

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

září 2010 ■ číslo 7 ■ ročník 10



Deformity dolních končetin u dětí

Diagnostika dětských náhlých břišních příhod

Zobrazovací diagnostika ileózních stavů u novorozenců

Supraventrikulární tachykardie v novorozeneckém věku

ORION
DIAGNOSTICA

gsk GlaxoSmithKline

Herb
Sunar

Téma čísla:
**ZOBRAZOVACÍ METODY
V CHIRURGICKÝCH
OBORECH**

Hero - Sunar

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16, 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

Vydavatel:

**Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o. s.**

Odborná garance:

**Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s. r. o.

(vox@imedix.cz; GSM: 777 281 866)

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Michaela Šmejkalová



Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

Povoleno ministerstvem kultury pod číslem

MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241.

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze

s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá

za obsah inzerce a vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za červen a červenec 2010 5

**Záznam z jednání zástupců SPLDD ČR,
distributorské firmy Avenier, a.s. a M Z ČR 5**

Koalice soukromých lékařů 7

„Komise MZ pro péči o děti a dorost“ 8

Informace hlavního hygienika 10

SÚKL informuje 12



Informace OSPDL ČLS JEP 13

doc. MUDr. Ivo Mařík, CSc. a kol.

**Deformity dolních končetin u dětí:
diagnostika, monitorování a léčení 16**

MUDr. Jaroslav Sankot

**Diagnostika dětských náhlých břišních příhod,
srovnání spolehlivosti klinického vyšetření
a zobrazovacích metod 21**

doc. MUDr. Jaromír Hořák, CSc., MUDr. Marie Švástová
Zobrazovací diagnostika ileózních stavů u novorozenců 24

MUDr. Alice Mocková, MUDr. Petr Jehlička
Supraventrikulární tachykardie v novorozeneckém věku 27

MUDr. Parvine Gricová
Kazuistika: Bolesti hlavy neočekávané etiologie 30

Ze světa odborné literatury 31



Aktuality 32

Řádková inzerce 41

Autodidaktický test 42

Středová příloha:

Vyhláška o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení a o změně vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 51/1995 Sb., kterou se mění a doplňuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, a mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě (vyhláška o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení)

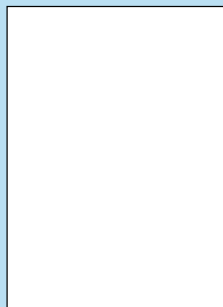


NAKLADATELSTVÍ
UMÚN
s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec

tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz

Obrázek na titulní straně namaloval ústy Željko Vertejl.



Rizika dorostového věku, hepatitidy



v tomto čísle inzerují...

GSK

BOIRON

HERO

NESTLÉ

PFIZER

PHC

W - SERVIS

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	10. 00–15. 00 hodin
Úterý	10. 00–15. 00 hodin
Středa	10. 00–15. 00 hodin
Čtvrtek	10. 00–15. 00 hodin
Pátek	10. 00–13. 00 hodin

**Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o. s.
U Hranic 16, 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



Přehled činnosti SPLDD za červen a červenec 2010

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Předprázdninový a první prázdninový měsíc se nesl především v očekávání, jak dopadne situace kolem obsazení postů resortního ministerstva. Do čela nakonec usedl lékař rentgenolog mající zkušenost s vedením velké fakultní nemocnice. Zvládne doc. MUDr. Leoš Heger nastavit zdravotnictví tak, aby byli spokojeni pacienti, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny? Uvidíme, nicméně nový ministr již prakticky uzavírá druhou desítku jmen svých předchůdců, kterým se nepodařilo se k tomuto cíli ani přiblížit.

2.6. - v budově České správy sociálního zabezpečení proběhl seminář, který měl za úkol prezentovat stav jednání v problematice možnosti vystavování elektronické verze dočasné pracovní neschopnosti. Mnozí účastníci s překvapením zjistili, že Správa sociálního zabezpečení vytváří vlastní model, rozdílný od verze připravované na půdě MPSV. Hlavním mottem verze Správy je totiž přímé potvrzování převzetí elektronické verze, tj. model, který vede k problémům u elektronických receptů - lékař vyplní elektronickou verzi, odešle na Správu a vyčká na potvrzení převzetí. Panuje tedy obava, že vybavení ordinací PL neumožní faktickou realizaci a čekání na potvrzení zkomplikuje činnost ordinace. Snad se nakonec MPSV se Správou domluví....

2.6. - na půdě Ministerstva zdravotnictví ČR proběhla další schůzka odboru hlavního hygienika, společnosti distribuující očkovací

látky a námi. Výstupy z tohoto jednání zveřejňujeme na jiném místě

18.6. - ke svému pravidelnému jednání se sešlo Předsednictvo Sdružení. To na svém jednání hodnotilo výstupy Sněmu, Usnesení jsme zveřejnili v předchozím čísle, dále řešilo situaci kolem nových výstupů v problematice očkování pneumokokem. Při této příležitosti došlo ke potvrzení společného stanoviska Sdružení a OSPDL v problematice náhledu na způsob získávání vakcín proti pneumokokovým nákazám do ordinací PLDD. V neposlední řadě byla projednávána problematika jednotlivých regionů

22.6. - na svém pravidelném jednání se sešli i členové Koalice soukromých lékařů. Výstupy z tohoto jednání opět zveřejňujeme na jiném místě

28.6. - jednala Komise péče o dítě, po-

radní orgán ministryně zdravotnictví. Výstupy opět zveřejňujeme na jiném místě.

20.7. - segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost se sešel v rámci přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2011. S vědomím ekonomické situace resortu jsme za poskytovatele předkládali v podstatě identický návrh, jaký byl předložen pro rok 2010, tj. základní sazby 59 Kč kapitační platba a 1,10 Kč/bod s možností bonifikačních systémů jako systémy zároveň řešící regulace. Ze strany ZP jsme se však dozvěděli, že jejich snahou by mělo být dostat úhrady někde k hodnotám roku 2008, což je pro nás rozhodně nepřijatelné. Nakonec byla diskutována varianta zachování sazeb letošního roku s ev. úpravou stávajících regulačních mechanismů. Uvidíme, kam nakonec jednání dospějí...

Záznam z jednání zástupců SPLDD ČR, distributorské firmy Avenier, a.s. a MZ ČR

Datum jednání: 2.6.2010

Přítomni: dle presenční listiny

Program jednání: řešení otázek souvisejících s distribucí očkovacích látek.

Výsledky a závěry jednání:

■ 1. Likvidace očkovacích látek s prošlou dobou expirace (hrazené ze státního rozpočtu):

Na závěr diskuse dohodnuta následující pravidla:

• očkovací látky s prošlou dobou expirace, které byly dodány krajskými hygienickými stanicemi a hygienickou stanicí hl.m.Prahy:

Ministerstvo zdravotnictví připraví dopis jednotlivým ředitelům KHS a HS hl.m.Prahy s žádostí o předání této informace jednotlivým praktickým lékařům spolu s formulářem obsahujícím požadované údaje. V kopii bude MZ ČR informovat SPLDD, která uveřejní předanou informaci na www stránkách společnosti. Jednotliví praktičtí lékaři pro děti a dorost (dále PLDD) připraví přehled očkovacích

látek s uvedením č.š. a předají tento podklad příslušné krajské hygienické stanici. Krajské hygienické stanice předají sumář těchto informací získaných od jednotlivých praktických lékařů MZ ČR ke schválení likvidace.

• očkovací látky (hrazené ze státního rozpočtu) s prošlou dobou expirace, které byly dodány distributorskou firmou Avenier a.s.

Informace o těchto očkovacích látkách bude předávána 1x za 3 měsíce shodným postupem.

Likvidaci zajistí jednotliví PLDD po uděle-



ní souhlasu hlavní hygienikem předepsaným způsobem (likvidace jako léčiva pod katalogovým číslem 18 02 08). Žádost o likvidaci včetně zdůvodnění bude postoupena MZ prostřednictvím přísl. krajské hygienické stanice. Shodně bude postupováno i v případě ordinace PLDD, která ukončila činnost.

■ 2. Reklamacie očkovacích látek – závady zjištěné dodatečně.

Lékař, který zjistí závadu, uplatní reklamacii u distributorské firmy Avenier, a.s. Dodatkem ke kupní smlouvě bude zajištěno pověření PLDD k přímé reklamaci vadné očkovací látky. (návrh dodatku předloží MZ ČR Avenier, a.s.). Avenier, a.s. bude předávat v pravidelných intervalech (1x za 3 měsíce) informaci o reklamovaných očkovacích látkách MZ ČR.

S touto skutečností bude seznámen SÚKL.

■ 3. Kontrola hospodárního využití očkovacích látek.

Navrženy různé varianty sledování využití očkovacích látek určených pro pravidelné očkování dětské populace. Konstatováno, že v každé ordinaci je k dispozici sešit – evidence dodaných a vydaných léčiv včetně očkovacích látek a přehled očkovaných dětí. Dokumentaci je snadno možné využít k provedení kontroly.

■ 4. Sjednocení počtu oprávněných ordinací.

Dle informace distr. firmy Avenier, a.s. je evidence založena na IČO, pouze u některých ordinací na IČZ (jde o ordinace, které mají společně IČO pro více IČZ lékařů odbornosti PLDD). V současné době evidováno 2771 ordinací, 2268 IČO.

■ 5. Doklad o předání léčivých přípravků.

K dispozici vyjádření ředitele právního odboru MZ ČR, které uvedeno v příloze. Dle tohoto vyjádření je tato povinnost uložena distributorovi a předpokládá se součinnost odběratele k poskytnutí požadovaných informací. Požadavek na prokázání lékařů průkazem totožnosti, popř. uvedením čísla OP či jiného identifikátoru fyzické osoby vůči společnosti Avenier, a.s. sahá nad rámec zákonných povinností lékařů. Dohodnuto, že postačí uvedení jména - hůlkovým písmem, podpisu a razítka přebírajícího zdravotnického zařízení.

■ 6. Signalizace nedostatku očkovacích látek.

Distr. firma Avenier a.s. oznamuje s 6ti měsíčním předstihem všem výrobcům očkovacích látek požadavky. Každý výrobce má zásobu cca na 2-3 měsíce, zásoba pro MZ ČR je cca na 2-3 týdny. Vzhledem k tomu, že v současné době jsou problémy pouze s firmou GlaxoSmithKline s.r.o., bylo doporučeno uskutečnit jednání MZ s tímto výrobcem s cílem usměrnit dodávky očkovacích látek.

Informace o příp. nedostatku konkrétní očkovací látky bude předávána distr. firmou Avenier a.s. MUDr. Cabrnchová, MUDr. Neugebauerovi a Ministerstvu zdravotnictví.

V současné době nedostatek očkovací látky Boostrix/ IPV v důsledku závady - špatné označení č. registrace na obalu. Distribuce již dovezené očkovací látky proto pozastavena. Na základě vyjádření a doporučení SÚKLu bude ke každému distribuovanému balení přidána informace lékařům o vzniklé chybě a očkovací látka bude za těchto podmínek uvolněna k distribuci. Distribuce další dodávky této vakcíny se shodnou závadou bude řešena vydáním rozhodnutí MZ ČR na základě odst. 6 § 8 zákona č. 378/2007 o léčivech.

■ 7. Problematika „čekacího řetězce“.

Objasněna otázka logismu rozvozu očkovacích látek firmou Avenier, a.s. Rozdílné čekací doby vznikají překrýváním tras v regionech z důvodu pokrytí všech ordinací. Od 15.6.2010 bude při přijímání objednávek zároveň provedena jejich rezervace pro tuto ordinaci. Při nedostatku očkovacích látek lze připustit i omezení dodávek pouze po dohodě s objednávacími lékaři.

V případě nedodržení tohoto postupu oznámí tuto skutečnost PLDD obvyklým způsobem MZ ČR.

Potvrzování objednávek zajišťováno automaticky prostřednictvím e-mailu, lze připustit i telefonické potvrzení u objednávek zasílaných faxem. Doporučeno z důvodu větší operativnosti sdělit urychleně e-mailovou adresy.

■ 8. Otázka „vracení nevyužitých léčivých přípravků“.

V praxi neumožňuje odst. 1 písm. b) a c) § 77 zákona č. 378/2007 Sb. o léčivech

a o změnách některých souvisejících zákonů.

■ 9. Změna v systému objednávání vakcíny proti virové hepatitidě typu A.

Objednávání očkovací látky proti VHA bude realizováno při výskytu VHA dvojím způsobem:

a) Mimořádné očkování proti VHA na základě souhlasu hlavního hygienika ČR (odst. 1 písm. i) § 80 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů) podle § 69 odst. 1 písm. g) shodného zákona. Očkovací látka bude nárokována přísl. krajskou hygienickou stanicí a předána distr. firmou přímo očkujícím lékařům.

b) Očkování v ohnisku nákazy v případě výskytu VHA v rodině apod. Očkovací látku objedná očkující lékař na základě požadavku přísl. krajské hygienické stanice – požadavek bude stanoven lékařským dohledem (§ 2 odst. 6 písm. b) zákona č. 258/2000 Sb.).

■ 10. Očkování proti pneumokokovému nákazám - očkovací látka Prevenar 13 (očkovací látka hrazena ze státního rozpočtu).

Plynulý přechod z očkovací látky Prevenar 7 na Prevenar 13 bude vyřešen vrácením zbývajících dávek očkovací látky Prevenar 7 distr. firmě Avenier a.s. Situace bude legislativně vyřešena dodatkem ke kupní smlouvě na vakcíny mezi MZ a konsorciem Phoenix-Avenier (Avenier, a.s. předloží návrh v termínu do 20.6.2010)..

■ 11. Očkování zdrav. stigmatizovaných dětí.

Očkovací látky ve vícedávkovém balení, které jsou určeny pro zdravotně stigmatizované děti, kterým nelze aplikovat běžně používané očkovací látky pro pravidelná očkování, jsou aplikovány na specializovaných pracovištích FN Motol a FN Brno.

Zapsala: H. Šmejkalová



Koalice soukromých lékařů

Také Koalice soukromých lékařů napjatě sledovala vývoj povolební situace. Členové jednotlivých organizací monitorovali zpočátku především výstupy z jednání tzv. expertních skupin. Výstupy naleznete níže. Jak dopadnou koaliční jednání a kdo se stane dalším ministrem? Vše nakonec dopadlo ve prospěch lékaře, doc.MUDr. Leoše Hegera, CSc. Jaký bude postoj lékaře majícího dlouholetou praxi s fungováním lůžkového zdravotnického zařízení směrem k soukromým ambulantním lékařům? První vyjádření, kde nechybí „gate keeping“ či problematika regulačních poplatků lečtemu napovídá.

I. Výpis z jednání

Koalice soukromých lékařů ze dne 22. června 2010

1. Schůzka s ředitelem VZP ČR

• Schůzka s ředitelem VZP nesplnila očekávání, Koalice na své dotazy nedostala uspokojivé odpovědi. Znovu se písemně obrátí na MUDr. Horáka a požádá jej o vysvětlení nejasných bodů týkajících se podmínek projektu „Racionální preskripce VZP ČR“. VZP byla v této záležitosti oslovena Radou SAS ČR již v polovině května, ale do termínu jednání KSL neobdrželi ambulantní specialisté žádné vyjádření.

2. Situace ve zdravotnictví po volbách

• Zástupci Koalice vyčkají na personální složení nové vlády a po jmenování ministra zdravotnictví do funkce jej požádají o schůzku.

3. Generická preskripce

• KSL nesouhlasí s generickou preskripcí jako jediným způsobem předpisování léků.

4. Diskuse k IZIP

• Systém IZIP nepodporuje žádná z organizací Koalice soukromých lékařů. Vzhledem k počtu zapojených lékařů nejde o obecné komunikační médium.

5. Dohodovací řízení o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče na rok 2011

• Zástupci KSL se vzájemně informovali o dosavadních výsledcích dohodovacího řízení na rok 2011 a požadavcích, které se jednotlivá sdružení KSL snaží na jednáních prosadit. Problematiku DŘ, zejména přesouvání finančních prostředků do lůžkových zařízení je třeba také projednat s novým vedením MZ ČR.

6. Výzva LOK „Děkujeme, odcházíme“ a reakce prezidenta ČLK

• KSL nebude t.č. tuto aktivitu komentovat.

