

květen 2004 ■ číslo 5 ■ ročník 4

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Obezita

Srdeční šelesty

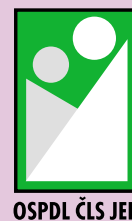
Synkopa v dětství

Vybrané kapitoly z dětské kardiologie



**ČESKÁ
SPORITELNA**

ZENTIVA®



OSPDL ČLS JEP

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

www.detskylekar.cz

Časopis garantován

Sdružením praktických lékařů

pro děti a dorost ČR

zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem

ve spolupráci s Odbornou společností

praktických dětských lékařů ČLS JEP

zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

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

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Bc. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

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

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Adresa vydavatelství:

MEDIX Branická 141, 147 00 Praha 4

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc duben	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Tiskové prohlášení Koalice ambulantních lékařů	6
„Studená válka“ v Litvě	7
Pozměňovací návrh k zákonu o účetnictví	8
Usnesení z regionálních konferencí SPLDD ČR	9
Informace z Rady projektu iZIP	10



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP	12
Indikace podání acelulární pertusové vakcíny	12
MUDr. A. Lukeš	
Vybrané kapitoly z dětské kardiologie pro PLDD	13
Prim. MUDr. Š. Rucki, CSc.	
Vyšetření dítěte se srdečním šelestem	20
Prim. MUDr. Š. Rucki, CSc.	
Synkopa v dětství	25
Doc. MUDr. Z. Urbanová, CSc., Prof. MUDr. M. Šamánek, DrSc.	
Obezita - významný rizikový faktor aterosklerózy	28

MUDr. B. Procházka	
Primární prevence ICHS u dětí v první linii	32

MUDr. J. Blatný a kol.	
Centrální žilní katetr a trombóza	33

MUDr. L. Válek	
POLEMKA: Poznámky k článku ADHD	37



Aktuality	44
Řádková inzerce	46



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 Adriána Příbylová



Vážené kolegyně, kolegové,

současné vládnoucí garnituře se podařilo vytvořit dokonalý pocit nejistoty. Je zde nepochybně plno objektivních důvodů, proč být ve střehu. Deficit veřejného zdravotního pojištění, situace v naší největší pojišťovně, opožděné platby, nefunkční regulace a revizní lékaři, nekompetentní zásahy státu nás nemohou nechat klidnými. Ve standardně řízených státech podobně jako v seriózním podniku je to podnět k revizi, k analýze a ke změně. Není to podnět k panice, k hledání viníků, ke strašení občanů a už vůbec ne ke zpětným zápočtům jednou řádně vyplacených peněz. Chci tím především říct, že dobré řízení státu, resortu je spojeno s řešením věcí budoucích při profesionální reflexi věcí současných a minulých. K tomu je nezbytné mít stanoveny strategické cíle a propracovat jejich realizaci.

Jaké by tedy měly být cíle českého zdravotnictví? Já říkám: finanční stabilita, jasně stanovené kompetence a odpovědnost, jasná, dopředu známá pravidla. Míním tím ale pravidla soutěže nikoli normativy, které popisují každou situaci, míním tím mantinely nikoli scénář spartakiády. Toho lze dosáhnout pouze tehdy, pokud ze zdravotnictví přestaneme dělat zcela zvláštní mytickou oblast vymykající se ekonomické teorii a pokud si budeme (především my lékaři) myslet, že **zdravotní péče je léčení nemocí ze seznamu MKN-10 podle posledních vědeckých poznatků medicíny**. Dokážu si představit, že při přečtení předchozí věty se část čtenářů zarazila a řekla si: „A co jiného je proboha zdravotní péče?“ Než prozradím pointu, musím konstatovat, že jsem si jist, že mezi praktickými lékaři to byla menšina. Mám několik velmi pozitivních zkušeností z poslední doby při jednání vaší organizace a organizací semknutých do obranného sdružení Koalice ambulantních lékařů. Je markantní jak pozitivně působí podnikatelské prostředí a soukromý sektor na vnímání lékařů, jak se s nimi bezvadně diskutuje o věcech obecných i o zdravotnických systémech. Vyžadujete totiž svobodu podnikání, nebojíte se určit si cenu vašich služeb, lze s vámi diskutovat jen o rozumných regulacích nikoli o stupidních limitech. Mám pocit, že se s vámi dají dohodnout kompromisy, protože dokážete identifikovat svoji výchozí pozici pro vyjednávání a určitá nechuť k větší konkurenci, soutěži je pochopitelná, protože monopolní by chtěl být každý podnikatel. Tento fenomén ekonomická teorie zná a pěkně ho popsal Milton Friedman.

Naproti tomu mám spíše negativní zkušenosti s rozhovory s nemocničními lékaři zvláště z nemocnic velkých. Tato část odborné veřejnosti odmítá vůbec připustit, že by výše tučně napsaná věta měla jinou alternativu. Je přesvědčena o své výjimečnosti, o nároku na automatické profesní uznání a vysokou odměnu, je přesvědčena, že nikdo nemůže, snad dokonce nesmí posoudit kvalitu a efektivitu jejich výkonu a že jsou to pouze oni sami, kdo může říct, kdo je dobrý a kdo špatný doktor. (Na sněmu LOKu jsem dokonce slyšel, že kategorie špatný lékař neexistuje!) To, že se takto vymezují nejen ke zbytku společnosti, ale i ke svým kolegům v ambulancích v privátním sektoru jen dokládá zmatení rolí uvnitř našeho systému.

Společenského uznání a adekvátní odměny dosáhneme pouze tehdy, pokud zdravotní péči budeme vnímat jako uspokojování potřeb pacientů, zákazníků, jako profesionální nabídku vysoce specializovaných služeb s velkým etickým nábojem, pokud pochopíme sílu poptávky a její rozmanitost a budeme správně identifikovat tužby a problémy našich občanů. **Zdravotní péče je tedy, kromě záchrany života a řešení akutního ohrožení zdraví jednotlivce, uspokojování milionů přání a rozhodnutí pacientů.**

V prostředí, ve kterém funguje vztah lékaře a pacienta postavený na těchto principech, není zisk sprostým slovem, existuje jedna z nejlepších informací na trhu, což je cena a všichni přirozeně rozumí svým rolím.

V soukromých lékařích vidím přirozeného spojence při boji za přehledné podnikatelské prostředí se všemi garancemi, které požaduje civilizovaný svět. Je to prostředí, kde lékař je exkluzivní podnikatel a kde pořízení nemocnice je velmi bezpečná a perspektivní investice. Jakkoli se nám to dnes zdá nereálné, musíme o to usilovat.

MUDr. Tomáš Julínek
senátor

Co přináší TV lékařství pediatrii

Doping v dětském věku

Prevence nemocí oběhové soustavy pohybem

Potápění u dětí



seznam inzerujících firem

BOIRON
Česká spořitelna
GOLDIM
GlaxoSmithKline
HIPP
INTERCHEMIA
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 - 20,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
Středa
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová
13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
Čtvrtek
17,00 - 19,00 - MUDr. Tomáš Soukup
10,00 - 13,00 - MUDr. Milan Kudyn



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc duben

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

V přehledu činnosti za měsíc březen jsem parafrázoval známé rčení – „duben, už v tom budem“. Sice k tomu asi nedošlo, ale stále směřujeme stejným směrem. Duben nám přinesl opět nového ministra. Možná mnohým „nepohodlná“ dr. Součková byla nahrazena dr. Kubinyim, ten se rozhodl hned po svém nástupu svalit vinu za špatné profinancování zdravotnictví na hlavu ředitelky VZP ing. Musílkové. Vskutku pozoruhodný krok, pokud je doprovázen mlhavou a velmi obecnou argumentací. K čemu má asi posloužit výměna ředitelky největší zdravotní pojišťovny, která stále hlasitěji upozorňuje na neřešené problémy financování zdravotnictví? Vše navíc v atmosféře, kdy Správní rada VZP hledá zdroje financí u poskytovatelů, u kterých si objednala VZP více péče, než na který měla, resp. kterým vyplatila více, než na co měla, neboť svůj podíl mají i ministerská rozhodnutí o úhradách do segmentu lůžkové péče.

1.4. – Praha bilancovala spolu s regionem Střední Čechy uplynulý rok na své konferenci, zajímavé prostory poskytla Česká spořitelna, vystoupení hostů v čele s pražským ředitelem VZP Ing. Čekalem a poslancem dr. Cabrnem se nemohlo netočit kolem aktuálních problémů ve zdravotnictví, z reakce auditoria šlo snad vypořadovat, že většina přítomných si již začíná naplno uvědomovat vážnost situace, ve kterém se naše zdravotnictví nachází

3.4. – v poklidném prostředí Sečské přehrady bilancoval svou činnost region Východní Čechy, aktuální témata a vystoupení byla hodně podobná jako v Praze; výstupy jako vždy zveřejňujeme na jiném místě

5.4. – na půdě Ministerstva zdravotnictví ČR proběhlo další jednání Komise pro péči o děti a dorost, řešena byla zejména následující problematika

- Péče o děti v kojeneckých ústavech a dětských domovech do 3 let věku
- Návrh standardu lůžkových oddělení pro děti a dorost
- Nákladná péče v ustavených centrech

- Rizika zavádění systému DRG
- Výstupy z Komise pro prevenci v zubním lékařství
- Návrh na zavedení celoplošného screeningu vrozené katarakty

7.4. – Koalice ambulantních lékařů uspořádala tiskovou konferenci, kde ostře vystoupila proti spekulacím o možném omezení úhrady jednotlivým zdravotnickým zařízením z důvodu překročení limitu daného zdravotně-pojistným plánem VZP, i když se stále jednalo více či méně o spekulaci, zástupci Koalice vnímají tuto hrozbu jako reálnou a jsou připraveni činit odpovídající protikroky

12.4. – trochu odreagování od všedních dnů přineslo Velikonoční pondělí

13.4. – sešla se opět Koalice ambulantních lékařů, předmětem jednání měla být příprava tiskové konference na téma „Reforma zdravotnictví z pohledu ČSSD“; premiér však již před velikonočními odvolal ministryni zdravotnictví dr. Součkovou a vesla ve zdravotnictví se chopil pro změnu opět muž, dr. Kubinyi, jak se mu bude dařit v rozbouřené řece Českého zdravotnictví ukáží následující dny, týdny, možná měsíce, program ČSSD ale převratné změny neslibuje

14.4. – závěrečný jednací den dohodovacího jednání o cenách na 2.pololetí 2004 nepřinesl žádné další změny, a tak po dlouhé době došlo v našem segmentu k nedohodě, naše, domníváme se, že oprávněné, požadavky, nenašly ochotnou protistranu, ustupovat však již nebylo kam

15.4. – stínový ministr zdravotnictví představil zástupcům Koalice své pojetí reformy zdravotnictví, šlo však zatím pouze o víceméně filosofii reformy

24.4. – v malebném západočeském lázeňském městě, v Mariánských Lázních, se sešli naši kolegové regionu Západočech na své konferenci, aby i oni bilancovali uplynulý rok

26.4. – opět jednala Koalice ambulantních lékařů, stručný zápis zveřejňujeme na jiném místě

27.4. – pro trvajících hrozbu regulační srážky z pohledu překročení objemu financí stanoveném ve zdravotně pojistném plánu VZP zopakovala Koalice ambulantních lékařů svůj odmítavý postoj k podobným snahám řešit nedostatek finančních prostředků ve zdravotnictví na úkor poskytovatelů.

Vážené kolegyně a kolegové,

na naše Sdružení PLD a SPLDD se obrátilo „Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy“ s prosbou o spolupráci. Zpracovávají vlastní projekt analýzy obsahu práce, ekonomiky a organizačních vazeb v ambulantní sféře českého zdravotnictví pro Interní grantovou agenturu MZ ČR. K této problematice sestavili dotazník pro PL a PLDD. Po prostudování projektu i příslušného dotazníku jsme se rozhodli spolupráci akceptovat a podpořit tím, že dotazník sami distribuujeme našim členům. Domníváme se, že je účelné, abychom disponovali kvalitní analýzou Vašich názorů a postojů ke klíčovým problémům našeho oboru a ke spolupráci v rámci ambulantní péče. Výsledky šetření nám budou poskytnuty a budeme si tedy moci udělat vlastní obraz o zjišťované problematice. Kvalitní informace jsou samozřejmě jedním z klíčů při vyjednávání naší pozice v rámci českého zdravotnictví.

Šetření je samozřejmě anonymní a je zcela na Vás, zda se rozhodnete vyplnit dotazník, který je přiložen v tomto čísle Voxu. Vedení našeho Sdružení tuto akci podporuje, byli bychom proto rádi, kdybyste tak učinili. Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně půl hodiny. Odeslat jej můžete v přiložené obálce nevyplaceně. Všechny další informace jsou v samotném dotazníku.

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 13. 4. 2004

Program:

1. Společnost New Deal Communications, a.s.
2. Odložení tiskové konference
3. Reforma zdravotnictví a Koalice
4. Účetnictví ZZ
5. Omezení plateb ze strany VZP ČR
6. Různé

1. Společnost New Deal Communications, a.s.

Petr Juklíček představil zástupcům Koalice společnost New Deal Communications, a.s., a nastínil možnosti spolupráce při medializaci činnosti Koalice:

- a) postoj ke koncepci zdravotnictví
- b) centrální medializace krajských tiskových konferencí
- c) návrh protestních akcí, zpracování tiskových zpráv
- d) prezentace Koalice jako organizace zastupující téměř 20 000 lékařů, zprostředkování rozhovorů a krátkých prohlášení v médiích.

2. Odložení tiskové konference

Zástupci Koalice se dohodli na odložení tiskové konference, která byla naplánována na středu 14. 4. 2004 od 13.00 ve velké učebně VS ČSK z důvodu odvolání ministryně zdravotnictví z funkce. Tisková konference se bude konat **v úterý 27. 4. 2004 ve 13.00 hodin.**

Místo konání zůstává stejné.

3. Reforma zdravotnictví a Koalice

Bez ohledu na osobu ministra je reforma zdravotnictví nezbytná. Není čas systém stabilizovat, je třeba radikální změna. Koalice ambulantních lékařů je připravena s novým ministrem jednat, i když si uvědomuje, že do voleb se zřejmě zdravotnictví reformovat nepodaří. Do té doby se Koalice musí stát organizací, která bude pro vládu partnerem pro jednání, známým jako zástupce soukromých lékařů.

4. Účetnictví ZZ

MUDr. Cabrnok stáhl z projednávání PSP ČR svůj návrh novely zákona č. 160/1992 Sb., s přechodným ustanovením, které by řešilo období od 1. 1. do 18. 4. 2004. Důvodem byla snaha PharmDr. Chudoby prosadit do textu zákona znovuzavedení vydávání „Souhlasů“. Situaci je nutno řešit a vyvinout tlak na MZ ČR a Poslaneckou sněmovnu ČR, aby byl zákon s přechodným ustanovením novelizován.

5. Omezení plateb ze strany VZP ČR

Zástupci Koalice projednali další postup. Neplnění závazků (zpoždování plateb) i po písemném upozornění je jedním ze zákonných důvodů vypovězení smlouvy se ZP. Pro všechny členy Koalice bude ve spolupráci s právníky připraven text se sdělením o zpoždování plateb. Tento lístek může každý člen Koalice doplnit adresou ZZ, podepsat a odeslat doporučeně na předtištěnou adresu.

6. Různé

Důležité schůzky, které je třeba zorganizovat:

- a) schůzka s novým ministrem zdravotnictví
 - b) schůzka s novým předsedou Asociace českých a moravských nemocnic MUDr. Eduardem Sohlichem, MBA.
- Ve středu 21. 4. 2004 se koná v Hradci Králové setkání krajských zdravotních radů ke společnému řešení problémů v souvislosti s legislativními změnami.
 - Termíny dalších krajských tiskových konferencí: 3. 5. – Brno, 11. 5. – Olomouc.

Zapsala: **Mgr. Zina Sladkovská**

Koalice ambulantních lékařů požaduje radikální reformu zdravotnictví a hrozí hromadným vypovídáním smluv VZP

Výměnou ministrů vláda potvrdila svoji dosavadní neschopnost reformovat zdravotnictví. Lékaři tak budou muset pracovat v dalším provizoriu. Koalice ambulantních lékařů proto zvažuje kroky, kterými by dala najevo svoji nespokojenost s dalším váháním.

„Slibovaná stabilizace už není v této chvíli řešením krize zdravotnictví. Požadujeme proto radikální reformu“, říká mluvčí Koalice ambulantních lékařů a prezident České stomatologické komory Jiří Pekárek a dodává: „Nedůslednosti vlády využívá Všeobecná zdravotní pojišťovna k přenášení finančních problémů na zdravotnická zařízení (prodloužení splatnosti úhrad a příprava omezení úhrad již provedené péče). Tento postup může vést ke snížení dostupnosti zdravotní péče obyvatel České republiky. To je nemravné.“

Na začátku dubna byl zveřejněn materiál, podle kterého VZP již delší dobu uvažuje o zpětném krácení plateb za rok 2002. Finančně by tím bylo postiženo 11 400 zdravotnických zařízení. Koalice ambulantních lékařů proti chystanému opatření protestuje a připravuje kroky, které mohou vést až ke hromadnému vypovídání smluv s největší pojišťovnou. Cílem je zamezit podobnému chování všech zdravotních pojišťoven do budoucna. Koalici ambulantních lékařů tvoří pět oborových sdružení zastupujících téměř všechny soukromé lékaře v ČR. Privátní lékaři zajišťují přibližně čtvrtinu obrátu celého zdravotnictví a představují zhruba polovinu ze všech 38 tisíc lékařů v ČR.

Členové Koalice ambulantních lékařů:

- Česká stomatologická komora
- Sdružení ambulantních specialistů ČR
- Sdružení praktických lékařů ČR
- Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
- Sdružení soukromých gynekologů ČR

V Praze dne 26. 4. 2004



„Studená válka“ proti primární pediatričké péči v Litvě vstoupila do své poslední fáze

Dr. Imants Lanka

rodinný pediatr, po reformě rodinný lékař, Litva

Prof. Dr. E. Bikis

prezident Litevské pediatričké společnosti

Cíl: vyhodnotit vývoj ambulantní pediatričké péče v Litvě, pobaltských státech a Rusku

Metodologie: porovnání a organizace veřejně dostupné statistiky pro Litvu, pobaltské státy a Rusko Analýza průzkumu litevských pediatričků (2002) a litevské společnosti (2003).

Analýza, proč „studená válka“ proti ambulantním pediatričtům v Litvě byla úspěšná, srovnání, jaká byla omezení pro pediatričké specialisty během kolapsu totalitního režimu se současnou představou o rodinném lékaři.

Analýza současného stavu: Reforma primární zdravotní péče v baltských státech byla během poslední dekády 20.století ovlivněna finanční pomocí WHO a Světové banky (půjčkami, které musejí být vráceny pouze částečně). Cílem těchto reform bylo transformovat pediatriy a internisty, pracující v ambulantní péči, na rodinné lékaře. Poslední termín pro získání finanční hotovosti pro Litvu byl 1.1.2004, pro Lotyšsko 2005 a v Estonsku již skončil.

Bylo velice atraktivní pro lékaře odpovědět na výzvu ke změně, nebýt jen nevýznamnou součástí starého systému ambulantní zdravotní péče, ale být nyní určujícím faktorem. Po kolapsu totality nemohla být a nebyla placena ambulantní péče pediatričtů, pracujících ve své specializaci, a to za výkony otoskopické, oftalmoskopické, EKG, laboratorní výkony, počáteční a pokračující léčení poranění, stanovení způsobilosti k zaměstnání či posouzení zdravotního stavu řidičů. Ambulantní pediatr nebyl zaměstnavatelem obvykle placen ani za používání mobilního telefonu, nebyla možnost vybrat si či koupit lékařské vybavení a zásoby, zaplatit za kontinuální lékařské vzdělávání z fondů lékařské praxe, určit si podle svých potřeb a schopností pracovní dobu, náplň práce, rozvíjet placené služby tak, aby se příjem praxe mohl zvyšovat.

Musíme také připomenout, že zatímco rozpočet na zdravotní péči v západních zemích je 7% (v některých případech 8-10%) národního produktu, v Litvě je to pouze 3,4%. Z těchto důvodů je snadné porozumět, proč pediatrii byli ochotní přimnout svou násilnou rekvilifikaci na rodinné lékaře. Protože mohli dostat finance ze Světové banky a nemuseli je brát ze svých nedostačujících zásob.

Někteří z prvních a nejvíce aktivních lékařů dostali množství plně zařízených praxí a dokonce i vozidel a nemuseli získání těchto prostředků splácet. Později se tito lékaři stali motorem reformy zdravotní péče, a byli dávaní za příklad jiným lékařům a hostům ze zahraničí. Vládní instituce použila příjmy ze Svět. banky k formování a stabilizování základních prvků nového systému, což vysvětluje zájem vládních úředníků uskutečnit tuto reformu.

Nově vzniklí rodinní lékaři byli poněkud znechuceni, že musí ošetřovat své pacienty i mimo své ordinační hodiny, avšak ve skutečnosti se tomu mohli úspěšně vyhnout, protože zejména v městských aglomeracích jsou různé možnosti ošetření např. na pohotovostních službách, v nemocnicích, u jiných dostupných lékařů a ve skutečnosti mnoho situací lze řešit pouze po telefonu. Navzdory všem okolnostem, které mluvily ve prospěch transformace pediatričtů v rodinné lékaře, se ukázalo, že 10 let po začátku reformy 109 pediatričtů, kteří se účastnili průzkumu v r. 2002, by chtělo pokračovat v práci jako ambulantní pediatrii, i když se 44% z nich rekvilifikovalo na rodinné lékaře. A 37% z těch, kteří by chtěli pracovat jako ambulantní pediatrii, by chtělo pracovat s dětmi a mladými lidmi do 21 let, jako je tomu v Rusku.

První vážná trhлина v plánu „zničit primární pediatričskou péči“ se objevila po zveřejnění údajů v litevském lékařském tisku (Katz a spol.) vyvrátila základní postuláty, potvrdilo se, že snížení dětské úmrtnosti v rozvinutých západních zemích je výsledkem zvýšeného příjmu rodiny a nezávisí na instituci rodinných lékařů. Jakmile byl výzkum publikován v Litvě, hlavní lék. asociace a asociace rodinných lékařů zaujaly společně pozici, že v primární péči o dítě v Litvě je místo pro praktického pediatra. Dokonce ministr zdravotnictví učinil kroky v tomto smyslu. Aby se vyhodnotil pohled společnosti na ambulantní péči, byl proveden průzkum v dubnu 2003 v celé Litvě, který ukázal, že 80,5% sledované populace podpořilo ideu, že rodiče by měli mít možnost zvolit, zda chtějí svěřit zdravotní péči o své dítě pediatriovi či rodinnému lékaři. Podobný plán změny lékařské péče se chystá také v Lotyšsku a Estonsku. Avšak proces

reformy se stal velmi citlivou záležitostí. Je jasné, že v Estonsku lékař může pracovat v ambulantní péči a dostávat přímé vládní dotace pouze s licencií rodinného lékaře. V Litvě rodinný lékař pečuje o 73,87% (prosinec 2002/) všech pacientů a poslední termín pro změnu je leden 04. V Lotyšsku pouze 40% (prosinec 02) všech pacientů je registrováno u rodinných lékařů, a poslední termín je 2005. Lze očekávat, že skutečný výsledek reformy bude jasný až za nějaký čas po skončení WHO a WB projektu.

V Rusku, kde reforma systému zdravotní péče je prováděna pouze za použití národních zdrojů, kde právo na zdravotní pojištění bylo přijato 1991, pokračuje posilování pozice ambulantní pediatričké péče a v roce 1998 byla tato rozšířena až do věku 18 let. Závěr: „studená válka“ proti ambulantní pediatrii v baltských státech byla úspěšná, a není možné v tomto čase docenit její vliv, protože titíž pediatrii, kteří se stali rod. lékaři, poskytují 70% zdrav. péče o děti do věku 14 let a dávají rodičům možnost volby, zda budou mít své dítě v péči rodinného lékaře, který je pediatrem. Ti pediatrii, kteří chtějí pokračovat ve rozvoji ambulantní péče o děti a mladé lidi, musejí toho dosáhnout i bez finanční podpory Světové banky pro nezbytné změny a přes omezení své specializace, rozšířit svou sílu a kvalifikaci, pravděpodobně pokrýt péči do 21 let jako v Rusku. Bude nezbytné získat větší podporu společnosti a vlády, legalizovat své ambulantní aktivity, přinejmenším ve městech a znovu ustanovit na dřívější úrovni přípravný vzdělávací program pro ambulantní pediatričskou péči v institucích vyššího vzdělávání. Musejí se posilovat mezinárodní kontakty, protože významné projekty jsou možné jen při mezinárodní spolupráci a při spojení profesionálních a finančních prostředků.

Poznámka: Uvedený referát byl přednesen litevskými kolegy na Kongresu SEPA na podzim V Itálii, v rámci kulatého stolu o budoucí primární pediatričké péči v Evropě.

Na překladu a zkrácení textu se podílela Dr. Blanka Skalická z Liberce a Dr. Tomáš Soukup.



Nekorektní postup

Parlament loni přijal vládní návrhy novel zákona o účetnictví a zákona o daních z příjmů, v jejichž důsledku mimo jiné zanikl pojem „jednoduché účetnictví“, pojem „podvojně účetnictví“ byl nahrazen pojmem „účetnictví“ a nově byl zaveden pojem „daňová evidence“. Systém daňové evidence předpokládá, že poplatníci, kteří nebudou účtovat podle zákona o účetnictví (tedy v systému dříve podvojně účetnictví), plynule přejdou z jednoduchého účetnictví na daňovou evidenci. Mezi tyto osoby spadá velká většina provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení.

Podle novelizovaného zákona o účetnictví (jeho prvního paragrafu) jsou povinny vést účetnictví (dříve podvojně) mimo jiné: podle písmena e) fyzické osoby, které jsou podnikateli, pokud jejich obrat včetně zdanitelných plnění osvobozených od daně z přidané hodnoty přesáhl za bezprostředně předcházející kalendářní rok částku šest milionů korun; podle písmena h) ostatní fyzické osoby, kterým povinnost vedení účetnictví ukládá zvláštní právní předpis.

Valná většina provozovatelů nestátních zařízení, tedy především soukromých lékařů, by mohla spadat pod osoby uvedené pod písmenem e), ovšem jejich obrat nepřesahuje šest milionů korun za rok. Tito lékaři by tedy mohli zůstat v prostředí daňové evidence. Problémem je ale písmeno h). Vláda totiž ve svém návrhu zcela zapomněla na zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, který ukládá provozovatelům těchto zařízení povinnost vést účetnictví podle zvláštních předpisů s odkazem na zákon o účetnictví.

Vláda odvedla špatnou práci. Konkrétně ministr financí, který novelu zákona o účetnictví navrhl a zapomněl na soukromé zdravotníky, a především ministryně zdravotnictví, která chybu v připomínkovém řízení neodhalila a neopravila. Návrh zákona prošel s chybou celým legislativním procesem a platí. Na problém upozornilo Sdružení praktických lékařů. Nejrychlejší řešení bylo možné v senátu při projednávání jiného zákona, který souvisel se zákonem o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání. Senátor Tomáš Julínek (ODS) úspěšně prosadil vypuštění příslušného ustanovení ze zákona o nestátních zdravotnických zařízeních tak, aby zanikla povinnost jejich provozovatelů vést účetnictví podle zákona o účetnictví. Nespadají tedy už pod písmeno h) zákona

o účetnictví (povinnost vést účetnictví jim už neukládá zvláštní zákon) a platí pro ně stejná pravidla jako pro ostatní podnikatele – fyzické osoby. Pokud jejich obrat nepřesáhne v kalendářním roce šest milionů korun, mohou vést pouze daňovou evidenci.

Nic však není jednoduché. Komplikací je totiž další paragraf zákona o účetnictví, který stanovuje, že kdo jednou započal s vedením účetnictví podle zákona o účetnictví, musí je vést po celý rok a dále i následujících pět let. Vzhledem k tomu, že návrh T. Julínka neplatil od 1. ledna 2004, je možné, že soukromí lékaři museli letos začít účtovat podle zákona o účetnictví, a budou tedy tak muset činit až do konce roku 2009, a to bez ohledu na výši obratu. Kvůli obavám z právní nejistoty jsem ve spolupráci s prezidentem komory daňových poradců a ředitelkou odboru legislativy MZ připravil návrh, který by situaci vyřešil. Předložil jsem ho jako pozměňovací návrh při projednávání poslancové novely zákona o nestátních zdravotnických zařízeních, který vypracovala skupina poslanců ODS ještě před tím, než senátor Julínek prosadil svou iniciativu. Návrh poslanců ODS neobsahoval nic jiného než rychlé řešení problematiky účetnictví. Ve zmíněném zákoně by bylo možné udělat mnoho dalších změn, ale autoři novely chtěli především prosadit rychlou nápravu chyby zaviněné vládou, chyby, která vážně komplikuje existenci tisíců soukromých zdravotníků. Proto nenavrhli do novely nic jiného, proto prosadili zkrácení lhůty pro projednávání z odvyklých 60 na pouhých pět dnů.

