elektromagnetické záření? Ano, ale nikoli v nebezpečné míře.
- U klasické obrazovky jsou jeho zdrojem magnetické cívky. Pole je však intenzivní jen v jejich bezprostřední blízkosti.
- Těsně u obrazovek, podobně jako u počítače, lze naměřit i nepatrné zbytky rentgenových paprsků a objevuje se také elektrostatický náboj.
- Moderní ploché televizní obrazovky fungují na jiném principu a toto záření nevysílají vůbec. Zdroj: Státní zdravotní ústav

#### Jak na televizi, aby dětem neškodila

##### Ano

- večerníček či občasná pohádka pro dítě předškolního věku, pro starší i filmy a naučné pořady
- společné sledování televize s rodiči, s nimiž může dítě hovořit o tom, co vidí
- jedna televize v rodině, jinak hrozí, že se každý stáhne jen k té své

##### Ne

- nenechávat sedět dítě hodiny před televizí
- není dobré, aby sedělo před obrazovkou samo
- televize před spaním
- trestat zákazem televize, protože to zvyšuje její hodnotu
- odmítat zcela
- televize v dětském pokoji

#### Sám před obrazovkou

Děti se televizní obrazovky většinou nemohou nabažít. Na rodičích je, aby stanovili pravidla jejího sledování.

#### Neodkládej mě, prosím

V neděli ráno je to tak lákavé. Posadit dítě před televizi, zapnout program snad běží alespoň něco přijatelného a dát si ještě dvě hodiny spánku navíc. Psychologové však říkají rodičům jednoznačně: „Nedělejte to. Jednou by se vám to mohlo vymstít.“ Pro jednou se jistě nic nestane, ale v rodinách, kde je takové chování normou, mohou za své vzít dobré vztahy mezi rodiči a dětmi. „Ztrácí se kontakt s dítětem. Zdárná výchova spočívá mimo jiné v tom, že je rodič s dítětem na stejné vlně a nic nebrání vzájemné komunikaci. Televize to však narušuje,“ říká pražská psychologka Dagmar Pechová. Snad nejvíce se studie zabývaly násilím v TV pořadech a jeho vlivem na pozdější chování malých diváků. Vypadá to jednoduše: dítě vidí, jak se televizní hrdinové navzájem mydlí, a pak se stejně chová ke svému okolí. Výzkumy však dlouho ukázaly, že tomu tak není podle nich se tak chovaly pouze ty děti, které měly sklon k agresivitě už vrozený či jej získaly ve své rodině. Takové pak zmíněné pořady vyhledávaly právě kvůli agresivním scénám. Letos na jaře však američtí vědci z univerzity v Michiganu publikovali zprávu, která dosavadní teze úplně postavila na hlavu. Podle ní se děti sledující pravidelně v televizi násilné scény v dospělosti chovají podobně jako jejich televizní vzory. A to bez ohledu na svou inteligenci, sociální prostředí a původní rodinu, z níž děti vzešly. Studie trvala čtvrt století a ukázalo se, že muži, kteří v 70. letech jako

chlapci sledovali násilné scény v televizi a měli mezi agresivními hrdiny své favority, mají větší sklon napadat své partnerky, v jejich trestním rejstříku je více záznamů a častěji porušují dopravní předpisy. Podobně dopadly i sledované ženy.

#### Lékaři:

#### Pojišťovny chtějí, abychom porušovali zákon

Riziku trestního stíhání se vystavují lékaři, pokud vyhoví komerčním pojišťovnám a poskytnou jim údaje ze zdravotní dokumentace pacienta, aniž by k tomu měli jeho souhlas.