7. Různé

• O smlouvu se ZP MÉDIA není velký zájem, podle informací, které má KSL k dispozici se pacienti vracejí zpět k původním zdravotním pojišťovnám.

• Problémy, které s sebou přináší přechod pacientů k systému Moje ambulance by vyřešilo, kdyby se pacient, který od svého ošetřujícího lékaře odchází, u něj nejprve odregistroval.

II. Konečný návrh expertní skupiny pro zdravotnictví

Preamble

Koalice považuje zdravotnictví za jednu ze svých hlavních programových priorit, proto nedopustí zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče pro občany České republiky. Dále se koalice zasadí o změny, které povedou k modernizaci a dalšímu rozvoji systému zdravotnictví na základě jeho dlouhodobé finanční udržitelnosti. Cílem koalice je zajistit občanům České republiky dostupnou a kvalitní zdravotní péči na principu skutečné solidarity.

Koalice se shodla na základních podmínkách pro naplnění těchto cílů jako je zachování a modernizace veřejného zdravotního pojištění, navýšení zdrojů legálním přísunem soukromých zdrojů, transparentní právní prostředí a rovná soutěž poskytovatelů i zdravotních pojišťoven jako účinný nástroj k omezení korupce, rovný přístup k péči hrazené z veřejného zdravotního pojištění, skutečná solidarita zdravých s nemocnými a jasné stanovení role státu.

Koalice bude pokračovat ve veřejné diskuzi o reformě českého zdravotnictví na půdě expertní komise, ke které budou přizvány i ostatní parlamentní politické strany.

1) Definujeme nárok, tedy rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, na základě medicínských kritérií a v rozsahu možností veřejného zdravotního pojištění.

2) Každé zdravotnické zařízení, které má uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, je povinno vždy nabízet „nárok“, tedy variantu zdravotní péče plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění.

3) Definujeme časovou a geografickou (místní) dostupnost zdravotní péče a uložíme plátcům tuto dostupnost pro pojištěnce zajistit.

4) Pacient hradí tu část zdravotní péče, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, tedy není součástí „nároku“.

5) Zavedeme transparentní čekací seznamy pro jednotlivé druhy zdravotní péče.

6) Zdravotnická záchranná služba bude na celostátní úrovni jednotná, bude definována samostatným zákonem, který bude řešit její činnost, organizaci i principy financování, dostupnost jejích služeb a postavení v systému zdravotnictví a integrovaném záchranném systému.

7) Podporujeme prevenci; umožníme zdravotním pojišťovnám pozitivně motivovat pojištěnce, kteří se účastní preventivní péče.

8) Bezodkladně provedeme kategorizaci zdravotnických prostředků.

9) Zdravotnické prostředky budou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění na principu referencí - „za stejný efekt stejná úhrada“.

10) Zavedeme generickou preskripci a substituci u léků hrazených plně nebo částečně z veřejného zdravotního pojištění.

11) V každé referenční skupině musí být nejméně jeden dostupný lék plně hrazený bez doplatku.

12) Chceme větší roli a větší odpovědnost pojišťoven při rozhodování o úhradách léčivých přípravků a zdravotnických prostředků.

13) Vytvoříme takové právní prostředí, abychom přeměnili fakultní nemocnice na nemocnice univerzitní, s tvrdým rozpočtovým omezením.

14) Obdobně budeme postupovat i u ostatních zdravotnických zařízení ve vlastnictví státu.

15) Stát u svých zařízení a poskytovatelů



zdravotní péče zabezpečí provádění elektronických aukcí a centrálních nákupů.

16) Dokončíme reformu postgraduálního a celoživotního vzdělávání.

17) Pregraduální vzdělávání zdravotnických pracovníků nemůže být financováno z veřejného zdravotního pojištění; tyto náklady pokryje resort školství.

18) Postgraduální vzdělávání budou organizovat vysoké školy.

19) Celoživotní vzdělávání budou organizovat komory, odborné společnosti a vysoké školy.

20) Postgraduální i celoživotní vzdělávání budou provádět subjekty, které k tomu získají akreditaci ministerstva zdravotnictví.

21) Stát bude finančně podporovat postgraduální vzdělávání tak, aby finance směřovaly ke školenci i k jeho zaměstnavateli.

22) Převedeme nemocenské dávky na nemocenské pojištění, které budou provádět zdravotní pojišťovny.

23) Posílíme dozor a kontrolu zdravotních pojišťoven, jejich hospodaření a zajišťování nároku pro pojištěnce.

24) Stanovíme jasné, transparentní a efektivní podmínky, za kterých budou uzavírány smlouvy pojišťoven s poskytovateli zdra-

votní péče.

25) Posílíme kontrolu kvality a bezpečí zdravotní péče a zdravotnických zařízení.

26) Dokončíme transformaci orgánů ochrany a podpory veřejného zdraví.

27) Budeme prosazovat aplikaci evropské charty práv pacienta.

28) Budeme prosazovat elektronizaci zdravotnictví jako nástroj ke zvýšení transparentnosti a efektivity zdravotního systému, k omezování korupčního prostředí a ke zlepšení zdraví a informovanosti občanů.

29) Vytvoříme takové podmínky, aby bylo možné co nejrychleji zavést institut reálné ceny, který nahradí současný netransparentní bodový systém.

30) Zavedeme principy transparentní veřejné obchodní soutěže při nákupu péče (služeb) ze strany zdravotních pojišťoven.

31) Budeme iniciovat fúzování resortních pojišťoven ministerstva vnitra a obrany.

32) Zákonem sjednotíme podmínky fungování pro všechny zdravotní pojišťovny tak, aby bylo umožněno další případné transparentní fúzování ostatních zdravotních pojišťoven.

33) Zabezpečíme spravedlivější, vícekritériální přerozdělení pojistného na zdravot-

ní pojištění.

34) Zavedeme princip jednoho výběrčího místa.

35) Společně s odborníky vymezíme zdravotně - sociální (dlouhodobou) péči a navrhneme vhodný způsob financování.

36) Budeme podporovat dlouhodobou péči v domácnostech pacientů, terénní a ambulantní služby přizpůsobené potřebám pacienta jako alternativu ústavní dlouhodobé péče.

37) Zabezpečíme rozvoj paliativní a hospicové péče.

38) Budeme maximálně usilovat o zlepšení ochrany nekuřáků.

39) Zrušíme tabulkové platy ve zdravotnictví, mimo jiné proto, aby nebyla blokována výše odměny zdravotníků po dokončení postgraduálního vzdělávání a byla umožněna vyšší motivační mzda.

40) Posílíme kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků.

41) Koalice bude prosazovat, aby všechny nové zákony týkající se zdravotnické reformy vešly v platnost k 1. 1. 2012.

30.06.2010, Zdroj: ČTK

„Komise MZ pro péči o děti a dorost“

Záznam z jednání ze dne 28.6.2010

■ 1. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR „Zdraví pro všechny v 21. století“

• Byl diskutován návrh analýzy cílů Zdraví 21 se zaměřením na problematiku zdraví dětí a mladistvých v rámci stávajících cílů 3, 4, 9.

• Nové úkoly, které budou zaměřeny na zdraví dětí a mladistvých v rámci jednoho společného cíle, budou zaměřeny mimo jiné na zajištění povinné registrace dětí u PLDD v praxi, na rizika porodů mimo zdravotnická zařízení, na registraci těhotných žen, na právo dítěte na zdraví prenatálně, resp. zodpovědnost těhotných matek za zdraví svých dětí, na práva dětí obecně, na podporu pozitivního rodičovství, na zajištění bezpečného prostředí pro děti bez úrazů a násilí a pod. Oblasti a dílčí úkoly cíle „Zdraví dětí a mladistvých“ musí vycházet z analýzy zdravotního stavu dětí, problémů a priorit. Úkoly budou zaměřeny na oblasti, které nejsou řešeny v rámci jiných koncepcí, strategií a národních akčních plánů.

■ 2. OCHRIP pro děti

• Na základě dopisu FN Motol byla diskutována problematika dlouhodobé resuscitační péče pro děti. MZ požádalo o stanovisko k této problematice Společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a Českou pediatriickou společnost (ČPS) ČLS JEP.

• Sociální služby lze poskytovat ve zdravotnických zařízeních ústavní péče v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. Zřizování zdravotně sociálních lůžek je plně v kompetenci zdravotnických zařízení.

• Problematika řešení dlouhodobé resuscitační péče pro děti byla v minulosti předmětem odborné diskuse s tím, že bylo doporučeno jednotlivé případy řešit s využitím domácí plicní ventilace, popř. v rámci hospitalizace zvl. na oddělení OCHRIP pro dospělé.

• Doc. MUDr. Houštková, CSc. informovala o zkušenostech FTN s dlouhodobou JIP péčí o děti.

• Je nezbytné zjistit počet potřebných lůžek OCHRIP pro děti a zajistit regionální do-

stupnost těchto lůžek. K problematice bude vyžádáno stanovisko příslušné odborné společnosti (dr. Vobruba). V případě odůvodněné potřeby budou přijata příslušná systémová opatření (zvl. financování OCHRIP lůžek pro děti).

■ 3. Očkování dětí

• V rámci jednání byla diskutována novela vyhlášky o očkování, jejíž účinnost bude pravděpodobně od 1.9.2010. Změna se týká zejména očkování proti tuberkulóze (TBC).

• ČR patří mezi země s nejnižším výskytem tuberkulózy v Evropě (6,8 na 100 000 obyvatel za rok 2009), což vede k nutnosti přehodnotit přístup k otázce primovakcinace. Současný stav je charakterizován použitím dánské BCG vakcíny, po aplikaci které je zaznamenáván vysoký počet komplikací. Navíc v minulém roce byl zaznamenán další pokles počtu hlášených případů včetně podílu postižení cizinců. Výsledek přehodnocení přístupu k primovakcinaci bude zohledněn v novele vyhlášky o očkování, která zruší povinnou ploš-



nou primovakcinaci proti TBC a ponechá očkování proti tuberkulóze pouze u novorozenců z rizikových populačních skupin. Plošné očkování novorozenců proti tuberkulóze tak bude nahrazeno selektivním očkováním rizikových skupin novorozenců a starších dětí, u kterých přínos očkování převyší negativa očkování. Formou přílohy k vyhlášce budou vymezeny indikace k selektivní vakcinaci: kontakt dítěte s tuberkulózou, tuberkulóza v anamnéze u rodiče dítěte, sourozence dítěte nebo člena domácnosti dítěte, nebo původ dítěte, rodiče dítěte, sourozence dítěte nebo člena domácnosti dítěte ze země s vyšším výskytem tuberkulózy. Země s vyšším výskytem tuberkulózy jsou země s incidencí nad 40/100 000 obyvatel/rok podle každoročně aktualizovaného odhadu Světové zdravotnické organizace.

- Zahájení pravidelného očkování hexavalentní očkovačím látkou proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem *Haemophilus influenzae* b, přenosné dětské obrně a virové hepatitidě B bude posunuto o měsíc dopředu, tj. od devátého týdne po narození dítěte. U dětí očkovaných proti tuberkulóze podle § 3 odst. 1 bude pravidelné očkování hexavalentní očkovačím látkou zahájeno v souladu s § 14 odst. 2 nejdříve za 2 měsíce po tomto očkování, avšak vždy až po zhojení prvotní reakce.

- Komise MZ pro péči o děti a dorost podporuje návrh na zavedení selektivní BCG primovakcinace v ČR.

- Bude nezbytná náležitá informovanost veřejnosti a zejména médií o příslušných změnách, aby se předešlo desinformacím. Odborná společnost OSPDL a ČPS ČLS JEP připraví návrh prohlášení, které bude uveřejněno na webu MZ.

- S příslušnými legislativními změnami v oblasti očkování proti TBC je žádoucí urychlené ustavení Centra léčby TBC dětí a dorostu ve FTN. FTN předloží na MZ příslušnou žádost.

- V rámci jednání byl rovněž diskutován podnět zmocněnce pro lidská práva týkající se povinného očkování u dětí. Tento podnět byl předmětem jednání Národní imunizační komise MZ (NIKO) dne 28.4.2010. Povinnost očkování dětí, které vyplývá ze zákona, zůstává neměnná. Doporučené očkování dětí je ponecháno na rozhodnutí rodičů. O závěrech jednání NIKO byl úřad vlády informován.

4. Zdravotní a očkovačím průkaz dítěte a mladistvého (ZOP)

- V návaznosti na jednání Redakční rady pro ZOP, které se konalo na SZÚ, byly shrnu-

ty dosavadní zkušenosti s vydáváním a používáním ZOP, jehož součástí je zdravotní průkaz, očkovačím průkaz, zubní průkaz a edukační informace pro rodiče.

- Každým rokem je potřebné zajistit vytisknutí cca 120 tis. výtisků ZOP, které zajišťuje SZÚ. Distribuci ZOP rodičům zajišťují neonatologická oddělení.

- ZOP je v souladu s §47 zákona č. 258/2000 Sb., vyhláškou č. 537/2006 Sb. a Standardem „Zdravotního a očkovačím průkazu dítěte a mladistvého“, který byl uveřejněn ve Věstníku MZ č.13/2002:

§47 zákona č. 258/2000 Sb.:

Každé provedené očkování zapíše zdravotnické zařízení v rozsahu upraveném prováděcím právním předpisem do očkovačím průkazu nebo zdravotního a očkovačím průkazu dítěte a mladistvého, který vydá při prvním očkování, a do zdravotnické dokumentace očkovaného. Při každém dalším očkování je očkovaný povinen předložit očkovačím průkaz nebo zdravotní a očkovačím průkaz dítěte a mladistvého k provedení záznamu.

Vyhl. č. 537/2006 Sb., § 18 Rozsah zápisu o provedeném očkování

Do očkovačím průkazu nebo zdravotního a očkovačím průkazu dítěte a mladistvého se o provedeném očkování zapisí tyto údaje: druh a název očkovačím látky, datum jejího podání, číslo šarže, podpis a razítko očkujícího lékaře a údaj o očkování provedeném postupem podle § 47 odst. 1 písm. b) zákona jinou očkovačím látkou, než zajistil příslušný orgán ochrany veřejného zdraví. Rozsah záznamu do zdravotnické dokumentace očkovaného upravuje zvláštní právní předpis (vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.).

- Financování ZOP nebylo dosud zajištěno systémově. Na vydání ZOP se dosud podílely zejména VZP a MZ. Rodiče se na pořizování ZOP dosud nepodíleli, přestože ZOP je určen pro rodiče.

- Bude provedena revize právních norem, které se týkají ZOP (vyhláška o očkování, metodika k ZOP), obsahu, struktury, grafické úpravy, způsobu financování, vydávání, distribuce a používání ZOP.

■ 5. Různé

• Preventivní užívání natrium fluoratum

Na webových stránkách ČPS ČLS JEP bylo uveřejněno společné stanovisko ČPS ČLS JEP a OSPDL ČLS JEP k užívání natrium fluoratum

(viz. příloha). Toto stanovisko bude případně přehodnoceno ve vztahu ke kojení (zajistí OSPDL ČLS JEP, ČPS ČLS JEP a NS ČLS JEP)

• Dotační program MZ Péče o děti a dorost a Prevence kriminality pro rok 2010

Dotační program MZ Péče o děti a dorost a Prevence kriminality pro rok 2010 dosud nebyl realizován s ohledem na úsporná opatření vlády.

• Návrh metodiky pro PLDD pro prevenci dětských úrazů

S ohledem na nedostatek finančních prostředků nelze zajistit pilotní ověření návrhu metodiky pro PLDD pro prevenci dětských úrazů v praxi. Vzhledem k účinnosti (ode dne 1.2.2010) nové vyhlášky o preventivních prohlídkách, která byla pro oblast PLDD rozšířena mimo jiné o problematiku prevence dětských úrazů, bude návrh metodiky upraven ve spolupráci s OSPDL, předložen k připomínkám a poté urychleně uveřejněn ve Věstníku MZ.

• Národní strategie pro vzácná onemocnění na léta 2010-2020.

Členové komise byli informováni o materiálu, který byl odsouhlasen usnesením vlády č. 466 ze dne 14.6.2010. Materiál je uveřejněn na webu MZ.