Krátce po prvním čtení novely ve sněmovně se sešel zdravotní výbor a podpořil můj návrh, podle něhož provozovatelé nestátních zdravotnických zařízení, kteří jsou fyzickými osobami a ke 31. prosinci 2003 účtovali v soustavě jednoduchého účetnictví, splní svoji povinnost stanovenou zákonem o nestátních zdravotnických zařízeních (v době, než začal platit návrh T. Julínka), pokud k 1. lednu 2004 vedou daňovou evidenci, nebo účetnictví podle zvláštního právního předpisu. Tato by odstranila jakékoli pochybnosti. Mohla být přijata během několika dnů a zákon mohl krátce nato platit.

Do doposud korektního procesu však náhle vstoupila předsedkyně výboru Milada Emmerová. Podlehla tlaku prezidenta České lékařnické komory Lubomíra Chudoby a předložila návrh další změny v zákoně, který se týkal role komor při registraci nestátních zdravotnických zaříze-

ní. Navrhla, aby žadatel o tuto registraci musel předložit osvědčení komory o personálním vybavení svého zařízení. Jde o návrat ke stavu, který sněmovna nedávno změnila. Předkladatelé návrhu ODS si nepřáli, aby byla pravidla pro registraci nestátního zařízení měněna a aby byla komorám vrácena role, která nahrazovala absenci zákona o způsobilosti k výkonu povolání. Zásadně nesouhlasili s tím, aby do jejich návrhu, kterým chtěli pomoci soukromým lékařům a který je politicky neutrální, byla vkládána politicky velmi konfliktní témata. Navíc při extrémně zkrácené lhůtě pro projednávání a bez jakéhokoli upozornění či projednání ve výboru (jehož schůzi předkladatelka návrhu předsedala!).

Vzhledem k velkému tlaku lékárníků a silné levici ČSSD + KSČ ve sněmovně je pravděpodobné, že by návrh M. Emmerové prošel. To se předkladatelé novely rozhodli nepřipustit. Opakovaně jsem vyzval poslance a zvláště M. Emmerovou ke zdrženlivosti a poprosil je, aby v zájmu pomoci soukromým lékařům nepředkládali k původní novele konfliktní pozměňovací návrhy. Ve sněmovně jsem důrazně upozornil na to, že pokud budou předneseny, budou poslanci ODS nuceni vzít svůj návrh zpět, a zabránit tak zneužití problému účetnictví soukromých lékařů k prosazování partikulárních politických zájmů. M. Emmerová však svůj návrh přesto přednesla. Jménem skupiny předkladatelů jsem tedy byl donucen vzít novelu zákona zpět a problém účetnictví soukromých lékařů pro tuto chvíli není dořešen. O to se pokusíme při nejbližší příležitosti.

Nevim, zda je konflikt výsledkem tlaku lékařnické komory (jejím zájmům rozumím, byť s řešením nesouhlasím), či zda je prezentace M. Emmerové součástí její kampaně před podzimními volbami do senátu, ve kterých zřejmě bude v Plzni kandidovat. Nemohu ani vyloučit, že šlo o snahu zviditelnit se ve chvíli rozhodování o novém ministru zdravotnictví uvnitř ČSSD (očekával jsem, že po letech práce ve sněmovně bude právě M. Emmerová novou ministryní Špidlovy vlády). Každopádně je mi líto, že se nepodařilo prosadit nápravu chyby a pomoci soukromým lékařům.

MUDr. Milan Cabrnock
poslanec sněmovny za ODS
Zdroj: ZDN



Usnesení z konferencí SPLDD ČR

Usnesení konference SPLDD regionu Praha a střední Čechy konané dne 1.4.2004 v Praze

Konference se zúčastnilo:

Členové 79

Hosté: Ing. Čekal ředitel, VZP Praha, MUDr. Váňová, ředitelka Odboru zdravotnictví a soc. věcí Magistrátu hl.m. Prahy, MUDr. Cabrnchová, předsedkyně OSPDL ČLS JEP, MUDr. Cabrnch, poslanec Parlamentu ČR, MUDr. Zelenák ředitel záchranné služby Středočeského kraje

Za VV SPLDD ČR: MUDr. Neugebauer, MUDr. Kudyn, MUDr. Soukup

Konferenci zahájily předsedkyně regionů.

Byly zvoleny komise ve složení:

1. mandátová:

MUDr. Mikulčáková

MUDr. Melicharová

MUDr. Procházková

2. Návrhová:

MUDr. Schwarzová

MUDr. Vurmová

MUDr. Soukup

Konference bere

na vědomí přednesené zprávy:

1) Zprávu o hospodaření za r. 2003 a návrh rozpočtu na rok 2004 přednesenou MUDr. Růžkovou

2) Zprávu revizní komise, přednesou MUDr. Kopecským, která neshledala závady v hospodaření regionu

3) Zprávu o činnosti přednesenou MUDr. Vitoušovou

Konference doporučuje:

■ aktivně pokračovat při všech jednáních vedoucích k rozvoji oboru PLDD

■ účastnit se všech zásadních jednání o budoucnosti a organizování LSPP v Praze a Středočeském kraji

■ doporučuje redukovat stanovišť dětské LSPP v Praze na celkem 5 sloužících míst

■ dětskou LSPP organizovat provozně a finančně zcela odděleně provozu nemocnic

■ usilovat o adekvátní finanční ohodnocení práce zdravotnických pracovníků vykonávajících tuto náročnou a zodpovědnou práci a to jak v rámci základní činnosti v ordinacích, tak v rámci LSPP

■ doporučuje Výkonnému Výboru SPLDD ČR intenzivně pracovat na významném zlepšení

profesního a odborného postavení a ekonomického ohodnocení PLDD v souvislosti se vstupem do EU a vzhledem ke stále se zvyšujícím nárokům pojištěnců, státní správy i zdravotních pojišťoven.

Konference vzala na vědomí zprávu předsedy SPLDD ČR MUDr. Neugebauera z jednání s ředitelkou VZP Ing. Musílkovou ve věci možného vrácení části plateb za provedené výkony PLDD v minulém období. Účastníci konference zásadně nesouhlasí s uplatněním regulací v souvislosti se zdravotně pojistným plánem a pověřují vedení SPLDD ČR k podniknutí veškerých kroků, které by vedly k zachování a k rozvoji nestátní primární zdravotní péče.

Konference aklaamačně zvolila do regionálního výboru SPLDD Dr. Schwarzovou.

Usnesení z konference SPLDD ČR západočeského regionu konané dne 24.dubna 2004 od 9,30 hod. v hotelu Kossuth – Suvorov v Mariánských Lázních

Konference:

I) schvaluje:

1) zvolení pracovních komisí:

a) mandátové ve složení:

MUDr. Králová

MUDr. Rozsypalová

MUDr. Urbanová

MUDr. Volšíková

b) návrhové ve složení:

MUDr. Anděl

MUDr. Benešová

MUDr. Hartmanová

MUDr. Horychová

MUDr. Kozderka

II) bere na vědomí:

2) zprávu o činnosti západočeského regionu SPLDD přednesenou regionální předsedkyní MUDr. Alenou Šebkovou

3) zprávu o hospodaření za rok 2003 přednesenou regionálním pokladníkem MUDr. Iovou Kubiasovou a rozpočet na rok 2004 jako vyrovnaný

4) zprávu revizní komise přednesenou předsedkyní komise regionu MUDr. Evou Jandovou

5) sdělení p. prof. MUDr. Františka Stožického, DrSc. o spolupráci a společných problémech poskytovatelů primární péče o děti a dorost a DK FN Plzeň

6) sdělení vědeckého sekretáře OSPDL MUDr. Jiřího Lišky, CSc. o spolupráci SPLDD a OSPDL v regionu i celé ČR

7) sdělení předsedy SPLDD ČR p. MUDr. Pavla Neugebauera

8) sdělení pokladníka republikového výboru SPLDD MUDr. Jiřiny Dvořákové

9) sdělení místopředsedy republikového výboru SPLDD MUDr. Tomáše Soukupa o dopadu „Zákona o způsobilosti k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta“ pro obor PLDD

10) očekávané změny v poskytování lékařské péče po vstupu ČR do EU po 1.5.2004

11) informaci o systému IZIP

III) oceňuje:

12) vysokou úroveň časopisu Vox paediatricae a jednoznačně pozitivní přínos pro práci PLDD

IV) odmítá:

13) tendence VZP uplatňovat zpětné regulace na ambulantních zařízeních včetně ordinací PLDD

14) zavedení podvojného účetnictví u ambulantních zdravotnických zařízení

V) podporuje:

15) jednání představitelů ambulantních lékařů s politickými a státními orgány za ponechání daňové evidence pro ambulantní zdravotnická zařízení

VI) doporučuje:

16) využití systému IZIP ve svých ordinacích

VII) ukládá:

17) regionálnímu výboru dále jednat na základě návrhů všech členů SPLDD se zainteresovanými partnery na zajištění dostupnosti lékařské péče o dětskou a dorostovou populaci v regionu mimo ordináční dobu PLDD

18) všem členům SPLDD západočeského regionu aktivnější přístup k činnosti ve svých okresních sdruženích

19) členům SPLDD včas platit členské příspěvky

20) regionálnímu výboru připravit na okresních úrovních semináře s tematikou změny legislativy týkající se poskytování zdravotní péče po vstupu do EU



Informace z Rady projektu IZIP

Vzhledem ke stoupajícím útokům proti projektu internetové zdravotní knížky známému pod zkratkou IZIP, které jsou podle mého ale mířené spíše proti autorům projektu či VZP, a to podle toho, co se zrovna více hodí, rozhodl jsem se Vám sdělit několik zajímavých údajů, které jsem získal při pravidelných jednáních Rady projektu. K účasti v této Radě jsem byl nominován naším Sdružením. Osobně se domnívám, že myšlenka využití moderní informační technologie i na poli zdravotnictví patří do začátku 21. století a jsem poctěn, že se mohu alespoň částečně podílet na směřování projektu, jehož některé možnosti dnes možná jenom tušíme.

Motto projektu: Informace = klíč k rozhodování

■ Jaká byla východiska autorů

1. Stávající zdroje informací

- Objektivní – od zdravotnických pracovníků
- Zdravotní dokumentace
- Vyžádané zprávy od jiných zdravotnických pracovníků
 - Zasláné poštou
 - Telefonické dotazování, ověřování, pátrání...
 - Obdržené elektronickou cestou
- Subjektivní – od pacienta
- Interpretace anamnézy – předchorobí
 - Pacientsky podaný popis prodělaných onemocnění, vyšetření, alergie, očkování, ...
- Laická verbální reprodukce

- Dosavadní léčba, medikace, doporučení, výsledky...

2. Čeho má být dosaženo

- Zlepšení kvality zdravotní péče poskytované pacientům
- Zefektivnění výměny informací mezi lékařskou odbornou veřejností
- Umožnění rychlejšího a přesnějšího rozhodování
- Úspora finančních prostředků v rámci poskytované zdravotní péče
- Zabránění zbytečnému opakování vyšetření a zdravotních výkonů

3. Jaká jsou očekávání

Souhrn objektivních zdravotních informací o pacientovi k dispozici v jakoukoli dobu

- Důležité anamnestické údaje
- Informace o dosavadní léčbě
- Výsledky laboratorních testů a vyšetření,
- Přehled předepsaných a vydaných léků
- Rentgenové a sonografické snímky
- Přehled očkování

4. Jaké bylo navrženo řešení

IZIP – internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta, tj. zřízení zdravotní knížky na internetu

Přístupová práva a bezpečnost dat

- Zapisovat mohou všichni poskytovatelé zdravotní péče, zapojení do systému IZIP, přičemž musí být vždy jasná identifikace zapisujícího
- Číst může pacient – registrující lékař, další zdravotníci a ostatní pouze s jeho souhlasem
- Zabezpečení dat na nejvyšší možné úrovni, srovnatelné minimálně se za-

bezpečím bankovních účtů, tedy nesrovnatelně vyšší než v běžné kartotéce v ordinaci

- Přístupový kód (PIN) obdrží pacient a rozhoduje, kdo může informace číst (obdoba registrace)
- Shromažďování dat osobních je oddělené od dat zdravotních – ukládání na odlišných serverech, propojovacím klíčem je PIN klienta s možností vytvoření dalšího hesla
- Třikrát špatně zadaný kód způsobí zablokování přístupu
- Servery jsou zabezpečeny a pod neustálou kontrolou

Legislativní rámec systému

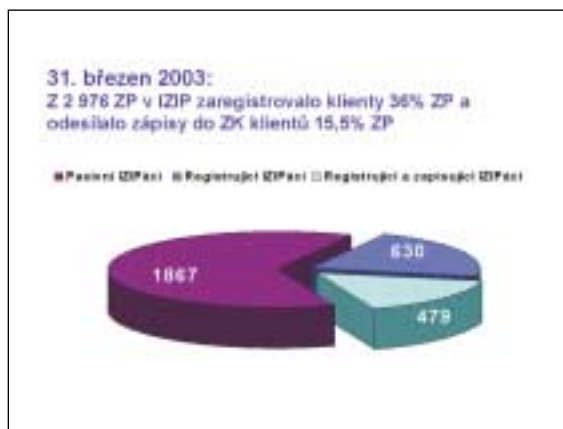
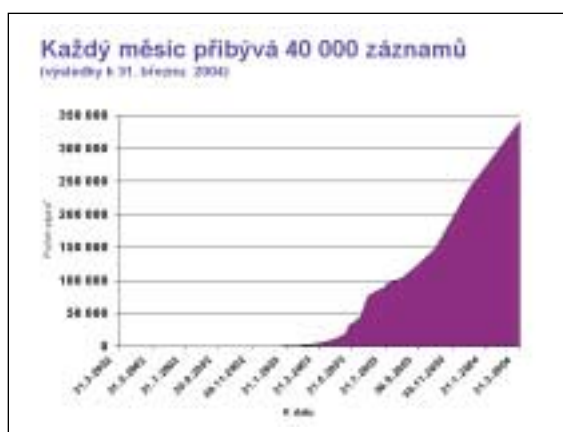
- Společnost IZIP obdržela souhlas ke shromažďování osobních dat v souladu s platnými zákony České republiky, především se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.
- Systém IZIP byl schválen Poslaneckou sněmovnou jako součást zdravotně pojistného plánu VZP
- Primárně pouze pacient je autorizován ke čtení, neboť vzniká na jeho žádost, ta je potvrzena převzetím (podpisem s dokladem identity) aktivních kódů doručených do jeho vlastních rukou
- Klient dává souhlas s tím, že do jeho zdravotní knížky může zapisovat jakýkoli zdravotnický pracovník registrovaný v IZIP
- Lékaři a zdravotničtí pracovníci provádějí zápis do zdravotní knížky, zapisováním splňují svou povinnost informovat pacienta, navíc jde o důkaz o provedeném úkonu

Ověření reálnosti projektu

v pilotní fázi v roce 2002

- Zapojování zdravotnických zařízení
- Komunikace s velkými zdravotnickými zařízeními
- Spolupráce s dodavateli zdravotnických SW, právní práce na implementaci tlačítka IZIP do standardních SW
- Prokázání zájmu ze strany odborné veřejnosti, zapojení 500 zdravotnických zařízení
- Získání několika ocenění





- Institutu ekonomických studií FSV UK „nejlepší sociálně-ekonomický projekt 2. čtvrtletí 2002“
- Cena Českomoravské elektrotechnické asociace
- Výroční cena generálního ředitele 10. mezinárodního veletrhu MEFA

Ověření kapacitních a procesních možností v praxi v období leden – červen 2003

- Zapořádání dodavatelů zdravotnických SW do systému IZIP
- Speciální SW pro zapisování do zdravotnických knížek klientů
- Implementace tlačítka IZIP do většiny hlavních zdravotnických informačních systémů
- Zapořádání velkých zdravotnických zařízení
- Homolka, Centromed, MOÚ,
- Speciální projekty
- IZIP pro diabetiky
- IZIP pro olympioniky
- Prokázání zájmu ze strany odborné i laické veřejnosti
- 1 700 zdravotnických zařízení
- 100 000 přihlášených klientů

Ověřovací fáze v období červenec – prosinec 2003

- Ověření rychlosti zpracování a zobrazování dat při zachování jejich bezpečnosti
- Zapořádání dodavatelů zdravotnických SW do systému IZIP
- Funkční export dat prostřednictvím tlačítka z většiny hlavních zdravotnických informačních systémů
- Zapojení systému IZIP v rámci tvorby datových standardů Ministerstva zdravotnictví ČR
- Kompatibilita s hlavními zdravotnickými informačními systémy
- Harmonizace v rámci EU
- Zájem ze zahraničí
- Rakousko – Hauptverband, MoH
- Holandsko – Care Full Holding B.V.
- Maďarsko – Tradicio Logistika
- Intenzivní zapojování odborné i laické veřejnosti
- 2 600 zdravotnických zařízení
- 170 000 přihlášených klientů
- 250 000 lékařských záznamů

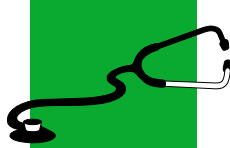
Současný stav zapojených klientů a zdravotnických pracovníků v IZIP

- Registrovaní klienti v systému IZIP
- K 3. květnu 225 000 klientů
- Každý týden přibývá 4 500 – 5 500 nových
- Počet zdravotnických pracovníků
- Celkem 3 230 registrovaných v systému IZIP
- Z nich je téměř 50% lékařů primární péče
- 1 017 praktických lékařů pro dospělé
- 457 praktických lékařů pro děti a dorost
- Počet lékařských zpráv a záznamů
- K 3. květnu 385 000 záznamů
- Každý měsíc přibývá cca 50 000 dalších záznamů

Žhavé novinky

- Společnosti IZIP byl udělen diplom eEurope Awards for eHealth v irském Corku, kde se konala letošní konference eHealth. IZIP byl oceněn za svůj ve světě ojedinělý projekt zdravotní knížky na internetu.
- Zájem o projekt IZIP projevily mimo jiné instituce jako Health Medical Trusts z Velké Británie, belgické ministerstvo zdravotnictví, francouzská pojišťovna L'Assurance Maladie, Ministerstvo pro zdravotnictví a děti Irsko, turecké ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo informatiky, Ministerstvo pro zdravotnictví (Litva), Ministerstvo sociálních věcí (Estonsko) a vznikající Evropské zdravotní clearingové centrum. Všechny ocenily systém IZIP jako jedno z nejprogresivnějších využití informačních technologií ve zdravotnictví, poskytující nesporné výhody lékařům a pacientům.
- Od 10. května si klienti IZIP mohou do svých zdravotních knížek zapisovat (vedle odborných zpráv od lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků) své vlastní postřehy a pocity související s jejich zdravotním stavem. Případně mohou též vlastními slovy přepsat zprávy od lékařů, kteří ještě do zdravotních knížek záznamy odesílat nemohou.
- IZIP tímto reaguje na požadavky klientů doplnit některé chybějící informace své osobě, svým dětem či rodičům
- Nová funkce zdravotní knížky by měla pomoci také lékařům, například diabetolog ocení hodnoty denních glykemií svého pacienta, sportovní lékař zase informace o potravinových doplncích či suplementech

Pro VOX zpracoval:
MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR



Informace z činnosti OSPDL

MUDr. Hana Cabrnová

Předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Výbor OSPDL předal na IPVZ schválený **návrh specializační přípravy v oboru praktický lékař pro děti a dorost**. Návrh byl dán na vědomí ČPS a stávající katedře pediatrie při IPVZ. Vychází z již předjednaného konsensu obou odborných společností a katedry pediatrie o identické náplni tříletého pediatrického základu a následně dvouleté odlišné přípravě. V našem případě bude možné v posledních dvou letech započítat část ambulantní přípravy ze společného pediatrického základu. V okamžiku, kdy MZČR vydá specializační náplně jako platné, bude možné pro nové absolventy požádat o zařazení do oboru PLDD, případně ti, kdo již dnes jsou v přípravě v oboru pediatrie, budou moci požádat o uznání absolvované části přípravy a nové zařazení do specializační přípravy oboru PLDD, případně dalších oborů s pediatrickým základem.

■ Nově jmenovaný **ministr zdravotnictví ČR plánuje setkání** se všemi předsedy organizačních složek ČLS JEP v měsíci červnu. Ještě do konce května proběhne **na MZČR jednání komise péče o dítě**. Dne 31.5.2005 **komise pro preventabilní nákazy MZČR** projedná nové výhledy v očkování dětí na rok 2005, podmínky výběrového řízení na distributora očkovacích látek. Nejvíce diskutovaným tématem je v současnosti problematika formy očkovací látky proti polio.

■ Výbor OSPDL připravuje **volební konferenci dne 19.6.2004 v Pardubicích**. Pozváni budou všichni členové OSPDL. Vzhledem k projednávání problematice budoucnosti vzdělávání PLDD a plánované účasti vedení IPVZ, tato akce nahradí také v tomto měsíci se jinak opakující setkávání školitelů. Přednostní pozvání platí právě pro školitele, neboť problematika celé koncepce vzdělávání a budoucnost akreditovaných pracovišť vzhledem k přijatému zákonu o vzdělávání je nejaktuálnějším tématem pro jejich další činnost a další setkávání. IPVZ plánuje vznik center pro vzdělávání pro jednotlivé obory místo původních kateder.

■ Zástupci výboru OSPDL připravují **vzdělávací semináře pro dětské stomatology** ve spolupráci s vzdělávacím centrem při České stomatologické komoře. Na minulém jednání na MZČR komise péče o dítě byla námi vyžádána **koncepce pedostomatologické péče v ČR**, náš návrh podpořili předsedové všech zúčastněných odborných společností. Veškeré aktivity na toto téma by měly vyústit ve zlepšení stomatologické péče o dítě, v zajištění dobré komunikace mezi odborníky pečujícími o děti.

■ Na MZČR jednala ediční rada zdravotního a očkovacího průkazu, schválila drobné úpravy v textu edukační části, které se projeví až v edici na rok 2005. Doc. Krásničánová informovala o chybách v percentilových grafech, nové a platné grafy jsou nyní distribuovány mezi PLDD (sněm SPLDD v Kroměříži, konference OSPDL).

■ Nově přijatí členové OSPDL:
MUDr. Krabatschová, MUDr. Šustková

Indikace podání acelulární pertusové vakcíny

S cílem sjednotit postup při indikacích podání acelulární pertusové vakcíny na území ČR byly po dohodě se Odbornou společností praktických lékařů pro děti a dorost a s dalšími odborníky stanoveny níže uvedené neurologické, imunologické a alergologické indikace podání této vakcíny, které budou zohledněny v příbalové informaci očkovací látky Infanrix a Infanrix Hib stejně jako kontraindikace podání jakékoliv pertusové vakcíny stanovené vyhláškou č. 439/2000 Sb., v platném znění:

Indikace podání acelulární pertusové vakcíny:

■ Nedonošení nebo hypotrofičtí novorozenci s p.h. pod 1500 g (nejdříve po dosažení biologického věku 3 měsíců)

■ Neurologické indikace:

1. děti s neprogresivním poškozením CNS z období kolem porodního a poporodního (např. stav po hypoxicko-ischemické, hemoragické, ischemické, infekční, metabolické, toxické či jiné encefalopatii, stav po symptomatických novorozeneckých křečích jejichž příčina odezněla). Očkování zahájit po 6 měsíci věku.

2. děti se stabilizovaným neurologickým onemocněním (např. definitivní formy DMO, některé formy epilepsie, vrozené vývojové vady mozku)

3. děti po nekomplikovaných febrilních křečích Odstup od křečí alespoň 3 měsíce.

■ Imunologické a alergologické indikace:

1. děti se závažným (nekompenzovaným) alergickým onemocněním (např. generalizovaný ekzém, nekompenzované astma, těžká polyvalentní alergie)

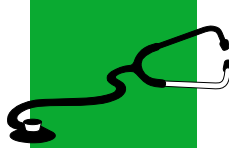
2. děti po prodělané velké reakci po celobuněčné pertusové vakcíně - s kombinací těchto příznaků: horečka nad 38,5°C, velká lokální reakce, neutišitelný vysoce laděný křik, výrazný neklid - v případě horečky nad 38,5 °C nereagující na antipyretika bez další kombinace příznaků (teplota nad 40,5°C - hyperreakce - je kontraindikací podání jakékoliv pertusové vakcíny).

3. děti s orgánově specifickými autoimunními onemocněními (např. neutropenie, hemolytická anemie, diabetes I. typu, thyreoiditis, ulcerózní colitis)

■ Děti s reaktivací kalmetizační jizvy v souvislosti s očkováním DTwP

MUDr. Michael Vít, Ph.D.

hlavní hygienik ČR



Vybrané kapitoly z dětské kardiologie pro PLDD

MUDr. Antonín Lukeš

Dětská klinika FN, Hradec Králové

I. Kolemoperační péče PLDD o dítě s vrozenou srdeční vadou

II. Šelest na srdci v ordinaci PLDD

I. Kolemoperační péče PLDD o dítě s vrozenou srdeční vadou

Ne zcela vzácně bývá PLDD ve své ordinaci konfrontován s dítětem, které má vrozenou srdeční vadu (VSV) a je u něho současně plánován chirurgický zákrok – kardiochirurgický či jiný operační výkon. Vzhledem ke **složitosti problematiky, nižšímu výskytu v mezi registrovanými pacienty, ale zejména k potenciálnímu ohrožení života dítěte** může být na tuto oblast nahlíženo s oprávněnými obavami. Následující řádky by měly napomoci **PLDD orientovat se v této problematice a včas reagovat** na případné závažné změny zdravotního stavu těchto dětí.

Klíčovým pro další postup je uvědomit si, v tom kterém případě, o **jak závažné postižení a o jaký charakter postižení srdce VSV** se jedná. Pro PLDD není až tak významná přesná znalost detailní morfologie často velmi složitých VSV, ale podstata uvědomit si jaké dítě před ním stojí. Jinými slovy jaká je **hemodynamická závažnost vady**, která může být **bezvýznamná, malá, střední, velmi významná nebo dokonce kritická**. Je pochopitelné, že s posledně jmenovanou by se neměl PLDD vůbec setkat, ale ani to není vyloučené (například přehlédnutí koarktace u novorozence). Naopak VSV bezvýznamných a malých se nemusí příliš obávat, protože zde se většinou kolemoperační péče až na výjimky (prevence infekční endokarditidy), prakticky neliší od ostatní zdravé populace. V popředí zájmu jsou tedy děti s **VSV středně a velmi významnými** – zde je třeba zachovávat opatrnost. Pro vlastní pochopení významnosti vady a jejího dopadu na oběh a potažmo na celý organismus dítěte je třeba si uvědomit, **čím je dána „závažnost“ vady**. Je to **hypoxie** nebo **objemové zatížení** nebo tlakové zatížení nebo **závažná arytmie** nebo všechny uvedené atributy dohromady? Každý ve svém důsledku může skončit srdečním selháním. Od kardiologa, který dítě sleduje, by PLDD měl tedy požadovat mi-

mo určení **typu vady** i vyjádření se k **její závažnosti**, dále **jaký je vývoj vady od poslední kontroly**, jakou má pacient medikaci a jaká jsou eventuelně **další speciální opatření**. Toto vše umožní PLDD udělat si konkrétní obraz o VSV u dítěte.

■ Dítě s VSV před operací srdce

Před operací srdce je dítě sledováno jak dětskými kardiology, tak PLDD. Obecně lze říci, že **čím je vada významnější, tím jsou kontroly častější**. Stejně tak je dítě častěji sledováno v **době růstové akcelerace** (kojenecký věk a puberta). Péči PLDD lze rozdělit v období před operací srdce do dvou oblastí. Především na sledování dítěte **v období než dojde k vlastní operaci** a dále na **vlastní předoperační vyšetření** před kardiochirurgickým zákrokem.

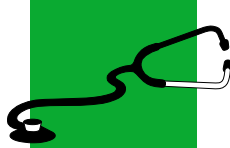
Předoperační vyšetření by se mělo sestávat z podrobného pediatrického klinického vyšetření. Další doplňková laboratorní vyšetření provádí PLDD na doporučení Kardiocentra. **Vyšetření PLDD by nemělo být starší jednoho týdne. Vzhledem k možným reakcím, které by mohly nastat v době operace není vhodné děti v období 3 týdnů před výkonem očkovat.**

Než se dítě dostane k operaci je dítě sledováno při **pravidelných preventivních prohlídkách** u PLDD, po domluvě s dětským kardiologem pak eventuelně i častěji než jen při těchto kontrolách. **V případě jakýchkoliv nesrovnalostí nebo pochybností či změně stavu dítěte je odesíláno dětskému kardiologovi i mimo plánovaný termín kontrol.** Jednotlivé skupiny vad se liší svými klinickými příznaky.