Praktičtí lékaři řeší další problém, zda mohou podat citlivé informace o zdravotním stavu pacientů. Předmětem dohadů jsou formuláře, rozesílané komerčními pojišťovnami v případě úmrtí klienta. Pojišťovny v nich žádají, aby ošetřující lékaři poskytli údaje ze zdravotní dokumentace zemřelého, aniž by zároveň doložili, že jim klient ještě za života dal souhlas tyto informace znát. Bez toho na ně nemají právo. V podstatě tím po lékařích chtějí, aby porušili platné zákony. Podle zákona o péči o zdraví lidu je totiž lékař v těchto věcech vázán povinnou mlčenlivostí, pokud jej pacient nezmocní jinak. Zároveň by se neoprávněným poskytnutím těchto informací dostal do křížku i se zákonem o ochraně osobních údajů. Za to by mohl jít až na pět let do vězení. „Pokud dotyčný žije a lékař si může vyžádat jeho souhlas, nebo mu údaje přímo předat, pak je všechno v pořádku. Horší situace nastává v případech úmrtí, kdy klient pojišťovny nedal k podobnému úkonu předem výslovný souhlas. Naše legislativa je v tomto směru nedokonalá,“ míní místopředsedkyně Sdružení praktických lékařů ČR (SPL) Jana Uhrová. České právo zatím neříká, jak v těchto případech postupovat. Na informace o zdravotním stavu zemřelého nemají právo ani jeho rodinní příslušníci. V zahraničí do patové situace běžně vstupuje nezávislá instituce, např. soud. U nás ale k tomu nemá zmocnění. „Některé pojišťovny to vyřešily tak, že si do smlouvy s klientem předem nechaly dát klauzuli o souhlasu s případným sdělením údajů o jeho zdravotním stavu. Není to sice právně úplně čisté, protože souhlas by měl dostat přímo lékař, který údaje poskytne, ale lze to považovat za určité řešení. Problém je u starších smluv, které otázku souhlasu neřeší,“ uvedl právník SPL Jakub Uher.

#### Zákon proti zákonu

Pojišťovny však žádají po lékařích údaje, aniž by se podobným zmocněním předem prokázaly. „Máme tuto skutečnost ošetřenu v pojistných smlouvách. V případě, že lékař doložení takového souhlasu požaduje, tak mu jej zašleme,“ nepřímo potvrzuje mluvčí pojišťovny Allianz Kateřina Piro. Také Česká pojišťovna posílá lékařům s průvodním dopisem pouze formulář „Zpráva ošetřujícího nebo ústavního lékaře o úmrtí pojištěnce“. „Souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu nám dává každý klient automaticky při podpisu smlouvy o životním nebo úrazovém pojištění. My však kopii této smlouvy lékařům předkládat nemůžeme, protože jsou v ní údaje, na něž se vztahuje povinná mlčenlivost podle zákona o pojišťovnictví,“ namítá mluvčí České pojišťovny Václav Bálek. Podle předsedy Úřadu na ochranu osobních údajů Karla Neuwirta je praxe pojišťoven nesprávná. „V podobných případech by neměly oslovovat přímo lékaře. Pokud chtějí například prokázat, že klient byl vážně nemocen už při podpisu smlouvy a tuto skutečnost zamlčel, měly by to řešit prostřednictvím soudu, který má právo si údaje ze zdravotní dokumentace vyžádat,“ řekl Neuwirt.



### Plzeňský kraj přemění nemocnice na akciové společnosti

Už jen procesní záležitosti zbývají, aby se všechny bývalé okresní nemocnice v Plzeňském kraji změnilly z příspěvkových organizací kraje na akciové společnosti. O změně právní formy zdravotnických zařízení, které kraj získal při dělení majetku bývalých okresů, rozhodly minulý týden orgány kraje. „Po schválení radou i zastupitelstvem je to jen otázka podání návrhu na zápis do obchodního rejstříku. Jak dlouho provedení zápisu potrvá, to neovlivníme, ale počítám, že by převod na akciovku mohl být otázkou dvou tří měsíců,“ prohlásil radní Plzeňského kraje Jaroslav Kadlec. Změnu statutu svých nemocnic mají připravenou i v Královéhradeckém kraji. „Záměr už zastupitelstvo schválilo. Na květnovém zasedání proto bude předložen návrh na zřízení nemocnic formou akciových společností,“ potvrdil zdravotní rada kraje Zdeněk Hajžman. V plánu mají i zřízení střešní organizace, holdingu, který by umožnil koordinovat péči, nákupy materiálu i investice. K podobnému kroku se chystají i v Pardubickém a Středočeském kraji, v dalších regionech o něm uvažují. Proti převodu nemocnic na akciovky protestují odbory a zamítavé stanovisko vyslovila i ministryně zdravotnictví Marie Součková. V Plzeňském kraji si od přechodu na standardní obchodní společnost slibují lepší podmínky pro hospodaření nemocnic. Zbaví se i starých dluhů, do nichž se zařízení dostala ještě pod správou okresních úřadů.