• Zpráva o plnění NAP prevence dětských úrazů na léta 2007-2017 za období let 2007-2009 a návrh úkolů na nejbližší další období, t.j. období let 2010-2013

Členové komise byli informováni o materiálu, který byl předložen vládě 30.6.2010.

Po projednání vládou bude materiál uveřejněn na webu MZ.

• „Létání dětí“

Členové komise byli informováni o prohlášení k problematice „létání dětí“, které bylo uveřejněno na webu MZ. Toto prohlášení bylo ofic. poskytnuto MPSV a MŠMT na vědomí a k příslušným opatřením.

• Kolektivní zařízení v denním režimu pro děti do 3 let věku

Členové komise byli informováni o společném stanovisku Komise MZ pro péči o děti a dorost a Pracovní skupiny MZ pro prevenci násilí na dětech. Toto stanovisko nebylo uveřejněno na webu MZ.

• WEB MZ – péče o děti a dorost

Členové komise podporují rozšíření webových stránek MZ o problematiku „Zdraví dětí a dorostu“. Obsah webových stránek bude předmětem diskuse příštího jednání komise.

Zapsala dne 28.6.2010 MUDr. Truellová



Informace hlavního hygienika

I. Označování potravinářských přídatných látek

Dne 20. ledna 2009 vstoupila v platnost nová právní úprava pro potravinářské přídatné látky, kterou představuje nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1333/2008 ze dne 16. prosince 2008 o potravinářských přídatných látkách.

Nařízením se nahrazuje předchozí právní úprava a stanoví se harmonizované požadavky na používání potravinářských přídatných látek a jejich uvádění na trh, které platí jednotně ve všech členských státech Evropské unie.

Mezi základní ustanovení patří požadavky na označování přídatných látek jak v případě, že přídatné látky jsou použity pro další výrobu potravin, nebo jsou určeny přímo pro konečného spotřebitele. Nově se v článku 24 odstavci 1 nařízení stanoví povinnost uvést v označení potravin obsahujících určitá potravinářská barviva doplňující informace.

Pokud byla při výrobě potraviny použita, nebo potravin obsahuje následující potravinářská barviva:

E 110	žluť SY
E 104	chinolinová žluť SY
E 122	azorubin
E 129	červeně allura
E 102	tartrazin
E 124	ponceau 4R

je nutné buď u kódu nebo názvu tohoto barviva uvést informaci „může nepříznivě ovlivňovat činnost a pozornost dětí“.

Povinnost tohoto označení nastala dnem 20. července 2010 s tím, že potraviny vyrobené a označené před tímto datem mohou být prodávány do dne jejich minimální trvanlivosti nebo data spotřeby.

II. Stanovisko k potravinářským barvivům povinně označovaných doplňujícími informacemi

První informace o tom, že potraviny mohou obsahovat barviva, která ohrožují zejména zdraví dětí, se objevily v roce 2007 krátce po zveřejnění studie McCanna et al. (dále jen „studie“) o vlivu některých barviv a benzoanu sodného na chování dětí. Tato studie uvádí, že konzumace šesti syntetických potravinářských barviv a benzoanu sodného jako konzervační látky v potravinách má za následek zvýšenou hyperaktivitu u tříletých dětí a dělí ve věkové skupině 8-9 let. Studie navazovala na některé předchozí studie, které rovněž poukazovaly na možnou souvislost poruch chování u dětí v souvislosti s některými syntetickými barvivy (zejména studie Bateman et al. 2004).

V rámci této studie byly zkoumány účinky syntetických barviv tartrazinu (E102), chinolinové

žluti (E104), žluti SY (E110), červeně 4R (E124), alurové červeně AC (E129), azorubinu (E122) a benzoanu sodného (E211) na chování dětí. Na základě získaných výsledků autoři vyvodili závěr, že syntetická barviva nebo benzoan sodný (nebo obojí) ve stravě mají za následek zvýšenou hyperaktivitu u tříletých dětí a dětí ve věku 8-9 let.

Zkoumaná barviva se velmi často užívají v cukrovinkách, ale také se vyskytují v nealkoholických nápojích, anebo ve zmrzlínách, přičemž tyto druhy jsou konzumovány ve velké míře právě dětmi. Mezi dětmi jsou například velmi populární barvené nealkoholické nápoje, které si děti vybírají právě pro jejich barevnost.

Protože tato studie vzbudila zvýšenou pozornost, zejména ze strany spotřebitelské veřejnosti a sdělovacích prostředků, byl požádán Evropský úřad pro bezpečnost potravin (EFSA) o stanovisko k této studii, a případně k doporučení dalšího postupu. Dne 7. března 2008 přijal EFSA k výše uvedené studii stanovisko. Vedle této studie EFSA zkoumal i další studie podobného charakteru, které poukazovaly na možné ovlivnění chování dětí. EFSA ve svých závěrech konstatuje, že zde neexistuje jednoznačný a prokazatelný důkaz o tom, že by dvě zkoumané směsi přídatných látek vykazovaly statisticky významný účinek na chování dětí. Testovány byly účinky směsí a ne jednotlivých látek ve směsích obsažených, takže není možné jednoznačně připsat případný účinek

k žádné z individuálních složek směsi. Klinická významnost pozorovaných účinků je rovněž nejasná. Celá studie obsahuje značné nejistoty, jako je nízká úroveň konzistence a relativně slabý účinek, absence informací o klinické významnosti pozorovaných změn v chování. V září 2009 byla zveřejněna vědecká stanoviska EFSA k jednotlivým látkám, kde se opět potvrzuje, že studie poskytuje pouze limitované důkazy o případném dopadu zkoumaných látek na chování dětí a získané výsledky nejsou statisticky průkazné, i když se nepopírá případná zvýšená citlivost jedinců na potravinářská barviva nebo obecně na potravinářské přídatné látky.

Povinnost uvádět u kódu nebo názvu barviv výše uvedených informací „může nepříznivě ovlivňovat činnost a pozornost dětí“ byla stanovena v souladu s principem předběžné opatrnosti s tím, že k případnému zákazu používání těchto látek může dojít až po jednoznačném prokázání jejich negativního dopadu na zdraví spotřebitele. Ve studii zdravotní nezávadnosti těchto látek se nadále věnuje zvýšená pozornost a jsou prováděny další studie.

V Praze, 22. července 2010

MUDr. Michael Vít, PhD.
hlavní hygienik a náměstek ministra

Prevenar 13 nahrazuje od srpna 2010 Prevenar v pravidelném očkování dětí se zdravotními indikacemi (očkování tzv. rizikových dětí)

Dle sdělení výrobce Prevenaru 13 došlo k uzavření příslušných dohod mezi distributorem Avenier/Phoenix a Ministerstvem zdravotnictví. Prevenar 13 tak od srpna 2010 nahrazuje sedmivalentní Prevenar v očkování tzv. rizikových dětí proti pneumokokovým onemocněním. Očkování se realizuje na základě vyhlášky č. 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem v aktuálním znění a je určeno bezplatně dětem do 5-ti let věku s vyjmenovanými zdravotními indikacemi:

1. Primární defekty imunity s klinickým projevem: poruchy tvorby imunoglobulinů, T lymfocytů, fagocytózy a komplementu
2. Závažné sekundární imunodeficity, zejména hemato-onkologická a onkologická onemocnění po CHT, transplantace orgánů, HIV
3. Asplenie funkční i anatomické u dětí před dovršením druhého roku věku
4. Transplantace kmenových hemopoetických buněk

5. Chronická plicní onemocnění, zejména vrozené vady a poruchy respiračního traktu, bronchopulmonální dysplazie
6. Recidivující otitidy v rozsahu 4 ataky a více za rok
7. Pacienti s kochleárními implantáty a likvoreou
8. Pacienti po prodělaných bakteriálních meningitidách a septikémiích
9. Děti s porodní hmotností pod 1500 g

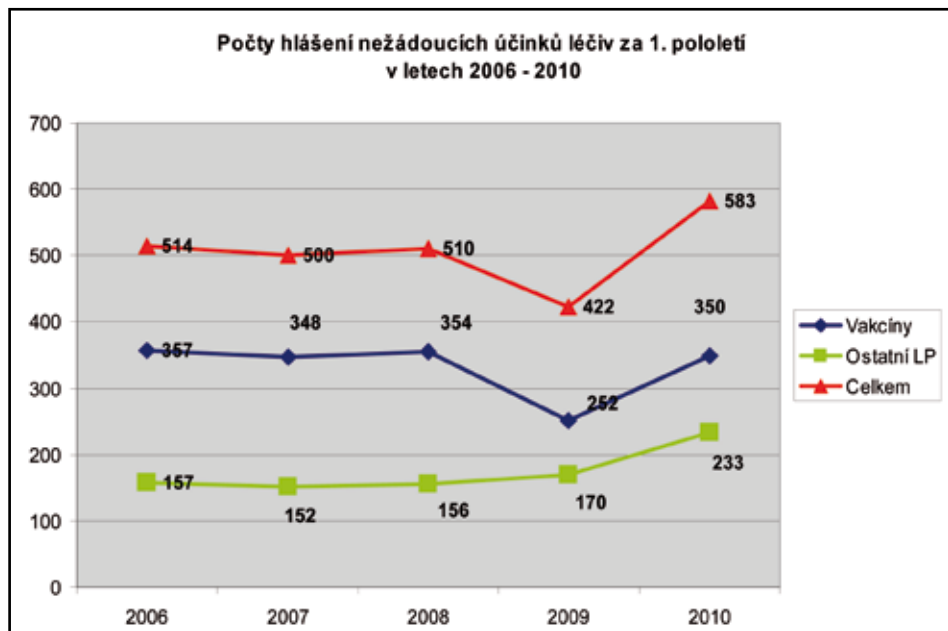
Všechny tyto děti jsou ve vysokém riziku komplikovaného průběhu pneumokokových onemocnění, proto je očkování indikováno a je dle uvedené vyhlášky povinné.

Očkování těchto dětí Prevenarem 13 je plně hrazeno státem a distribuce je jako v případě jiného pravidelného očkování zajišťována distributorem Avenier.

Pfizer - Prevenar 13



SÚKL informuje



I. O zvýšení počtu přijatých hlášení podezření na nežádoucí účinek léčiv od zdravotnických pracovníků

Praha, 27. 7. 2010 – Počet přijatých hlášení podezření na nežádoucí účinek léčiv od zdravotnických pracovníků za první pololetí tohoto roku je nejvyšší za posledních pět let.

Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL) obdržel v prvním pololetí roku 2010 od zdravotnických pracovníků celkem 583 hlášení. To je o 161 hlášení více než ve stejném období minulého roku. Za posledních pět let tak počet hlášení v tomto období vzrostl poprvé o více než 30 procent.

Zvýšené zapojení zdravotníků do systému hlášení lze dát do souvislosti s informační kampaní SÚKL o bezpečnosti léčiv, která byla zahájena v únoru letošního roku.

V České republice mají jako v jedné z prvních zemí EU možnost podezření na nežádoucí účinky hlásit také sami pacienti. Nahlásit podezření na nežádoucí účinek mohou pacienti pomocí Informačního portálu pro veřejnost SÚKL www.leky.sukl.cz. Tímto způsobem bylo nahlášeno 19 podezření přímo od pacientů.

SÚKL tímto děkuje všem zdravotníkům a pacientům, kteří zasílají hlášení, za podíl na zvýšení bezpečnosti léčiv a rozvoji poznání o léčivech, které jsou užívány v klinické praxi.

II. Nová služba předávání informací o léčivech zajistí lepší ochranu pacientů

Praha, 27. 7. 2010 – Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) spustil novou službu předá-

vání informací o nově zjištěných bezpečnostních rizicích léčiv. Včasné předání informace lékárnám umožní lepší ochranu pacientů před těmito riziky.

Připravená služba umožní lékárnám, ale také krajským úřadům, získávat v co nejkratším čase informace o nově zjištěných bezpečnostních rizicích léčiv. Na jejich základě pak bude možné bez prodlení stahovat z oběhu léky, u kterých se objeví závada v jakosti nebo závažné nežádoucí účinky. Lékárný budou pomocí tohoto systému varovány např. před výskytem padělaného léku v distribuci. Úkolem nové služby však není pouze varovat, ale také informovat o uvolnění dříve pozastaveného léčiva do oběhu.

Nová služba funguje na principu podobnému tzv. RSS kanálu. Podstatnou odlišností je strukturované publikování bezpečnostních informací. **Pokud lékárna systém využije, její software může např. rychlou výstrahu o závadě v jakosti nebo výskytu padělků okamžitě automaticky porovnat se stavem skladových zásob dané lékárny a neprodleně upozornit na případný výskyt problémového léku odpovědného pracovníka lékárny. Lékárna nepotřebuje žádný nový software.**

Systém tak slouží k ochraně veřejného zdraví a je další pojistkou proti tomu, aby se k českým pacientům dostal problematický přípravek.

Zároveň je služba i přínosem pro lékárný, které takto jednoduše splní zákonné povinnosti v souvislosti s prokázáním přijetí a zpracování informací závažných pro zdraví léčebných osob.

III. Riziko kožních reakcí po lokálním podání ketoprofenu

Praha, 1. 7. 2010 – Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) vzhledem k začínající letní sezoně upozorňuje na riziko kožních fototoxických reakcí při místním používání léčivých přípravků s obsahem ketoprofenu.

SÚKL každoročně zaznamenává celou řadu případů a hlášení o kožních fototoxických reakcích po aplikaci přípravku s obsahem ketoprofenu na kůži a následném vystavení slunečním paprskům.

Při vystavení místa aplikace UV záření (přímé sluneční záření nebo záření solária) může dojít k zarudnutí, svědění, tvorbě pupínků nebo puchýřů. V řadě případů se nepříjemné reakce po těle šíří a mohou tak zasáhnout i velkou část povrchu těla. Kožní reakce jsou často jen velmi obtížně léčitelné a může kvůli nim dojít až k hospitalizaci.



Nepříjemným a někdy i velice závažným nežádoucím účinkům lze předejít správným používáním lokálních léčivých přípravků. Pacienti by si měli vždy před použitím přípravku pečlivě přečíst příbalovou informaci.

Možné fototoxicitě lze zabránit umytím rukou po aplikaci a ochranou místa aplikace před slunečním ozářením či soláriem po celou dobu léčby a další 2 týdny po jejím skončení.

Léčivé přípravky s obsahem ketoprofenu k zevnímu užití se používají k léčbě bolestivých poúrazových stavů nebo zánětů pohybového aparátu. Přípravky jsou určeny pouze na neporušenou kůži. V ČR jsou v současné době registrovány a obchodovány tyto přípravky k zevnímu užití obsahující ketoprofen: FASTUM gel, KETONAL krém, PROFENID gel, PRONTOFLEX kožní sprej a PRONTOKET spray. Všechny uvedené přípravky jsou dostupné v lékárnách bez lékařského předpisu. Fototoxicita je obecným problémem všech nesteroidních antirevmatik k lokálnímu používání, avšak pro jiné látky než ketoprofen nejsou z klinické praxe případy fototoxických reakcí dokumentované.

Veronika Petláková, tisková mluvčí



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnachová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Stanovisko Národní imunizační komise (NIKO) z 2.6.2010 k provádění kontrol kalmetizačních jizev a přeočkování dětí proti tuberkulóze.

Novelou vyhlášky o očkování v roce 2009 došlo ke zrušení veškerého přeočkování u dětí a to nejen ve věkové kategorii 11 let, ale i u dětí, u nichž byla při kontrole kalmetizační jizvy shledána negativní reakce. Důvodem k tomuto kroku je dostatečně odborně zdůvodnitelný fakt, že lokální reakce, která byla dříve zjišťována v období před zahájením dalšího očkování ve 3 měsících života dítěte, neinformuje dostatečně o účinnosti očkovací látky a v některých případech tak byly dokonce dále zvány na další přeočkování i děti u kterých se lokální reakce rozvíjela v pozdějším období. Odbornými studiemi je dnes i doložen fakt, neprokazující korelaci mezi výsledkem tuberkulinového testu a předpokládanou protektivitou navozenou BCG vakcínou. Obdobně se vyjád-

řila i Světová zdravotnická organizace (WHO) již v roce 1999.