VSV s dominující klinikou hypoxie. Většinou se jedná o vady s limitovaným plicním průtokem. U dětí hodnotíme **růst dítěte a psychomotorický vývoj**. Orientační neurologické vyšetření by mělo být součástí prohlídky. Hodnotíme nejen úroveň psychomotorického vývoje, ale i možnou ložiskovou centrální neurologickou symptomatologii. Určení **stupně cyanózy** je do jisté míry subjektivní. Posouzení saturace hemoglobinu kyslíkem není v ordinaci

PLDD až na výjimky možné, proto při pochybnostech je prospěšné vyšetřit **hodnotu hematokritu**, která by se u operabilních vad neměla pohybovat nad 0,55. Hodnoty červeného krevního obrazu by se však měly pohybovat v horní polovině fyziologického rozmezí pro daný věk. Pokud ne pak jsou pacienti **„anemičtí“** vzhledem ke svému základnímu onemocnění a vyžadují **substituční terapii zejména preparáty železa**. Dalším pomocným kritériem je velikost erytrocytů (přítomnost mikrocytů). Děti s konotrunkálními malformacemi spojenými s obstrukcí výtokového traktu pravé komory mohou mít **hypoxické záchvaty**. Charakteristické dřeptání u batolat a starších dětí dnes vzhledem k časným operacím těchto vad již nevidíme. Můžeme se však setkat s těmito stavy u kojenců, kteří náhle nevysvětlitelně zblednou, prohloubí se cyanóza, dítě je dušné, potí se a má alterované vědomí. Stav buď spontánně odezní během krátké doby, pokud ne pak jedinou **možnou první pomocí u PLDD** je dítěti v poloze v leže na zádech přitlačit kolena k bříšku. Následuje neodkladné odeslání dítěte do zdravotnického zařízení. Děti s hypoxickými vadami mají často **subklaviopulmonální spojky**, které mohou být na obou stranách hrudníku, dnes však častěji vpravo. Průtok spojkou kontrolujeme pod klíčkem na straně spojky, kde by měl být slyšitelný typický kontinuální šelest. Dítě by nemělo být při správné funkci spojky dušné ani výrazně cyanotické. Tito pacienti dostávají **kyselinu acetylsalicylovou (Anopyrin)**, který je však nutno 7 dnů před operací vysadit. Součástí kontroly u PLDD je i kontrola podávání toho léku matkou. Současně rodiče motivujeme k **dostatečnému podávání tekutin** dítěti.

VSV s dominující klinikou objemového zatížení. Většinou se zde jedná o zkratové vady na nejrůznějších úrovních srdce a velkých cév, případně významné regurgitace na chlopních. Stejně jako u předcházející skupiny nás zajímá **prospívání dítěte**, které může být u této skupiny vad významně postiženo. Vzhledem k tomu, že tyto děti mají i několikanásobně zvětše-



ný plicní průtok jsou **náchylnější k infekcím zejména dolních cest dýchacích**. Proto po těchto infekcích aktivně pátráme a rodiče nabádáme k jejich prevenci (vyhýbání se potenciálním epidemiologickým rizikům, očkování proti chřipce, dostatek vitamínů). U těchto pacientů můžeme očekávat, nejčastěji ze všech skupin VSV, známky srdečního selhávání. V rámci prohlídek je proto nutné se zaměřit i na diskrétní známky rozvoje srdečního selhání (drobné otoky u kojenců, stupňující se dyspnoe, zatahování, oslabení pulsací, objevení se nových šelestů a zejména **obtíže s krmením** u kojenců). U významných vad může dojít k **rozvoji plicní hypertenze** a pak nálezy, které jsme dosud u dítěte znali, nebo které byly popsány u dětského kardiologa, se mění – jsou méně výrazné, šelesty slábnou, případně se objevují nové, zvýrazňuje se II. ozva – její pulmonální komponenta. Toto nelze považovat za zlepšení a naopak je nutné **urgovat konsilium dětského kardiologa**. Vzhledem k tomu, že děti užívají více léků je na místě kontrola **dodržování podávání medikace rodiči**. Při pochybnostech lze stanovit hladinu digoxinu a draslíku.

VSV s dominující klinickou tlakovou zátěží. Jedná se především o stenózy na různých úrovních srdce a magistralních cév. Klinické známky i u vážných vad jsou vyjma vlastního poslechového nálezu **relativně chudé**. Opět nás bude zajímat **prospívání a psychomotorický vývoj dítěte**. Zejména je důležité hodnotit **poslechový nálezy** v čase a **porovnávat** jej s posledním kardiologickým vyšetřením, zda nedošlo ke změně. Známky srdečního selhání u této skupiny VSV přicházejí až jako jeden z posledních příznaků, proto na jejich přítomnost nespolehnáme. U těžkých vad se u těchto pacientů mohou objevovat **poruchy rytmu**.

■ Dítě s VSV po operaci srdce

Očekávané **komplikace** po kardiokirurgickém zákroku lze rozdělit na **časné a pozdní**. Dále na **závažné a nezávažné**. Další rozdělení komplikací je na **obecné** pro všechny druhy operací a na **specifické**, které jsou dány typem konkrétního operačního výkonu. Dle typů výkonů lze operace rozdělit podle toho, co bylo u dítěte operováno: **aortální oblouk a velké cévy** nebo **výkon na přepážkách srdečních** nebo řešení **komplexních vad**, kde je ještě potřeba rozlišit zda se jednalo o výkon **palliativní** nebo o **definitivní řešení vady**. Poslední skupinu tvoří pacienti s **náhradou chlopně mechanickou chlopni**.

Při **prvních ambulantní kontrole u PLDD**, kte-

rá by měla být **do týdne** od propuštění z Kardiocentra je třeba zhodnotit následující

I. Jaký ve **vzhled thorakotomie, jizev po drénech a elektrodách** (zda není potřeba vytahnout stehy, jak se rána hojí).

II. **Jak vypadá dýchání dítěte** (kinetika, symetrie, frekvence, přítomnost dyspnoe).

III. Jaké je **prokrvení periferie dítěte** (kapilární návrat, pulsace).

IV: Jaký je **poslechový nálezy na srdci** (ozvy, šelesty a frekvenci srdeční srovnáváme s propouštěcí zprávou z Kardiocentra, kterou mají rodiče k dispozici) a **na plicích** (symetrie, ložiskové nálezy, oslabení dýchání).

V. Zda nejsou přítomny **známky srdečního selhání** (palpace jater, přítomnost otoků, zvýšené žilní náplně).

VI. Jakou má dítě **teplotu**. V případě horečky musíme aktivně pátrat po příčině.

VII. Jaký je **příjem potravy** dítětem, zda je dostatečný.

VIII. Jakou má dítě **medikaci** (kontrola podávání rodiči, dostupnost rozvážených forem a přesnost podávání, pokud je antikoagulace – naplánování kontroly INR).

IX. Děti **6 měsíců od výkonu neočkujeme** a dbáme na dodržování zásad **rizikové prevence infekční endokarditidy**. V případě nesrovnalostí nebo zhoršení stavu kontaktujeme dětského kardiologa nebo přímo Kardiocentrum, kam jsou obvykle děti zvány za 1 měsíc po propuštění.

Mezi **obecné komplikace** po kardiokirurgickém zákroku patří:

I. **Pleurální výpotky spolu s chylothoraxem** – dítě má léčbu těchto komplikací většinou již nastavenou z Kardiocentra (antiflogistika, steroidy, diuretika, dieta), avšak nelze ani vyloučit jejich vznik až po návratu domů, proto je výše uvedené klinické vyšetření tak nesmírně důležité.

II. **Parézy hlasivek** s chrapotem jsou manifestní již po výkonu, speciální léčbu nemají.

III. **Paréza bránice** je obdobně manifestní již po výkonu, vzácně by mohla ujít pozornosti. U malých kojenců se může jednat o závažný stav, i když se jedná pouze o jednostrannou záležitost, která může vážně kompromitovat ventilaci dítěte.

IV. **Postperikardiotomický syndrom** způsobený autoimunní reakcí organismu. Syndrom se může objevit několik týdnů až měsíců po výkonu. Je charakterizován horečkou, bolestí na hrudi. Vzácný je u dětí pod 2 roky. Pacient má leukocytózu s posunem doleva, vysokou sedimentaci, klinicky známky jako při akutní peri-

karditidě. Léčí se antiflogistiky a klidem na lůžku.

V. **Postperfusní syndrom** vyvolaný cytomegalovirovou infekcí je v dnešní době velmi vzácný. Syndrom se objevuje za 4 – 6 týdnů po výkonu. Je charakterizován horečkou, splenomegalií a atypickou lymfocytózou. Léčba je symptomatická.

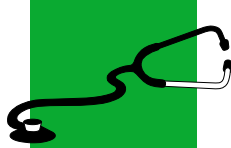
VI. **Hemolytická anémie** vyvolaná intraluminální destrukcí erytrocytů na nejrůznějších nerovnostech intrakardiálních povrchů. V dnešní době je opět vzácnou komplikací. Začíná za 2 týdny po výkonu. Je charakterizována nízkou horečkou, žloutenkou se známkami hemolýzy a hepatomegalií. Terapie je odvislá o závažnosti a celkové doby trvání anemie. Všechny **uvedené komplikace pokud se nově objeví nebo pokud výrazněji zhorší klinický stav dítěte je nutné včas konzultovat s dětským kardiologem**.

V případě návratu dítěte z **katetrizačního výkonu**, kdy dítě bývá propuštěno časně po výkonu kontrolujeme **místo vpichu a kvalitu pulsací** na končetině.

Po **odstranění koarktace** může vzniknout tzv. **paradoxní hypertenze**. Vzácně se u toho výkonu můžeme setkat s tzv. **postkoarktackým syndromem**, který by se někdy mohl objevit i bezprostředně po propuštění domů. Stav je způsobený zvýšeným prokrvením splanchnické oblasti po resekci koarktace. Syndrom je charakterizován horečkou, leukocytózou, abdominální distenzí a bolestmi, se vznikem ileozního stavu. Léčba je odvislá od míry postižení gastrointestinálního traktu. Zajímáme se o kvalitu **inervace dolních končetin** a u pacientů, u kterých byla provedena Waldhausenova plastika nebo její reverzní forma (nyní již vzácně) se naše pozornost soustředí i na kvalitu **prokrvení levé horní končetiny**. Zejména velkým pacientům připomínáme **dodržování režimových opatření**, která jsou zaměřena proti náhlému nevhodnému zvýšení intrathorakálního nebo systémového krevního tlaku. Důvodem je **prevence vzniku pozdního krvácení** z ruptury anastomózy 10. – 12. den po operaci. V tomto období jsou okraje operované anastomózy totiž nejméně pevné.

Po **výkonech na aortálním oblouku a velkých cévách** se navíc můžeme setkat s kompresí zejména levého bronchu cévními strukturami případně s jinými **stenózami dýchacích cest**. Vyšetření dýchání a pečlivý poslech především u malých kojenců je proto nedílnou součástí vyšetření, jak již bylo uvedeno.

Po **výkonech na přepážkách srdečních** mů-



že mít pacient **reziduální defekty**, kde nás zajímá jejich významnost (viz text o VSV s objemovým zatížením). Stejně tak je třeba se zaměřit na **reziduální regurgitace**, které by vzácně významným objemovým zatížením mohly ovlivňovat cirkulaci dítěte. U těchto výkonů se také můžeme setkat s nejrůznějšími arytmiemi. Z hlediska vlivu na celkový stav dítěte jsou nejzávažnější **AV blokady vyšších stupňů**. Srdeční frekvenci tedy proto vždy porovnáváme s věkovou normou a dáváme do vztahu k celkovému stavu dítěte.

Po **operacích komplexních vrozených srdečních vad** se můžeme setkat se všemi dosud uvedenými časnými pooperačními komplikacemi. Navíc zde pátráme po známkách **srdečního selhání**, dále po známkách významné **hypoxie či objemového zatížení** (viz předcházející odstavce). Samostatným problémem u těchto vad, jejichž řešení je často v několika po sobě jdoucích přesně načasovaných výkonech, jsou **problémy související s paliativním řešením** těchto VSV.

V současnosti se nejvíce používají následující **paliativní výkony**:

Bandáž kmene plicní artérie. U pacientů s tímto výkonem, jehož cílem je zamezit zvýšenému průtoku krve plícemi a tedy zmenšit levoprávní zkrat a potažmo zabránit vzniku plicní arteriální hypertenze, posuzujeme zda bandáž tento úkol skutečně splňuje. Funkčnost bandáže může být narušena jak ve smyslu plus tak i minus. Při nedostatečné bandáži bude mít dítě známky související s **velkým objemovým zatížením** nebo naopak při příliš těsné bandáži bude mít dítě **problémy s oxygenací krve** a navíc se bude uplatňovat **nepřiměřená tlaková zátěž pravé komory**.

K dalším paliativním výkonům patří vytvoření **arteriální spojky** mezi systémovým a plicním oběhem. Smyslem tohoto výkonu je zvýšení průtoku plicním funkčním oběhem a v konečném důsledku tedy i zvýšení oxygenace krve. Spojek je několik typů. V současnosti mezi nejčastěji užívanými patří **modifikovaná spojka dle Blalock – Taussigové vpravo** (goretexová cévní protéza mezi pravou podklíčkovou tepnou a pravou větví plicnice). Komplikace opět souvisejí se správnou funkčností spojky. Při trombóze, torzi nebo zalomení spojky dojde ke snížení její funkce se **známkami hypoxémie**. Vzácněji naopak, zejména u jiných typů arteriálních spojek může dojít k významnému levoprávnímu zkratu se všemi důsledky **objemového zatížení srdce**. Ne zcela vzácně může dojít i k **dýchacím obtížím** po spojkové operaci.

To bývá způsobeno vznikem séromu v okolí goretexové cévní protézy a jeho tlakem na okolní struktury.

Poslední skupinou paliativních výkonů jsou **žilní spojky** mezi systémovým a plicním oběhem, které se používají ke korigování především komplexních VSV. Smyslem těchto výkonů podobně jako u předcházejících spojek je zvýšení plicního průtoku a zvýšení oxygenace krve. Spojek je několik typů, kdy se napojují duté žíly přímo na plicní tepny. V maximálním provedení je pomocí totálního kavopulmonálního spojení úplně vyřazena pulsální funkce pravé komory a krevní proud je tak z obou dutých žil směřován přímo do plicních tepen. Tito pacienti mají **dlouhodobě zvýšený centrální žilní tlak**. Proto u těchto dětí pátráme po recidivujících **pleurálních nebo perikardálních výpotcích**. Pozornosti nesmí ujít ani průjmovitě stolice jako projev **exsudativní enteropatie** (ztráty tekutin a bílkovin). Zaměřujeme se na případné zhoršování **cyanózy** jako projevů dysfunkce spojkové operace. Vzhledem k tomu, že se jedná o pacienty s funkčně jedinou komorou je důležité pátrat po známkách **srdečního selhání** (dušnost, neprospívání, otoky, hepatomegalie) s **nízkým srdečním výdejem** (oslabené pulsace, bledost, únavnost, snížená diuréza). Část pacientů s těmito spojkami je na antikoagulační terapii (doporučené **INR 2 – 3**).

Po **náhradách chlopně mechanickou chlopní** jsou předepsané **kontroly INR** v pravidelných intervalech. Děti jsou z Kardiocentra vybaveny kartičkou se základní informací o antikoagulační terapii. INR by se mělo pohybovat v rozmezí **2,5–3,5**. Odchylky z toho rozmezí dolů nebo nahoru jsou pro správnou funkci chlopně (**trombóza**) nebo pro život dítěte (**krvácení** do např. CNS) nežádoucí. Poslechem kontrolujeme pravidelný **dvojdobý zvuk chlopně**. Charakter zvuku je dobré si zapamatovat, protože jeho změna může souviset s částečnou blokádou lístků chlopně trombem, který je nutno odstranit. Dítě nemusí zpočátku mít vůbec žádné obtíže. Při včasném zachycení trombózy je ještě možnost provést trombolýzu, opožděně je pak již nutné řešit trombózu reoperací. Přítomnost **horečky bez zjevné příčiny** časně po náhradě chlopně nutí pomyslet na možnost infekční endokarditidy.

■ **Dítě s VSV před jinou operací**

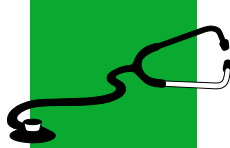
Je vždy nezbytné u pacienta s VSV, který má podstoupit elektivní chirurgický výkon kardiologické vyšetření? Záleží na závažnosti vady. U **bezvýznamných a hemodynamicky málo vý-**

znamných vad se nepředpokládá vliv na hemodynamiku za celkové anestézie, proto stačí **poslední dostupné vyšetření** dětského kardiologa. U **středně a více významných vad** v rámci komplexu předoperačních vyšetření by u dětí **do 1 roku** mělo být kardiologické vyšetření maximálně **1 měsíc** před výkonem, u **starších** dětí pak **3 měsíce**. Součástí kardiologického vyšetření by vyjma již dříve uvedeného mělo být i vyjádření k eventuelním speciálním doporučením během výkonu a celkové anestézii a návrh na to, zda prevence infekční endokarditidy je požadována riziková nebo jen běžná. **Vlastní pediatrické vyšetření u PLDD by mělo být maximálně týden před elektivním výkonem.** V rámci klinického vyšetření je nutno si položit otázku, zda **klinický obraz a stav dítěte odpovídá nálezu při posledním kardiologickém vyšetření**. Pokud ano je vše v pořádku, pokud ne je třeba požadovat nové kardiologické vyšetření. Součástí záznamu o předoperačním vyšetření by měl být i zápis o podávané kardiologické léčbě. **Antiagregancia** je nutno 7 dnů před výkonem vysadit. Pokud pacient užívá **antikoagulancia**, je nutno jej po domluvě s dětským hematologem převést před výkonem na frakcionované nízkomolekulární hepariny. Rodičům pacienta je vhodné připomenout, aby si s sebou do nemocnice vzali mimo závěrů předoperačního vyšetření také i **Kartičku prevence infekční endokarditidy**.

V případě **urgentního výkonu** samozřejmě výše uvedená opatření neplatí. Je vhodné pouze rodičům dítěte doporučit, aby s sebou nosili **poslední zprávu z kardiologického vyšetření a Kartičku prevence infekční endokarditidy**, které jsou tak při neodkladném přijetí k dispozici pro ošetřujícího lékaře a anesteziologa. Kde operovat dítě s VSV? V případě urgentního výkonu kdekoliv. V případě výkonu, který snese odklad a u elektivních výkonů záleží na významnosti vady. Operace u nevýznamných VSV neovlivňujících hemodynamiku dítěte lze opět operovat kdekoliv. Naopak operace u **středně a více významných VSV** je vhodné provádět v **centrech s anesteziologem** školeným v dětské anestézii, s návazností kvalitního pooperačního sledování (JIRP) a s dostupností dětského kardiologa jako člena lékařského týmu. Při zvažování operačního výkonu je nutné mít na zřeteli typ operace, její rozsah, trvání anestézie a potenciální komplikace operace.

■ **Dítě s VSV po jiné operaci**

Po operačním výkonu je vhodné u dítěte **do 1 týdne provést kontrolní klinické vyšetření**



včetně zhodnocení možných **zánětlivých projevů** a **stavu hojení operační rány**. Součástí vyšetření je i **kontrola podávaných léků**, jejich možné interakce s kardiologickou medikací a kvalita příjmu léků dítětem. U pacientů na **antikoagulační terapii** s návratem k původnímu dávkování léků je nutno provést kontrolu INR. Pokud dojde ke změně klinického nálezu u dítěte s potenciálním vztahem ke kardiovaskulárnímu aparátu je důležité odeslat pacienta k dětskému kardiologovi.

■ Závěrem

Vzhledem k závažnosti problematiky je u dětí s VSV před plánovaným kardiologickým výkonem nutno **kontrolovat dodržování plánovaných kontrol** u dětského kardiologa **rodiči**, stejně tak i **dobu plánovaného kardiologického zákroku**. Po operaci by měla proběhnout **časná pooperační kontrola u PLDD**, aby se seznámil se všemi novými skutečnostmi které u dítěte nastaly. Při jakýchkoliv **pochybnostech**, kdy klinické vyšetření PLDD neodpovídá nálezu od kardiologa nebo z Kardiocentra **trvat na novém kontrolním vyšetření** specialisty. Důležité je **nepodceňovat horečku** v časném pooperačním období u dětského kardiaka.

II. Šelest na srdci v ordinaci PLDD

Srdeční šelesty jsou vzhledem k četnosti výskytu častým diferenciativně diagnostickým problémem v ordinaci PLDD. Většina dětí v některém období svého vývoje má slyšitelný šelest. **Prevalence benigních šelestů** v populaci **předškolních dětí se udává 60%**, v populaci **školních dětí až 75–90%**. Naproti tomu **prevalence organických šelestů** odpovídá výskytu vrozených srdečních vad (i když ne všechny srdeční vady musí nutně mít trvale přítomný šelest). **Při narození je to 6–8 promile, u školních dětí pak 3,7 – 3,9 promile**. Získaná srdeční onemocnění, u nichž jsou šelesty též organické příčiny, jsou v naší populaci představovány naprosto zanedbatelným počtem dětí. **Výskyt šelestů u registrovaných dětí stoupá úměrně se zkušeností vyšetřujícího a pečlivostí poslechu** za ideálních vyšetřovacích podmínek. Vyšetření dítěte zejména za neklidu však záchyt šelestů výrazným způsobem limituje.

Rozhodování o tom, zda je šelest jen benigní nebo organický je důležité z několika pohledů. Samozřejmě, že na prvním místě je **snaha o diagnostiku srdečního onemocnění**, které jistě může být závažné. Na druhou stranu už jen

samotný nálezu šelestu, bez určení zda je VSV přítomna či ne, může po oznámení rodičům nebo dítěti vytvořit **psychologické problémy** (obavy, stupňovaná anxióza až psychosomatické obtíže) u pacienta nebo u rodičů. V konečném důsledku může dojít k maladaptaci rodiny typu **hyperprotektivního chování, omezování sportovní aktivity či výběru povolání**. V neposlední řadě nelze ani opomenout **zvyšování nákladů na zdravotní péči** v případě extenzivního vyšetřování u pacientů s benigními šelesty.

Šelest je abnormální zvuk slyšitelný během alespoň 1/4 příslušné fáze srdečního cyklu. Jeho podstatou je přítomnost turbulentního toku krve. Šelesty mohou být benigní, funkční nebo patologické. **Benigní šelest** představuje abnormální zvuk u strukturálně normálního srdce. **Funkční šelest** je abnormální zvuk způsobený jinými patofyziologickými podmínkami než je onemocnění srdce, zpravidla při vysokém srdečním výdeji (horečka, nervozita, cvičení). **Patologický šelest** je abnormální zvuk jehož podstatou je strukturální onemocnění srdce. Rozhodnutí PLDD o tom, **o jaký typ šelestu se jedná (bez nutnosti přesného přiřazení šelestu k určité vadě)**, je zásadní zda nemocného odeslat ke kardiologovi či ne a jak informovat pacienta, případně rodiče. Následující část textu je pojata jako pomoc v tomto rozhodování.

Šelest je charakterizován pěti základními rysy, z nichž každý poskytuje specifický typ informace. Jedná se o: **hlasitost**, která může odrážet závažnost anomálie, **umístění do jednotlivých fází srdečního cyklu** (časováním) se vztahem k hemodynamice srdeční, **lokalizaci na hrudníku** se vztahem k určitým anatomickým místům v srdci, **propagaci** určující směr šíření turbulentního toku krve v srdci a ve velkých cévách, **frekvenci** informující o tlakovém rozdílu v místě kde šelest vzniká. Kombinace všech těchto rysů napomáhá určit vlastní příčinu šelestu a závažnost vady.

■ Hlasitost

Je hodnocena šestistupňovou škálou. **Šelest 1/6** – velmi tichý šelest slyšitelný až po určité době pozorné auskultace. **Šelest 2/6** – tichý šelest, který je slyšet okamžitě po přiložení fonendoskopu. **Šelest 3/6** – středně hlučný šelest, u kterého není přítomen vír. **Šelest 4/6** – hlučný šelest, obvykle doprovázený vírem. **Šelest 5/6** – hlučný šelest slyšitelný se stetoskopem sotva (okrajově) se dotýkajícím hrudní stěny. **Šelest 6/6** – hlučný šelest, slyšitelný i při oddálení stetoskopu od hrudní stěny. I přes toto poměrně sofistikované dělení, vlastní hod-

nocení záleží hodně na vyšetřujícím a jeho zkušenostech. U systolických šelestů se nejhůře diferencuje mezi stupněm 3/6 a 4/6, u diastolických pak mezi stupněm 1/6 a 2/6.

Hlasitost šelestu odráží závažnost anomálie a množství krve, které prochází abnormálními místy v srdci. U **aortální nebo pulmonální insuficience** čím závažnější je léze, tím hlučnější je šelest. U **stenóz (aortální, pulmonální, mitrální)** kde prochází celý srdeční výdej zmiňovaným ústím také platí, že čím je stenóza závažnější tím šelest hlučnější. Pokud je však stenóza tak těsná, že srdce začíná selhávat a srdeční výdej je tedy snížen, šelest se pak stává tišším. U **komorových defektů**, které jsou malé a u nichž je výrazný tlakový spád mezi komorami, jsou šelesty hlučné. U rozsáhlých defektů, kde je sice nízký tlakový rozdíl mezi komorami, ale zato mají velmi významný průtok defektem, jsou šelesty dokonce ještě hlučnější než u malých defektů septa komor.

■ Umístění do jednotlivých fází srdečního cyklu

Základní dělení šelestů dle tohoto kritéria je na **systolické, diastolické a kontinuální**. U malých dětí s vysokou srdeční frekvencí může někdy dělat umístění šelestu do správné fáze srdečního cyklu obtíž. V tomto případě si lze pomoci **palpací pulsu dítěte**, kdy přítomnost šelestu v období hmatného pulsu nám určí systolický šelest.

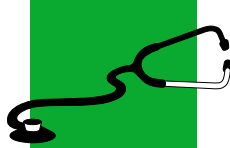
Systolické šelesty

Rozeznáváme tři základní typy systolických šelestů: pan(holo)systolické, ejekční systolické a pozdně systolické.

Pansystolické šelesty zahrnují trvání prakticky celé systoly. Nemusí vždy přetrvávat až do druhé ozvy. Začínají však okamžitě s první ozvou, jejíž identifikaci někdy ztěžují. Během fáze izovolumické kontrakce srdce, která navazuje ihned za I. ozvu, se krev v srdci nepohybuje, proto může dojít k toku krve v srdci a tedy i ke vzniku šelestu pouze ve třech specifických případech: u **komorového defektu, mitrální insuficience a trikuspidální insuficience**. Proto se tyto šelesty nazývají též **regurgitační**. U velmi malých defektů septa komor tyto šelesty končí již uprostřed systoly proto jsou též nazývány **časné systolickými šelesty**.

Ejekční systolické šelesty zahrnují ejekční fázi systoly. Nezačínají proto okamžitě za I. ozvou, ale až po fázi izovolumické kontrakce. Mezi I. ozvou a objevením se šelestu je tedy krátký okamžik, kterým se tyto šelesty liší od

HIPP I



předchozí skupiny šelestů. Tyto šelesty nacházíme u stenóz tepen na všech úrovních, včetně výtokových traktů komor. Jedná se o **pulmonální a aortální stenózy (subvalvární, valvární nebo supravalvární), koarktaci aorty nebo periferní pulmonální stenózy**. Stejný typ šelestu mají i **relativní stenózy** na popsaných ústích.

Pozdně systolické šelesty vznikají v konečné fázi systoly kdy změnou objemu komory dojde k prolapsu atrioventrikulární chlopně do síně s objevením se insuficience, která je korelátém šelestu crescendového charakteru. Tyto šelesty slyšíme u **prolapsu mitrální, vzácně trikuspidální chlopně**. Charakter šelestu se navíc zpravidla mění s polohou pacienta.

Diastolické šelesty

Podle fáze diastoly, ve které se nacházejí rozoznáváme tři typy diastolických šelestů: časně(proto), středně(mezo) a pozdně(tele)diastolické šelesty. Obecně vzato **poslech diastolických šelestů** a jejich diferenciaci patří vzhledem k jejich krátkosti a nízké hlasitosti **k obtížným**.

Časně diastolické šelesty začínají okamžitě po druhé ozvě, zahrnují fázi izovolumické relaxace a jsou výsledkem **pulmonální nebo aortální insuficience**. Proto bývají též nazývány regurgitační. Pokud je **regurgitační ústí** malé, šelest je dlouhý, pokud je naopak velké, dochází k rychlému vyrovnání tlaku a šelest končí v diastole časně.