#### Zbaví se starých dluhů

„Dluhy zůstanou zbytkovým organizacím. Ve čtyřech nemocnicích to dělá asi 150 milionů korun. Jejich splácení přivádí organizace do velkých finančních problémů i po Novém roce, kdy jsme je převzali my,“ řekl Kadlec. Zaplatit za minulý závazky by podle Kadlece měl tehdejší zřizovatel, tedy stát. Kraj nyní připravuje pro transformované nemocnice nové smlouvy, mj. se zdravotními pojišťovnami a se současnými zaměstnanci. Kadlec připouští, že ne všem budou nové smlouvy nabídnuty. „Na základě auditu se možná zjistí nadbytek některých pracovníků.“ Zhoršení podmínek pro zaměstnance je i jedním z důvodů, proč se proti převodu ohradily odbory. Předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiří Schlanger dopisem apeloval na premiéra Vladimíra Špidlu, aby změně zabránil. Schlanger se domnívá, že managementy nemocnic budou tlačeny vytvářet zisk, což je ale za nastavení plateb za péči možné jen na úkor zaměstnanců či pacientů. To prý povede ke zhoršení kvality a dostupnosti péče, protože nemocnice budou uzavírat nerentabilní oddělení bez ohledu na potřebnost. Součková se obává možného vypsání konkursů neuspokojenými věřiteli. Veřejně proto před časem kraje varovala, aby dobře zvážily důsledky těchto kroků.

#### Co přinese transformace nemocnic

##### PLUSY

- „čistší“ právní forma podnikatelského subjektu
- příznivější daňové sazby
- zvýšená možnost finanční motivace vedení i zaměstnanců bez limitů daných závaznými platovými tarify
- pozitivní změna přístupu k pacientovi coby klientovi
- možnost oddlužení

##### MINUSY

- riziko zhoršení dostupnosti péče zavíráním nerentabilních oddělení
- zvýšené riziko uvalení konkursu
- ztráta přímé kontroly kraje
- pro zaměstnance konec jistoty pravidelného zvyšování platů na základě rozhodnutí vlády
- možná ztráta některých „nadbytečných“ pracovních míst

## 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.**

### Hledám pediatra na zástup

Hledám zástup během MD pro ambulanci PLDD. Okolí Veselí nad Moravou, okr. Hodonín. Nástup od IV/2003.  
Tel.: 723 010 623

### Odkoupím praxi PLDD

Převzmu (odkoupím) praxi PLDD v Ústeckém kraji (Ústí nad Labem, Litoměřice a okolí). Dětská lékařka, 12 let praxe, z toho 2 roky na obvodě. Atestace I. stupně, licence.  
Tel.: 475 533 547 (večer), mobil +420 721 985 289.

### Hledám dětského lékaře na zástup

Hledám dětského lékaře/lékařku s licencií na zástup v ordinaci 2 x 5 hodin týdně. Lokalita Přerovsko. Vhodné pro lékařky na MD, ŘP skupiny B podmínkou.  
Tel.: 607 988 361.

### Zastoupím či odkoupím praxi PLDD

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

### Krátkodobě zastoupím v ordinaci PLDD

Zastoupím krátkodobě v ordinaci PLDD v Praze.  
39 let praxe, 2 atestace, licence.  
Tel. 2748 14 880 (záznamník), mobil 606 612 447.

### Hledám práci v oboru pediatrie

Pediatr s 4,5 letou praxí a atestací I. stupně hledá práci v oboru v Praze. Možno i jako zástup v ordinaci PLDD. Tel.: 605 887 300

### Koupím perforátor na nastřelování náušnic

Koupím perforátor na nastřelování náušnic.  
Tel.: 728 203 170.

### Odkoupím praxi PLDD

Hledám k převzetí praxi PLDD v Plzni (možno i výhledově). Atestaci I. st., licenci a zkušenosti s prací na obvodě mám, podmínky respektuji.  
Tel.: 604 825 433, 377 241 514