Postup kalmetizačních center v pokračování v dalším přeočkovávání dětí vede k nutnosti rekapitulace následujících doporučení:

- Kontrola kalmetizační jizvy po provedené primovakcinaci je součástí prevence prováděné ordinacemi praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) před dalším očkováním jinou očkovací látkou. Do povinnosti PLDD spadá i hlášení závažných reakcí po aplikaci BCG vakcíny a odesílání dětí s komplikacemi po tomto očkování na specializovaná pracoviště.

- Kontrola kalmetizačních jizev kalmetizačními centry nemá v současnosti žádné od-

borné opodstatnění.

- Přeočkovávání dětí proti TBC u kterých nedošlo k reakci po očkování, případně přeočkovávání dětí na základě výsledku tuberkulinové zkoušky nemá žádné odborné a studiemí doložitelné zdůvodnění.

- Velmi varujeme před postupem mylného varování rodičů před rizikem šíření tuberkulózy v důsledku nepokračování v systému přeočkovávání. Považujeme za odborně nevhodné a důkazy nedoložitelné další propagování přeočkování v 11 letech a provádění propagačních akcí na stánkách základních škol a rozesílání pozvánek rodičům.

Stanovisko Národní imunizační komise (NIKO) z 28.4.2010 ke zrušení plošného očkování proti tuberkulóze a zavedení selektivní BCG vakcinace rizikových skupin dětí

ČR patří mezi země s nejnižším výskytem tuberkulózy v Evropě (6,8 na 100 000 obyvatel za rok 2009), což vede k nutnosti přehodnotit přístup k otázce primovakcinace. V roce minulém byl zaznamenán další pokles počtu hlášených případů a taktéž podíl postižení cizinců. Výsledek přehodnocení přístupu k primovakcinaci by se měl promítnout do novely vyhlášky o očkování, která by měla zrušit povinnou plošnou vakcinaci a ponechat očkování proti tuberkulóze pouze u novorozenců z rizikových populačních skupin. Ve prospěch navrženého postupu hovoří řada důvodů. Současný stav je charakterizován použitím dánské BCG vakcíny, po aplikaci které je zaznamenáván vysoký počet komplikací.

Tam, kde bylo celoplošné očkování již před několika lety zrušeno, což je prakticky ve všech vyspělých evropských státech (např. SRN, Rakousko, Švýcarsko), nedošlo k významnému nárůstu TBC u dětí. Důvodem zrušení vakcinace v uvedených zemích byla malá účinnost a tím i efektivita současně používané očkovací látky a přitom vysoký počet vedlejších účinků. Pokud se někde v zahraničí ještě očkuje proti TBC, pak většinou nikoliv celo-

plošně, ale cíleně, pouze u dětí z definovaných rizikových skupin. V některých státech byla dokonce zrušena i vakcinace těchto rizikových skupin (Rakousko).

NIKO má zásadní námítky vůči návrhům posunout primovakcinaci do 2. pololetí prvního roku života dítěte. Řada důvodů k tomuto stanovisku byla prezentována na půdě mnoha odborných fór. Mimo jiné by vstup dalšího subjektu - kalmetizačního centra - do očkování v období, kdy dítě podstupuje velký počet preventivních výkonů, znamenal nesystémový krok který by mimo jiné i vedl k poklesu proočkovanosti právě rizikových skupin dětí. S ohledem na vyšší výskyt akutních infekcí od 6. měsíce věku a kontraindikaci dalších očkování 12 týdnů od aplikace první dávky BCG vakcíny, jsou návrhy na posunutí primovakcinace nepřijatelné. Za neméně důležitou NIKO považuje otázku připravenosti systému na změny, které by posunutí termínu primovakcinace nutně musely přinést. Jedná se o vybavení kalmetizačních pracovišť z hlediska personálního i věcného, nově by ročně navštívilo kalmetizační pracoviště dvakrát kolem 120 000 dětí. Tím by bezesporu došlo k vzestupu výdajů ze

systému zdravotního pojištění bez toho, že by pro tento výdaj existoval jasný a odborně odůvodnitelný argument.

V zemích, kde bylo plošné očkování zrušeno, nedošlo k významnému vzestupu výskytu tuberkulózy. Česká republika je v současnosti jediná ze 13 zemí Evropské unie s výskytem tuberkulózy pod 10 na 100 000 obyvatel za rok, ve které se plošně očkují všichni novorozenci. Selektivní vakcinace se uplatňuje nebo dokonce se proti tuberkulóze vůbec neočkuje ani v některých zemích s výskytem tuberkulózy vyšším než v ČR (Belgie, Francie, Rakousko, Slovensko, Španělsko, Velká Británie).

NIKO jednohlasně navrhuje, především s ohledem na frekvenci nežádoucích účinků po BCG primovakcinaci a vzhledem k příznivé epidemiologické situaci ve výskytu tuberkulózy v ČR, v co možná nejkratším termínu nahradit plošné očkování novorozenců proti tuberkulóze selektivním očkováním novorozenců z rizikových skupin. Současně s tím bude možné zahájit dříve (již od 9. týdne věku) očkování proti pertusi, která je v ČR na trvalém vzestupu a výskyt stoupá i u novorozenců dětí.



Stanovisko OSPDL ČLS JEP k očkování proti spalničkám, zarděnkám, příušnicím a planým neštovicím kombinovanou očkovací látkou Priorix Tetra

OSPDL ČLS JEP od roku 2007 doporučuje očkování kombinovanou vakcínou proti spalničkám, zarděnkám, příušnicím a planým neštovicím. Tuto očkovací látku je možné použít v souladu s novelou zákona č. 258/2000 Sb. od 1.1.2003:

§ 47 odst. 1 zní:

„(1) K pravidelnému, zvláštnímu a mimořádnému očkování může zdravotnické zařízení použít jen očkovací látky, které zajistí Ministerstvo zdravotnictví. To neplatí:

a) jde-li o očkovací látku proti tuberkulóze a tuberkulín, nebo

b) požádá-li fyzická osoba o provedení tohoto očkování jinou očkovací látkou, než zajistilo Ministerstvo zdravotnictví. Při každém očkování musí zdravotnické zařízení dodržet návod k použití a postup stanovený výrobcem.“

V § 47 se za odst. 1 vkládá nový odstavec 2, který zní:

„(2) V případě podle odst. 1 písm. b) zajistí očkovací látku na pravidelné, zvláštní nebo mimořádné očkování zdravotnické zařízení, které očkování provádí. Tato očkovací látka musí být jako léčivý přípravek registrována a zdravotnické zařízení ji musí použít v souladu s podmínkami registrace.“

Očkování provádíme podle platného znění vyhlášky o očkování č.537/2006 ze dne 29.listopadu 2006, která v uvádí:

§ 5

Pravidelné očkování proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím

(1) Základní očkování se provede živou očkovací látkou, a to nejdříve první den patnáctého měsíce narození dítěte

(2) Přeočkování se provede za 6 až 10 měsíců po provedení základním očkování, v odůvodněných případech i později s tím, že horní věková hranice pro podání očkovací látky...

V SPC vakcíny Priorix Tetra ze dne 8.8.2007, tak i v poslední verzi SPC ze dne 14.3.2010 je v bodě 4.2. Dávkování a způsob podání uvedeno následující:

Alternativně, pokud je to v souladu s platnými oficiálními doporučeními*, je možné:

- podat jednu dávku vakcíny Priorix-Tetra inj. stříkačkou dětem, které již byly očkovány jednou dávkou jiné vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR) a/ nebo jednou dávkou jiné vakcíny proti planým neštovicím

- podat jednu dávku vakcíny Priorix-Tetra a poté očkovat jednou dávkou jiné vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR) a/nebo jednou dávkou jiné vakcíny proti planým neštovicím.

** Platná oficiální doporučení se mohou lišit ohledně intervalu mezi dávkami a nutností očkovat dvěma dávkami nebo jednou dávkou vakcín proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a proti planým neštovicím.*

Jak z výše uvedených platných dokumentů vyplývá, očkování umožňuje jak flexibilitu pokud jde o věk dítěte a zahájení očkování, tak i pokud jde o intervaly mezi podáním očkovacích látek, a to dle potřeb rodičů a jejich dítěte a umožňuje také použít tuto očkovací látku jako alternativu používané očkovací látky pro plošné očkování, obdobně jako je pro očkování proti hepatitidě B (Engerix) alternativně používána vakcína proti hepatitidě A+B (Twinrix).

Dle platného znění SPC vakcíny je možné upřednostnit interval na základě platných doporučení, tedy platné vyhlášky o očkování. Stejný postup je zvolen například pro použití očkovací látky Prevenar ve schématu 2+1 dávka. Toto schéma není v souladu s platným SPC pro očkování zahájené v prvních 6-ti měsících života dítěte, není-li použito v rámci plošného očkování. V souladu s platnými doporučeními pro plošné očkování (platná vyhláška) se pak používá i schéma 2+1 dávka (text SPC byl využit na Slovensku pro realizaci schématu 2+1 dávka).

Holka, nebo kluk?

Chytré těhotenské testy to odhalí

Těhotenské testy, které umějí odhalit pohlaví dítěte? Takový test loni způsobil revoluci mezi těhotnými v Americe. Chytrý test prý dokáže odhalit pohlaví miminka z moči s téměř naprostou přesností již v desátém týdnu těhotenství, tedy dříve, než to dokáže ultrazvukové vyšetření. Nyní jeho kouzlo začínají objevovat i těhotné u nás. Princip prvního inteligentního testu je jednoduchý „Nastávající maminka si udělá doma test z ranní moči a během deseti minut se testovací proužek zbarví buď do oranžova, a to znamená, že se narodí holčička, nebo do zelená, což značí, že se narodí chlapeček. Test funguje na zachytu hormonů obsažených v moči těhotné. Přesný princip však není možné prozradit, výrobce má celý postup chráněn a patentován,“ vysvětluje výhradní dovozce Jan Krupík.

Výrobce si je svým patentem natolik jistý, že poskytuje devadesát- až stoprocentní spolehlivost. „Výrobce garantuje devadesát procent, v praxi ale uznáme všechny reklamace. Těch deset procent neúspěšnosti ponechává výrobce na situaci, kdy test z nějakého důvodu neproběhne.

V Česku za dva měsíce, během nichž je test v prodeji, ho zatím vyzkoušelo asi šedesát žen, z toho jednou neproběhl,“ upřesňuje Krupík. Přesto, že inteligentní test, který dokáže rozpoznat pohlaví dítěte, je prvním na světě svého druhu, zdaleka není jedinou metodou, jak je možné pohlaví dítěte ještě před narozením určit. „Na ultrazvuku lze stanovit pohlaví počínaje koncem třetího měsíce těhotenství, tedy kolem 12. týdne, ale vyžaduje to zkušeného sonografistu a kvalitní ultrazvukový přístroj. Také je důležité uložení plodu, které musí být optimální tak, aby bylo pohlaví vidět, což vždy není,“ říká docent Pavel Calda z gynekologicko-porodnické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice.

A je vůbec dobré, aby nastávající rodiče předem znali pohlaví dítěte?

„Jsou situace, kdy je to třeba, například u některých nemocí. Zde bychom ale nevyházeli z výsledku takto udělaných testů. Pokud chce maminka znát pohlaví potomka jen z vlastního zájmu, ani zde není důvod jí nevyhovět,“ komentuje docent Calda.

Někdy je ale lepší po pohlaví dítěte přece jen příliš nepátrat.

„Může se stát, že se maminka upne k tomu, že se jí narodí například holčička, a pak s narozením chlapečka přijde zklamání, které se může promítnout i do vztahu k dítěti. V takovém případě je raději lepší vše nechat na přírodě a nepředbíhat událostem, na druhou stranu přepečlivé maminky mohou uvítat, když mají dost času na to, připravit si vše, co miminko bude potřebovat, a pokud znají pohlaví svého potomka, mohou se v přípravách a nakupování lépe orientovat,“ říká psychiater Jan Cimický.

Zdroj: Právo 3.6.2010

inzerce nadace???



Deformity dolních končetin u dětí: diagnostika, monitorování a léčení

doc. MUDr. Ivo Mařík, CSc. (ortoped, pediatr, ortopedický protetik)

Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu s.r.o., Praha

Spoluautoři:

RNDr. Daniela Zemková, CSc. (antropolog), MUDr. Radek Myslivec (ortoped), Mgr. Šárka Petrášová (antropolog),

MUDr. Emilie Hyánková (pediatr), MUDr. Alena Maříková (pediatr), MUDr. Olga Hudáková, PhD. (pediatr)

Úvod: U batolat a v předškolním věku se pediatři nejčastěji setkávají s valgózními a varozními deformitami kolenních kloubů. V našem sdělení si klademe za cíl odpovědět na otázky: Jak se vyvíjí osa dolních končetin (DK) během růstu? Které odchylky se považují za variantu normy a které za deformitu – patologický stav? Co jsou idiopatické deformity DK? Kdy jim věnovat pozornost? Je porušená osa DK jen kosmetický problém? Co se označuje za preartrózu? Jaké jsou možnosti diagnostiky a léčby v Ambulantním centru (AC) pro vady pohybového aparátu v Praze 3?

AC pro vady pohybového aparátu poskytuje již 17 let diagnostiku a komplexní léčení i péči (ve spolupráci se specialisty mnoha dalších oborů) pro děti a dospělé se získanými a vrozenými vadami pohybového ústrojí včetně konstitučních chorob skeletu, metabolických, enzymatických, hormonálních kostních onemocnění a vrozených končetinových vad. Tým AC se věnuje diagnostice, konzervativnímu a operačnímu léčení převážně dětí. Diagnostika se provádí na základě vyšetření klinického (ortopedického, pediatrického, ortopedicko-protetického), antropologického, radiologického, biochemického a genetického (i molekulárně genetického). Včasná diagnostika a zavedení adekvátní terapie v období růstu má za cíl řešit racionálně deformity skeletu, dosáhnout individuálně optimální (maximální) vrchol kostní hmoty v dospělosti, což je prevencí rozvoje sekundární osteoporózy a pozdější osteoporózy involuční. Podle charakteru onemocnění se individuálně kombinuje medikamentózní léčení s konzervativními ortotickými (končetinové a trupové ortézy zhotovované individuálně) a chirurgickými metodami (korekční osteotomie, parciální či úplné epifyzeodézy, prodlužovací operace aj.), kterým předchází a individuálně doplňuje léčení rehabilitační, využívající metodiky fyzikální terapie, vodoléčby, ergoterapie a další.

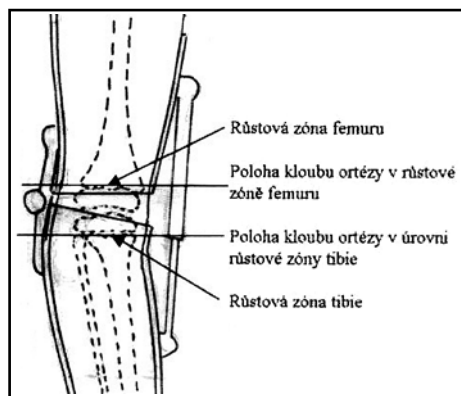
■ Diagnostika

Držení dolních končetin novorozence ukazuje na polohu plodu v děloze matky. Typická je semiflexe v kyčelních a kolenních kloubech, mírné equinvarosní držení nohou a vnitřní torse bérců. Novorozenecké asymetrie a abnormální postavení se označují za malpoziční či polohové vady (např. polohový pes equinovarus, pes equinovalgus, pes calcaneovalgus, luxace kyčelního nebo kolenního kloubu), anebo za projev tzv. "syndromu sedmi kontraktur", který popsal koncem 70. let 20. století profesor Hans Mau z Tübingenu (GER). Patří sem: **1.** plagiocefalie a diagonální oploštění obličeje, **2.** torticollis muscularis – zkrácení m. sternocleidomastoideus obvykle vlevo, **3.** scoliosis infantilis, která v 80 % případů spontánně vymizí, **4.** kontraktura adduktorů levého kyčelního klou-

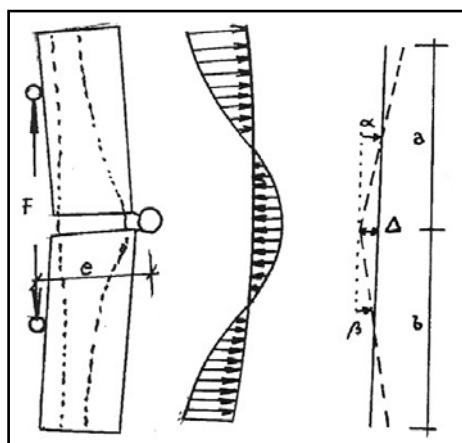
bu, **5.** kontraktura abduktorů a měkkých tkání pravého kyčelního kloubu, kterou popsal v 90. letech 20. století jako příčinu idiopatické skoliózy juvenilní a adolescentní profesor Tomasz Karski z Lublinu, **6.** šikmé postavení pánve (v důsledku kontraktury adduktorů levého kyčle a kontraktury abduktorů pravého kyčelního kloubu – viz. 4. a 5.), **7.** deformity nohou a dolních končetin – viz. výše. Pro malpoziční vady na rozdíl od malformací (které vznikají v embryonální periodě) a deformit (vznikají v začátku periody fetální) je charakteristické, že se korigují spontánně nebo velmi dobře odpovídají na léčení rehabilitační a ortotické. V kojeneckém věku se pozoruje mírná varozita v oblasti kolenních kloubů akcentovaná někdy tzv. abdukčním balením, které je často (a zbytečně) indikováno v prvních 6 měsících života při vývojové dysplazii

kyčelních kloubů. V indikovaných případech dáváme přednost Pavlíkovým třmínkům a rehabilitačnímu léčení.