Mezo-diastolické šelesty zahrnují střední část diastoly – fázi rychlého a pomalého plnění komor. Pokud jsou přítomny u **normálních ústí** musí být nejméně dvojnásobný průtok přes toto ústí jako podmínka toho, aby šelest mohl vůbec vzniknout. V takových případech hovoříme o **relativní stenóze ústí**. Nad mitrálním ústím pak bude slyšitelný šelest u **významné mitrální insuficience a u velkých levoprávních zkratů na úrovni komor a velkých tepen**. Nad trikuspidálním ústím pak u **trikuspidální insuficience a u velkých levoprávních zkratů na úrovni síní a dutých žil**. Mezo-diastolické šelesty se mohou vyskytovat i u **organických stenóz trikuspidálního a mitrálního ústí**. Tyto stenózy jsou u dětí však nesmírně vzácné, šelesty zde mají navíc presystolické zesílení.

Pozdně diastolické šelesty vhodněji nazývané **presystolické šelesty** nacházíme u **organických stenóz atrioventrikulárních ústí**. Šelesty mají typický crescendový charakter a terminální zesílení způsobené atriální kontrakcí.

Kontinuální šelesty

Jsou představovány šelesty začínajícími v systole a pokračujícími do diastoly. Šelest má identickou charakteristiku jak v systole tak i v diastole. Nejedná se tedy o separátní systolický a diastolický šelest. Kontinuální šelest nemusí bezpodmínečně přetrvávat přes celé obě fáze, ale podmínkou je, aby v **nezměněné formě zasahoval přes druhou ozvu**. Kontinuální šelesty dělíme podle toho, ve které fázi cyklu jsou hlasitější.

Kontinuální šelesty hlasitější v systole upozorňují na komunikaci mezi vysokotlakou a nízkotlakou cirkulací. Typickým patologickým korelátém je **otevřená tepenná dučej** nebo **bronchopulmonální kolaterály** u cyanotických vad nebo **arteriovenózní malformace**.

Kontinuální šelesty hlasitější v diastole poukazují na abnormalitu krevního toku ve velkých žilních kmenech jako je **anomální žilní návrat a mozková AV píštěl**.

■ Lokalizace šelestu na hrudníku

Místo **nejvýraznějšího poslechového nálezu** šelestu ukazuje na anatomickou lokalizaci vzniku šelestu. Přesto však umístění maxima šelestu popisujeme **podle lokalizace na hrudníku** (např. 3. mezižebří parasternálně vlevo), nikoliv podle předpokládaného anatomického umístění do srdce (např. nad aortou). U komplexních VSV je totiž často morfologie a topické uložení jednotlivých srdečních oddílů zcela odlišné od normy (např. místo trikuspidálního ústí je mitrální ústí apod.).

Po poslechu **prekordiální krajiny** nelze opomenout poslouchat ani další lokality: **obě axilární oblasti** (periferní pulmonální stenózy), **interskapulární oblast** zejména vlevo (koarktace aorty). U pacientů s normálními vztahy srdečních oddílů a velkých tepen šelesty slyšitelné **podél levého horního okraje sternu a pod levým klíčkem** vycházejí z výtokového traktu pravé komory a plicnice. Naproti tomu šelesty **nad středním sternem a pod pravým klíčkem** vycházejí z výtokového traktu levé komory a aorty. Šelesty **podél dolního levého okraje sternu** nacházíme u defektů septa komor, lézí trikuspidální chlopně či hypertrofické obstruktivní kardiomyopatie. V **oblasti srdečního hrotu a laterálně** pak převažují šelesty při postižení mitrálního ústí. Šelesty z **pravostranných srdečních oddílů zesilují v inspiriu**.

■ Propagace šelestu

Místo kam se šelest na hrudníku šíří odráží **směr turbulentního toku krve**. Pokud jsou nor-

mální vztahy srdečních oddílů a velkých tepen pak systolické šelesty z **výtokového traktu pravé komory a plicnice** se propagují doleva, nahoru a dozadu. Systolické šelesty z **výtokového traktu levé komory a aorty** se šíří do karotid, více do pravé. U pacientů s **defektem septa komor nebo trikuspidální insuficiencí** se šíří podél pravého okraje sternu. Šelest při **mitrální insuficienci** se šíří do levé axilly a na záda.

■ Frekvence šelestu

Odráží **velikost tlakového rozdílu**, který vytváří turbulenci krevního toku a následný poslechový vjem šelestu. **Šelesty s vysokou frekvencí** jsou u vad s vysokými rozdíly tlaků mezi srdečními oddíly kde vzniká turbulence – **aortální a mitrální insuficience**. Proto i šelesty u pulmonální a trikuspidální insuficience mají podstatně **nižší** frekvenci. **Nejnižší frekvenci** mají diastolické šelesty způsobené anterográdními toky přes atrioventrikulární ústí (**trikuspidální a mitrální stenóza**). U **stenóz na velkých tepnách** s vyšší zachycenou frekvencí stoupá významnost vady. **Malý komorový defekt** bude mít šelest o vyšší frekvenci než rozsáhlá komunikace na úrovni komor.

Nízkofrekvenční šelesty se lépe poslouchají **zvonkovým zakončením** stetoskopu zatímco **vysokofrekvenční šelesty** lépe uslyšíme s použitím **membránového zakončení**.

■ Akcidentální (fyziologické, benigní) šelesty

V literatuře se ještě můžeme setkat s označením **nevinné šelesty** nebo pro rodiče a starší děti doporučují někteří autoři užívat termínu **normální šelesty**, poukazujícího na to, že se jedná o normální šelest u normálního srdce. Snahou je předcházet zbytečné anxiositě u rodiny.

Klinická diagnóza těchto šelestů je dvoustupeňový proces. Za prvé je nutno odlišit, zda klinický stav pacienta odpovídá **základním rysům, které jsou spjaté s akcidentálními šelesty**. Jedná se o to, že:

I. dítě **nemá** žádné jiné kardiovaskulární symptomy

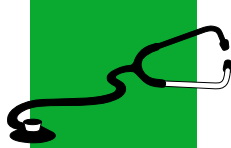
II. šelest je **maximálně do 3/6**

III. srdeční ozvy jsou normální, se speciálním zřetelem ke druhé srdeční ozvě (přítomnost fixovaného rozštěpu, akcentace)

IV. **srdce má normální velikost** (palpace hrotu srdečního, přítomnost systolického zvedání sternu).

V. **šelest je obvykle krátký**.

Protože však řada pacientů s málo závažný-



mi srdečními vadami může splňovat tato kritéria, posuzujeme akcidentální šelesty za druhé **podle charakteru šelestu. Existuje několik typů akcidentálních šelestů**, které je potřeba odlišit od šelestů při srdečních onemocněních.

Pulmonální průtokový šelest

Jedná se o **jemný, krátký, středně systolický, ejekční šelest crescendo decrescendoového charakteru o střední frekvenci**, jehož původem je turbulence ve výtokovém traktu pravé komory a plicnici. Šelest je slyšitelný **podél levého horního okraje sternu** a může se propagovat do axilla a na záda. V inspiriu má lepší slyšitelnost. Často se zvyrazňuje za horečky a anémie, výraznější bývá i u deformit hrudníku. Typický je pro kategorii **školních dětí a adolescentů**. Diferenciálně diagnosticky je nutné odlišit **defekt septa síní** (široce fixovaně rozštěpená II. ozva, akcentace I. ozvy – hlasitý uzávěr trikuspidální chlopně, mezodiastolický šelest podél dolního levého okraje sternu), **mírnou valvární stenózu plicnice** (šelest je delší, vyšší frekvence šelestu, časný systolický klik).

Vibrační (Stillův) šelest

Někdy též nazývaný muzikální či přirovnávaný k brkání na struny. Jedná se o **krátký, mezosystolický šelest nižší frekvence** nejlépe slyšitelný **mezi dolním levým okrajem sternu a srdečním hrotem a ve výdechu**. Šelest se typicky stává tišším za posazení. Může zcela zmizet při hyperextenzi zad a krku (Scottův manévr) stejně tak jako při Valsalově manévru. Za příčinu šelestu je považován turbulentní tok ve výtokovém traktu levé komory, někdy dávaný do souvislosti s vyšším prevalencí vazivových strun v této lokalizaci. Výskyt šelestu je největší **u batolat a předškolních dětí**. Diferenciálně diagnosticky je nutné **odlišit defekt septa komor** (drsný šelest regurgitačního charakteru o vyšší frekvenci).

Venózní šum

Jedná se o **kontinuální šelest střední frekvence, hlasitější v diastole** a nejlépe slyšitelný **podél pravého horního okraje sternu**, někdy i oboustranně. Jeho podstatou je turbulentní tok v žilním systému. Taktilním ekvivalentem šelestu může být hmatný vír za kývačem. Šelest je slyšitelný ve **vertikální poloze, lépe po natažení krku. Při položení dítěte mizí**, podobně mizí i při záklonu hlavy, tlaku na jugulární žílu nebo při Valsalově manévru. Vzácně je šelest velmi hlučný, byly popsány

i subjektivní obtíže jeho nositele. U **asthenických školních dětí** patří mezi nejčastější akcidentální šelesty. Diferenciálně diagnosticky by velmi vzácně připadala do úvahy **suprakardiální varianta totálního anomálního návratu plicních žil** (akcentace I. ozvy, fixovaný rozštěp II. ozvy, diastolický šelest při levém dolním okraji sternu, systolický šelest při levém horním okraji sternu) nebo **mozková arteriovenózní malformace** (neurologické příznaky).

Karotický šelest

Je označení pro **časně systolický šelest nad bifurkací karotid**. Neměl by být zaměňován za propagaci šelestu u **aortální stenózy** do karotid (vír v jugulu, časně systolické klapnutí).

Arteriální supraklavikulární šelest

Jedná se o **krátký, časně systolický šelest s vyšší frekvencí, crescendo decrescendového charakteru** slyšitelný v **supraklavikulární jamce vpravo**. Šelest mizí při zvednutí brady, nebo při posunutí ramen a loktů dorzálním směrem. Jako příčina se udává turbulence při odstupu brachiocefalického trunku. Šelest se vyskytuje zejména u **školních dětí**. Diferenciální diagnostika je stejná jako u předešlého šelestu.

Šelest u periferních stenóz pulmonálních artérií

U **novorozenců, především nedonošených**, je slyšitelný **ejekční šelest střední nebo vysoké frekvence uprostřed systoly nad oběma plíci, pod klíčky, v axillách i na zádech**, nikdy ne v prekordiu. Častěji může mít jen jednostrannou lokalizaci. Zvýrazňuje se po pláči a po jídle. Je přítomen od **novorozeneckého věku a zpravidla mizí do 3 měsíců**, vzácně přetrvává do konce 1. roku života. Příčinou šelestu je nepoměr mezi velikostí plicnice a větvemi plicních artérií, zejména levé. Vznik šelestu je dáván též do souvislosti s uzávěrem otevřené tepenné dučeje, kdy dojde k částečnému zúžení odstupu levé větve plicnice. Na ultrazvuku většinou nacházíme nevýznamnou akceleraci krevního toku v místě odstupu této levé větve. Diferenciálně diagnosticky jsou **poslechové nerozlišitelné organické periferní stenózy plicnic** u Williamsova nebo Alagillova syndromu či rubeolové embryopatie.

Kardiopulmonální šelest

Bývá slyšitelný podél **levého okraje sternu**. Nejhlasiťší je uprostřed expira a inspira. Má

jemný charakter a je lépe slyšitelný u sedících pacientů. **Nejedná se o cévní šelest** v pravém slova smyslu. Jde o zvukový fenomén, který je pravděpodobně výsledkem komprese linguly mezi srdcem a přední hrudní stěnou.

Mammary soufflé

U **kojících žen** je přítomen **nízkofrekvenční šum** při velkém vzestupu krevního průtoku v pvrchových cévách prsů. Předpokládá se jeho arteriální původ. Tento šelest může být slyšitelný **nad prsy**. Hlasitost se výrazně sníží po jemném tlaku na místo šelestu. Diferenciálně diagnosticky je nutné **odlišit otevřenou tepennou dučeje** nebo **arteriovenózní píštěl**. PLDD by tento šelest mohl slyšet pouze v případě dispenzarizace mladé matky nebo pokud by poslouchal právě kojene dítě. Velmi vzácně byl popsán u **dospívajících dívek**.

Závěrem:

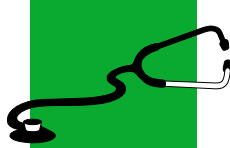
U **novorozenců na kojenců je výskyt akcidentálních šelestů malý**. Šelest zachycený při **horečnatém onemocnění** je nutno znovu **revizovat** při kontrole u zdravého pacienta, zda je přítomen nebo ne, a teprve poté v případě pochybností o organicitě šelestu indikovat kardiologické vyšetření. **Při jakémkoliv pochybnosti indikovat kardiologické vyšetření** (viz možné záměny akcidentálních šelestů se srdečními vadami). Je vhodné si pamatovat, že **i závažná srdeční vada může být vyjma poslechového nálezu zcela bez symptomů!** Důležité je, že **všechny diastolické šelesty jsou patologické**, hůře se poslouchají a proto po nich aktivně pátrat. U **akcidentálních šelestů pak rodičům vysvětlit povahu akcidentálního šelestu**, že dítě nepotřebuje žádné sledování, žádné další vyšetřování, že dítě nebude mít zdravotní problémy a tedy nemusí mít ani restriktci jakékoliv sportovní aktivity.

Internetové adresy, kde se lze zaposlouchat do srdečních šelestů:

www.wilkes.med.ucla.edu/inex.htm

www.egeneralmedical.com/egeneralmedical/listohearmur.html

Pokračování dalších vybraných kapitol z dětské kardiologie pro PLDD bude uvedeno v některém z dalších čísel časopisu.



Vyšetření dítěte se srdečním šelestem

Prim. MUDr. Štěpán Rucki, CSc.

Dětské oddělení Nemocnice Třinec

Souhrn

Srdeční šelest je velmi častým nálezem v dětském věku a představuje nejčastější indikaci k vyšetření u dětského kardiologa. Mnoho z těchto pacientů však může být vyšetřeno pouze klinicky za dodržení určitých pravidel a postupu tohoto vyšetření.

■ 1. Anamnestické údaje

Anamnestické údaje by měly zahrnovat anamnézu rodinnou, údaje o těhotenství, perinatálním průběhu a eventuálních příznacích srdečního onemocnění u pacienta. Některé **syndromy** (např. Downův, Marfanův, Turnerův, Williamsův a mnoho dalších) se vyskytují ve spojení s vrozenou srdeční vadou. Údaje o náhlé smrti, revmatické horečce, syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS) nebo strukturálním srdečním onemocnění u příbuzného mohou mít diagnostický význam. Přítomnost **hypertrofické kardiomyopatie** u příbuzného prvního stupně je spojena s vysokým stupněm dědičného přenosu (> 20 %) a je indikací k echokardiografickému vyšetření. Přítomnost **cukrovky u matky** může být spojena s tranzitorní hypertrofickou kardiomyopatií až u 30 % postižených novorozenců. K dalším důležitým údajům z těhotenství patří akutní nebo chronické onemocnění u matky, vrozené infekce (např. zarděnky), abúzus drog nebo alkoholu.

Příznaky srdečního onemocnění v osobní anamnéze

Velký význam má anamnestické zhodnocení celkového zdravotního stavu dítěte zvláště pak **růstu, vývoje a prospívání**. Problémy s krmením, nadměrná únava a pocení jsou často první známkou srdečního selhání u kojenců. Orientační zhodnocení **tolerance fyzické zátěže** může poskytnout informace o kardiovaskulární zdatnosti dítěte. Toto hodnocení musí být přiměřené věku dítěte. V kojeneckém věku je takovým ukazatelem vytrvalost při pití, v batolecím věku např. chůze do schodů a nebo delší procházka, u starších dětí pak srovnání tolerance fyzické zátěže s vrstevníky.

Tachypnoe se objevuje jako následek zvýšeného plicního průtoku. **Dyspnoe**, která se manifestuje jako grunting, alární souhyb

a mezižební, suprasternální či subkostální zatahování, může být projevem plicního městnání, např. při obstrukci plicní venózní drenáže. Komprese dýchacích cest prokrvenými cévami může přispívat ke stáze sekretu, atelektázám a predisponovat k infekcím dýchacích cest.

Cyanóza ve spojení se šelestem může nasvědčovat přítomnosti vrozené srdeční vady s pravo-levým zkratem. Centrální cyanóza se odlišuje od periferní cyanózy tím, že postihuje modrým zbarvením teplé sliznice včetně jazyka a bukalní sliznice. U periferní cyanózy je modré zbarvení omezeno na periorální a perinazální oblast a nehtová lůžka. Projevu se u dětí v klidu a v chladu. **Zatímco centrální cyanóza při fyzické zátěži a zvýšeném srdečním výdeji se zhoršuje, periferní cyanóza se zlepšuje nebo zcela mizí.**

Nevysvětlená horečka, letargie, nebo stomatologické ošetření v nedávné minulosti by mělo vzbudit podezření na infekční endokarditidu.

■ 2. Fyzikální vyšetření

V dětském věku je třeba některé aspekty vyšetření přizpůsobit pediatrickému pacientovi – např. auskultace kojence ve spánku, nebo batolete na klínu matky.

Celkový vzhled

Výška a hmotnost má být pečlivě zhodnocena v kontextu s růstovým grafem. Pozornost je třeba zaměřit na zbarvení kůže – bledost nebo cyanóza. Paličkovité prsty mohou být příznakem dlouhodobé hypoxie u cyanotických vad. Dysmorfní vzhled může upozornit na genetické syndromy.

Vitální funkce

U každého pacienta je zapotřebí změřit v klidu vitální funkce. Normální hodnoty křídlové srdeční frekvence a dechové frekvence v závislosti na věku jsou uvedeny v tabulce 1.

Krevní tlak se měří manžetou přiměřené velikosti tj. takovou, která překrývá dvě třetiny paže dítěte. Zlatým standardem zůstává měření auskultační metodou. U novorozenců a kojenců lze použít také kalibrované oscilometrické přístroje. Ostatní detaily ohledně měření krevního tlaku u dětí lze najít např. ve Voxu pediae únor/2002 s. 23–25.

U každého dítěte se srdečním šelestem by měl být přeměřen krevní tlak současně na horních i dolních končetinách. K měření na dolních končetinách je nutno používat zvláštní stehenní manžetu. Za normálních okolností krevní tlak na dolních končetinách převyšuje tlak na končetinách horních o 20 mm Hg. U koarktace aorty je tlak na dolních končetinách neměřitelný, nebo je nižší než na horních končetinách. Z důvodu možnosti aberantního odstupů podklíčkové tepny z aortálního oblouku je vhodné přeměřit tlak na obou horních končetinách a srovnat s tlakem na obou končetinách dolních.

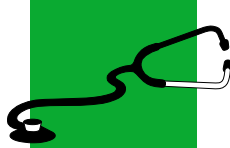
Zhodnocení respiračního systému

Zhodnocení dýchacího systému je součástí vyšetření každého dítěte se srdečním šelestem. Kromě dechové frekvence, hloubky dýchání a dechového úsilí je třeba si všimnout tvaru a postavení hrudníku a přítomnosti Harrisonovy rýhy jako známky chronické obstrukce dýchacích cest.

Zhodnocení pulzace a prokrvení periférie

K základním ukazatelům patří zhodnocení frekvence, rytmu, charakteru a amplitudy pulzu. Důležité je srovnání pulzu na levé i pravé radiální artérii s pulzacemi na femorálních artériích. Cílem vyšetření je zjištění eventuálního oslabení nebo opoždění pulzace na dolních končetinách ve srovnání s končetinami horními. Přítomnost pulzace femorálních artérií však není dostatečným screeningovým ukazatelem k vyloučení koarktace aorty a to z důvodu kolaterálního

HIPP II



tab. č. 1

Normální srdeční akce a dechová frekvence u dětí a kojenců					
	narození - 6 týdnů	6 týdnů - 2 roky	2-6 let	6-10 let	nad 10 let
akce srdeční (za min)	125±30	115±25	100±20	90±15	85±15
dechová frekvence (za min)	45-60	40	30	25	20

tab. č. 2

Dělení šelestů podle intenzity
Stupeň 1: velmi tichý, slyšitelný až při soustředěné pozornosti
Stupeň 2: tichý, slyšitelný ihned na začátku poslechu
Stupeň 3: středně hlasitý, šelest není provázen vírem
Stupeň 4: hlasitý, na rozdíl od předchozího je již provázen vírem
Stupeň 5: velmi hlučný, vír přítomen, slyšitelný i při přiložení části fonendoskopu na hrudník
Stupeň 6: extrémně hlasitý, slyšitelný i po oddálení fonendoskopu od hrudníku

tab. č. 3

Neškodné (normální) šelesty v dětském věku
Systolický šelest
Stillův vibrační šelest
Pulmonální průtokový šelest
Šelest při periferní stenóze pulmonální artérie
Supraklavikulární neboli brachiocefalický šelest
Aortální systolický šelest
Kontinuální šelest
Žilní šum
Šelest z mamární artérie

řečiště, které může být vyvinuto zvláště u starších dětí a zajišťuje dostatečnou pulzaci.

Klinickým ukazatelem srdečního výdeje je teplota prstů a měření kapilárního plnění. Kapilární plnění lze změřit jako čas plné reperfúze po stlačení prstů nebo nehtových lůžek do vyblednutí. Normální čas kapilárního plnění je 2–3 vteřiny.

Vyšetření břicha

U kojenců a malých dětí je citlivým ukazatelem systémového městnání velikost a charakter jater. Velikost jater lze zjistit palpací v medioklavikulární linii tj. při zevním okraji m. rectus. Alternativně lze velikost jater vyšetřit poklepem. U novorozenců játra přesahují normálně 2,5–3 cm přes oblouk žeberní, v roce života je to 1–2 cm přes oblouk žeberní a ve školním věku již játra za normálních

okolností nejsou hmatná. U městnavého srdečního selhání se játra zvětšují a rozšiřují směrem dolů. U jater zvětšených v důsledku městnání dochází také k zaoblení jaterní hrany, která je normálně ostrá.

Nález zvětšené sleziny u pacienta se srdečním šelestem by měl vzbudit podezření na endokarditidu. Zvětšení sleziny ve spojení se samotným srdečním selháním není běžné.

Prekordiální vyšetření

Prekordiální vyklenutí (vossure) zjištěné během inspekce hrudníku může nasvědčovat dlouhodobému objemovému přetížení pravé komory. Během palpce pomocí celé ruky přiložené k hrudníku lze odhalit vír a zvedavý úder. Palpce konečky prstů pomáhá při lokalizaci abnormality, zatímco oblast dlaně je více citlivá pro detekci fenoménů s nízkou frekvencí. Palpce konečky prstů se také po-

užívá k lokalizaci **úderu hrotu**. Ten je v každém věku za normálních okolností omezen pouze na oblast jednoho mezižebří a měl by být uložen v oblasti medioklavikulární linie. Dynamický nebo zvedavý úder hrotu je spojen se zvýšeným srdečním výdejem nebo s různými formami obstrukce výtoku levé komory. Pomocí palpce prekordia lze zjistit vír, čili palpační ekvivalent šelestu. Palpce jugula se provádí konečky prstů, v ostatních lokalitách je citlivější palpce dlaní. Přítomnost víru v jugulu je obvykle příznakem významnější aortální stenózy.

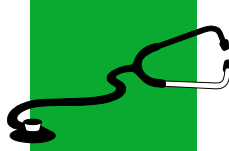
3. Auskultace

Auskultační vyšetření kojenců a dětí má být provedeno v optimálních podmínkách. Je třeba pamatovat na skutečnost, že různé zvuky pocházející od přístrojů, ventilátorů, inkubátorů apod. mohou překrýt jemné auskultační nálezy. Vyšetření je třeba provádět v různých polohách – vleže, vsedě a vestoje při použití jak membrány, tak „zvonečku“. Důležité je zhodnocení vlivu dýchání na poslechový nález na srdci. Významné informace pro posouzení jak neškodných tak organických šelestů může poskytnout zhodnocení vlivu různých dynamických manévrů (Valsalvův manévr, fyzická zátěž, posturální změny, dýchání) na auskultační nález.

Srdeční ozvy

První ozva srdeční vzniká v důsledku uzavěru atrioventrikulárních chlopní (mitrální a trikuspidální). Uzávěr mitrální chlopně mírně předchází uzavěr trikuspidální chlopně. Za normálních okolností obě komponenty při auskultaci splývají.

Druhá ozva srdeční je podmíněna uzavěrem semilunárních chlopní ke konci ejekční fáze v momentě, kdy v komorách klesá tlak. Za normálních okolností má druhá ozva dvě komponenty: časnější a hlasitější uzavěr aortální chlopně a pozdější a tišší uzavěr pulmonální chlopně. Fyziologický rozštěp II. ozvy a jeho proměnlivost během respiračního cyklu je možno nejlépe zhodnotit v pulmonální oblasti. Během výdechu se aortální a pulmonální chlopně uzavírají téměř současně, což působí velmi úzký rozštěp nebo jednoduchou srdeční ozvu. Během inspiria je pravá komora plněna více než levá a proto také její vyprázdnění trvá déle. Z toho důvodu dochází ke zpoždění v uzavěru plicní chlopně ve vztahu k uzavěru aortální chlopně. Rozštěp II. ozvy v inspiriu je tedy normálním nálezem



a je zapotřebí jej zhodnotit u všech pacientů.

U většiny zdravých dětí lze zachytit jemnou a tichou **třetí ozvu**. Za patologickou se považuje třetí ozva u novorozence nebo kojence a hlasitá třetí ozva v pozdějším věku.

Klasifikace srdečních šelestí

Srdeční šelesty jsou zvuky uvnitř srdečního cyklu, které vznikají následkem turbulentního toku krve. Nicméně ne každý šelest je příznakem srdeční nemoci nebo fyziologické poruchy. Při jejich hodnocení a popisu je zapotřebí charakterizovat každý šelest na základě časového umístění v srdečním cyklu, intenzity (viz tab. 2.), lokalizace maximální slyšitelnosti na hrudní stěně, délky trvání, frekvence a kvality šelestu.

Systolický šelest

Systolický šelest začíná s I. ozvou nebo ji následuje a končí s II. ozvou. Lze je klasifikovat takto:

Holosystolický šelest: Začíná ihned s I. ozvou a pokračuje se stejnou intenzitou až k II. ozvě. Vyskytuje se u regurgitace atrioventrikulárních chlopní (mitrální nebo trikuspidální) a také u většiny defektů komorového septa.

Ejekční šelest: Je crescendo-decrescendový šelest, který může být způsoben zúžením semilunárních chlopní nebo výtokového traktu. Neškodné šelesty jsou téměř výlučně ejekčního charakteru. Mají jemný charakter, nikdy nejsou spojeny s hmatatelným vírem a mění se s polohou pacienta.

Časný systolický (proto- až mesosystolický) šelest: Začíná ihned s první ozvou, ale slabne a mizí před II. ozvou. Vyskytuje se výlučně u malých defektů komorového septa.

Meso- až telesystolický šelest: Začíná uprostřed systoly a často je slyšet ve spojení s mezosystolickým klikem u insuficience při prolapsu mitrální chlopně.

Diastolický šelest

Časové období mezi uzávěrem semilunárních chlopní (II. ozva) a následným uzávěrem atrioventrikulárních chlopní (I. ozva) je za normálních okolností oblastí ticha, protože tok krve pod nízkým tlakem skrze relativně velké vstupní otvory v diastole nezpůsobuje výraznější turbulenci. Avšak regurgitace semilunárních chlopní, stenóza atrioventrikulárních chlopní, nebo zvýšený průtok skrze atroventrikulární ústí může být příčinou turbulence a tím vzniku diastolického srdečního šelestu.

Časné diastolické šelesty mají decrescendový charakter a vznikají na základě aortální nebo pulmonální regurgitace (insuficience). Mezodiastolické šelesty mají crescendo-decrescendový charakter a vznikají buď na základě zvýšeného průtoku skrze normální trikuspidální nebo mitrální chlopeň, anebo při normálním toku skrze stenotické chlopně. Pozdní diastolický šelest (presystolický) má crescendovou charakteristiku a vzniká na základě usilovné síňové kontrakce při zúžené atrioventrikulární chlopně.

Kontinuální šelest

Toky skrze cévy nebo spojky, které jsou umístěny za semilunárními chlopněmi, nejsou omezeny na systolu nebo diastolu. V těchto místech může turbulentní tok probíhat po celou dobu srdečního cyklu. Vznikající šelesty tak časově přesahují II. ozvu. Kontinuální šelesty jsou vesměs patologické. Žilní šum je význačnou výjimkou z tohoto pravidla.