Vývojová genua vara se obvykle pozorují v 18 měsících věku a spontánně se korigují do 4 nebo 5 let. Vývojová genua vara je nutno odlišit od Blountovy choroby (častěji oboustranné postižení s jednostrannou akcentací, dnes se řadí mezi metafyzární kostní dysplazie). **Genua valga se pozorují kolem 3 let věku**, jsou součástí fyziologického vývoje dolních končetin většiny dětí a spontánně se korigují do 6 až 7 let. Jako hranice se uvádí vzdálenost intermaleolární (tj. mezi vnitřními kotníky) 6 cm u stojícího dítěte. Jak ukázala naše studie po 6. roce je tibiofemorální (T-F) úhel v průměru 7,5° (tzv. fyziologická valgusita kolenních kloubů). Přibližně 1/3 dětí má T-F úhel vyšší mezi 8-10°. Genua val-



Obr. 1: Schéma dolní končetiny v ortéze, která působí na růstové epifyzy v oblasti kolenního kloubu podle Hüter-Volkmannova zákona (v tomto případě koriguje varozitu kolenního kloubu). Horizontálními přímkami je označena růstová epifyza femuru a tibie.



Obr. 2: Schematické znázornění působení ortézy na femur a tibii, zatížení dolní končetiny dynamickým (pružným) ohybovým předpětím a deformace ortézy.

ga jsou často spojena s nadváhou či kloubní hyperlaxitou a v těchto případech určitý stupeň valgozity přetrvává do pozdějšího věku. Idiopatická genua valga u dospívajících (starších 10 let) se již spontánně nekorigují, bývají spojena s valgozitou krčků stehenních kostí a planovalgozitou nohou. Závažné poruchy osy dolních končetin (kde se jedná o trojrozměrnou deformitu) nepředstavují jen kosmetický problém, ale mohou být příznakem (symptodem) metabolického nebo systémového postižení kostry – kostní dysplazie. I u tzv. idiopatických deformit (tj. kde se nezjistí příčina vady) je zvýšené riziko rozvoje předčasné osteoartrózy. Biomechanicky závažné deformity DK v období růstu se označují jako preartóza nebo preartrotická dispozice.

U všech případů závažné valgozity či varozity dolních končetin (DK) u dětí je nezbytné vyloučit (resp. potvrdit a léčit) různé formy křivice (např. vitamin D deficitní a hypokalcemickou křivici, osteomalacii u celiakie a jiných malabsorpčních syndromů), syn-

drom hyperlaxity, jiné metabolické osteopatie (např. hypofosfatemická křivice, mukopolysacharidózy, mukolipidózy aj.) a kostní dysplazie (např. pseudoachondroplazie, různé metafyzární osteochondrodysplazie, spondylometafyzární a spondyloepimetafyzární dysplazie aj.). Mírné (tzv. frustní) formy křivice se většinou nediodagnostikují a jsou velmi pravděpodobně (společně s kloubní hypermobilitou a nadváhou či obezitou) příčinou téměř symetrické varozity u batolat nebo valgozity u dětí předškolního věku a dětí starších 10 let. Obecně se uvádějí pod názvem „idiopatické“ deformity dolních končetin. Sekundární varozní deformity jsou obvykle spojeny s vnitřní torzí tibí. Jednostranné deformity vznikají téměř vždy jako následek asymetrického porušení růstové chrupavky např. úrazem, zánětem kostní dřene, nádorem (např. kostní exostózy solitární či mnohočetné), ozářením, omrznutím apod.

Kromě uvedených častěji se vyskytujících deformit dolních končetin ve frontální a axiální rovině jsou biomechanickým problémem v krajně kolenních kloubech fleční kontraktury, které jsou součástí spastické formy dětské obrny, rozštěpů páteře a míchy, neuromuskulárních chorob, úrazů nervových pletení a nervových kmenů, teratologických syndromů, např. popliteální pterygeální syndrom, Sticklerův syndrom aj, které se řadí do rozsáhlé skupiny arthrogrypóz (kam patří i klasická forma arthrogryposis multiplex congenita – amyoplasie).

V období růstového spurtu, který nastupuje po 10. roce věku (u dívek v rozmezí 8,5 – 12,5 let, u chlapců rozmezí 10,5 – 14,5 let), dochází k zvýraznění abnormalit a progresi již dříve diagnostikovaných asymetrií, deformit, malformací a kontraktur.

Dětský lékař při každoročních preventivních prohlídkách v období růstu hodnotí symetrii postavy, symetrii páteře, pánve, délky dolních a horních končetin (je třeba vyšetřovat a měřit ve stoje), pátrat po statických vadách páteře a dolních končetin často v souvislosti s kloubní hypermobilitou, kloubními kontrakturami nebo nadváhou. Doporučujeme hodnotit genua valga měřením intermaleolární (IM) vzdálenosti ve stoje a vleže, genua vara hodnotit měřením interkondylární (IC) vzdálenosti ve stoje a vleže, všimnout si valgozity paty a plochonoží. Nechat dítě udělat dřep a předklon, kdy hodnotíme asymetrii paravertebrálních valů podle Adamse a Meyera. Vždy dítě vyšetřovat svlečené do spodního prádla! Děti, u kterých se

zjistí asymetrické deformity a závažnější symetrické deformity (genua valga, genua vara, kontraktury kloubů aj.), odeslat neprodleně na ortopedické vyšetření.

K verifikaci a objektivizaci deformit skeletu a poruch růstu využíváme antropometrické vyšetřovací metody. Vyšetření provádí zkušený klinický antropolog, který hodnotí a monitoruje růstovou rychlost postavy, segmentů těla a segmentů končetin, provádí predikci výšky v dospělosti, predikci výšky trupu a délky segmentů končetin s využitím auxologické literatury, antropometrie a radiologie, ale i denzitometrie DEXA, která nalézá využití také při verifikaci složení těla. Perspektivně budou DEXA skeny kostry využívány např. k přesnému stanovení proporcionality, určování kostního věku, délky a šířky jednotlivých segmentů, anatomických úhlů a geometrie kostry u ležícího pacienta. Předností denzitometrických snímků DEXA oproti dosud užívaným RTG snímkům dolních končetin je nízká radiační dávka (přibližně 20 x nižší) při zachování dostatečného rozlišení.

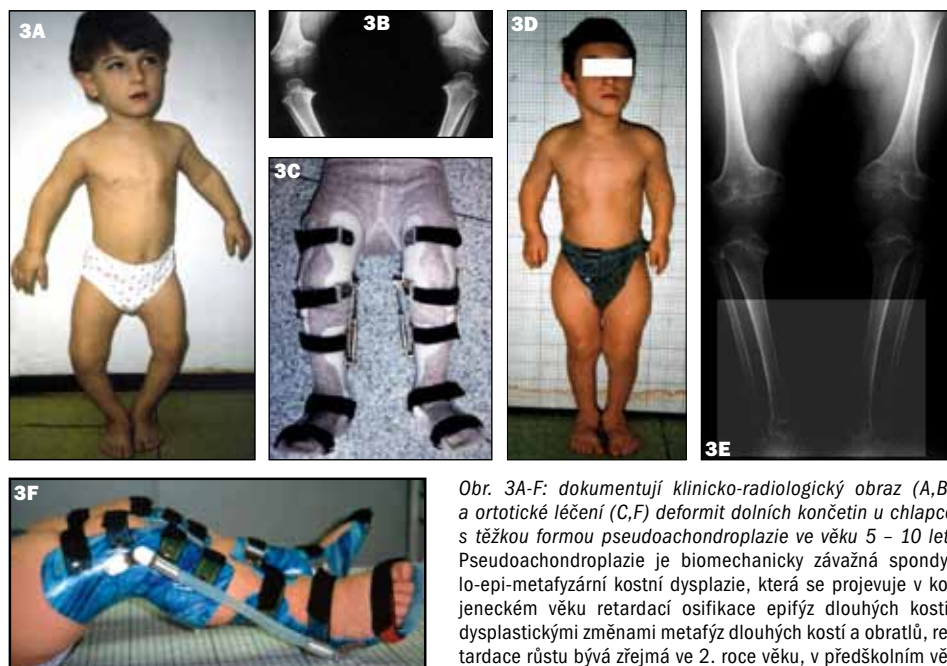
U pacientů s porušenou osou dolních končetin v oblasti kolenních kloubů (valgozita nebo varozita) při indikacích k operačnímu léčení a při sledování výsledků léčby již nevystačíme s měřením IM nebo IC vzdálenosti u stojícího a ležícího dítěte. Proto jsme vyvinuli a ověřili metodu pro přesné určování tibio-femorálního (T - F) úhlu- viz. níže.

■ Léčení

Podle závažnosti deformity dolních končetin se kombinuje léčení konzervativní – ortotické a rehabilitační s léčením operačním.

Ortézy ovlivňují deformity skeletu nadprahovým mechanickým namáháním, které díky růstu, tlaku či tahu periostu, ale i pružným a vazkopružným vlastnostem kostní tkáně nastartuje remodelaci kostní a pojivové tkáně. Remodelace závisí nejen na okamžitých proměnlivých nadprahových změnách namáhání, ale dozrívá i při stálém zatížení a v klidu účinkem dopružování kostí. Značné nadprahové tlakové síly je možno aplikovat díky individuálně tvarovaným skořepinám (objímákům), které jsou v místech mechanického namáhání vyloženy atraumatickým materiálem.

Od roku 1997 jsou v Ambulantním centru pro vady pohybového aparátu v Praze užívány **ortézy s vysokým ohybovým předpětím**, které účinně působí trojbodovým principem v různých úrovních bérce a v distální krajně femuru (ortézy byly vyvinuty a postupně zdokonalová-



Obr. 3A-F: dokumentují klinicko-radiologický obraz (A,B) a ortotické léčení (C,F) deformit dolních končetin u chlapce s těžkou formou pseudoachondroplazie ve věku 5 – 10 let. Pseudoachondroplazie je biomechanicky závažná spondylo-epi-metafyzární kostní dysplazie, která se projevuje v kojeneckém věku retardací osifikace epifýz dlouhých kostí, dysplastickými změnami metafýz dlouhých kostí a obratlů, retardace růstu bývá zřejmá ve 2. roce věku, v předškolním věku progredují deformity dolních končetin a páteře. Po skonče-

ní kosterního růstu se rozvíjí předčasná osteoartróza (a často i spondylóza a spondylartróza), která vede spolu s významnou retardací růstu k invaliditě postižených. Výška dospělých bývá v rozmezí 90 – 148 cm. Ve věku 5 – 9 let byl proband léčen pro hypervarozitu kolenních kloubů a bérů intermitentní aplikací ortéz s dynamickým ohybovým předpětím přes noc (C). Po úspěšné korekci varozity DK (D, E) byl chlapec ještě 1 rok léčen pro malpozici kolenních a hlezenních kloubů (vnitřní torzi bérů) modifikovanými ortézami podle Beckera (F).

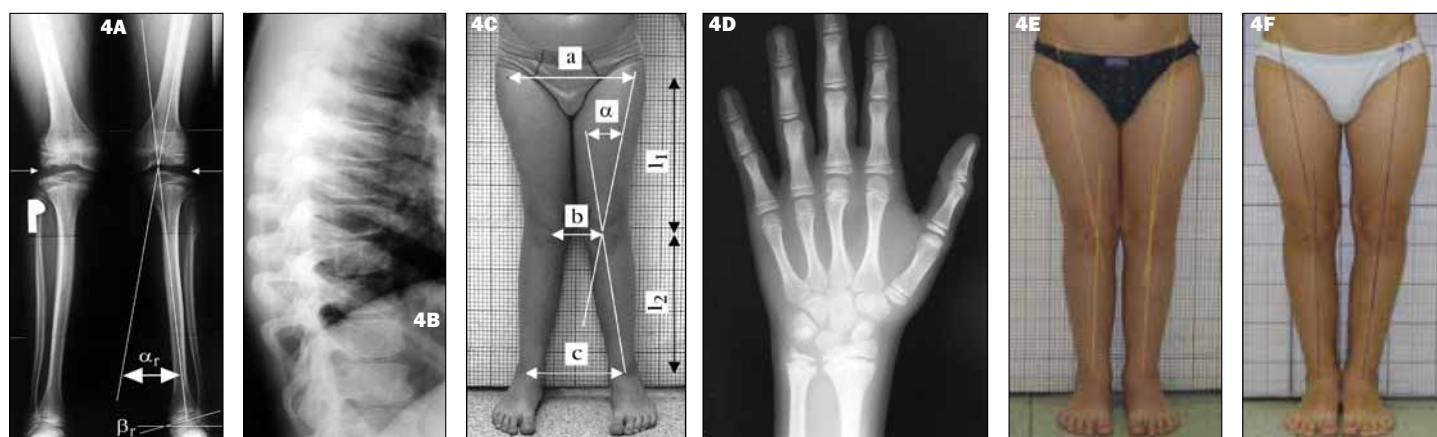
ny ve spolupráci s firmou Ortotika s.r.o.). Tento typ ortéz DK se nám osvědčil v předškolním věku při léčení biomechanicky závažných valgóz-
ních a varózních deformit DK, ale i kontraktur. Postupná korekce kostních deformit korekčními ortézami je možná v důsledku viskoelastických vlastností kostí a růstových chrupavek v období růstu na základě známých mechanismů funkční adaptace kostí. Přitom v oblasti ko-

lených kloubů se v období růstu uplatňuje především Hüter-Volkmannův zákon, podle kterého roste růstová epifýza ve směru tlakové střednice a deformita – zakřivení se postupně koriguje tzv. „bočným posunem“. Těmito ortézami jsou léčeny děti s idiopatickými, vrozenými nebo získanými deformitami a kontrakturami dolních končetin. Ortézy jsou zhotovovány individuálně na základě sádrového otisku dolních

končetin. Obsahují dvě části, které jsou spojeny kloubem (na zevní či vnitřní straně) a šroubovicí (resp. šroubovicí s pružinou) na opačné straně. Schéma dolní končetiny v ortéze, která v tomto případě koriguje varozitu kolenního kloubu, ukazuje obr. 1. Horizontálními přímkami je označena růstová epifýza femuru a tibie. **Obr. 2** schematicky znázorňuje statické působení ortézy na femur a tibii.

Ortézy jsou aplikovány přes noc a zaznamenává se doba působení ohybové deformace. Empiricky se zjistilo, že pro léčení je efektivní působit ortézou 10 hodin v nočním režimu a že ortotické léčení dosahuje velmi dobrých výsledků u dětí s idiopatickými deformitami v předškolním věku, kdy doba léčby deformit trvá přibližně 1 – 1,5 roku. U metabolických osteopatií a kostních dysplazií je ortotické léčení méně účinné a trvá 2x – 3x déle. **Obr. 3 A-E** dokumentuje chlapce s pseudoachondroplazií a výsledek 4letého léčení varozity. Nižší účinnost ortotického léčení a delší doba léčby u těchto deformit souvisí s nižší růstovou rychlostí a nutností pokračovat po korekci frontální roviny v léčení malpozice – torsní deformity kolenního a hlezenního kloubu – tzv. dynamickými derotačními ortézami (modifikované Beckerovy ortézy) – **obr. 3F**.

Účinnost léčení valgosity nebo varozity dynamickými ortézami s předpětím se hodnotí měřením tibio-femorálního úhlu (před aplikací ortézy a v průběhu léčení). Ke stanovení velikosti T-F úhlu a hodnocení jeho změn v průběhu léčení se využívá nejčastěji měření intermaleolární vzdálenosti (u případů s valgo-



Obr. 4A-F: výsledek léčení valgosity kolenních a hlezenních kloubů u chlapce s nosologicky nezařazenou spondylo-epi-metafyzární dysplazií: (A) RTG DK ve stoje v AP projekci prokázal epifyzární a diskretní metafyzární dysplastické změny, tibiofemorální úhel α , byl oboustranně 16° , valgózita štěrby hlezenního kloubu 15° – úhel β . (B) RTG hrudní páteře v boční projekci ukázal diskretní dysplastické změny obratlových těl. (C) Antropometrická metoda: věk 12 let 2 měsíce, tělesná výška (TV) 152 cm, tělesná hmotnost 52 kg, T - F úhel α změřený z fotografie $21^\circ/19,5^\circ$, intermaleolární vzdálenost (IM) 14,5 cm. (D) RTG L ruky ukázal metafyzární a diskretní epifyzární dysplastické změny, kostní věk 12 let a 3 měsíce. (E) Fotografická metoda: věk 13 let 3 měsíce, TV 157 cm, tělesná hmotnost 54,5 kg, T - F úhel z fotografie $11^\circ/4^\circ$, IM 1,6 cm (F) Fotografická metoda: věk 14 let 11 měsíců, TV 165 cm, tělesná hmotnost 59,5 kg, T - F úhel z fotografie $8^\circ/-0,5^\circ$, interkondylární vzdálenost (IC) vzdálenost 2,8 cm.



zitou kolenních kloubů) nebo interkondylární distance (v případech s varozitou kolenních kloubů a bérků). Pro přesnější monitorování T - F úhlu během růstu a jeho ovlivnění léčením jsme ve spolupráci s antropology vypracovali jednak antropometrickou metodu měření T - F úhlu na základě snímání speciálních antropometrických rozměrů a jednak měření T - F úhlu z fotografie pacienta v asistovaném postoji a vleže. Obě metody těsně korelují

Konzervativní ortotické léčení je obecně indikováno s větším úspěchem u idiopatických deformit, jak bylo výše uvedeno. Ojedinelé úspěchy byly dosaženy i u systémových kostních dysplazií a metabolických osteopatií (viz. **obr. 3A-E**). V těchto případech se většinou nevyhne kombinaci léčení ortotického s léčením chirurgickým. V posledních letech u hypervalgosity kolenních kloubů a femoropatelní dysplazie (s laterální dislo-

káci čéšky) indikujeme s dobrým výsledkem uvolnění iliotibiálního traktu a zevní kapsulotomii kolenního kloubu. Genua valga, která přetrvává z předškolního věku nebo se vy-

vinou během dalšího růstu (s akcentací v pubertě), indikujeme k částečné mediální epifýzeodéze kolenních kloubů. Jedná se o modifikaci Blountovy metody k zástavě růstu fixací růstové ploténky kovovými svorkami („sko- bičkami“), která se užívá k vyrovnaní nestejné délky končetin, a to zkratů od 2 – 6 cm. Naše pracoviště má zkušenost s permanentní epifýzeodézou a hemiepifýzeodézou (částečnou epifýzeodézou) perkutánní technikou dle Macnicola prováděnou návrtem růstové epifýzy z mediální, laterální nebo i ventrální strany (za RTG kontroly). Jedná se o miniin- vazivní výkon s rekonvalescencí 2 – 4 týdny. Porušení růstové epifýzy návrtem má za následek vznik kostního můstku a předčasné ukončení růstu. Vyrovnaní deformity ve frontální či sagitální rovině (nebo nestejné délky končetiny) je závislé na co nejpřesnějším stanovení zbytkového růstu z konkrétní růstové

epifýzy. Načasování výkonu je nezbytné provádět na základě hodnocení růstové rychlosti, kostního věku a RTG snímku kolenních kloubů ve spolupráci se zkušeným antropologem.

Operační výkon podle závažnosti deformity zpravidla časujeme na konec růstového spur- tu - u dívek nejčastěji mezi 12.-13. rokem, u chlapců mezi 14. a 15. rokem kostního věku. Na dalších obrázcích **4A-F** je ukázán výsledek operačního léčení valgozity kolenních a hlezenních kloubů u chlapce s nosologicky nezařazenou spondylo-epi-metafyzární dysplazií. Deformity DK byly řešeny oboustrannou částečnou mediální epifýzeodézou distálního femuru a distální tibie ve věku 12 let a 3 měsíců. Hodnocení valgozity v oblasti kolenních kloubů bylo provedeno antropologickou metodou a z fotografií. Tyto diagnostické neinvazivní metody považujeme za přesnější než měření T - F úhlu z RTG snímku DK ve stoje, kde je obvykle hypervalgosa kolenních kloubů částečně aktivně korigována pacientem.

Obrázky **5A-D** dokumentují operační léčení chlapce s genua valga bilateralis, progredujících ve školním věku, kdy byla diagnostikována habituální subluxace čéšky oboustranně. S růstem progredovala valgozita kolenních kloubů a manifestovala se subluxace čéšek. Subluxace čéšek byla v 10 letech

Nestlé
BEBA
Profesionál

Dobrý začátek
bifidus
B

Nestlé
Nutrition

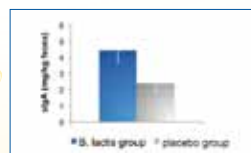
KAŽDÉ DÍTĚ POTŘEBUJE BIFIDUS B_L

A to není žádný problém pro kojené děti. Od té doby co víme, že mateřské mléko Bifidus B_L obsahuje.

Převaha Bifidu B_L v zažívacím traktu kojence značnou mírou přispívá k tomu, že jsou tyto děti zdravější než děti nekojené.

**Bifidus B_L zvyšuje hladinu
slgA a snižuje hladinu calprotectinu ve stolici**

Osobní intervence (mean ± SEM)



**Nová BEBA PRO obohacená probiotiky
je jediná kojenecká výživa obsahující Bifidus!**



BEBA. S láskou. S péčí. S Bifidem B_L.



Obr. 5A-D: dokumentují operační léčení chlapce s genu valgum bilateralis a oboustrannou habituální subluxací. Antropologické vyšetření verifikovalo výpočtem T - F úhel 14° bil.

(A) T - F úhel naměřený z fotografie ve stoje byl 11,5° vpravo, 14° vlevo (IM vzdálenost 8 cm), (B) T - F úhel vleže byl 13° (IM 10 cm). Částečná mediální epifýzeodéza distálních femurů byla

provedena ve věku 13 let a 4 měsíců při kostním věku 14,4. Výsledek léčení byl hodnocen ve věku 15 roků a 5 měsíců (kostní věk již dospělý), kdy T - F úhel hodnocený antropologickou metodou byl 4,7°, tj. fyziologický.

(C) T - F úhel naměřený z fotografie ve stoje byl 3° (IC vzdálenost 1 cm),

(D) T - F úhel vleže byl 4° (IC 0 cm).

(vpravo) a 11 letech (vlevo) úspěšně řešena plastickou operací (medializace česky dle Campbella). V období růstového spurtu se akcentovala valgizita kolenních kloubů, česky v sulcus femoralis byly lateralizované, v levém kolenním kloubu došlo dokonce k recidivě subluxace česky (repozice byla provedena na ortopedické ambulanci ve FN Motol). Následné antropologické vyšetření verifikovalo výpočtem T - F úhel 14° bil. T - F úhel naměřený z fotografie ve stoje byl 11,5° vpravo, 14° vlevo (IM vzdálenost 8 cm) – obr. 5A, vleže 13° (IM 10 cm) – obr. 5B. Částečná mediální epifýzeodéza distálních femurů byla provedena ve věku 13 let a 4 měsíců při kostním věku 14,4. Výsledek léčení byl hodnocen ve věku 15 roků a 5 měsíců (kostní věk již byl dospělý), kdy T - F úhel hodnocený antropologickou metodou byl 4,7°, tj. fyziologický. T-F úhel naměřený z fotografie ve stoje byl 3° (IC vzdálenost 1 cm) – obr. 5C, vleže 4° (IC 0 cm) – obr. 5D. Při dřepu a flexi v kolenních kloubech byla oboustranně správná centrace a posun česek ve žlábků femorálním. Správně načasovaná mediální epifýzeodéza v oblasti kolenních kloubů obnovila fyziologický T - F úhel dolních končetin a vyřešila recidivující subluxaci česek.

Povzbudivé výsledky byly dosaženy u flečních kontraktur kolenních kloubů pomocí ventrální částečné epifýzeodézy distálního femuru u případů spastické formy DMO, arthrogryposis multiplex congenita, popliteálního pterygeálního syndromu aj.

Perspektivní metodou k provedení epifýze-

odézy úplné nebo částečné je použití osmičkových dlah (firma Orthofix), s kterou dosud nemáme vlastní zkušenost. Tuto metodu korekce lze provést během růstu i u pacientů, kde nelze přesně určit zbytkový růstový potenciál. Po dosažení korekce se do 1 roku po výkonu osmičkové dlahy odstraní a růst pokračuje, což u Blountových svorek nebylo jisté, protože se často vytvořil kostěný můstek. Epifýzeodéza či hemiepifýzeodéza s využitím osmičkových dlah nalezne jistě využití u metabolických osteopatií, kostních dysplazií a genetických syndromů, kde je obtížné načasování výkonu.

Některá pracoviště u nás i v zahraničí dodnes preferují řešit deformity v oblasti kolenních a hlezenních kloubů až po skončení růstu korekční osteotomií, kterou lze deformitu korigovat trojrozměrně. Jedná se o kostní operaci s rekonvalescencí přibližně 3 měsíce. V další etapě se zpravidla extrahuje osteosyntetický materiál.

Součástí ortoticko-protetického a chirurgického léčení je individuálně vedená léčebná rehabilitace (léčebná tělesná výchova, fyzikální terapie, nácvik soběstačnosti a léčba prací či hrou) včetně psychologické podpory pacienta a jeho rodiny. Včasně zavedení adekvátní léčebné tělesné výchovy a ortoticko-protetického ošetření je perspektivním postupem pro zlepšení zdravotní a sociální situace dětí s biomechanicky závažnými systémovými vadami pohybového ústrojí. Rehabilitace předpokládá spolupráci pacienta. Zaměřuje se lokálně na rozvoj, udržení či zlepšení pohyblivosti jednotlivých segmentů

končetin a páteře v rozsahu, který je nezbytný a užitečný. Nemusí to být vždy tzv. normální rozsah. V některých případech naopak respektujeme funkční výhodnost nehybnosti, která umožňuje stabilitu kloubu v postavení, jež je pro pacienta optimální.

■ Závěr

Pro pediatra stejně jako pro ortopeda, specialitu v ortopedické protetice a rehabilitaci je nezbytná znalost fyziologického vývoje osy dolních končetin během růstu. Včasně odhalení odchylek růstu a osy dolních končetin (v rovině frontální, axiální a sagitální) od normy je významné jak z hlediska diagnostiky idiopatických vad, metabolických osteopatií, kostních dysplazií a genetických syndromů, tak pro včasné zahájení individuálně nejvhodnějšího léčení (ortotického, rehabilitačního a chirurgického).

Dlouhodobé nadprahové zatěžování v období růstu je pro regeneraci skeletu (např. během prodlužování dlouhých kostí) a remodelaci deformit dlouhých kostí (např. působením ortéz) rozhodující. Fyzioterapeutické a ortotické léčení je založeno na dlouhodobém zatěžování s cílem stimulace vazkopružného přetvoření pojivové tkáně.

V období růstového spurtu, který nastupuje po desátém roce věku (u dívek v rozmezí 8,5 – 12,5 let, u chlapců rozmezí 10,5 – 14,5 let) dochází k zvýraznění abnormalit a progresi již dříve diagnostikovaných symptomů a asymetrií. Je třeba si uvědomit, že u kostních dysplazií bývá pubertální růstový výšvih výrazně omezen, což má za následek zvýraznění růstové retardace. Při indikaci léčení ortézami či miniinvasivních výkonů je nezbytné s touto růstovou retardací počítat a včas děti s kostními chorobami předat do sledování specialistů.

Autoři apelují na pediatry v 1. linii, aby všechny preventivní prohlídky obsahovaly vyšetření pohybového ústrojí zaměřené na diagnostiku deformit končetin (desaxace a nejstejná délka DK, kontraktury aj) a páteře i na pečlivé hodnocení začátku puberty a růstového spurtu. Při preventivních a cílených prohlídkách dětí s vrozenými vadami pohybového ústrojí je žádoucí pátrat po symptomech a vadách ostatních systémů (např. kardiovaskulární, močově-pohlavní, nervový, krevní systém, smyslové orgány, kůže s adnexy a další).



Diagnostika dětských náhlých břišních příhod, srovnání spolehlivosti klinického vyšetření a zobrazovacích metod

MUDr. Jaroslav Sankot

Chirurgické oddělení Nemocnice Vsetín, a.s.

Diagnostika a léčba náhlých příhod břišních stále patří k nejdůležitější ale často i nejošidnější části práce lékaře, kde jsme stále schopni chybovat. Medicínou a především chirurgií hýbají více než 100 let a zabývali se jimi naši přední lékaři. Z mnohých jejich diskusí zmiňme velkou kontroverzi z počátku 20. století mezi chirurgem prof. Otakarem Kukulou a internistou prof. Josefem Thomayerem o způsobu léčby akutní apendicitidy, kdy internista doporučoval obklady a speciální dietu, chirurg bezpodmínečně operační řešení. Vývoj dal za pravdu chirurgovi. Náhlými příhodami se zabýval intenzivně i profesor Arnold Jirásek, jehož monografie "Náhlé příhody břišní" z roku 1939 zůstává stále živou a stojí za to si v ní občas počíst. Chirurgové v té době měli obavy hlavně z pozdní diagnostiky, která mohla mít pro pacienta fatální následky, a proto popisovali příznaky a znamení, specifické pro různá onemocnění, a zkoumali jejich spolehlivost. Současně však při vědomí častých pooperačních komplikací měli snahu neoperovat, dokud případ nebyl jasný, a byli tak poměrně konzervativnější, než jsme zvyklí dnes. Na mnohé příznaky se s rozvojem techniky a zobrazovacích metod pozapomnělo, dokládají však hloubku přemýšlení našich předchůdců o tomto problému. V sedmdesátých a osmdesátých letech byla opakovaně vydána monografie prof. Václava Tošovského "Náhlé příhody břišní u dětí". Z ní jsme tehdy čerpali vědomosti k atestacím i k praxi. Následoval rychlý rozvoj zobrazovacích metod, jako jsou sonografie, počítačová tomografie, magnetická resonance či endoskopických vyšetření, které znamenaly velké zdokonalení v diagnostice mnohých chorob. Měly však stejný význam v rozpoznávání a léčbě náhlých břišních příhod? Proto bych se zde chtěl soustředit na nejčastější dětské získané náhlé příhody břišní, se kterými se běžně setkáváme v praxi a srovnat výsledky klinického vyšetření se zobrazovacími metodami při hodnocení přesnosti diagnózy.