Zhodnocení šelestu v pediatrii

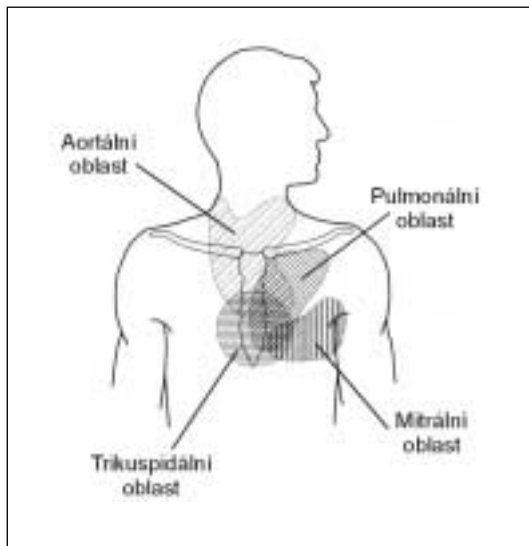
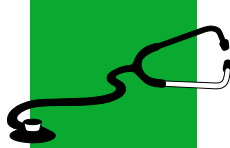
Mimo novorozenecký věk lze srdeční šelest detekovat u většiny předškolních dětí. Klinickou diagnózu normálního resp. neškodného šelestu lze stanovit na základě normální anamnézy, fyzikálního vyšetření a vzhledu dítěte. Základem je podrobné auskultační vyšetření u spolupracujícího pacienta pomocí membrány i „zvonečku“ fonendoskopu ve třech polohách: vleže na zádech, vsedě a vestoje.

Vodítkem pro auskultaci jsou čtyři hlavní **oblasti prekordia**, kam se promítají zvuky vznikající činností j e d n o t l i v ý c h

chlopní – oblast trikuspidální, pulmonální, mitrální a aortální (obr.1.). Při vyšetření pacienta je však vhodné nedržet se striktně pouze těchto oblastí, ale auskultovat také mimo ně.

Auskultaci je třeba provádět krok po kroku: nejdříve se soustředit na srdeční ozvy, následně na systolický a posléze na diastolický šelest. Jednou z nejdůležitějších součástí auskultace v dětském věku je schopnost přesně charakterizovat **II. ozvu** a zhodnotit vliv dýchání na poslechový nález. Komponenty druhé ozvy v dětském věku jsou za normálních okolností rozštěpené během nádechu a spojené (tj. druhá ozva je jednoduchá) během výdechu. Hlasitá plicní složka druhé srdeční ozvy může být příznakem plicní hypertenze. Široký nebo fixovaný rozštěp druhé ozvy bývá přítomen u objemového přetížení pravé komory, např. u defektu síňového septa nebo u opožděného vedení po pravé komoře.

Kulíšek



Čtyři primární oblasti auskultace, kde lze nejlépe slyšet srdeční ozvy a šelesty, které mají původ v jednotlivých srdečních chlopních. Tyto oblasti se však významně překrývají a navíc často nejsou omezeny na zakreslená místa.

Ejekční klik, což je ostrý vypuzovací tón vznikající prudkým roztážením semilunární chlopně, slyšitelný při levém okraji sternu především v expiriu, nebo zesilující v expiriu, je charakteristický pro stenózu plicní chlopně. Pokud je přítomen vypuzovací tón u pravého horního okraje sternu nebo na hrotu, nutno pomýšlet na bikuspidní nebo stenotickou aortální chlopeň.

■ 4. Neškodné šelesty v dětství

Neškodný (nevinný, akcidentální) šelest může být systolický nebo kontinuální, nikdy ne diastolický (viz tab. 3). Intenzita šelestu je maximálně 3. stupně, takže nikdy není provázen vírem. Neškodný šelest také nikdy není spojen s ejekčním klikem.

Systolický šelest

1. Stillův vibrační šelest

Nejčastějším srdečním šelestem u dětí je vibrační systolický šelest, který je nejčastěji slyšet mezi a 2. a 6. rokem života. Má nižší až střední frekvenční charakteristiku, intenzitu 1.–3. stupně, objevuje se v časné systole a je maximálně slyšitelný u levého dolního okraje sternu a směrem k hrotu srdečnímu. Šelest má největší intenzitu v poloze na zádech a při posazení jeho intenzita klesá. Nejvýraznější charakteristikou šelestu je jeho vibrační kvalita, která byla připodobněna samotným

Stillem k „brnknutí na napjatou strunu“. Tento charakter šelestu bývá označován jako muzikální, nikdy není hlučný nebo drsný.

2. Pulmonální průtokový šelest

Neškodný šelest vznikající v plicním výtokovém traktu je často slyšet u dětí, adolescentů a mladých dospělých. Má nízkou intenzitu (1.–3. stupně), crescendo–decrescendový charakter a je slyšitelný v oblasti druhého a třetího mezižebří vlevo od sternu. Často je slyšet u jedinců s pectus excavatum, rovnými zády nebo kyfokoliózou. Je to následkem stlačení nebo přiblížení výtokového traktu pravé komory ke stěně hrudníku. Nejvýrazněji je slyšet v plném výdechu v poloze na zádech a slabne ve svislé poloze v plném inspiriu. Je ho třeba odlišit především od plicního průtokového šelestu u defektu síňového septa, kdy však je přítomen konstantní rozštěp II. ozvy. Odlišení na základě pouhého klinického nálezu však nemusí být vždy snadné.

3. Šelest při periferní stenóze pulmonální artérie

Častým šelestem, který je přítomen u novorozenců a kojenců, je slyšitelná turbulence vznikající v periferních větvích plicní tepny. Tento ejekční šelest je typicky 1.–2. stupně, začíná v časné nebo střední systole a končí u II. ozvy nebo těsně za ní. Slyšitelný je často u zdravých novorozenců, ale může být také přítomen u starších kojenců při virových respiračních onemocněních nebo ve fázi rekonvalescence po nich. Nejlépe je slyšet periferně v axillách a na zádech. Jeho vznik je vysvětlován tím, že větve plicní tepny jsou u novorozence relativně menší vzhledem ke kmenu plicnice, což je dáno hemodynamickými poměry před porodem. U starších kojenců přispívá k objevení šelestu regionální vaskulární reaktivita a redistribuce plicního toku krve v souvislosti s respiračním onemocněním.

4. Supraklavikulární neboli brachiocefalický šelest

Supraklavikulární systolický crescendo–decrescendový šelest je možno slyšet u dětí a mladých dospělých. Šelest je nejvíce slyšitelný nad klíčkem a vyzáruje do oblasti krku. Má nízkou až střední frekvenci

a maximum výskytu v první polovině systoly. Šelest je přítomen v poloze vleže a vsedě a slabne nebo zcela mizí při hyperextenzi ramen, kdy lokty jsou prudce posunuty dozadu. Supraklavikulární šelest vzniká zřejmě v místě odstupe trunci brachiocephalicus z aorty.

5. Aortální systolický šelest

Tento neškodný šelest může vznikat ve výtokovém traktu levé komory u starších dětí a dospělých. Má ejekční charakter, je omezen na systolu a jeho maximální slyšitelnost je v aortální oblasti. U dětí mohou tyto šelesty vznikat následkem strachu, anemie, hypertyreoidizmu nebo jiných stavů, zvyšujících srdeční výdej. Tyto šelesty je zapotřebí odlišit od systolického šelestu při hypertrofické kardiomyopatii s obstrukcí výtokového traktu levé komory. Systolický šelest u hypertrofické kardiomyopatie zesiluje při Valsalvově manévru a naopak slabne při podřepu. Z důvodu rizika náhlého úmrtí by pacienti s tímto typem šelestu měli být odesláni k pečlivému vyšetření u kardiologa.

Normální kontinuální šelest

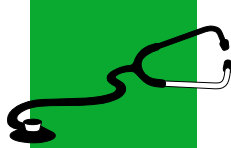
1. Žilní šelest (šum)

Nejčastějším typem kontinuálního šelestu, který je slyšet u dětí, je neškodný žilní šum na šiji. Je nejlépe slyšitelný v dolní přední části šíje zevně od kývače. Oblast slyšitelnosti však často přesahuje i do infraklavikulární oblasti na přední straně hrudníku. Většinou je lépe slyšitelný vpravo než vlevo. Žilní šum se zvyrazňuje u sedícího pacienta s hlavou otočenou od vyšetřujícího. Naopak slabne v poloze vleže a může zcela vymizet při jemné kompresi jugulárních žil na krku. Šelest vzniká turbulencí krve v místě, kde vnitřní jugulární a podklíčkové žíly ústí do horní duté žíly.

2. Šelest z mamární artérie

Šelest z mamární artérie se vyskytuje nejčastěji u těhotných a kojících žen, vzácně je také slyšet u adolescentů. Pro mamární šelest je však typická variabilita den od dne, vyskytuje se u typické populace popsané výše a mizí při ukončení laktace.

Literatura u autora



Synkopa v dětství

Prim. MUDr. Štěpán Rucki, CSc.

Dětské oddělení Nemocnice Třinec

1. Vymezení a výskyt

Synkopa je krátkodobá a náhlá ztráta vědomí způsobena reverzibilní poruchou prokrvení mozku. Ztráta vědomí je většinou doprovázena poruchou svalového tonu, pádem a rychlou obnovou sensorických funkcí. Synkopu mohou předcházet prodromy jako závratě, slabost, bledost, nauzea, studený pot, poruchy vizu a sluchu. K rychlému ústupu příznaků dochází téměř vždy po uložení do horizontální polohy.

Zhruba 15 % dětí a dospívajících má alespoň jednu epizodu synkopy ve věku mezi 8. až 18. rokem života. Výskyt synkopy před 6. rokem je nezvyklý kromě případů křečových poruch, respiračně afektivních záchvatů a primárních srdečních dysrytmií. Naprostá většina synkopálních epizod má benigní charakter, avšak malá část z nich může mít závažnou nebo dokonce život ohrožující příčinu.

Synkopy u dětí většinou vyvolávají pocity strachu a obav u rodičů, učitelů nebo spolužáků a bývají častým důvodem k vyšetření u dětského lékaře.

2. Příčiny synkopy

Příčiny synkop v dětském věku lze rozdělit zhruba do čtyř hlavních skupin (tab. č. 1).

Synkopa zprostředkována autonomním nervstvem

Nejčastější příčinou synkopy jsou poruchy v reakci autonomního nervstva, které řídí srdeční akci a krevní tlak. Tento typ synkopy je také označován jako neurokardiogenní nebo neurálně zprostředkovaný. Základním mechanismem, který se nejčastěji uplatňuje při jejím vzniku je reflexní stimulace parasymptiku. Provokujícím momentem je situace, která snižuje systémový žilní návrat. V důsledku toho klesá enddiastolický objem levé komory, zvyšuje se kontraktilita komory, což vede k podráždění mechanoreceptorů v srdci a ke stimulaci srdečních vláken vagu. Výsledkem je reflexní bradykardie, vazodilatace a hypotenze jako následek tzv. **Bezold-Jarischova reflexu**.

Klinicky jsou rozlišovány tři typy reakce. První z nich začíná a projevuje se výraznou

hypotenzí (vazodepresorický typ), druhá se vyznačuje významnou bradykardií (kardioinhibiční typ) a třetí, která je u dětí nejčastější, je tzv. smíšený typ. Neurálně zprostředkována synkopa se typicky objevuje ve vertikální poloze – vestoje nebo vsedě. Existuje velké množství podnětů a situací, které mohou vyvolat vznik reflexně způsobené synkopy, tzv. **vazovagální synkopy**. Častým spouštěčem jsou bolestivé podněty jako

odběr krve či různé psychické stimuly – pohled na krev, emoční stres nebo místnost přeplněná lidmi. K situacím, které významně usnadňují její vznik dále patří vyčerpání, dlouhé upoutání na lůžko, hypovolemie a dehydratace. Ke vzniku také mohou přispívat stavy vedoucí k periferní vazodilataci – horké prostředí, těhotenství nebo fyzická zátěž.

Různé situace jako polykací akt, močení, defekace a záchvatovitý kašel rovněž mohou

tab. č. 1

Rozdělení synkop podle příčiny

Synkopa zprostředkována autonomním nervstvem

- Vazovagální synkopa
- Situační synkopa
- Respiračně afektivní záchvat

Léky ovlivňující autonomní systém

Hypersenzitivita karotického sinu

Kardiální příčiny synkopy

Arytmogenní

- Sick sinus syndrom
- Atrioventrikulární blokáda
- Supraventrikulární tachykardie
- Ventrikulární tachykardie
- Syndrom dlouhého QT

Non-arytmogenní

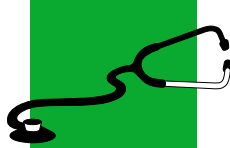
- Aortální stenóza
- Hypertrofická (obstruktivní) kardiomyopatie
- Plicní hypertenze
- Tumor
- Myokarditida
- Anomálie koronárních artérií

Synkopa z neurologické a psychiatrické příčiny

- Křeče
- Migréna se synkopou
- Hyperventilace při panické poruše
- Hysterická (dissociativní) reakce

Ostatní příčiny

- Hypoglykémie
- Poruchy elektrolytů
- Insuficience nadledvin



tab. č. 2

Vyšetřovací postup u synkopy

Anamnéza (osobní i rodinná)
Fyzikální vyšetření
Ekg
Holter
Echokardiografie
HUT
Záznamník příhod („event recorder“)
Ergometrické vyšetření
Neurologické vyšetření včetně EEG
Psychologické/psychiatrické vyšetření

vyprovokovat neurálně zprostředkovanou synkopu (tzv. **situacní synkopa**) zřejmě v důsledku přímé stimulace vagu nebo snížení žilního návratu následkem zvýšeného nitrohrudního tlaku. U starších pacientů je také nutno vyloučit účinek různých léků nebo drog ovlivňujících kardiovaskulární a vegetativní nervový systém. Hypersenzitivita karotického sinu jako příčina synkopy je v dětském věku vzácná.

Zvláštní formou synkopy, která se objevuje u dětí batolecího a předškolního věku, jsou **respiračně afektivní záchvaty**. Tyto záchvaty většinou vznikají v důsledku agitace dítěte nebo bolestivého podnětu, který vede ke křiku a prolongovanému expiriu s následnou cyanózou, ztrátou vědomí a někdy i křečovými projevy. Tyto epizody mohou být doprovázeny reflexním zvýšením tonu vagu a asystolií trvající 15–30 vteřin.

Z klinického hlediska je pro neurálně zprostředkovanou synkopu typická přítomnost prodromů, které se projevují jako závratě, nauzea, nebo bledost. Absence těchto příznaků před ztrátou vědomí nebo tonu, nebo vznik synkopy při zátěži a v poloze vleže může ukazovat na potenciálně mnohem závažnější příčinu synkopy v důsledku kardiální poruchy.

Kardiální synkopa

Kardiální příčiny synkopy v dětském věku jsou poměrně vzácné, avšak mohou být potenciální příčinou náhlé smrti. Vznikají buď na základě strukturální poruchy, která většinou způsobuje obstrukci toku krve, nebo v důsledku srdeční arytmie (tab.1.). Jak extrémní bradykardie, tak tachykardie mohou zapříčinit synkopu.

Poruchy srdečního rytmu jsou nejčastější příčinou kardiální synkopy. Mají rovněž největší letální potenciál a velmi často mezi epizodami jsou bezpříznakové. **K nejčastějším dysrytmickým způsobujícím synkopou patří atrioventrikulární blokáda, supraventrikulární tachykardie a komorová tachykardie.** Největší mortalitou jsou zatíženy dysrytmie ve smyslu srdeční blokády ať již kongenitální, pooperační nebo získané, kde se uplatňuje především lymfická borelióza.

Epizody kardiální synkopy mohou být doprovázeny krátkými tonickými nebo klonickými křečemi. V těchto případech jsou označovány jako Stokesův-Adamsův syndrom. Tento syndrom byl původně popsán u dětí s atrioventrikulární blokádou, kdy křeče se objevují asi za 10–20 vteřin po vzniku asystolie, mají většinou krátké trvání a chybí postiktální fáze. Přítomnost křečí u epizod kardiální synkopy je důvodem, proč mnoho dětí s tímto problémem je nejdříve vyšetřována neurologem a nikoli kardiologem.

Synkopa z neurologické a psychiatrické příčiny

Primární neurologické onemocnění v podobě křečí může být příčinou synkopy v dětském věku. Rozlišení od vazovagální synkopy je někdy obtížné při absenci očitých svědků příhody. Diagnózu také může komplikovat skutečnost, že tonické a klonické záškuby lze pozorovat u některých synkopálních epizod. Podezření na křečové onemocnění je na místě v případech, kdy je přítomna aura, synkopa se objevila v poloze vleže, po synkopě dlouho přetrvává postiktální stav v podobě letargie nebo zmatenosti anebo je přítomen reziduální neurologický nálezn.

Jsou popsány případy, kdy synkopa je způsobena migrénou. Rovněž zde předchází aura a poruchy vizu a po nabytí vědomí pacienti trpí silnými bolestmi hlavy. Excesivní hyperventilace v důsledku panické poruchy způsobuje arteriální hypokapnii, která vede k cerebrální vazokonstrikci. Předpokládá se, že synkopa v těchto případech vzniká z důvodu hypoperfúze CNS v důsledku lokální arteriální vazokonstrikce. Tito pacienti často uvádějí pocity dušnosti, krátkého dechu a svírání hrudníku stejně jako brnění končetin a poruchy vizu.

U některých adolescentů se může objevovat dissociativní (hysterická) synkopa, která se vždy odehrává před publikem. Během epizody chybí hemodynamické změny, bledost

a pocení. Pacient většinou padá koordinovaně, aby se neporanil. Základním klíčem k diagnóze je stanovení sekundárního zisku jako např. vyhnutí se školní docházce, kterého chce pacient touto pseudosynkopou dosáhnout.

Ostatní příčiny synkopy

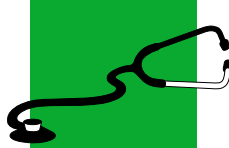
Hypoglykémie je vzácnou příčinou synkopy u pediatrických pacientů. Doprovodnými příznaky jsou hlad, pocení, závratě a agitace. Synkopa vzniká nezávisle na poloze. Ke stanovení diagnózy je zapotřebí zachycení nízké glykémie během epizody. Ostatní metabolické příčiny synkopy u dětí jsou vzácné.

3. Vyšetření dítěte se synkopou

Vyšetřovací postup shrnuje v přehledu tab. 2.

Anamnéza

Anamnestické údaje mají velký význam při vyšetření pacienta se synkopou. Důležité jsou zejména informace o aktivitě a poloze pacienta, při které došlo k synkopě, o přítomnosti prodromů resp. doprovodných příznaků a o rychlosti úpravy stavu pacienta. Vazovagální synkopa typicky vzniká při dlouhém stání, při prudkém postavení, nebo v důsledku emočního stresu. Synkopa, která vznikla během fyzické zátěže, by měla vzbudit podezření na kardiální příčinu, kdy v důsledku onemocnění pacient není schopen přizpůsobit srdeční výdej zvýšeným nárokům. Přítomnost palpitací před synkopou ukazuje na tachydysrytmii. Při běžné vazovagální synkopě dochází k zotavení během 1–2 minut. Déletrávající letargie nebo zmatenost by měla upozornit na možnost neurologické příčiny synkopy. V anamnéze je nutno také ověřit, zda pacient neužívá léky, které by mohly přispět ke vzniku synkopy. Z farmakologických prostředků to jsou nejčastěji antihypertenziva, která mohou vyprovokovat synkopu díky nadměrné vazodilataci. Některá nesedativní antihistaminika jako terfenadin a astemizol mohou u citlivých jedinců způsobit záchvaty komorových dysrytmii, zvláště pokud jsou podávány v kombinaci s erytromycinem nebo ketokonazolem. Také údaje z rodinné anamnézy mohou přispět k diferenciální diagnostice synkopy. V některých rodinách existuje dispozice k vazovagálním synkopám. Přítomnost synkopy, křečí nebo náhlého úmrtí, zvláště před 30. rokem v rodinné anamnéze může upozornit na riziko hypertrofické ob-



struktivní kardiomyopatie, syndromu dlouhého QT či jiných dysrytmií.

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření pacienta je nutno zaměřit na kardiovaskulární a neurologický systém. Je vhodné zhodnotit vitální funkce pacienta vleže a pak vestoje po 5–10 minutách stání. Při auskultaci pátráme po přítomnosti šelestu. Neurologické vyšetření by mělo být zaměřeno na vyšetření chůze, Rombergových příznaků a přítomnost ložiskového nálezu. U většiny pacientů se synkopou je však fyzikální nález zcela normální.

Pomocná vyšetření

U každého pacienta se synkopou by mělo být natočeno kvalitní 12-svodové ekg s cílem vyloučit syndrom dlouhého QT, preexcitaci, atrioventrikulární blokádu nebo ischemické změny. Při podezření na arytmií je vhodné provést 24-hodinovou monitoraci srdečního rytmu (Holter) popřípadě monitorování pomocí záznamníku příhod. K vyloučení strukturálního onemocnění srdce je zapotřebí echokardiografického vyšetření. U synkopy, která vznikla během zátěže, je vhodné ergometrické vyšetření za přísného dohledu lékaře během graduované zátěže.

EEG bývá často indikováno u pacientů se synkopou k vyloučení epilepsie. V nepřítomnosti příslušných anamnestických údajů jako prolongované bezvědomí, křečová aktivita nebo postiktální fáze v podobě letargie a zmatenosti je však výtěžnost tohoto vyšetření velmi nízká – výskyt pozitivního nálezu se udává ve frekvenci méně než jeden případ na 300. Rovněž zobrazovací vyšetření CNS jako CT a MR mají nízkou výtěžnost a navíc jsou finančně náročná.

Z dalších vyšetření které přicházejí v úvahu v případech, kdy jsou epizody synkop velmi časté nebo kdy anamnéza není zcela jasná, je **test na nakloněné rovině** (head-up tilt table test, HUT). Toto vyšetření je možné provést již u dětí ve školním věku. Vyšetřovací postup není složitý, ale je poměrně náročný na čas. Za kontinuálního monitorování ekg a krevního tlaku je pacient zprvu uložen v horizontální poloze. Po 15 minutách je překlopen do svislé polohy pod úhlem 70–80° a dále kontinuálně monitorován po dobu 30–40 minut nebo do okamžiku, kdy se objeví příznaky synkopy či presynkopy.

Specifická testu není příliš vysoká, to znamená, že pozitivní výsledek se často dostává i u vyšetřovaných, kteří neměli v anamnéze synkopu. U selektované populace pacientů se synkopou v anamnéze je však výtěžnost (senzitivita) testu poměrně značná – pozitivní výsledek lze pozorovat až u 85 % pacientů.

V případech, kde je synkopa vyvolána hyperventilací, nebo při podezření na hysterickou etiologii je vhodné provést psychologické a/nebo psychiatrické vyšetření pacienta.

4. Léčba

Léčba je individuální v závislosti na etiologii synkopy. U běžné vazovagální synkopy je nejdůležitější vysvětlení patofyziologie a ujistění pacienta nebo rodičů o benigní povaze potíží. Z režimových opatření se doporučuje pitný režim a mírné přisolování stravy, hlavně v letních měsících. Dále je nutno vyhnout se provokujícím situacím. Při objevení se prodromů při delším stání může být účinné překřížení dolních končetin a flexe v loktech.

U pacientů, kde jsou ataky časté a režimová opatření neúspěšná, lze uvažovat o **medikamentózní léčbě**. K nejčastěji používaným lékům v této indikaci patří fludrokortizon (mineralokortikoid) a betablokátory. Již dávka 50 mikrogramů (1/2 tbl) fludrokortizonu může vést k významnému snížení frekvence nebo závažnosti obtíží.

K nežádoucím účinkům patří retence tekutin a váhový přírůstek. Pokud symptomy přetrvávají je možno zkusit k léčbě

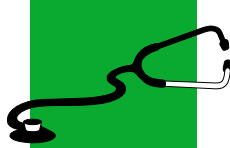
přidat betablokátor, např. atenolol. Bezpečnost ostatních léků jako alfa agonistů či serotoninových agonistů nebyla v dětském věku dostatečně ověřena.

U batolat s opakovanými respiračně afektivními záchvaty cyanotického charakteru se doporučuje pátrat po sideropenii, popřípadě tento deficit léčit železem.

U kardiálních příčin synkop je indikována specifická kardiologická léčba. Implantace pacemakeru u neurálně zprostředkovaných synkop v dětském věku je kontroverzní. Měla by být rezervována pouze pro případy častých a těžkých atak s dokumentovanými epizodami asystolie.

Literatura u autora.

Uroefekt



Obezita - významný rizikový faktor aterosklerózy v dětství

Doc. MUDr. Zuzana Urbanová, CSc., Prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a Dětské kardiocentrum FN Motol, Praha

Souhrn

Obezita a nadváha vystupují v současné době jako jeden z nejvýznamnějších a nejhůře ovlivnitelných rizikových faktorů předčasné aterosklerózy, koronárního postižení, mozkových cévních příhod a postižení periferních artérií.

■ Co je to obezita u dítěte

Obezita u dětí i dospělých je způsobena nadměrným hromaděním tuku v těle při energetickém příjmu, který převyšuje výdej. Jen v malém procentu je příčinou dětské obezity hormonální nebo genetický defekt a obezita je sekundární u řady syndromů. Kromě toho z genetických důvodů vede k obezitě dítěte snížený metabolismus, nekontrolovatelná nadměrná chuť k jídlu, snížená hubená tělesná hmota a snížená rychlost oxidace tuků. Nadváhu a obezitu posuzujeme u dítěte podle „body mass indexu“ (BMI) – kg/m^2 a věku. Na rozdíl od dospělých jsou u dětí k posouzení nutné percentilové grafy. Pro věk od 2 do 21 let jsou uvedeny v obr. 1 a obr. 2. Nejčastěji se křivka BMI začíná zvedat kolem 5 a 6 let věku. V této době je také plánováno první vyšetření, při kterém se má brát zřetel na další rizikové faktory předčasné aterosklerózy. Zvýšení BMI u dětí nad 75. percentil již musí upozornit na nebezpečí vzniku obezity. Jestliže je v rodině jeden člen obézní, má dítě 50 % šanci stát se rovněž obézním. Jestliže jsou obézní oba rodiče, lze očekávat obezitu u dítěte až v 80 %. Celkem 25 % předškolních dětí s nadváhou má reálnou šanci mít nadváhu i nadále až do dospělosti. Adolescent s nadváhou má podle průzkumů 70 % šanci k nadváze a obezitě v dospělosti. Jestliže je navíc někdo z rodiny obézní, stoupá procento na 80 %. Za větší riziko, než jakým je množství celkového tuku, se považuje množství břišního tuku. U dětí nemá zvětšení břišního tuku takový význam jako u dospělých, i když je známo, že viscerální tuk byl nalezen již u 4 – 7 letých zdravých neobézních dětí.

■ Výskyt obezity v dětském věku

Obezity v rozvinutých zemích světa neustále přibývá a to nejen u dospělých, ale ze-

jména již v dětském věku. Ve Spojených státech je vzestup dětí s nadváhou a hlavně s obezitou nejvíce nápadný. Zatímco do roku 1970 a v letech 1971–74 bylo dětí s nadváhou ve věku 6 až 11 let pouze 4%, v roce 1999–2000 stoupl výskyt až na 15%. Obdobně u dětí ve věku 12 až 19 let stoupla prevalence nadváhy z 5% v r. 1970 na 15% v r. 1999 – 2000. Také u školních dětí v Anglii a Skotsku se zvýšila obezita mezi lety 1984 a 1994 na dvojnásobek, ale také Španělsko, Řecko a Japonsko mají již problémy s nadváhou u dětí. Vzniká pandemie obezity. U dětí v České republice se zvýšil počet s BMI nad 90. percentilem, tj. s nadváhou od r. 1991 v r. 1997 na 6,9 % u chlapců a na 8,9 % u dívek, což je podstatně méně než ve Spojených státech. Obavy ale vzbuzuje vzestup obezity s BMI nad 97. percentilem. U 12letých chlapců i dívek od r. 1991 z 3% vzrostla na dvojnásobek.