■ Akutní apendicitida

Je zdaleka nejčtenější operovanou náhlou břišní příhodou. V dospělosti kolem 55%, v dětském věku její podíl stoupá až k 80-90 procentům. Její diagnostika je oříškem jak pro dětského lékaře, který zvažuje, zda již má dítě odeslat k chirurgovi, ale neméně i pro chirurga při rozvaze, zda již operovat nebo ještě sledovat. Poznat zánět červovitého přívěsku bývá snadné, když příznaky odpovídají učebnicím. Tedy typická bolest, která se z nadbříšku přesunula do pravého podbříšku, při vyšetření palpační bolestivost v pravém podbříšku se známkami lokálního peritoneálního dráždění, rozdíl mezi axilární a rektální teplotou více než 1 stupeň, tachykardie. Takto můžeme nacházet apendicitidu u starších dětí při nejčastější subcekální poloze červu. Často se však u dětí setkáváme s méně jasnými stavy. Bolesti břicha provázejí různá horečnatá či průjemová onemocnění, která hlavně u malých dětí a batolat mohou příznaky apendicitidy překrývat. Děti bývají mnohdy vylekané, reagují na vyšetření odmítavě a je třeba velké trpělivosti a jemnosti při vyšetřování a hodnocení stavu. Problémem

bývá rozpoznání zánětu u méně častých poloh červu, tedy retrocekální, ileální a pelvické. Při klinickém vyšetření hodnotíme příznaky celkové a místní. Z celkových hlavně výraznější tachykardie, ale ta může být způsobena i jinými vlivy, jako jsou febrilie, strach, diabetická acidóza apod. Vyšetření břicha se stále opírá o princip 5 P, tedy pohled, poslech, poklep, pohmat, per rectum. Aniž bychom podceňovali či dokonce vynechávali ostatní způsoby vyšetření, přesto zůstává pohmat tím nejdůležitějším při hodnocení zánětu a hlavně rozvažování, zda jde o zánět apendixu indikovaný k operaci, či o jiný břišní problém, jako je mesenteriální lymfadenitida, gastroenteritida nebo adnexitida, které není nutno operovat. Pohledem můžeme vidět vymizení pohybů břišní stěny při dýchání, poklepem vyvoláme bolestivost buď v pravém podbříšku nebo již i v ostatních oddílech břicha, poslech může najít vymizení peristaltiky. Toto jsou však již příznaky pokročilého zánětu šířícího se na pobřišnici. Jestliže při patofyziologické klasifikaci rozeznáváme 4 stadia apendicitidy, tedy katarální, flegmonózní, gangrenózní a perforující, jde nám hlavně o dia-

gnostiku prvních dvou stadií, kdy je operace ještě včasná a má nejméně pooperačních komplikací. Další otázkou je katarální zánět apendixu. Popisujeme jej při operaci tehdy, kdy nacházíme především mesenteriální lymfadenitidu a téměř vždy jej pak popíše při histologickém vyšetření patolog, který prakticky nezná negativní nálezy. Proto často uvažuji, zda katarální zánět již nezvratně pokračuje do dalších stadií, nebo jde o překrvení, které může odeznít. Je dosti pravděpodobné, že právě katarální záněty úspěšně léčil Thomayer svými obklady a mohou je mít naši pacienti, které ještě neindikujeme k operaci a u kterých potíže do několika hodin odezní. Při palpačním vyšetření je třeba, aby dítě bylo zklidněno. Malé děti vyšetřujeme nejraději za přítomnosti rodičů, a pokud je třeba, může matka dítě chovat na klíně. Hodnotíme míru palpační citlivosti a prohmatnost jednotlivých oddílů břicha. Na zánět pak vždy myslíme při horší hluboké prohmatnosti, i tehdy, kdy dítě dissimuluje a bolest popírá z obavy z hospitalizace nebo operace. Pokud si zánětem nejsme jisti, vyšetření opakuje ve 2-4 hodinovém intervalech. Z četných



příznaků, popisovaných jako typické pro akutní apendicitidu, se do současné praxe běžně zachoval příznak Blumbergův (při zatlačení a rychlém povolení tlaku v pravém podbřišku se vybaví v tomto místě bodavá bolest) a Rovsingův (zatlačení a povolení na kontralaterální straně vyvolá píchnutí v pravém podbřišku). Tyto příznaky bývají pozitivní většinou při subcekální poloze červu od 2. stadia zánětu. Málokdy se je podaří spolehlivě vybavit u malých dětí. Při retrocekální poloze může být pomocný příznak psoatový (bolest při hyperextenzi pravého stehna), opět však spíše u starších dětí. U kojenců a batolat je apendicitida vůbec zrádná. Často mívají příznaky virózy, dyspepsie, gastroenteritidy a prvotní klinické vyšetření nevznáší jasno. Je nutné je opakovat v krátkých intervalech a dítě sledovat. Právě u malých dětí pak nejvíce indikujeme pomocné zobrazovací metody.

Samostatnou kapitolou zůstává vyšetření per rektum. Může být přínosné při pelvické poloze červu, kdy zánět v malé pánvi bolestivě vyklenuje přední stěnu rekta. Vždy bylo nutně vyžadováno. Jirásek je pokládal za velmi cenné, hodnotil tonus svěrače, všiml si kvality stěny ampuly, dokázal i stranově lokalizovat vyklenutí, hodnotil nálezy i s ohledem na jiné nitrobršňní pochody, jako je hemoperitoneum. Tyto schopnosti jsme postupem času částečně ztratili a vyšetření se mnohdy provádí jen z povinnosti bez cíleného hledání patologie. Tošovský se ve svém 4. vydání. "Náhlných příhod břišních u dětí" v r. 1981 domníval, že od vyšetření per rektum lze upustit tehdy, kdy diagnóza je již jasná a indikace k operaci stanovena. Setkal se však s odmítavými reakcemi ze strany některých dalších významných chirurgů, proto v dalším vydání již vyšetření pokládal za nutné vždy. I z tohoto důvodu nemohu vyšetření per rektum zpochybňovat, i když z praxe vím, že málokdy samo o sobě stanovilo diagnózu a vedlo k cíli. Je však potřebné, aby vyšetření prováděl jeden lékař, nejlépe zkušený chirurg. Musí postupovat s maximálním taktem, dítě uklidnit, aby nereagovalo ustrašeně. Cenná je šetrná bimanuální palpce, která může najít zánětlivý nálezy tam, kde se při klasické palpaci zdál podbřišek volně prohmatný.

Akutní apendicitida a zobrazovací metody - sonografie.

Je to moderní metoda, která v průběhu posledních 20 let zaznamenala velký rozmach a frekvenci vyšetření. U nás se pokládá za metodu pomocnou, která může a nemusí doplňovat klinické vyšetření. Její velkou výhodou je neinvazivita a široká dostupnost. Problémem je hlavně vizualizace apendixu a posouzení jeho stěny, což se daří dle některých údajů v 60-70% případů, lepší možnosti jsou u dětí a štíhlých osob. Pro

Tabulka 1:

	Apendicitida, I. stadium	Apendicitida, II-IV. Stadium
Diagnóza pouze klinická	32 (33,6%)	71 (46,1%)
Sonograficky prokázána	6 (6,3%)	25 (16,2%)
Sonograficky neprokázána	57 (60%)	58 (37,7%)
Celkem	95	154

apendicitidu svědčí některý z těchto nálezů: obraz terče se stěnou širší než 3mm a celkově červ širší než 6mm, rozšířené lumen s hypoechogenním obsahem, hypoechogenní obraz s perforací stěny apendixu, tekutina periapendikulárně nebo difúzně. V literatuře (vesměs radiologické) se udává poměrně vysoká přesnost, převyšující 70%. To však nepřevyšuje přesnost klinické diagnostiky, udávané větší než 80%. Metoda má vysokou senzitivitu 85-90%, ale nízkou a kolísavou specifitu 47-96%. Jinými slovy má vysoký počet falešně negativních nálezů, a kdybychom se spoléhali v diagnostice pouze na sonografii, znamenalo by to velký počet promeškovaných apendicitid.

V našich podmínkách, kdy chirurg pacienta klinicky vyšetří a v případě nejasnosti provede radiolog sonografii, je senzitivita této metody výrazně nižší. V 5 letém sledovacím období akutní apendicitidy u dětí do 18 let na našem pracovišti jsme operovali 253 pacientů pro diagnózu akutní apendicitidy, u 4 pacientů byla jiná příčina náhlé břišní příhody (3x perforace ovariální cesty, 1x perforace duplikatury ilea). Výsledky v diagnostice u zbývajících 249 pacientů jsou uvedeny v tabulce 1.

Z 253 operací pro diagnózu akutní apendicitidy bylo 150 operací laparoskopických, 96 klasických a 7 laparoskopických konverzí. V této sestavě byly pouze 2 operace pozdní, když jsme sledovali pacienta více než 6 hodin a pak operovali ve III. stadiu zánětu. Měli jsme 3 (1,2%) časné pooperační komplikace, jednalo se o infekci v portu po laparoskopii, infekci v ráně po klasické operaci a absces v pravé jámě kyčelní. 2 pacienti jsme do 2 let operovali pro strangulaci srůstem po klasické apendektomii.

Při interpretaci těchto čísel lze říci: sonografická diagnostika byla velmi nepřesná, pokud jsme prováděli sonografii, byl radiolog schopen posoudit samotný obraz apendixu jen ve 30% u pokročilejšího stadia choroby, v 10% u časného stadia. Často jsme se spoléhali jen na klinický nálezy. Přitom jsme měli velmi nízký počet promeškovaných apendicitid a nízký počet komplikací. Měli jsme velký počet operací u zánětu I. stadia. Zde je problém klinické interpretace, zda jde již o zánět, který má být operován, či jde pouze o mesenteriální lymfadenitidu a normální apen-

dix. Ale pokud nám katarální zánět popíše i histolog, nutně pacienta zařadíme do I. stadia choroby. Většinou jsme se pak spoléhali na laparoskopickou techniku, kterou lze i u školních dětí a adolescentů provést šetrně a spolehlivě a má minimum komplikací. Naši zkušenosti tedy je, že rozhodující zůstává klinická diagnostika a sonografie je pomocnou metodou. Pomůže hlavně v případech, kdy při klinickém vyšetření jsme na rozpacích, ale sonografie spolehlivě prokazuje zánět červu. Tehdy je třeba bez odkladu operovat.

■ Invaginace

Při invaginaci dochází k teleskopickému zasunutí proximálního segmentu střeva do distálního po směru peristaltiky. Způsobuje střevní neprůchodnost a může dojít ke strangulaci cév mesenteria. Typickými příznaky jsou kolikovitá bolest, zvracení a malinová stolice. Klinicky můžeme v některých případech invaginát vyhmátnat, nejčastěji je postihnuta ileocekální oblast. Onemocnění postihuje typicky kojence a batolata a to činí vyšetření mnohdy obtížným, mohli bychom je zaměnit např. za enterokolitidu. V těchto případech je velmi pomocnou metodou sonografie, která často prokáže v příčném řezu terčovitou strukturu v lumen střeva, v podélném ztlustění střeva až do tvaru pseudolediviny. Irrigografie pak prokazuje typický obraz solenoidu, kokardy či račích klepet a lze provést hydrostatickou desinvaginaci. Počítačová tomografie nebývá nutná. Vzhledem k tomu, že desinvaginaci lze provést pouze v méně pokročilém stadiu, je třeba invaginaci diagnostikovat včas..

■ Ileus ze srůstu

Jde téměř vždy o strangulaci srůstem po apendektomii, potíže přicházejí nejčastěji do 2 let a v našem pozorování šlo vždy o klasické apendektomie a pokročilé apendicitidy. Při diagnóze strangulačního ileu je stěžejní klinické vyšetření a zkušenosti vyšetřujícího. Diagnóza musí být včasná, protože hrozí nekróza střeva. Nelze čekat, až se vyvinou typické příznaky obstrukce, pokud nechceme resekovat nekrotické střevo. Příznakem strangulace bývá náhlá prudká bolest břicha kolikovitého charakteru spojená se zvracením. Při vyšetření nacházíme zpočát-



ku usilovnou peristaltiku, která postupně zcela vymizí, bolestivost s maximem v místě po předchozí operaci. Můžeme provést nativní snímek břicha, kde jsou známky počínající poruchy pasáže. Další zobrazovací metody již neprovádíme, nepřispívají nijak k diagnóze a pouze oddalují nutné operační řešení. Podle naší zkušenosti je třeba provést urgentně laparoskopii, pokud jde o lokalizované srůsty a není nutná resekce střeva, spolehlivě stav vyřeší lýzou adhezí.

■ Akutní skrotální syndrom

Vyznačuje se rychlým začátkem jednostranného bolestivého otoku a často zarudnutí skrota. Zkušený chirurg dokáže odlišit uskrínutou skrotální kýlu, která patří mezi jiné břišní příhody. Problémem je však diferencovat mezi torzi varlete, která vyžaduje urgentní operaci a ostatními příčinami jako jsou akutní orchitida, epididymitida nebo kontuze varlete, které léčíme konzervativně. V minulosti jsme prakticky vždy indikovali operační revizi a přesná diagnóza se stanovila až během ní. V r. 1987 jsme na našem pracovišti zkoumali syndromy akutního skrota v 5 letém období. Z 31 operačních revizí šlo ve 14 případech o torzi varlete, ostatními příčinami byly akutní orchitida, epididymitida, nebo torze pouze malého appendixu varlete. 17 revizí tedy nebylo nutných, ale na druhé straně jsme neproměškali žádnou torzi. V současné době je velmi přínosná sonografie, metoda rychlá a dostupná. Pokud spolehlivě prokážeme Dopplerovou metodou arteriální toky ve varleti, není jeho výživa ohrožena, vždy je však třeba srovnání se zdravou stranou. V opačném případě indikujeme urgentní revizi a detorzi, protože výživa varlete závisí doslova na minutách. Pokud jsme takto v posledních letech postupovali, nedopustili jsme se chyby.

■ Úrazové hemoperitoneum

Bývá téměř vždy způsobeno poraněním sleziny nebo jater, ostatní příčiny jsou vzácné. Dávno minulé jsou doby, kdy jsme každé podezření na hemoperitoneum operovali

a v případě ruptury sleziny byli nuceni indikovat splenektomii. V r. 1952 popsali King

a Schumacher syndrom OPSI (overwhelming post-splenectomy infection), prudké sepse způsobené meningokoky či pneumokoky, mající i při antibiotické léčbě vysokou mortalitu. Navíc se zjistilo, že většina krvácení má malou intenzitu a může se spontánně zastavit. Děti mají schopnost hemostázy lepší než dospělí, na druhé straně se u nich více projevují krevní ztráty. V současné době většinu případů úrazového hemoperitonea vyléčíme bez operace. Je však nutný přísný monitoring vitálních funkcí a krevních ztrát. Druhou stranou mince zůstává možné sou-

časné poranění trávicí trubice, které se během monitoringu projeví rozvojem difúzní peritonitidy. Odhadnout míru poranění nám pomáhá sonografie a CT vyšetření. Sonografii provádíme vždy, je široce dostupná, neinvazivní, dokáže odhadnout množství tekutiny v dutině břišní s přesností na stovky mililitrů, nachází hematomy a větší ruptury parenchymatozních orgánů. Během sledování pacienta ji lze opakovat v krátkých intervalech a sledovat přibývání či ubývání tekutiny. Současně monitorujeme celkový stav pacienta i lokální nález na břiše. Pokud se na sonografii zvyšuje původně malé množství tekutiny, přibývá známek peritonitidy a zvyšují se zánětlivé markery v séru (CRP, prokalcitonin), vzniká naléhavé podezření na perforaci trávicí trubice a je indikována urgentní revize. CT vyšetření přesněji odhadne krevní ztráty a lépe dokumentuje poranění orgánů. Další výhody má u polytraumatizovaného pacienta, kdy v několika minutách můžeme vyšetřit více systémů (mozek, hrudník, dutinu břišní) a lépe určit prioritu operací. Nevýhodou je větší invazivita a podání kontrastu. Proto u dětí, kde je poranění soustředěno na břicho a celkový stav stabilizován, vystačíme většinou s sonografií. V minulých 5 letech jsme léčili 8 dětí pro úrazové hemoperitoneum. U 6 pacientů byl dostatečný monitoring, krvácení se zastavilo a tekutina v dutině břišní vymizela. U 1 pacienta bylo hemoperitoneum tak masivní, že jsme indiko-

vali urgentní laparotomii, zjistili příčinu ve velké ruptuře sleziny, kterou jsme ošetřili prostou suturou. Zbývajících pacienta jsme monitorovali 24 hodin, během kterých přibýlo tekutiny v dutině břišní a zhoršil se nález na břiše. Při laparotomii po 24 hodinách jsme našli jen malou rupturu jater, ale navíc kontuzi a perforaci tenkého střeva s již rozvinutou peritonitidou. Provedli jsme suturu střeva a pacient se zhojil bez komplikací.