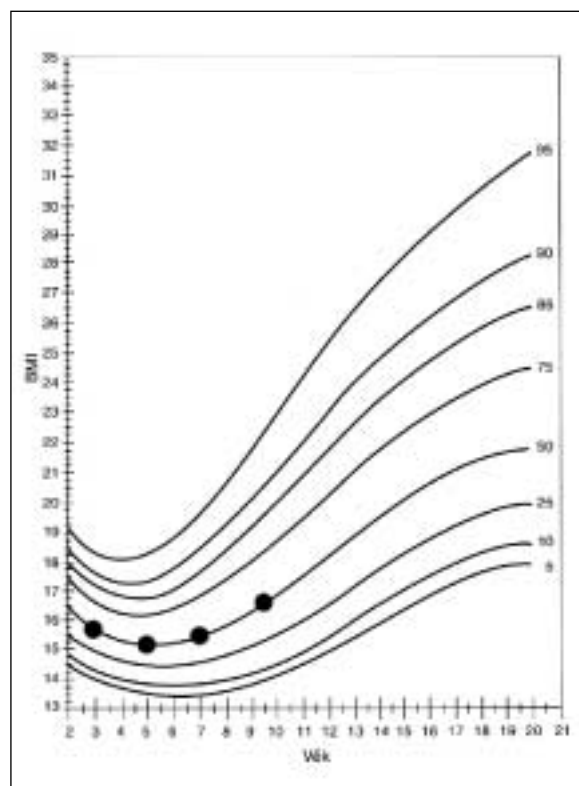
■ Nebezpečí dětské obezity

V současné době se řadí obezita mezi velmi významné rizikové faktory předčasné aterosklerózy a koronárního postižení. Samotná obezita není tak nebezpečná, avšak víme, že obezita se sdružuje velmi často s dalšími rizikovými faktory aterosklerózy jako jsou vysoký krevní tlak a porucha lipidového metabolismu a diabetes mellitus. V poslední době se u obézních nachází i syndrom insulinové rezistence a část obézních pacientů patří do tzv. metabolického syndromu. Ještě závažněj-

ší je, že kromě výskytu diabetes mellitus 1. typu u dětí se začíná v dětském věku objevovat již také diabetes mellitus typu 2, který se dosud nacházel jako tzv. stařecký diabetes až v pozdním věku. O diabetes mellitus 2. typu víme, že výrazně zvyšuje riziko předčasné aterosklerózy a koronární choroby. Z obézních dětí má 58% alespoň jeden další rizikový faktor aterosklerózy a 75% dětí, které mají 3 rizikové faktory, je obézních (Bogalusa Heart Study).

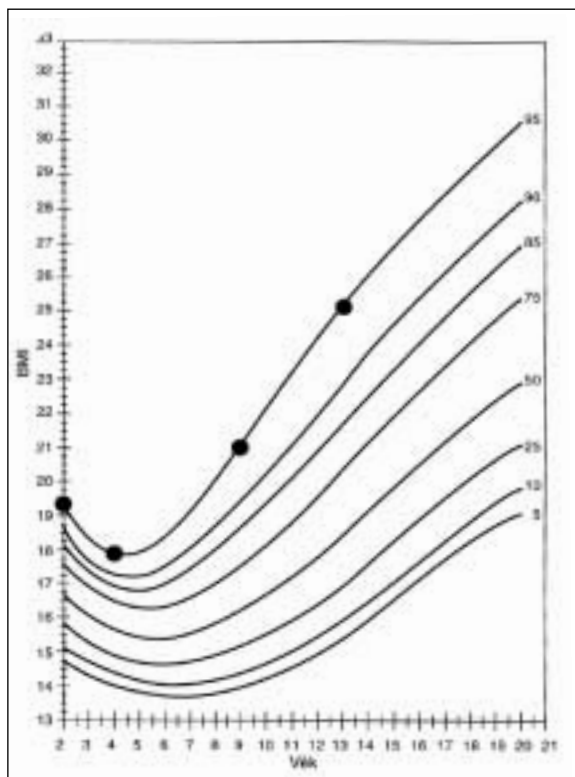
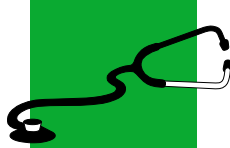
■ Prevence nadměrného zvyšování tělesné hmotnosti

U dětí, považujeme prevenci nadměrného



Obr. 1: Vývoj percentilových grafů BMI u dívek v závislosti na věku

ČS



Obr. 2: Vývoj percentilových grafů BMI u chlapců v závislosti na věku

zvyšování tělesné hmotnosti za daleko účinnější než samotné léčení nadváhy nebo obezity. Nezbytným předpokladem a nesmírnou výhodou je, když spolupracuje celá rodina. Prevence spočívá v regulaci příjmu energie a výdeje energie.

Spotřeba energie

Spotřeba nasycených mastných kyselin by měla být snížena pod 10% energetické dodávky, ale naopak spotřeba mononenasycených a vícenenasycených mastných kyselin by se měla spíše zvyšovat na úkor sacharidů. Celková dodávka tuků by měla zajistit spotřebu celkem do 30% dodané energie místo 38%, které má dnes spotřeba tuků u nás. Spotřeba proteinů by měla setrvat na hodnotě kolem 15 až 20% dodané energie. Spotřebu sacharidů se snažíme snížit a celkovou energetickou dodávku doplnit nenasyčenými mastnými kyselinami. Konzumujeme hlavně komplexní sacharidy s vysokým obsahem vlákniny a nízkým glykemickým indexem. Glykemický index je poměr plochy pod vzestupnou částí křivky postprandiální glykémie testované potraviny. Zjednodušeně lze říci, že je to doba po kterou potravina dodá pocit sytosti. Příjem sacharidů by měl činit přibližně kolem 50% celkové energetické dodávky. V poslední době navrhuji odborníci SZO

a další snížit spotřebu sacharidů až na 10 – 25%. Zelenina a ovoce by měly být v jídelníčku pětkrát denně na úkor jednoduchého cukru. Velkou energetickou zátěž, zvláště u dětí, představuje pití sladkých nápojů. Zvláště jejich snadná dostupnost ve školách představuje velké nebezpečí a některé americké školy jejich prodej zakazují. Nejlepší náhražkou dodávky tekutiny je voda. Důležitým předpokladem účinné prevence nadváhy a obezity u dětí je rozumná restrikce podávaných dávek jídla v době mimo puberty, konzumace jídla s celou rodinou a bez televize.

Zvýšení energetického výdeje

Zvýšení energetického výdeje lze u dětí dosáhnout snadněji než u dospělých, protože pohyb je pro dítě zcela přirozený. K motivaci potřebujeme kamarády, ale především rodiče. Vynikající je příklad učitele. Za nejdůležitější příčinu snížení energetického výdeje považujeme zejména pobyt u televize, počítačových her, místo běhání po hřišti. U nás sleduje televizi déle než 4 hod. denně 30 % chlapců a 28 % dívek již v 11 letech. V 15 letech je to 34 chlapců, ale počet dívek se zmenšuje a počítačovým hrám se podle SZO věnuje 31 % 15letých chlapců nejméně 4 hod. týdně. Samotné zvýšení energetického výdeje bez snížení energetické dodávky má pouze malý efekt.

■ **Postup u dítěte s nadváhou**

V každém případě je účelné začít s rozumnou prevencí u dítěte co nejdříve a ne až u rozvinuté obezity. I dítě, u kterého zjistíme tendenci k nadváze, musíme pochválit a snažit se je získat pro společný program. Snaha zjistit skutečný přísun a výdej energie nebývá úspěšná. Při zjišťování přísunu energie dochází k podceňování skutečného příjmu až o 50 a více %. Stejně jsou i data o energetickém výdeji značně nepřesná. Manipulací s dávkami a složením stravy se snažíme nenásilně dosáhnout toho, aby se rostoucí organismus postupně dostal do rozmezí pod 75 percentil. Je také důležité, aby rodiče byli informováni o tom, co dítě celý den jí a aby aktivně vstupovali do školního stravování. Není potřeba zdůrazňovat, že prevence nebo

léčení nadváhy je snazší u zdravotnického personálu, který sám není obézní.

■ Léčení dětské obezity

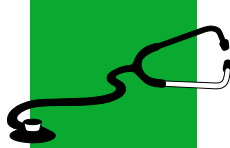
Terapie obezity je všeobecně značně frustrující činnost pro veškerý medicínský personál. Platí to o dospělých stejně jako o dětech. Ukázalo se, že podrobné programy jak léčit děti s obezitou uspěly maximálně ve 30 % případů. Zásadní podmínkou je dosáhnout změny v množství spotřeby a výdeje energie. S léčbou je třeba začít co nejdříve, rozhodně dříve než v adolescenci. Nezbytná je spolupráce rodičů, kterým musíme zcela otevřeně vysvětlit důsledky obezity. Je třeba, aby se celá rodina často vážila a povzbuzovala se za každý úspěch. Druhou zásadou je vtáhnout dítě do procesu postupné, malé změny chování místo radikální dočasné změny hmotnosti. Výhodou dětského věku je vzestup BMI s věkem, proto někdy stačí váhové přírůstky jen zastavit. Cílem naší léčebné snahy by mělo být přiblížení se 75. percentilu na vývojové věkové křivce BMI. Pomalý trvalý pokles hmotnosti o přibližně 10 % považujeme již za úspěch, který podstatně snižuje všechny rizikové faktory předčasné aterosklerózy i kardiovaskulární onemocnění v dospělosti. Přes veškerou snahu musíme být připraveni na to, že v mnoha případech rodiče ani děti na svou stranu nezískáme a že naše mnohahodinová práce bude zbytečná.

V závěru je nutné zdůraznit závažnost problému dětské obezity, jako velmi obtížně léčitelného rizikového faktoru nejen aterosklerózy, ale také hypertenze a nemoci pohybového aparátu. Proto v ordinaci dětského lékaře by obezita dítěte měla být podchycena dříve, než se projeví.

Literatura:

1. Freedman, DS., Dietz, WH, Srinivasan, SR., et al. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 1999,103, p.1175–1182.
2. Gidding, SS., Leibel, RL., Daniels, S., et al. Understanding obesity in youth: a statement for healthcare professionals from the Committee on Atherosclerosis and Hypertension in the Young of the Council on Cardiovascular Disease in the Young and the Nutrition Committee, American Heart Association. Writing Group. *Circulation*, 1996, 94, p. 3383–3387.
3. Steinberger, J., Daniels, SR. Obesity, insulin resistance, diabetes, and cardiovascular risk in children. An American Heart Association scientific statement from the Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee (Council on Cardiovascular Disease in the Young) and the Diabetes Committee (Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism). *Circulation*, 2003, 107, p. 1448–1453.
4. Šamáněk M., Urbanová Z.: Prevence aterosklerózy v dětském věku. Galén, 2003, 235 str.

Zyrtec



Primární prevence ICHS u dětí v první linii zkušenosti v okresech Kutná Hora a Kolín

MUDr. Bohuslav Procházka

Ordinace PLDD, Kutná Hora

■ Úvod

Dnes již nikdo nepochybuje o tom, že ateroskleróza začíná v dětském věku a primární prevence ICHS k dětskému věku neodmyslitelně patří. Byla otisknuta řada článků a předneseno množství přednášek na toto téma. Byly stanoveny doporučené postupy k jejímu provádění a oficiálně ukotveny ve zdravotním řádu. Jak vypadá situace v první linii, která hraje zásadní roli v této oblasti, měla naznačit studie, která byla navržena na našem pracovišti a provádí se v okresech Kutná Hora a Kolín od r. 2000. Hlavním cílem celé akce bylo získat lékaře první linie ke každodennímu vyhledávání rizikových dětí z hlediska časného rozvoje aterosklerózy.

■ Soubor a metody

Jedná se o prospektivní dotazníkovou studii probíhající od začátku roku 2000. V první fázi studie byli na seminářích praktičtí dětské lékaři z okresů Kutná Hora a Kolín seznámeni s průběhem studie, byla upřesněna vstupní kritéria a taktika spolupráce s naší kardiologickou ambulancí pro děti. Dotazníky, které PLDD od nás na počátku studie dostali, obsahovaly jednoduchou identifikaci pacienta, jeho váhu, míru, krevní tlak a přítomnost event. dalšího rizikového faktoru (diabetes, kouření). Na jednoduchém genealogickém schématu byl znázorněn příslušný rizikový příbuzný spolu s jeho diagnózou a věkem při stanovení této rizikové diagnózy. Do poslední části dotazníku se dopsaly hodnoty lipidogramu sledovaného dítěte. Tento dotazník pak kolegové, kteří s námi spolupracovali, vyplnili při preventivním vyšetření všech dětí narozených v letech 1987 a 1995 (tedy při pěti a třináctileté prohlídce), odebírali anamnézu přesně dle zdravotního řádu a v případě přítomnosti některého rizikového faktoru (ICHS ve všech podobách, ischemická choroba tepen dolních končetin, náhlé úmrtí - vše u mužů do 55 let a ženy do 65 let, dále hypercholesterolemie přes 6,5 umol/l u přímých příbuzných a výskyt alespoň jednoho rizikového faktoru u dítěte s neznámou rodinnou anamnézou) indikovali odběr lipidogramu. Po doplnění o zjištěné hodnoty krevních tuků do-

tazníky odeslali na naše pracoviště, kde byly vyhodnoceny a statisticky zpracovány.

■ Výsledky

Podařilo se získat ke spolupráci celkem 21 praktických lékařů pro děti a dorost, z toho 15 lékařů z okresu Kutná Hora (mající v péči téměř 100% dětí z okresu Kutná Hora) a 6 kolegů z okresu Kolín (tj. asi jedna třetina PLDD okresu Kolín). U těchto lékařů bylo registrováno celkem 2073 dětí patřících do naší studie, z toho 1255 dětí třináctiletých a 818 dětí pětiletých. Z těchto dětí bylo podrobeno v roce 2000 preventivnímu vyšetření, včetně odebrání anamnézy ohledně rizik časné aterosklerózy, celkem 2037 dětí tj. 98%! Na základě anamnézy bylo odhaleno celkem 592 dětí s rizikovou rodinnou anamnézou tj. 29%. Z tohoto počtu bylo 358 dětí třináctiletých (29%) a 237 dětí pětiletých (opět 29%) Tyto děti byly pozvány svými lékaři k odběru lipidogramu, čehož bylo dosaženo celkem u 537 dětí (91% všech rizikových dětí). Šlo o děti, které pocházeli z 58% z města (město s 10 000 obyvateli a více) a 42 % dětí bydlelo na venkově. Nadváha byla zjištěna celkem u 20% dětí třináctiletých a 14% pětiletých dětí. Zvýšený tlak krve (mezi 90-95 percentilem) byl zachycen u 4% dětí a hypertenze (přes 95 percentil) u 2% dětí.

■ Diskuse

Z předložených výsledků vyplývá:

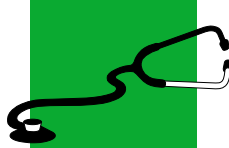
- podařilo se nám získat údaje o téměř všech uvedených dětech z okresu Kutná Hora a významné části dětí z okresu Kolín.
- nápadný je pokles absolutního počtu dětí mezi lety 1987 a 2000.
- chvályhodně vysoké je procento dětí, u kterých byla provedena preventivní prohlídka - 98%.
- v naší studii se riziko časné aterosklerózy vyskytuje u 29% dětí bez ohledu na věk.
- nejčastější diagnózou rizikového příbuzného byl akutní infarkt myokardu a naproti tomu nebylo ani jednou uvedeno náhlé úmrtí.
- nejrizikovějším příbuzným byl otec matky.
- zvyšuje se podíl dětí s nadváhou u třináctiletých oproti pětiletým
- ve skupině dětí s rizikem dle rodinné

anamnézy se vyskytoval vysoký tlak u 2% dětí, tedy ve vyšším procentu než je udáváno ve zdravé populaci.

- pouze 44% dětí mělo normální hladinu celkového cholesterolu, 49% dětí mělo normální hladinu LDL cholesterolu, 75% dětí mělo normální hodnoty HDL cholesterolu a 62% dětí mělo normální hladiny triglyceridů.
- jasně patologické hodnoty celkového cholesterolu mělo 17% dětí, u LDL cholesterolu 25% dětí, velmi nízký HDL cholesterol mělo 10% dětí a vysoké triglyceridy 28 % dětí.
- byly zjištěny statisticky méně významné rozdíly mezi dětmi z města a venkova
- statisticky vyšší hodnoty cholesterolu měly děti, u kterých byla jako rizikový faktor uvedena hypercholesterolemie.
- děti s nadváhou měly statisticky vyšší hodnoty celkového cholesterolu a LDL cholesterolu a významně vyšší hodnoty triglyceridů.
- nejvyšší naměřená hodnota celkového cholesterolu byla 9,1 umol/l, celkem 5 dětí mělo hodnotu přes 8 mmol/l a u dvou z nich již byla potvrzena diagnóza familiární hypercholesterolemie.

■ Závěr

Cílem naší studie bylo především získat a podpořit praktické lékaře pro děti a dorost v provádění primární prevence aterosklerózy, jako každodenní rutinní činnosti. Z hlediska dlouhodobé životní perspektivy je stejně významná jako je např. očkování, sledování vývoje a růstu a jiné. Cílem je jednak odhalit děti s familiární hypercholesterolémií, které vyžadují péči na specializovaném pracovišti a dále velké množství dětí, u kterých jsou na místě důsledná režimová opatření zlepšující jejich prognozu z hlediska nástupu aterosklerózy. Získané a prezentované výsledky ukazují, že rizikových dětí je velké procento, více jak polovina z nich má poruchu lipidogramu. Jaký je další osud těchto dětí a odpovědi na některé další otázky (např. zda to, že byly odhaleny jako rizikové, pro ně přinese do budoucna nějaký benefit) se pokouší přinést pokračování této studie po třech letech.



Centrální žilní katetr (CŽK) a trombóza nejen u onkologicky nemocných dětí

MUDr. Jan Blatný, prof. MUDr. Miroslav Penka, CSc.

Oddělení klinické hematologie FN Brno

Doc. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D, Jana Sokolovská

Klinika dětské onkologie LF MU Brno a FN Brno

■ 1. Úvod

Trombosa a infekční komplikace u pacientů s CŽK se navzájem ovlivňují, neboť koagulace a zánět sdílí mnohé společné mediátory. (Semerano N., Colucci M; *Thrombosis – Fundamentals and Clinical Aspects*; Leuven University Press 2003, ISBN 90 5867 335 9, pg. 433–460). Incidence hluboké žilní trombózy a s ní související event. embolie (VTE – venosní trombembolismus) je u dětí ve srovnání s dospělou populací velmi vzácná. Podle údajů Kanadského registru žilních trombembolických komplikací činí pouze 3,5/10 000 dětí přijatých k hospitalizaci. V běžné populaci je ještě mnohonásobně nižší. (M. P. Massicotte, D. Dix, P. Monagle, M. Adams, and M. Andrew. Central venous catheter related thrombosis in children: analysis of the Canadian Registry of Venous Thromboembolic Complications. *J. Pediatr.* 133 (6):770–776, 1998.) Většinou se jedná o VTE vzniklé v souvislosti s centrálním žilním katetrem (CŽK). U novorozenců je trombosa v přímé souvislosti s CŽK až v 80%, u větších dětí cca ve 40% (Michelson A., Bowill E., Monagle P., Andrew M.; *Antithrombotic therapy in Children*; Chest 1998;114:7488S–769S). Cizí povrch CŽK tedy lze prokazatelně považovat za jedno ze získaných trombofilních rizik. Dalším z takových rizik je často samo onemocnění, které si zavedení CŽK vyžadá (trauma, sepse, malignita).

■ 2. Prevence s CŽK asociované trombosy

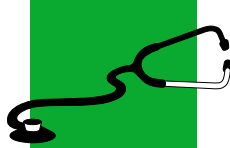
Existuje mnoho způsobů, kterými se lze pokusit toto riziko snížit. Jednou z možností je používání heparinem potažených CŽK. Jsou práce, které prokazují signifikantní snížení počtu infekčních a trombotických komplikací při použití těchto katetrů. (C. M. Pierce, A. Wade, and Q. Mok. Heparin-bonded central venous lines reduce thrombotic and infective complications in critically ill children. *Intensive Care Med.* 26 (7):967–972, 2000.)

Další možností, používanou zejména na jednotkách intenzivní péče a ARO, je preventivní celková „miniheparinisace“ nefrakcionovaným heparinem (UFH, dále jen heparin) pacientů s CŽK většinou v dávce 1 IU UFH/ml infundovaného roztoku (M. J. Bailey. Reduction of catheter-associated sepsis in parenteral nutrition using low-dose intravenous heparin. *Br.Med.J.* 1 (6179): 1671–1673, 1979.) V uvedené práci tato léčba vedla ke snížení infekčních a trombotických komplikací pravděpodobně díky redukcí fibrinové pochvy. Podobné výsledky vyplývají i z další práce (B. Brismar, C. Hardstedt, S. Jacobson, L. Kager, and A. S. Malmborg. Reduction of catheter-associated thrombosis in parenteral nutrition by intravenous heparin therapy. *Arch.Surg.* 117 (9):1196–1199, 1982.), kde profylaktické podávání heparinu v dávce 5000 IU/6h vedlo k signifikantnímu snížení incidence trombosy asociované s CŽK. Režimů preventivní heparinisace pacientů s CŽK je v literatuře více (R. Hentschel, U. Wiescholek, J. von Lengerke, E. Harms, and G. Jorch. Coagulation-associated complications of indwelling arterial and central venous catheters during heparin prophylaxis - a prospective study. *Eur.J.Pediatr.* 158 Suppl 3:S126–S129, 1999.) Tento přístup je potřeba považovat za jeden z možných a efektivních v předcházení s CŽK asociované trombose a infekcí v souvislosti s katetry.

Třetí a poslední z nejčastěji používaných možností jsou proplachy CŽK roztokem heparinu, většinou v koncentraci 100 IU/ml (D. Daghistani, M. Horn, Z. Rodriguez, S. Schoenike, and S. Toledo. Prevention of indwelling central venous catheter sepsis. *Med.Pediatr.Oncol.* 26 (6):405–408, 1996.). Tento způsob je používán přesto, že není dostatek dat, která by jeho efekt potvrdila a existují i práce, které hovoří o tom, že proplachy fyziologickým roztokem mají stejný efekt na prevenci trombotického uzávěru CŽK jako proplachy s heparinem (L. C. Stephens, W. D. Haire, S. Tarantolo, E. Reed, K. Schmit-Pokorny,

A. Kessinger, and R. Klein. Normal saline versus heparin flush for maintaining central venous catheter patency during apheresis collection of peripheral blood stem cells (PBSC). *Transfus.Sci.* 18 (2):187–193, 1997.). Dle našeho názoru, a zkušeností však tento postup efektivní je a na našem oddělení jej používáme (viz tabulka č.2, shrnující schemata péče o CŽK na našem oddělení) Je však potřeba mít na paměti, že podávání heparinu do CŽK s sebou může u některých pacientů nést jisté riziko krvácivých komplikací, zejména při nesprávném či chybném dávkování heparinu (S. K. Morgan, O. C. Grush, and D. Jernigan. Unexplained bleeding associated with central venous catheter care. *Am.J.Pediatr.Hematol.Oncol.* 11 (4):447–449, 1989.) Přidáním antibiotika (nejčastěji Vancomycinu) do roztoku heparinu používaného k proplachu navíc dochází dle některých prací k signifikantnímu poklesu incidence septických komplikací spojených s CŽK (Catarata J et al., Randomized, double-blind trial of antibiotic-lock technique for prevention of gram-positive central venous catheter-related infection in neutropenic patients with cancer. *Antimicrob Agents Chemother* 1999; 43(9):2200–2204). Jiní autoři však tuto souvislost tak výraznou nenacházejí (Rackoff WR et al., A randomized controlled trial of efficacy of a heparin and vancomycin solution in preventing central venous catheter infections in children. *J. Pediatr* 1995; 127(1):147–151)

Je rovněž velmi pravděpodobné, že vývoj s CŽK asociované trombosy je u dětí závislý na místě a technice zavedení CŽK. Zavedení CŽK cestou pravé jugulární žíly je spojeno se snížením rizika žilního trombembolismu asociovaného s CŽK. Stran techniky je s největším rizikem trombosy spojeno perkutánní zavedení CŽK (vpichem). (Male C et al. Central venous line-related thrombosis in children: association with central venous line location and insertion technique. *Blood* 2003, 101 (1): 4273–8).



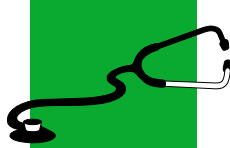
tab. č. 1

Ošetřovatelský výkon	Kompetence k výkonu	Frekvence výkonu	Speciální pomůcky	Zvláštní upozornění
Ošetření okolí vstupu CVK do podkoží	Dětská sestra spec. Dětská sestra Diplomovaná dět. sestra Sestra Bc. v oš. Lékař	1 x týdně	Transparentní krytí, Desinfekce např. Inadine	V blízkosti CVK nepoužívat nůžky ani jiné předměty s ostrými hranami. Odstanit vždy veškeré krusty a nečistoty (3% Peroxid vodíku)
Aplikace Heparinové zátky	Dětská sestra spec. Dětská sestra Diplomovaná dět. sestra Sestra Bc. v oš. Lékař	Po zavedení CVK Při propuštění do domácí péče 1x týdně Po manipulaci, víme-li, že následujících 24 hod nebudeme provádět další manipulaci	Heparinová zátka 100j / 1ml do každého lumen	Nedoporučuje se používat stříkačky s objemem menším než 10 ml. Minimální aplikované množství musí být stejné jako objem lumen do něž je aplikováno (většinou 1ml)
Aplikace Heparinu (UFH)	Dětská sestra spec. Dětská sestra Diplomovaná dět. sestra Sestra Bc. v oš. Lékař	Neprůchodnost některého lumen CVK - první opatření	Heparinová zátka 100j / 1ml do každého lumen Zátku ponechat 30min, pak odtáhnout	Nedoporučuje se používat stříkačky s objemem menším než 10 ml. Nikdy nepoužívat CVK, ze kterého nelze aspirovat krev - nebezpečí embolizace z nasedajícího trombu Minimální aplikované množství musí být stejné jako objem lumen do něž je aplikováno (většinou 1ml)
Aplikace tPA (Actilyse, Alteplasa)	Dětská sestra spec. Dětská sestra Diplomovaná dět. sestra Sestra Bc. v oš. Lékař	Neprůchodnost některého lumen CVK Před aplikací ATB zátky	Actilyse 1mg/1ml do každého lumen Zátku ponechat 30min, pak odtáhnout	Nedoporučuje se používat stříkačky s objemem menším než 10 ml. Nikdy nepoužívat CVK, ze kterého nelze aspirovat krev - nebezpečí embolizace z nasedajícího trombu Minimální aplikované množství musí být stejné jako objem lumen do něž je aplikováno (většinou 1ml)
Aplikace léčiva	Dětská sestra spec. Dětská sestra Diplomovaná dět. sestra Sestra Bc. v oš. Lékař	Dle ordinace		Nedoporučuje se používat stříkačky s objemem menším než 10 ml. Vždy předem kontrolovat zpětný návrat krve Mezi jednotlivými preparáty vždy proplach 5 ml FR - prevence vzniku precipitátů
Odběr krve	Dětská sestra spec. Dětská sestra Diplomovaná dět. sestra Sestra Bc. v oš. Lékař	Dle ordinace	S výhodou vakuované zkumavky	Nedoporučuje se používat stříkačky s objemem menším než 10 ml. Před odběrem zastavit veškeré infuze, propláchnout 5ml FR a prvních 5 ml krve vyhodit Při odběru vzorku na Hemokulturu zaslat první porci krve (nevyhazovat!)

Ošetřovatelský výkon	Aseptický přístup	Frekvence výkonu	Kontrola krevního návratu před/po
Ošetření okolí vstupu CVK do podkoží	+	1 x týdně	-/-
Heparinová zátka	+	1 x týdně	+ / +
Aplikace Actilyse	+	Dle stavu a ordinace	+ / +
Aplikace léčiva	+	Dle ordinace	+ / -
Odběr krve	+	Dle ordinace	+ / -

Tabulka č. 1 uvádí možné algoritmy při ošetřování CŽK. V tomto případě se jedná o péči o katetry u onkologických pacientů Kliniky dětské onkologie FN Brno. Zpracovala vrchní sestra Jana Sokolovská.

Hamijars



■ 3. Trombosa asociovaná s CŽK a ostatní rizikové faktory

Trombosa asociovaná s CŽK a její komplikace uvedené v předchozím textu se však objevují pouze u poměrně malého procenta pacientů. Nabízí se tedy úvaha, že kromě uvedených rizikových faktorů existují ještě jiné. Z literatury vyplývá, že vliv na incidenci VTE například u onkologických pacientů má především základní onemocnění – tedy malignita, jeho léčba a také vrozené trombofilní rizikové faktory. Trombosa, i v souvislosti s CŽK, se např. u pacientů s ALL vyskytuje častěji v příčinné souvislosti s podáním kombinace L-asparaginásy a kortikoidů. (U. Nowak-Gottl, A. Heinecke, R. von Kries, W. Nurnberger, N. Munchow, and R. Junker. Thrombotic Events Revisited in Children with Acute Lymphoblastic Leukemia. Impact of Concomitant Escherichia coli Asparaginase/Prednisone Administration. *Thromb.Res.* 103 (3):165-172, 2001.) Současná doporučení BFM skupiny proto hovoří o zavádění CŽK až během fáze II protokolu I (indukční léčba), což má vést právě ke snížení incidence s CŽK asociovaných trombos a jejich komplikací u neutropenických pacientů.

Zvláštní postavení v patogenezi trombosy, včetně s CŽK asociované trombosy, pak mají zřejmě vrozené trombofilní rizikové faktory. Incidence trombosy je u pacientů s hereditárním trombofilním rizikem vyšší a nadále se zvyšuje u těch dětí, které nesou kombinaci hereditárních rizikových faktorů, zejména je-li jedním z nich mutace F V Leiden G1691A (R. Knofler, E. Siegert, I. Lauterbach, H. Taut-Sack, G. Siegert, S. Gehrlich, D. Muller, E. Rupprecht, and M. Kabus. Clinical importance of prothrombotic risk factors in pediatric patients with malignancy-impact of central venous lines. *Eur.J.Pediatr.* 158 Suppl 3:S147-S150, 1999.)

■ 4. Vyšetření u pacientů s CŽK asociovanou trombosou

Na základě citované literatury a s přihlédnutím k vlastním zkušenostem zřejmě můžeme říci, že na většinu dětských pacientů, včetně onkologických, se zavedeným CŽK, kteří prodělali trombosu – a to i s CŽK asociovanou – se vztahuje doporučení vyšetření těchto trombofilních rizik:

- vyloučení přítomnosti F V Leiden G1691A a F II G20210A
- vyloučení deficitu PC, PS a antitrombinu (AT)
- případně i stanovení plasmatických hladin Lp(a) a homocysteinu

Je však potřeba upozornit, že prevalence deficitu PC v populaci je pouze 0,2%, deficitu PS 0,1% a deficitu AT pouze 0,02%. Plasmatické hladiny koagulačních faktorů vč PC, PS a AT, homo-

cysteinu a Lp(a) mohou být modifikovány léčbou. Proto, pakliže nechceme děti podrobovat plošnému screeningu před započítím léčby, je zřejmě dostačující u dětí s CŽK asociovanou trombosou provést zejména genetické vyšetření k vyloučení mutací F V Leiden G 1691A a protrombinové mutace G20210A, jejichž prevalence v populaci je mnohonásobně větší (5% resp. 2%). Nejsou v současné době k dispozici data, která by opravňovala k vyšetřování mutací MTHFR (methylentetrahydrofolat reduktasy), neboť pouze přítomnost této mutace není jednoznačně svázána se signifikantním zvýšením rizika VTE.

Opodstatnění rozdílného přístupu k léčbě asymptomatických nosičů mutace FV Leiden či FII G20210A stran CŽK však zatím není doloženo žádnou klinickou studií. Může ale vést k přesnější péči o CŽK a v případě, že se jedná o katetr ošetřovaný proplachy heparinem, může mít znatlost vrozeného trombofilního rizika vliv na frekvenci těchto proplachů. Otázkou zůstává, zda pacienti s takovým rizikem (zejména kombinovaným s přítomností F V Leiden), kteří již trombosu prodělali, neponechat na profylaktické léčbě např. nízkomolekulárním heparinem (LMWH) po dobu, kdy je zaveden CŽK. Jiný typ profylaktické antikoagulační léčby (např. warfarinem) není většinou z důvodů těžkého stavu pacienta spojeného s riziky krvácení (trombocytopenie, sepe tec...) možný. I k odpovědi na tuto otázku by však bylo třeba randomizovaných klinických studií, které zatím k dispozici nejsou. Odhalení vrozeného trombofilního rizika je rovněž indikací k rodinné studii. Ta může předejít mnohdy klinicky závažným projevům VTE např. u rodičů dítěte.

■ 5. Léčba s CŽK asociované trombosy

Diagnóza s CŽK asociované trombozy by měla být potvrzena zobrazovací metodou (ultrazvuk vč. Dopplerovského vyšetření a/nebo venogram). Vzhledem k tomu, že senzitivita ultrazvukového vyšetření při diagnóze trombozy, zejména v oblasti povodí horní duté žíly, je u dětí nízká, lze doporučit při podezření na tuto komplikaci provést nejen ultrazvukové, ale také venografické vyšetření (L. Mitchel, SSC meeting on Perinatal/pediatric Haemostasis, XIX Congress of the International Society on Thrombosis and Haemostasis; Birmingham 2003).

V případě, že dojde ke vzniku s CŽK asociované trombosy se signifikantními klinickými projevy, lze uvažovat o lokální trombolýze pomocí t-PA či urokinasy (J. Schindler, R. D. Bona, H. H. Chen, J. M. Feingold, R. L. Edwards, P. J. Tutschka, and S. Bilgrami. Regional thrombolysis with urokinase

for central venous catheter-related thrombosis in patients undergoing high-dose chemotherapy with autologous blood stem cell rescue. *Clin.Appl.Thromb.Hemost.* 5 (1):25-29, 1999.) podané buď do periferní žíly, či přímo do CŽK. Pro dobrý efekt je nutné včasné provedení trombolýzy a tato léčba patří do rukou zkušených specialistů. Alespoň částečně bývá úspěšná i léčba UFH či LMWH, podávaná většinou i.v. buď systémově do periferní žíly, nebo přímo do CŽK tam, kde je to možné. Při použití LMWH je možná i léčba s.c. Těchto postupů se využívá na většině našich pracovišť. S ohledem na srovnatelnou účinnost a výrazně nižší riziko krvácení při léčbě LMWH ve srovnání s UFH, je v pediatrii preferováno užití LMWH.

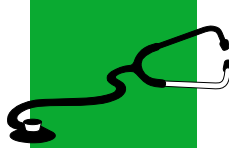
Všeobecně lze při léčbě a následné profylaxi VTE u dětí v tomto případě odkázat na práci kanadských autorů: Andrew M., de Veber G., Pediatric Thrombembolism and Stroke Protocols; B.C. Decker Inc., 1997; ISBN 1-55009-056-9, nebo na shrnující doporučení v práci: Paul Monagle, MBBS; Alan D. Michelson, MD; Edward Bovill, MD and Maureen Andrew, MD. Antithrombotic Therapy in Children. *Chest.* 2001;119: 344S-370S), dostupné i na www adrese:

www.chestjournal.org/cgi/content/full/119/1_suppl/344S

Při klinicky významných komplikacích, zejména pak při septickém stavu, jehož příčinou je infikovaný trombus asociovaný s katetrem, je nutné katetr extrahovat a postupovat dále ve shodě s doporučeními intenzivní medicíny platnými pro tyto stavy. Při hodnotách trombocytů pod 50 x 10⁹/l, je vhodné antitrombotickou léčbu přerušit.

Je potřeba mít na paměti také pozdní následky takové trombosy. I pouhé zavedení CŽK a jeho setrvání „in situ“ po jistou dobu se totiž může projevit komplikacemi ve formě pozdní okluse cévy v místě, kde se katetr dříve nacházel. (J. A. Williams, M. Hudson, B. Rao, X. Luo, L. Lott, and S. C. Kaste. Late vascular occlusion of central lines in pediatric malignancies. *Pediatrics* 101 (2):E7, 1998.) Je proto vhodné pacienta i po extrakci CŽK, případně i po ukončení onkologické léčby ponechat v dispensární péči a v časovém intervalu cca 6 měsíců (např. při kontrolách v rámci „follow up“) provést i vyšetření ultrazvukem (Doppler) případně i venogram.

Literatura: Uvedena přímo v textu



POLEMIKA: Poznámky k článku ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – Hyperaktivita s poruchou pozornosti (Vox pediatrye březen/2004, str. 18–19)

Domnívám se, že přehledný článek o ADHD by měl obsahovat některé další podstatné informace:

Jako u každé choroby je i u ADHD velmi důležitá **diferenciální diagnostika**. Ta je v článku zmíněna jen letmo – v odstavci začínajícím na konci str. 18. Mám opakovaně zkušenosti s dětmi, u kterých je na základě psychologického vyšetření vyslovena diagnosa ADHD, jsou doporučena opatření ve škole a teprve za řadu let (a v řadě případů asi nikdy) je zjištěno, že se jedná o jiné onemocnění. Jedná se o epileptické záchvaty typu absencí, spánkové poruchy např. související s hypertrofickou nosohltanovou mandlí, prostý nedostatek spánku, poruchy sluchu, potravinové alergie, šikany od spolužáků, problémy v rodinném soužití, vedlejší účinky léků (benzodiazepiny!), mohlo by se jednat i otravu olovem (olizování starých nátěrů), kuřáctví rodičů, deficit růstového hormonu. Mezi závažnější příčiny patří tumory CNS. Nesmíme zapominat ani na dětské deprese, které se mohou projevat zlobením.

Dítě s diagnózou ADHD by mělo být vždy vyšetřeno neurologem, často ORL specialistou, někdy ve spánkové laboratoři, někdy alergologem, vždy psychologem i speciálním pedagogem, popřípadě psychiatrem. V každém případě je vždy základem podrobná anamnéza odebraná praktickým lékařem pro děti a dorost. Aktivní dotaz na případné známky ADHD syndromu nebo poruchy učení by měl být samozřejmou součástí preventivních prohlídek.

U léčby jsou zmíněna stimulancia a kognitivně-behaviorální terapie. Přitom u stimulancí není zmíněno, že v zahraničí je již delší dobu k dispozici **retardovaná forma metylfenidátu**, kde odpadá problém podání další dávky ve škole. Vůbec není zmíněna terapie nestimulační – **atomoxetin** – který sice není v ČR registrován, ale v USA byl již uveden – údajně úspěšně – do klinické praxe. V ČR je dále k léčbě ADHD (nejen u komorbidit) užíváno např. neuroleptik, což osobně považuji za nevhodné, protože sice tlumí hyperaktivitu, ale neřeší základní problém – poruchu pozornosti, naopak ji pravděpodobně mohou zhoršovat. Pokud je úspěšně léčena porucha pozornosti, mělo by zároveň dojít k útlumu hyperaktivity (jako model si můžeme představit zdravé ospalé dítě a jeho „léčbu“ řádným spánkem). Přehledný článek by tyto

způsoby farmakoterapie měl zmínit a komentovat.

Další možnosti ve farmakoterapii ADHD syndromu jsou dostatečné dávky piracetamu, které dle některých studií pozitivně ovlivňují i dyslexii. Někdy snad pomůže i podání pyridoxinu.

V ČR je řada dětí s diagnózou ADHD syndromu léčena dalšími metodami – např. EEG-biofeedback tréninkem. Autorky přehledného článku by tuto metodu měly zmínit vzhledem k tomu, jak často je u dětí s ADHD používána. Mohou k ní zaujmou kvalifikovaně negativní či pozitivní stanovisko nebo přiznat, že o ní nic objektivního neví.

Další metoda, která by měla být uvedena, je **vi-deotrének interakcí**. Zde kameraman s psychologem natáčí interakce v rodině, ve škole a snaží se upevnit ty, které mají žádoucí efekt. Nevadí, že se při natáčení zúčastnění staví do lepšího světla, než ve skutečnosti jsou, protože nejde o to nachytat někoho na švestkách, ale naučit jej najít optimální interakce. Jde o zřejmě velmi perspektivní metodu, které by dle mého názoru měla být věnována pozornost, rodiče a učitelé by měli být vedeni ke ztrátě obav z použití této metody. Autorky mohou namítnout, že se vlastně jedná o kognitivně-behaviorální terapii o které mluví. Dle mého názoru by však měla být výslovně jmenována.

Článek se také nezmiňuje o tom, že u závažnějších forem ADHD syndromu je velmi přínosná přítomnost osobního asistenta žáka při výuce.

Kladně hodnotím, že je zmíněn EEG záznam jako jeden s faktorů podporujících diagnózu ADHD. Tohoto faktu je dnes málo využíváno. Velmi důležitá je poznámka o kontraindikacích podání metylfenidátu, i když v ČR je spíše problém s tím, že ani ty děti, které by léčbu zoufale potřebovaly, ji z přehnaných obav nedostanou. Neří jim pak dopřána radost ze soustředěné práce. Snad se časem nedostaneme k druhému extrému – plošnému podávání metylfenidátu všem trochu živějším chlapcům. Velmi bych se přimlouval za ty děti, které trpí pouze poruchou pozornosti – bez hyperaktivity (ADD syndrom), aby jim v indikovaných případech nebyl metylfenidát odepřen jen proto, že nezlobí.

MUDr. Libor Válek

*praktický lékař pro děti a dorost,
Chlum u Třeboně*

Zdravotní ministři ČSSD varují

Josef Kubinyi, čtvrtý ministr zdravotnictví ČSSD za šest let, začal rázně: rád by dal pádaka ředitelce největší zdravotní pojišťovny. Ale nemá tu moc.

Nevadí, jeho dvouletá mise má delikátnější zadání. Musí smazat špatné renomé, které Lidový dům ve zdravotnictví zanechává. Rétorické odvolávání je politicky logické a veřejně působivé – ministr se předvedl jako „ten, který má zuby“.

V molochu VZP se černé díry určitě najdou. Spravuje sto miliard korun a i laik by našel zbytečnosti, které platí – namátkou třeba časopis pro pojištěnce na křídovém papíře. A kolik dalších nevidí?

Ostatní pojišťovny a lékaři ministra v kritice podporují, pacienti z něj získají dobrý pocit – a nezbytný „klid na práci“ je tady!

K čemu však ministr klid využije? To je podstatné. Hospodaření VZP není hlavní příčinou, proč se zdravotnictví přezdíívá Titanic a reálně mu hrozí šestnáctimiliardový dluh. Stejně jako Marie Součková, i Kubinyi má svázané ruce politickými sliby o bezplatném komfortu pro všechny. Do voleb je překročení tabu.

Svou reformu i tak hodlá předložit do září (konceptce Marie Součkové vylétla komínem). Přihlédne prý i k expertním názorům Světové banky, ale pokud navrhne zvýšení spoluúčasti, ministr odmítne. Znovu máme uvěřit, že se v „systému“ jen něco utáhne, naolejuje a stroj pojedje jako po másle.

Co jiného než zvýšení spoluúčasti nebo omezení solidarity může banka poradit? Zrušit polovinu nemocnic?

Propustit čtvrtinu zdravotníků? Omezit příděl péče a léků?

Světová banka nebude první, kdo vládě připomene, že pojištění na čerpané služby nestačí.

Politicky „nepřijatelné“ rady Světové banky, týkající se zadlužení státu, už kdysi odmítl Vladimír Špidla. S tím, že „tady vládne sociální demokracie“.

Její už šestileté vlády nad zdravotnictvím jsme si všimli ministry pružně vyměňuje, jejich konceptce hází do koše.

Jestli to nebude tím, že sociální demokracie tady sice vládne, ale se zdravotnictvím si vůbec neví rady.

Už šestileté vlády sociálních demokratů nad zdravotnictvím jsme si všimli. Svě ministry pružně vyměňuje, jejich konceptce hází do koše.

Cestování bez průjmu – nové možnosti

Mgr. Jan Zástěra

Blíží se doba letních dovolených a k aktivitám, které jsou s nimi nerozlučně spjaty, patří také cestování. K mnohým zdravotním obtížím, jejichž výskyt je spojen s cestováním, jsou bezesporu obtíže trávicí, které se projevují často ve formě různých průjemových onemocnění a jsou souhrnně nazývány jako průjmy cestovatelů. Onemocnění charakterizují tři a více řídkých stolic denně provázené někdy zvracením, bolestí břicha nebo horečkou. Organismus usiluje prostřednictvím zvýšené činnosti střev eliminovat škodliviny přijaté potravou. Příčinou je obvykle pobyt v cizím prostředí, často nižší úroveň hygieny při pobytu v přírodě nebo kempování, setkání s cizími mikroorganismy, které jsou obvykle zodpovědné za méně závažné střevní infekce. Průjmy jsou přibližně v 80% případů bakteriálního, v 15% virového a v 5% parazitárního původu. Průjmy cestovatelů v současnosti nejsou nebezpečím pouze pro dospělé. I velmi malé děti (do 6 let věku) stále častěji doprovázejí rodiče na letních cestách a průjemová onemocnění tak pro ně mohou být vzhledem k určité míře nezralosti trávicího traktu a osobitému přístupu k hygieně (strkání předmětů do úst apod.) velmi významným rizikem. Rizikovými zeměmi mohou být i státy Evropy, a to zejména středomořská oblast, kde jsou cestovní průjmy označovány místními názvy – mamajka (Rumunsko) nebo Greek Gallop (Řecko).

Je samozřejmé, že každý, kdo cestuje a zvláště pokud cestuje s dětmi, bere možnost cestovních průjmů v úvahu a bude pravděpodobně při návštěvě lékárny zvažovat, který z dostupných přípravků by byl zvláště pro děti vhodným. Tento článek si proto klade za cíl nabídnout možná řešení včetně alternativ pro děti.

Při léčbě průjmů jsou jako první volba zpravidla doporučována různá střevní adsorbentia – např. medicínální uhlí, smekta apod. Mají schopnost na sebe vázat různé látky a jsou tedy účinná při čištění žaludku a střev od škodlivin. Dobře působí i při nadměrné produkci střevních plynů. Tyto prostředky lze podávat také malým dětem. Podávání ostatních protiprůjmových preparátů malým dětem je již problematictější. Sem patří různá dezinficiencia nebo látky upravující střevní peristaltiku a jejich podávání dětem je nutné konzultovat s lékařem.



Jak již bylo výše zmíněno, majoritní podíl na vzniku průjmů mají různé enteropatogenní a enterotoxické bakterie, zejména *E. coli*, které produkcí odpadních látek toxické povahy způsobí průjemové onemocnění. Průvodním jevem je výrazné narušení rovnováhy střevní flóry. Velmi dobrým prostředkem prevence střevní dysmikrobie, zvláště pro malé děti, jsou tzv. **probiotické** výrobky s obsahem **probiotik**, což jsou kultury živých bakterií, které po kolonizaci trávicího traktu hostitele prospěšně ovlivňují jeho zdravotní stav zlepšením vlastností jeho vlastní mikroflóry. Mechanismus působení probiotik je založen právě na schopnosti potlačení kolonizace střeva patogenními bakteriálními druhy a inaktivace jimi produkováných toxinů a jiných metabolitů. Tyto přípravky jsou velmi účinné při potřebě rychlé obnovy přirozené střevní mikroflóry, ať už při prodělané střevní infekci, nebo např. po léčbě antibiotiky. Nejpoužívanějšími probiotiky v těchto doplňcích jsou zejména bakterie rodu *Lactobacillus* a *Bifidobacterium*. Dospělým lze probiotika podávat ve formě tablet, což je při cestování praktické, pro děti však tato forma z pochopitelných důvodů není ideální. Dobré řešení v tomto ohledu nabízí výrobek speciálně připravený pro děti – **Junior mléko BIFIDUS** od **Nestlé**. Jedná se o instantní mléčnou výživu pro děti ve věku od 1 do 3 let, lze ji však podávat jako potravinový doplněk také starším dětem. Jako probiotikum jsou v této výživě použity kultury *Bifidobacterium lactis* a *Streptococcus thermophilus*, které jsou zde přítomny v lyofilizované formě

(1×10^8 CFU*/g prášku u obou kultur). Tento způsob uchování zaručuje zachování stoprocentní viability bakteriálních buněk, a tedy i plnou účinnost podávané výživy. Doporučené dávkování je 200 – 500 ml hotové výživy denně, což odpovídá 2 – 3 dávkám denně. Výživu je vhodné podávat preventivně jako doplněk běžného jídelníčku, lze ji však také podávat v případech mírné formy průjemové epizody v jejím průběhu. V případech těžší formy je vhodné podávání přerušit a nahradit ji pouze rehydratačním roztokem a po jejím skončení opět začít podávat, aby byla umožněna rekolonizace střev. Tak je možné dosáhnout signifikantního zkrácení trvání průjemového onemocnění.

Při onemocnění cestovním průjmem je třeba mít vždy na paměti, že průjem způsobuje velké ztráty vody a minerálů, kterými jsou ohroženy zejména velmi malé děti, a je tedy nezbytné zabezpečit jejich dostatečný přísun. Navíc vzhledem k poškození střevní sliznice k němuž obvykle dochází, a tedy i k její snížené absorpční kapacitě, může docházet i k deficitům v příjmu vitamínů a stopových prvků. Junior mléko BIFIDUS je koncipováno jako kompletní výživa – je obohaceno o komplexy vitamínů, minerálních látek a stopových prvků a umožňuje tak doplnění výše uvedených ztrát těchto živin, ke kterým dochází v důsledku vyššího počtu vodnatých stolic a poškození střevní sliznice. Lze jej snadno připravit jak do studené, tak i teplé vody (přirozeně pouze balené). Výživa je balena v uzavíratelném plechovém obalu, který umožňuje její snadný transport a uchování v průběhu cestování při současném zachování všech výživových kvalit.

Cestovní průjmy mívají obvykle krátký průběh a zdravý jedinec se velmi brzy zotaví bez vyhledání lékařské pomoci. Pro účinnou prevenci těchto obtíží by výživa Junior mléko BIFIDUS neměla chybět v zavazadle žádného malého cestovatele. ■

*) CFU – (colony forming unit) jednotka schopná dát základ jedné kolonii – většinou jedna bakteriální buňka

Nestlé

Poruchy spánku u dětí patří k problémům, s nimiž se pravidelně setkávají jak všeobecní lékaři, tak pediatři. Rodiče postižených dětí se však na lékaře s těmito jejich obtížemi neobrací tak často, jak by bylo potřeba. Důvod je ten, že si větší naději na jejich spontánní vyřešení a navíc často nevědí, že existují možnosti jejich specifické léčby. Rolí lékaře se tedy stává systematicky zjišťovat jejich výskyt, identifikovat je a najít vhodné řešení k jejich odstranění. Toto šetření je důležité jak pro dítě, které je hlavním aktérem, tak i pro jeho rodinu; při zmíněných obtížích je zpravidla nutné vyhradit si čas na zvláštní konzultaci. Rodiče většinou žádají **radu**, jaká učinit opatření, aby dokázali zvládat tyto situace způsobující konflikty a **vhodné terapeutické řešení**: účinné, bez jakéhokoli rizika pro dítě. Homeopatické léky těmto kritériím velice dobře vyhovují. Nemají žádné známé vedlejší účinky a jejich užívání nepůsobí žádný návyk ani závislost. Měli bychom tedy při léčbě poruch spánku pomyslet v první řadě právě na ně.

■ Úloha lékaře

Jeho úloha je dvojitá: stanovit přesnou diagnózu a následně předepsat (homeopatické) léky. Stanovení přesné diagnózy poruch spánku je podstatné proto, aby bylo možné rozpoznat případné patologie, vyžadující odbornou léčbu.

Lékař analyzuje situaci, aby mohl rodičům navrhnout řešení, jež umožní napravit zjevné chyby z hlediska denního režimu (stravování, ukládání ke spánku apod.) a pomoci jim najít řešení konfliktních situací, při nichž se dítě snaží prosazovat svá vlastní pravidla. Praktický lékař je v vhodným prostředím často zná historii celé rodiny, životní osudy a onemocnění každého jejího člena a zpravidla ví, do jakého kontextu tyto poruchy spánku zasadit.

■ Výběr homeopatických léků

Preskripce homeopatických léků se opírá o běžné klinické pozorování, přičemž se navíc přihlíží k proměnlivým a nestálým symptomům, které charakterizují osobní reaktivitu pacienta.

Tato osobní reaktivita je součástí celkového stavu pacienta a příznaky týkající se jeho nočního chování jsou pouze jeho prvky. Poruchy spánku se tedy zapisují do zdravotní historie dítěte:

- Jsou izolované nebo spojené s jinými patologiemi (současnými nebo dřívějšími)?
- Existuje nějaký spouštěcí faktor (evidentní etiologie nebo někdy etiologie, o níž se zešíroka rozhoří rodiče)?
- O jaké poruchy spánku se jedná (obtížné usínání, noční probouzení, parasomnie atd...)?
- Jak se tyto poruchy spánku projevují klinicky (excitace, agitovanost, naříkání, sténání, polakisurie, pocení atd...)?
- Jak se chová dítě přes den (je bázlivé, stydlivé, plaché, rezervované, agitované)? Změnilo se nějak?
- Jak se toto dítě projevuje a jak reaguje (citlivost na blízké okolí, faktory, které zhoršují jeho stav, okolnosti, za jakých se jeho obtíže zlepšují, alimentární chutě a averze atd...)?
- Jaké jsou charakteristické znaky tohoto dítěte z hlediska jeho fyzické stránky (morfologie, pleť atd...)?

Výběr homeopatického léku je vždy závislý na výsledcích pozorování, při němž se lékař zaměřuje na poruchy spánku, přidružené patologie nebo příznaky a zvláštní profil dítěte (fyzický aspekt, jeho sklony z hlediska chování atd...). I když je tento ucelený přístup nezbytný, někdy stačí k předepsání vhodného, účinného homeopatického léku zjistit jen několik charakteristických příznaků.

Několik příkladů

■ **Dítě, které bylo až doposud klidné a spokojené, začne být v období prořezávání zubů najednou podrážděné, vzteká se a trpí poruchami spánku. Uklidní se pohybem (houpáním, kolébáním, při projíždě v autě nebo v náruči osoby, která se pohybuje). Často můžeme pozorovat, že má jednu tvář červenou a horkou, a rovněž může trpět hýžďovým erytémem následkem průjmovité stolice. Homeopatický lék, odpovídající tomuto obrazu, je Chamomilla.**

■ **Některé konkrétní události v životě dítěte mohou vyvolat úzkostné stavy. Klasickým příkladem je začátek školního roku. Některé děti opakovaně trpí znepokojením a úzkostí, například při zkoušení ve škole nebo při sportovních soutěžích. V takových případech často dochází k poruchám spánku, které se projevují obtížným usínáním nebo probouzením se uprostřed noci, což ještě zvyšuje stres dítěte (a často i úzkost rodičů). Tyto děti snadno ztrácejí sebedůvěru a jejich strach z neúspěchu je často vede k tomu, že se dopouštějí chyb v úsudku, zapomínají, mluví mimo předmět věci apod. Trpí inhibicí, kterou doprovází třes a emotivní průjem. Homeopatický lék, odpovídající tomuto obrazu, je Gelsemium.**

■ **Dítě je znepokojené následkem nějaké emoční události (rozvrat v rodině, stěhování, úmrtí v rodině...). Toto znepokojení se projevuje dvěma způsoby: jednak změnou chování s podrážděností a častými záchvaty pláče, ale také spastickými projevy, zejména bolestmi břicha, jež se v některých situacích projevují výrazněji, například při odchodu do školy nebo v době, kdy má jít dítě spát. Homeopatický lék, odpovídající tomuto obrazu, je Ignatia.**

■ **U dítěte, které nesnáší nové situace, zejména pak takové, které je nutí vyjít z rodinného kruhu, se projevuje silná úzkost z odloučení. Zpravidla se jedná o dítě, které trpí (nebo v minulosti trpělo) opakovanými problémy ORL. Často se stává, že po nějakém akutním onemocnění, například otitidě, kdy bylo obklopeno pečující rodinou, pociťuje potřebu být uspáváno jedním z rodičů nebo dokonce spát v jeho posteli. Homeopatický lék, odpovídající tomuto obrazu, je Pulsatilla.**

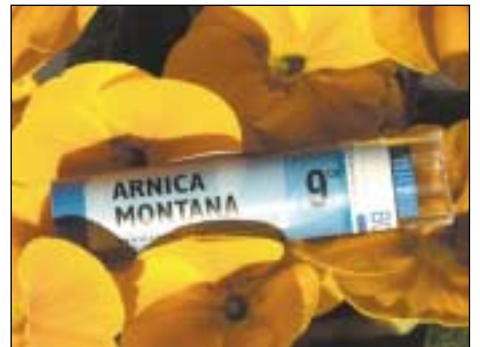
■ Parasomnie

V případě parasomnie se doporučují nejčastěji léky rostlinného původu z čeledi lilovitých, známé již ve starověku pro jejich halucinogenní účinky: Belladonna, Hyoscyamus a Stramonium.

■ **Dítě je precitlivělé na smyslové stimulační (světlo, hluk). Sedí ve své postýlce a křičí, obličej má červený a zalitý potem. Má vytěštěný, upřený pohled a pod vlivem své představivosti vidí nestvůrné, hrůzné výjevy. Nesrozumitelně hovoří a někdy se pokouší utéct. Jedná se o často popisovaný obraz, jehož příznaky jsou výraznější při horečnatých**

onemocněních. Homeopatický lék, odpovídající tomuto obrazu, je **Belladonna**.

■ **Dítě má neklidný spánek, narušovaný četnými záškuby, nadsakováním a křikem. Hodně mluví, věří, že vidí zvířata, snaží se svlékat. Trpí nočními děsy s agitovaností i otupělostí. S uvedenými symptomy se můžeme často setkat u agresivních, hašteřivých dětí, které trpívají záchvaty spastického kašle, jehož příčinu si často nedokážeme vysvětlit. Homeopatický lék, odpovídající tomuto obrazu, je **Hyoscyamus**.**



■ **Dítě má problémy s usínáním, doprovázené strachem ze tmy a ze samoty. V průběhu noci trpí různými děsy, doprovázenými agitovaností s prudkými pohyby nebo mluvením ze spaní. Trpí halucinacemi, například pocitem, že se mění struktura jeho těla, a nočními můrami. Homeopatický lék, odpovídající tomuto obrazu, je **Stramonium**.**

■ Poruchy spánku způsobené duševní únavou

Doprovází je nedostatek koncentrace přes den, který se projevuje zapomínáním a zhoršenými výsledky ve škole. Dítě si ve věku, kdy se již dokáže vyjádřit, často stěžuje na bolesti hlavy. Homeopatický lék, odpovídající tomuto obrazu, je **Kalium phosphoricum**.

■ Poruchy spánku způsobené nadměrnou fyzickou aktivitou

Dítě má problémy s usínáním a bolestí svalů je nutí neustále se převracet na lůžku, aby našlo pohodlnější polohu. Večerní fyzické aktivity (například sportovní trénink) vyvolávají u některých dětí snížení pozornosti a bdělosti, často v rozporu s cílem, který si vytklí jejich rodiče: věřili totiž, že se sportovními aktivitami dítě „uklidní“. Homeopatický lék, odpovídající tomuto obrazu, je **Arnica**.

Mezi polykompozitními přípravky lze na poruchy spánku a přechodnou nervozitu doporučit sirup **SEDALIA®, určený dětem od jednoho roku.**

Zdroj údajů: doporučení výrobce, spočívající v tradičním používání homeopatických přípravků. Držitel rozhodnutí o registraci: Boiron S.A., 20 rue de la Libération, 69110 Ste-Foy-Les-Lyon, Francie. Všechny uvedené přípravky jsou k dostání v lékárnách (Hyoscyamus, Stramonium na lékařský předpis; ostatní i bez lékařského předpisu) a nejsou hrazeny pojišťovnou. Arnica montana: reg.č.: 93/291/92-C, dpr: 5.3.03; Chamomilla vulgaris: reg.č.: 93/505/92-C, dpr: 19.3.03; Gelsemium sempervirens: reg.č.: 93/528/92-C, dpr: 5.2.03; Ignatia amara: reg.č.: 93/534/92-C, dpr: 19.3.03; Pulsatilla: reg.č.: 93/581/92-C, dpr: 5.3.03; Belladonna: reg.č.: 93/285/92-C, dpr: 5.3.03; Kalium phosphoricum: reg.č.: 93/153/93-C, dpr: 1.12.99; Stramonium: reg.č.: 93/605/92-C, dpr: 25.6.03; Hyoscyamus niger: reg.č.: 93/532/92-C, dpr: 19.3.03; Sedalia: reg.č.: 93/240/03-C, dat. schválení: 9.7.03. (dpr: datum poslední revize)

Sedalia

Léčba syndromu akutního průjmu

Porovnání účinnosti přípravků Santax S a střevních adsorbencí u nemocných s průjmovým onemocněním

H. Roháčová, M. Reisingerová

Infekční klinika, FN Na Bulovce, Praha

V. Marešová, H. Ambrožová

Universita Karlova, Infekční klinika 2. lékařské fakulty, Praha

Souhrn

Syndrom akutního průjmu infekčního původu je po infekcích dýchacích cest druhou nejčastější nemocí v komunitě. Základem léčby zůstává rehydratace. Antibiotika či chemoterapeutika mají být podávána jen zcela výjimečně. V posledních letech je věnována pozornost spíše úpravě střevní flóry pomocí probiotik a prebiotik. Ve srovnávací studii je hodnocen účinek probiotik a střevních adsorbensů.

Klíčová slova

probiotika, Santax S, syndrom akutního průjmu, průjmy virové etiologie, salmonelóza, kampylobakteriíóza, cestovatelské průjmy

■ Úvod

V posledních letech je stále více pozornosti v úpravě metabolismu střevního traktu věnováno bakterioterapii. Nejedná se však o zcela nové informace na tomto poli, neboť již v době starověku empirie ukazovala pozitivní vliv fermentovaných potravin na zdraví člověka. V současnosti se těmto empirickým poznatkům snaží věda dodat odborný podklad, který zhodnocuje použití probiotik a prebiotik a jejich mechanismus při úpravě gastrointestinálních potíží či při jejich použití v prevenci zažívacích poruch. Prebiotika jsou definována jako substance chemicky obvykle sacharidového typu, která jsou v tlustém střevě selektivně metabolizována omezenou skupinou mikrobů. Vzniklé metabolity podporují množení některých druhů bakterií s prebiotickými vlastnostmi. Mechanismus účinku probiotik spočívá jednak v interferenci s jinými mikroorganismy, dále se předpokládá jejich imunomodulační účinek, mikroorganismy v probiotiku mají úlohu v ochraně střevní sliznice, zvyšují aktivitu střevních enzymů a další. Probiotických mikroorganismů je celá řada. Patří mezi ně laktobacily, bifidobakterie, některé grampozitivní koky a sacharomycety. Přípravek Santax S obsahuje definovanou dávku právě jedné ze sacharomycet. Jako synbiotika jsou označovány látky, které jsou kombinací probiotik a prebiotik. Jejich význam je zatím spíše teoretický.

■ Vlastní pozorování

V roce 2003 jsme publikovali sdělení, které se týkalo 275 nemocných se syndromem akutního průjmu a kterým byl podáván přípravek Santax S jako doplněk při rehydratační a realimentační léčbě průjmového onemocnění. Jednalo se o skupinu 81 dětí a 194 dospělých. Konstatovali jsme, že přípravek je velmi dobře snášen a lze jej v uvedené indikaci použít od kojeneckého věku až po osoby vysokých decenií. Vzhledem k příznivému průběhu léčby u většiny nemocných a poměrně krátké době hospitalizace u dospělých i dětí při užívání Santaxu S jsme chtěli porovnat skupinu nemocných užívajících při průjmu přípravek Santax S a střevních adsorbencí.

Od října 2003 do dubna 2004 jsme sledovali skupinu nemocných se syndromem akutního průjmu, u kterých jsme porovnávali účinnost a snášenlivost probiotického přípravku Santax S (definovaná dávka *Saccharomyces boulardii siccatus*) a střevních adsorbencí.

Ve skupině bylo 181 pacientů, z toho 124 dětí a 57 dospělých pacientů. Nejmladšímu dítěti byly 3 měsíce, nejstarší nemocný byl ve věku 91 let.

Skupina dospělých (57):

Santax S = 31, adsorbens = 26

1) Skupina s podávaným adsorbens

Průměrná doba hospitalizace: 5,8 dne

Etiol. agens: 4x *Salmonella enteritidis*, 3x *Campylobacter jejuni*, u ostatních nezjištěno
Průměrná doba trvání průjmů: 3,96 dne
Infúzní léčba: 17 pacientů, průměrná doba trvání infúze 14,05 hodiny, 9 pacientů bylo rehydratováno perorálně
Antibiotika: 4 nemocní
Dávka adsorbens celkem: 10,9 tableta/ 1 pacient

2) Skupina Santax S

Průměrná doba hospitalizace: 4,67 dne
Etiol. agens: 2x *Campylobacter jejuni*, 1x *Salmonella enteritidis*, u ostatních nezjištěno
Průměrná doba trvání průjmů: 3,1 dne
Infúzní léčba: 26 pacientů, průměrná doba trvání infúze 7,16 hod
Antibiotika: 1 nemocný
Dávka celkem: 6,25 kapsle/ 1 pacient

Skupina dětí (124):

Santax S = 67, adsorbens = 57
Vyřazeny byly 4 děti, které začaly užívat adsorbens a pro nesnášenlivost byly převedeny na Santax S.

1) Skupina s podávaným adsorbens

Průměrná doba hospitalizace: 5,85 dne
Etiol. agens: 4x EPEC, 5x *Campylobacter jejuni*, 3x *Salmonella enteritidis*, 21x rotaviry, u ostatních nezjištěno
Průměrná doba trvání průjmů: 3,29 dne
Infúzní léčba: 25 dětí, průměrná doba trvání infúze 23,08 hod

Nasogastrická sonda: 9x, průměrná doba trvání 23,88 hod, ostatní rehydratovány perorálně

Antibiotika: 2x

Dávka celkem: 5,7 sáčku / 1 dítě

2) Skupina Santax S

Celkem 63 dětí - 0-3 roky 30 dětí, 4-15 let 33 dětí

Průměrná doba hospitalizace: 5,66 dne

Etiol. agens: 8x salmonela, 20x rotaviry, 2x enteropatogenní *E. coli* (EPEC), 2x *Campylobacter jejuni*, smíšené 2x rotaviry +EPEC, 1x *Yersinia enterocolitica* O3

Průměrná doba trvání průjmů: 2,38 dne

Infúzní léčba: 29 dětí, průměrná doba trvání infúze 21 hod

Nasogastrická sonda: 1x - průměrná doba trvání 15 hodin, 33 dětí perorálně

Antibiotika: 1 x

Dávka celkem: 1, 14 kapsle/ 1 pacient

■ Diskuse

Při podávání léčivých přípravků jak ze skupiny probiotik tj. Santax S tak střevních adsorbencí jsme nezaznamenali žádné závažné vedlejší účinky. Pouze u 4 dětí jsme přerušili podávání střevního adsorbencia pro zvracení a nahradili jej probiotikem. Nicméně jak ve skupině dětí tak dospělých bylo na naší skupině pacientů ověřen příznivý účinek Santaxu S, při jehož podávání byla u dospělých i dět-

Skupina	Přípravek	Počet pacientů	Prům. doba hospitalizace (dny)	Prům. doba trvání průjmu (dny)
Děti n = 124	Santax S	67	5,66	2,38
	adsorbens	57*	5,85	3,29
Dospělí n = 57	Santax S	31	4,67	3,1
	adsorbens	26	5,8	3,69

* = 4 děti - přechod na Santax S

ských pacientů zjištěna kratší doba trvání průjmů, s tím související i kratší doba hospitalizace. Převážná část pacientů byla hospitalizována v chladném období roku, které je příznivé pro vznik průjmových onemocnění virové etiologie. Ve skupině dětí byla virová etiologie ověřena u 41 dětí /33%/ z celého souboru dětí. U dospělých nemocných je materiál na virologické vyšetření zasílán pouze v případě hromadného výskytu průjmů, například v domovech důchodců či sociálních ústavech.

■ Závěr

Přestože důvodem hospitalizace nemocných s průjmem je v naprosté většině těžký průběh onemocnění, který vyžaduje často rehydrataci parenterální či pomocí sondy, lze i v těchto případech doporučit v pomocné léčbě pří-

pravek typu probiotika, který má výše popsaný mechanismus, je dobře tolerován a dle našich zkušeností u dětí i dospělých má příznivý vliv na průběh onemocnění.

Literatura:

- 1) Poljak V., Krč I., Ehrmann J. *Manuál infekčních nemocí*, Solen 2000
- 2) Havlík J. et al. *Infekční nemoci, druhé rozšířené vydání*, Galén 2002
- 3) Vacek V. *Probiotika a prebiotika v infektologii*, Časopis klinické mikrobiologie a infekčního lékařství, roč. 8, 2002, č.3, str. 91-101
- 4) Roháčová H., Marešová V., Ambrožová H., Reisingerová M. *Santax S v léčení syndromu akutního průjmu*, Vox Paediatricae červen 2003, č. 6, roč.3

Santax



Aktuality

■ **V kardiologii jsme dobří, musíme jít ale stále dál**

Onemocnění srdce mají rok co rok na svědomí kolem 52 procent všech úmrtí. Velice podstatné proto je, aby příznaky srdečních chorob uměli dobře rozeznávat již praktičtí lékaři. Především jim je časopis Kapitoly z kardiologie určen. „Správně vzdělaný praktický lékař pošle pacienta na kardiologii včas,“ konstatovala soukromá kardioložka Hana Skalická. V časopise však najde svou stránku i pacient, a to také v internetové podobě na www.kapitoly.cz. se za posledních 15 let výrazně zlepšila. „V dětské kardiologii v současné době nemáme v Evropě konkurenci a jsme jedním z nejlepších pracovišť na světě,“ řekl novinářům zakladatel dětského kardiocentra v Motole Milan Šamánek. Odborníci by však neměli usnout na vavřínech. K tomu by měl podle lékařů pomáhat i časopis Kapitoly z kardiologie, který letos slaví páté výročí.

Podle vedoucího Centra preventivní kardiologie Richarda Česky z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy klesla v Česku úmrtnost na choroby srdce a cév v posledních deseti letech o více než čtvrtinu. Podíl na tom má rozvoj kardiocenter.

■ **Vědci vyvinuli „záračnou“ pilulku**

Před infarktem a dalšími vážnými onemocněními by měl lidí chránit univerzální lék, určený převážně pro osoby starší 55 let.

Záračná srdeční pilulka – tak je přezdíván univerzální lék pro prevenci srdečních chorob, k jehož optimálnímu složení došli britští vědci. Základem pilulky je aspirin kombinovaný s kyselinou listovou a látkami snižujícími množství cholesterolu v krvi a krevní tlak. Lék by měl být vydáván pouze na lékařský předpis po důkladném prohlédnutí pacienta, u kterého se prokáže náchylnost k srdečním chorobám. Pilulka může být naordinována i pacientům, kteří trpí vysokým krevním tlakem nebo cukrovkou. Pilulka by měla mít minimum vedlejších účinků, aby mohla být užívána dlouhodobě a pravidelně. Britští vědci podle BBC prohlásili, že lék bude nejučinnější prevencí nemocí ze všech dosavadních prostředků. Například v Británii trpí podle průzkumů kardiovaskulárními chorobami zhruba polovina britské populace. Britští odborníci sledovali více než 40 tisíc pacientů trpících srdečními chorobami a prostudovali 750 různých vědeckých prací na toto téma. Na základě zjištěných údajů profesor Nicholas Wald a Malcom Law z Institutu preventivní medicíny ve Wolfsonu vyvinuli kombinaci účinných látek, která pomáhá zmenšovat rizika kardiovaskulárních chorob. Pilulka má být schopná snížit množství cholesterolu v krvi a také krevní tlak. Profesor Wald a Law uvedli, že užívání jedné pilulky denně sníží u pacientů starších 55 let riziko infarktu o 88 procent a mrtvice o 80 procent. „Záračný lék“ však nebudou moci užívat astmatici, kteří nemohou brát jednu z látek na snížení tlaku, kterou pilulka obsahuje. Lék nebude vhodný ani pro lidi alergické na aspirin, který je jednou z hlavních složek.

■ **Při úžehu i úpalu hlavně doplňujte tekutiny a mírněte horečku**

Co je to sluneční úžeh? Jak ho včas poznáme? Jak se před ním chránit, aniž bychom se ochuzovali o radosti letní dovolené? I na jednoduché otázky mohou existovat zajímavé odpovědi.

Sluneční úžeh představuje podráždění mozku a jeho blan přímým slunečním zářením. Doprovází jej kruté bolesti hlavy, zvracení a ně-

kdy i křeče. Úpal je reakce organismu na jakoukoliv tepelnou expozici. Výsledkem je přehřátí organismu ze selhání jeho vlastní termoregulace. Je následkem zvýšeného působení tepla na organismus jako celek. Příčinou může být vysoká okolní teplota (klimatické podmínky, horké provozy, masové akce), zabránění odvodu tepla nevhodným oděvem, vystavení přímému slunci, kombinace vyšší teploty s vysokou vlhkostí vzduchu apod. Výsledkem je porucha termoregulace, vysoká teplota a dehydratace.

Úžeh hrozí malým dětem

Příznaky úžehu a úpalu jsou podobné. Na rozdíl od úpalu mohou u úžehu přicházet příznaky s časovým zpožděním po sluneční expozici, např. v noci po slunění. Může být přítomno zarudnutí pokožky nebo i popáleniny. Ostatní příznaky jsou stejné, navíc je přítomno ztuhnutí šíje a podobné příznaky jako u zápalu mozkových blan. Postižení bývají především malé děti, kojenci, staří lidé, osoby s onemocněním srdce a oběhu a obézní jedinci. Poškození teplem má různé projevy. Příznaky jsou bolest hlavy, závrať, nevolnost až zvracení, zrychlené dýchání, zrychlený tep. Stav se může velmi rychle zhoršovat do bezvědomí s křečemi až do šokového stavu. Objevuje se teplota až nad 40 stupňů. První pomocí je přenesení postiženého na chladné, stinné místo, uložit s podloženými nebo zvednutými končetinami. Při úžehu je dobré zvednout hlavu. Postupně ochlazujeme (obklady, ledem) především hlavu postiženého. Současně můžeme ochlazovat kůži i proudícím vzduchem, ventilátorem a podobně. Opatrně nahrazujeme tekutiny. Není vhodná čistá voda, spíše iontový nápoj, nebo voda osolená (1 čajová lžička soli na litr tekutiny, nebo ESPGAN rehydratační roztok používaný při těžkých průjmech), vhodný je studený velmi mírně oslazený čaj s citronem. Mdloba z horka vzniká při působení zvýšené teploty většinou v kombinaci s delším stáním. Příčinou je nedostatečné prokrvení mozku při rozšíření cév z horka a současných ztrátách tekutin při pocení. Příznaky jsou: nevolnost, malátnost, závrať až mdloba. Nejlepší je prevence, dostatek tekutin a občasná ochlazování. Při těžké tělesné námaze v horku s nadměrnými ztrátami tekutin a iontů v potu a jejich nedostatečném hrazení mohou vzniknout křeče z horka. Jedná se o bolestivé svalové záškuby nebo křeče, které vznikají u postižených často při vědomí. Kromě již popsaných příznaků jsou přítomny právě tyto záškuby a křeče. První pomoc a prevence je shodná jako v předchozích případech. Při opatrném a dostatečném přívodu tekutin a hlavně iontů se stav brzy sám upraví. Ponoření do chladné lázně se nedoporučuje – vyvolává stah cév v kůži a tím se sníží výdej tepla. Podávání antipyretik (acylpyrin, paralen) je logicky bez efektu. Důležité je rychlé hrazení tekutin – dehydratace snižuje pocení a srdeční výdej.

■ **Nebojme se léčit v Evropě**

České zdravotní pojišťovny se patrně třesou strachy při představě, že naši občané budou moci začít lépe porovnávat jejich služby se službami německých, rakouských či dalších západoevropských pojišťoven nebo systémů národní zdravotní služby.

Český strach plodí různé nepřesné informace o možnostech léčby v zemích EU. Údajně se máme bát jazykových či finančních bariér. Je třeba říci, že z legislativy vyspělejších států EU vyplývá povinnost institucí (pojišťoven nebo zdravotnických zařízení) zajistit pacientovi tlumočnicka.

Jde to bez poplatků

Stejně tak je nutno připomenout, že „staré“ země EU (členské státy před letošním květnem) uplatňují tzv. sociální klauzuli, na jejímž zá-



kladě jsou osvobozeny různé skupiny občanů od poplatků ve zdravotnictví (od spoluúčasti). Ostatně na rozdíl od ČR už mnohé postkomunistické země tuto sociální klauzuli rovněž zavedly. Českému pacientovi se při nárokování zdravotní péče v zemích EU vyplatí navštívit tamější nemocenskou pojišťovnu nebo správní úřad a informovat se o možnosti osvobození od poplatků (je dobře mít s sebou potvrzení o příjmech své rodiny).

Tak například pokud se v Rakousku platí čtyři eura za lék na recept, jsou od tohoto poplatku zejména osvobozeni příjemci sociální podpory, většinou penzisté či vážněji nemocní lidé. V zásadě je od spoluúčasti osvobozen občan, jehož příjem nepřesahuje 653 eur (pokud je vážněji nemocný, příjmová hranice se posouvá na 751 eur, u manželů na 1015 apod.). Německá všeobecná nemocenská pojišťovna na svém webu umožňuje občanům zadat údaje o svém ročním příjmu a počítač zkalkuluje jejich maximální roční spoluúčast (poplatek u ambulantního lékaře jednou za čtvrtletí, limitovaný příspěvek za pobyt v nemocnici, poplatek za recept apod.).

Když jsem zadala výši průměrného českého důchodu, počítač uvedl, že tak nízký příjem je v Německu nezvyklý a že bych měla nárokovat sociální dávky. V takovém případě bych byla samozřejmě od spoluúčasti osvobozena.

Kdo nespadá mezi osoby osvobozené ze sociálních důvodů, platí v rámci spoluúčasti za rok maximálně dvě procenta ze svých ročních příjmů. Chronicky nemocní platí ještě méně.

V Německu se nečeká

Nestrašme tedy naše občany nedostupností zdravotní péče v cizině. Místo toho zvažme, při jak nízkém příjmu by se slušelo osvobodit od doplatků za nutné léky či zdravotní pomůcky české pacienty (zejména invalidní důchodce). Zamysleme se i nad tím, jaký informační servis by nám měly zajistit naše zdravotní pojišťovny a ministerstvo zdravotnictví. Nizozemský svaz pojišťoven poskytuje pacientům údaje o délce čekacích dob v jednotlivých nemocnicích, v Anglii totéž zajišťuje státní správa. Avšak nejbliže nám jsou Německo a Rakousko, jejichž pacientské organizace si na čekací doby nestěžují, neboť téměř neexistují. Přesto i v těchto zemích jsou legislativou zajištěny údaje o výkonnosti zdravotnických zařízení, aby občané mohli ověřovat smysluplnost využití jejich peněz.

■ Němci neplatí v ordinacích

Na 200 tisíc pojištěnců v Německu odmítlo od začátku letošního roku zaplatit v lékařské ordinaci povinný čtvrtletní poplatek ve výši 10 eur (330 Kč) a nereagovalo ani na upomínky. Oznámil to Svaz lékařů pracujících pro nemocenské pokladny (KBV). Mluvčí svazu Roland Stahl řekl pro list Bild, že pro neplatiče to může být drahé, protože jim bude účtován příplatek ve výši sto eur (3300 korun). Od zavedení poplatku klesl počet pacientů v ordinacích až o 35 procent.

V důsledku poklesu návštěv v ordinacích začínají někteří lékaři hovořit o možnosti propustit některé zdravotní sestry a pomocný personál – ohroženo může být až 65 tisíc těchto pracovních míst.

■ Rath zpochybnil zdravotní knížky pacientů na internetu

Téměř čtvrt milionu lidí si už nechalo zřídit na internetu

zdravotní knížku. Jde vlastně o virtuální zdravotní dokumentaci, z níž se mohou lékaři dozvědět, jaké má pacient nemoci a jaké bere léky. To má bránit zbytečným vyšetřením a nesprávnému předepisování léků.

Proti projektu, který desetimilionovými dotacemi podporuje Všeobecná zdravotní pojišťovna, ostře vystoupila Česká lékařská komora. Její prezident David Rath prohlásil, že jde o ukázkou toho, jak z VZP tečou peníze do soukromých firem - v tomto případě firmy IZIP, kterou zakládal poslanec za ODS Milan Cabrnach a nadále ji vlastní jeho stranický kolega Miroslav Ouzký. Oba jsou ve zdravotním výboru parlamentu, který rozhoduje o řadě věcí týkajících se VZP, Cabrnach je navíc členem správní rady pojišťovny. Podle Ratha jde o jasný střet zájmů.

Šéf komory kritizoval projekt na úterním setkání s ministrem zdravotnictví Jozefem Kubinyim. Ten totiž odstartoval svoji ministerskou dráhu právě ostrou kritikou hospodaření VZP - a Rath jej přišel podpořit.

Politický spor? Nebo kšeft poslanců?

Podle Michala Sojky z tiskového oddělení komory nemůže projekt fungovat. „Vše je dobrovolné, pacient sám rozhoduje o tom, co se

HIPP A6



do knížky napíše a co ne. Navíc je do projektu zapojena jen menší část lékařů. Jak se pak jako lékař mohu na takovou knížku spolehnout?“ řekl Sojka. Sám byl za komoru v radě projektu, ale vystoupil z ní. „A to na protest proti zjištění, že to financuje VZP. Nemohu se ubránit dojmu, že hlavním důvodem je, že jde o aktivitu poslanců,“ řekl Sojka.

VZP včera kritiku odmítla, stejně tak i Milan Cabrnach. Odmítl i střet zájmů: „Z firmy jsem vystoupil, když se začalo jednat o podpoře od VZP, a žádných hlasování o projektu se v pojišťovně neúčastním,“ tvrdí. Podle něj je v pozadí kritiky boj vedení komory s ODS, která podpořila zrušení povinného členství v komoře. „Do té doby komora projekt chválila,“ uvedl Cabrnach. Internetová knížka je podle něj perspektivní věc a její dobrovolnost to prý nijak nesnižuje.

Skeptičtější je například dětský lékař Milan Kudyn. „Není to asi špatná myšlenka, ale když nám dnes nejsou zejména lékaři z fakultních nemocnic ochotni posílat zprávu o vyšetření pacienta, nemůže ani tohle úplně fungovat,“ míní.

Spor o VZP rozděluje veřejnost

Spor o Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP), kterou ostře kritizuje nový ministr zdravotnictví Jozef Kubinyi a rád by, aby její ředitelka Jiřina Musílková odstoupila, rozděluje i lékařskou veřejnost. Zatímco ambulantní lékaři se jí v podstatě zastali, Česká lékařská komora se přiklonila na stranu ministra.

„Za útoky na VZP může být snaha ovládnout tuto největší pojišťovnu, která spravuje tři čtvrtiny prostředků veřejného zdravotního pojištění,“ řekl Právu mluvčí koalice ambulantních lékařů Jiří Pekárek.

I když koalice má k činnosti VZP výhrady, domnívá se, že rezignace nebo odvolání ředitelky není tím hlavním problémem. Podle Pekárky se ocitáme na křižovatce. „Buď vznikne národní zdravotní systém, kdy stát bude spravovat peníze vybrané na zdravotní pojištění, což by byl obrovský krok zpět, nebo povolíme konkurenci zdravotních pojišťoven. My preferujeme to druhé,“ říká Pekárek a kritizoval ministra Kubinyiho za to, že se nezabývá podstatnými problémy v resortu.

Na stranu VZP se přiklonil i největší odborový svaz ve zdravotnictví. Vyzval dokonce ministra, aby odstoupil. „V parlamentu utrpěl Kubinyi porážku KO a nezastal se ho nikdo, ani vlastní poslanci z ČSSD,“ řekl Právu Jiří Schlanger, předseda odborového svazu zdravotnictví a sociální péče. Domnívá se, že kritika, kterou Kubinyi adresoval VZP, se otočila proti němu.

Za svoji ředitelku se postavili i odboráři VZP. „Jako pracovníci VZP se cítíme být poškozeni názory o špatné práci VZP a plýtvání prostředků pojištěnců,“ píše zaměstnanci ve svém prohlášení, a dodávají: „Apelujeme na vládu, aby pomluvám a snahám o narušení řádného chodu VZP čelila ze své pozice a svými prostředky.“

Naopak na stranu ministra s ostrou kritikou VZP se plně přiklonil David Roth, prezident České lékařské komory. „Postoj ředitelky VZP jasně svědčí, že si buď není vědoma své naprosté neschopnosti řídit VZP, nebo naopak, že je pevně spojena se všemi pochybnými finančními aktivitami, které VZP v rozporu se svým posláním podporuje,“ píše ve svém prohlášení, a dodává, že obě alternativy jsou „velmi špatnou zprávou pro pacienty a zdravotníky“. Podle něj ředitelka tento týden v parlamentu nedala vysvětlení na žádoucí výhrad ministr Kubinyiho, týkající se neprůhledného hospodaření VZP.

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Převezmu soukromou praxi

Převezmu soukromou praxi PLDD nebo přijmu místo v ambulanci alergologa. Po celé ČR. E-mail: jmn@quick.cz, mobil: 605 562 354

Pediatr hledá zástup

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

Převezmu praxi

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

Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta v ordinaci PLDD s perspektivou odkoupení praxe - Praha a okolí. Tel.: 605 243 136

Hledám místo asistentky

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

Hledám pediatra na zástup

Hledám ihned pediatra na zástup do ordinace v Praze 2 po dobu nemoci 3-4 měsíců. Tel. 222 560 086, mobil 603 74 63 48.

Hledáme PLDD

Hledáme další praktické lékaře pro děti a dorost, kteří jsou ochotni zastupovat v ordinacích PLDD v Praze a okolí Prahy. Jedná se o zástupy krátkodobé i dlouhodobé. Totéž se týká i zastupování dětských sester v ordinacích PLDD. Kontakt: MUDr. Alena Rejdová, tel. 274 814 880 (záznamník) nebo 606 612 447.