■ Závěr

Na nejčastějších získaných náhlých břišních příhodách u dětí (včetně syndromu akutního skrota navíc) jsem chtěl dokumentovat, jak se v posledních desetiletích vyvíjel náš postup v jejich diagnostice a jak ji ovlivňují běžně užívané zobrazovací metody. V některých případech převzaly významnou roli při diagnostice a stanovení léčebného postupu. Sem řadím hlavně sonografii případně CT při úrazech břicha, při některých příčinách ileu (invaginace), při akutním skrotu. Tyto metody mají navíc významnou roli při zánětlivých pooperačních komplikacích, kdy pátráme po abscesu či difúzní peritonitidě. Velmi často jsou však jen doplňkové a fyzikální vyšetření zůstává stěžejní. Sem patří nejčastější dětská náhlá příhoda, akutní apendicitida. Proto stále platí při vyšetřování těchto pacientů znalosti klinických projevů a správné postupy při klinickém vyšetření.



Mezinárodní škola klinické homeopatie CEDH
a Homeopatická lékařská asociace

pořádají

HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE

pro lékaře, veterináře, klinické psychology a farmaceuty

Zveme Vás na dvouletý cyklus seminářů
vedených českými a francouzskými lektory.

„Základy homeopatické terapie“

PRAHA, BRNO

říjen 2010 - květen 2011

Účastnický poplatek: 4.900 Kč/rok (100 výukových hodin)

Organizuje:

BOIRON CZ s.r.o., Pobřežní 3, 186 00 Praha 8

Kontakt: 224 835 091, mobil: 724 185 559

ivana.zikmundova@boiron.cz



Zobrazovací diagnostika ileózních stavů u novorozenců

doc. MUDr. Jaromír Hořák, CSc., MUDr. Marie Švástová

Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK, FN v Motole, Praha

Střevní neprůchodnost, ileus, ileózní stav je obávané, život ohrožující onemocnění. Zejména závažné a často diagnosticky složité bývá v novorozeneckém věku.

Etiologie ileózních stavů je buď funkční, nebo mechanická. Rozpoznání funkčního a mechanického ileu je pro způsob léčby pacienta rozhodující. Funkční ileus se řeší konzervativní léčbou, mechanický ileus je s výjimkou poruch vyprazdňování mekonia nutno vyléčit chirurgickou operací.

Funkční ileus bývá v drtivé většině případů ileus paralytický. Má celou řadu příčin. Bývá důsledkem toxinfekčního onemocnění, např. nitrobršních zánětů, zánětů plic nebo i zánětů kyčelních kloubů, může být způsoben metabolickým rozvratem, nejčastěji hypoproteinemii nebo hypokalémií. Je jedním z projevů intracerebrálního krvácení, ke kterému nezdávka dochází u nezralých dětí. Bývá pozorován u pooperačních stavů a to i po operacích mimo břišní dutinu. V úvahu připadá i posttraumatický ileus, který by však měl být v novorozeneckém věku výjimečný.

U novorozenců, zejména nedonošených, jsou přechodné funkční poruchy střevní průchodnosti považovány za fyziologické. Bývají způsobeny nedokonalou souhrou nervové činnosti a funkce střevní stěny.

Příčiny mechanického ileu jsou vrozené a získané. U novorozenců se většinou setkáváme s vrozeným ileózním stavem, získané ileózní stavy jsou v tomto věku méně obvyklé. Mezi příčiny vrozených mechanických ileózních stavů patří střevní atřezie (obr. 1), střevní membrány, poruchy průchodnosti střev na podkladě malrotace (střevní volvulus, komprese vazivovými pruhy fixující cékum v anomální poloze, vnitřní kýla), poruchy vyprazdňování mekonia (mekoniový ileus a mekoniová zátka), m. Hirschsprung, neuronální intestinální dysplázie a střevní duplikatura. Z výše uvedených postižení jsou ale ileózní stavy zapříčiněné vnitřní kýlou nebo střevní duplikaturou velmi vzácné. U nejmladších dětí se nejspíše nesetkáme s ileem způsobeným arteriomezenteriální okluzí.

Příčinou získaného mechanického ileózního stavu bývá u novorozenců nekroza střevní stěny u nekrotizující enterokolitis, uskřínutá tříselná, skrotální (obr. 2) nebo vzácněji i pupeční kýla, event. některá pooperační komplikace (např. peritoneální adheze, striktura střeva apod.).

Ileózní stavy v novorozeneckém věku vykazují některé zvláštnosti, s kterými se u starších dětí zpravidla již nesetkáme. Především je lze odhalit již prenatálně podle polyhydramnionu v děloze matky a dilatace střeva dítěte orálně od obstrukce, vyplněné inspizovaným mekoniem nebo tekutým obsahem. U některých vrozených ileózních stavů dochází k intrauterinní perforaci střeva a následně ke sterilní mekoniové peritonitis, která se po narození projeví hrudkovitými nebo skořápkovitými kalcifikacemi v peritoneální dutině, vzácněji různě velkými cystami v břišní dutině (tzv. cystická forma mekoniové peritonitis).

Ileózní stavy v novorozeneckém věku bývají důsledkem zvracení provázeny častými aspiracemi a následnými plicními záněty. Protože novorozenci používají k dýchání výhradně jen bránici, jsou jejich dýchací pohyby při abdominální distenzi velmi omezeny. Není pak vzácností, že u ileózních stavů dětí nejútlejšího věku umírá více pacientů na aspiraci a její komplikace než na bezprostřední následky ileu.



Obr. 1: Ileózní stav. Atrézie orální části ilea



Obr. 2: Ileózní stav. Uskřínutá skrotální kýla



Obr. 3: Mekoniový ileus



Obr. 4: Ileózní stav. Atrézie duodena



V novorozeneckém věku se vyskytuje jediný ileus, který nemá hladiny tekutiny a to mekoniový ileus (obr. 3). Příčinou toho je nejspíše patologické mekonium pevně lpící zde ke stěvné stěně, nedovolující stěvné sliznici secernovat tekutinu.

U novorozenců někdy bývají zároveň i dvě různé příčiny mechanické obstrukce. Např. u Laddova syndromu bývá volvulus tzv. středního střeva (od duodena až po střední úsek kolon transversum) a spolu s ním vazivé pruhy fixující cékum v anomální poloze komprimují duodenum nebo orální část jejunu. Jindy zase může být mekoniový ileus z ne zcela jasných příčin kombinován se stěvním volvulem.

U novorozenců bývá u každé vrozené úplné mechanické obstrukce tenkého střeva tzv. mikrokolon. Je to tračník, kterým doposud neprošel žádný obsah. Bývá normální délky i obvyklého uložení, ale jeho průsvit je úzký.

V novorozeneckém věku bývá častěji než u starších dětí pozorován smíšený ileus, tj.

mechanický ileus s paralytickou složkou.

Pro rentgenologu je snad nejvýznamnější zvláštností ileózních stavů novorozenců obtížnější rozeznávání mechanické a funkční etiologie stěvné neprůchodnosti, protože u dětí v tomto věkovém období bývá ne snadné odlišit kličky tenkého střeva od tračníku.

Diagnostika ileózních stavů včetně novorozeneckého věku se opírá o nativní snímek břicha ve vzpřímené poloze, u novorozenců ve visu, snímekovaný horizontálním paprskem. Některá zahraniční pracoviště provádějí raději snímek vleže na levém boku horizontálním paprskem. Snímek vleže na zádech vertikálním paprskem může být užitečný k lepšímu odlišení tenkého a tlustého střeva. Nikdy by však neměl být zhotovován automaticky, ale jen po doporučení rentgenologa, pokud by mu snímek ve visu nepřinesl dostatečné diagnostické informace. U dětí na řízené ventilaci bývá snímek ve visu nahrazován vyšetřením vleže na zádech horizontálním paprskem, tato projek-

ce ale slouží jen k orientačnímu posouzení stěvné průchodnosti.

V nativním rentgenovém obraze jsou u mechanického ileu plyn a hladiny tekutiny jen orálně od obstrukce (obr. 4), u funkčního ileu jsou plyn a hladiny tekutiny v tenkém i v tlustém střevě (obr. 5). U mechanického ileu určíme lokalizaci překážky tím přesněji, čím je překážka orálnější. Při rentgenových kontrolách se u mechanického ileu důsledkem stěvné hyperperistaltiky rozložení plynu a tekutiny nad obstrukcí mění, u paralytického ileu zůstává rozložení plynu a tekutiny v tenkém i v tlustém střevě bez zřetelnějších změn.

Pokud nativní rentgenové vyšetření nepostačuje ke stanovení správné diagnózy a zejména k odlišení mechanické a funkční etiologie ileu, bývá užitečné podání kontrastní látky. Baryová suspenze, běžně využívaná u starších dětí, má ale u novorozenců četne kontraindikace. Nepodáváme ji perorálně ani rektálně při perforaci nebo nebez-

Aloclair™

NOVINKA!

RYCHLÁ ÚLEVA OD BOLESTI ZPŮSOBENÉ AFTY

- PŮSOBÍ RYCHLE A PO DLOUHOU DOBU
- JEDNODUCHÉ A KOMFORTNÍ POUŽITÍ
- BEZPEČNÝ U DĚTSKÝCH I DOSPĚLÝCH PACIENTŮ
- KAPESNÍ VELIKOST, HYGIENICKÁ APLIKACE

BEZ ALKOHOLU

BEZ SALICYLÁTŮ

K DOSTÁNÍ POUZE V LÉKÁRNĚ

ZPŮSOB POUŽITÍ: Aloclair™ GEL: Naneste 1 nebo 2 kapky gelu tak, aby pokryly celý vírák nebo poranění v ústech. Vyvarujte se přímého kontaktu aplikátoru s poraněním. Aby se mohla vytvořit ochranná vrstva, nedotýkejte se poranění jazykem po dobu alespoň 2 minut. Po každém použití zavřete víčko. Použijte 3-4 krát denně, nebo dle potřeby. Po dobu nejméně 1 hodiny od aplikace nejzte ani nepijte. Obsah: 8ml. KONTRINDIKACE Aloclair nesmí užívat pacienti se známou přecitlivělostí na kteroukoli složku přípravku. VÝROBA A UPOZORNĚNÍ Před použitím si pozorně přečtěte příbalovou informaci. Přípravek nepoužívejte, pokud je obal poškozen. Uchovávejte za pokojové teploty mimo přímé sluneční světlo. Chraňte před mrazem. Uchovávejte mimo dosah a dohled dětí. Aloclair™ je obchodní značka společnosti Sinclair Pharmaceuticals Limited.

Výrobce: Sinclair Pharma Srl, Viale Restelli 29, 20124 Milano, Italia. Distributor v ČR / splnomocnený zástupca v SK: Pears Health Cyber s.r.o., Dělnická 12, 170 00 Praha 7, Česká republika, aloclair@pearshhealthcyber.com



Obr. 5: Funkční ileus



Obr. 6: Vyš. po perorálním podání k.l. Malrotace. Neúplná mechanická obstrukce duodena



Obr. 7: Irigografie. Neuronální intestinální dysplázie



Obr. 8: Ileózní stav. Atrézie jejunu



Obr. 9: Irigografie. Mikrokolon u mekoniového ileu



Obr. 10: Ultrasonografie. Nekrotická stěvní stěna u nekrotizující enterokolitis

pečí perforace trávicí trubice (např. u nekrotizující enterokolitis). Perorálně je nevhodná při nebezpečí aspirace a u úplného mechanického ileu. Není správné ji perorálně podávat ani u nedonošených dětí s pomalou peristaltikou, u nichž by mohlo dojít k inspiraci barya stejně jako u úplné mechanické obstrukce. Na našem pracovišti (KZM FN Motol) nepodáváme baryovou suspenzi u dětí mladších 15 dnů. Při výše uvedených kontraindikacích bývá baryová suspenze nahrazována vodnou neionickou kontrastní látkou (tč. Iomeron).

Způsob podání kontrastní látky se řídí podle závažnosti onemocnění pacienta. Vyšetření střev po perorálním podání kontrastní látky trvá minimálně 4 hodiny a někdy celý den i déle, takže nelze využít u stavů vyžadujících rychlý chirurgický zákrok.

Předpokládáme-li neúplnou mechanickou obstrukci v oblasti tenkého střeva ne-

bo funkční ileus, bývá perorální podání kontrastní látky diagnosticky přínosné. U mechanického ileu kontrastní látka více nebo méně (podle těsnosti překážky) městná nad obstrukcí, (obr. 6), u funkčního ileu (různě rychle) proteče celou trávicí trubicí.

Při podezření na neúplnou mechanickou obstrukci tračníku (např. u Hirschsprungovy nemoci nebo u neuronální intestinální dysplázie) je vhodné doplnit irigografické vyšetření (obr. 7).

U úplné mechanické obstrukce v oblasti jejunu nebo orálněji lze rozpoznat správnou etiologii ileózního stavu z nativního obrazu (obr. 8).

U úplných střevních obstrukcí aborálněji (než jejunum) bývá užitečné doplnit irigografické vyšetření. U vrozených úplných obstrukcí tenkého střeva prokážeme mikrokolon (obr. 9). U získaných úplných obstrukcí tenkého střeva lze pozorovat zřetelný rozdíl

mezi normálním průsvitem kontrastně naplněného tračníku a plynem dilatovanými kličkami tenkého střeva nad obstrukcí. Úplná obstrukce tračníku se projeví předčasnou zástavou kontrastní náplně.

Ultrasonografické vyšetření je u ileózních stavů a to i v novorozeneckém věku pouze doplňujícím vyšetřením a nemusí být prováděno automaticky. Mělo by být indikováno až po zhotovení nativního snímku a po poradě s rentgenologem. Vyšetření ultrazvukem může napomoci k odlišení funkční a mechanické etiologie ileu posouzením střevní peristaltiky (u mechanického ileu výrazné a u paralytického ileu chabé nebo zcela chybějící). U střevního volvulu může sloužit k odhalení zmnožené tekutiny ve strangulované střevní kličce a podle atypického uložení mezenterálních cév umožní soudit na střevní malrotaci (normálně je mezenterální žíla napravo od stejnojmenné artérie, při malrotaci je ventrálně nebo nalevo). Ultrasonografie je užitečná u nekrotizující enterokolitis k zobrazení nekrotické střevní stěny (obr. 10) nebo plynu v portální žíle a jejích větvích, umožní spolehlivě prokázat i malé množství volné tekutiny v břišní dutině a uplatní se také při rozpoznání vzácné cystické formy mekoniové peritonitis.

Využívání dalších zobrazovacích metod pro diagnostiku ileózních stavů a určování jejich etiologie není v novorozeneckém věku nutné. Správná diagnóza by měla být stanovena co nejrychleji s využitím co nejmenšího počtu zobrazovacích metod bez zbytečné radiční zátěže.



Supraventrikulární tachykardie v novorozeneckém věku

MUDr. Alice Mocková¹, MUDr. Petr Jehlička²

Neonatologické oddělení FN Plzeň¹, Dětská klinika FN Plzeň²

Úvod: Supraventrikulární tachykardie, které patří k nejčastějším dysrytmím v dětském věku, jsou také jednou z hlavních příčin novorozeneckých arytmí a podílejí se velkou měrou na vzniku non-imunologického fetálního hydrpsu. Bez časně diagnostiky a eventuální prenatální terapie může tato arytmie způsobit intrauterinní odumření plodu či porod hydropického novorozence se srdečním selháním.

Kazuistika

33-letá zdravá primipara byla odeslána obvodním gynekologem k přijetí na Gynekologicko-porodnickou kliniku pro hydrps plodu ve zjištěný ve 34. týdnu gravidity při pravidelné gynekologické prohlídce. Gravidita probíhala do té doby bez problémů. Při prenatálním ultrazukovém vyšetření plodu byl zjištěn těžký fetální hydrps (ascites, hepatosplenomegalie, edém podkoží) a tachykardie plodu s průměrnou frekvencí 250/min. Strukturální srdeční vada plodu nebyla přítomna. Vzhledem k patologickému kardiografickému nálezu byl indikován akutní císařský řez. Byl vybaven středně nezralý asfyktický novorozenec (gestační týden 33+5, Apgar 5-7-7, porodní hmotnost 2470 g, délka 43 cm). Bezprostředně po porodu mělo dítě minimální spontánní dechovou aktivitu s cyanózou, akcí srdeční 80/min. Po ambuingu a následném zajištění dýchacích cest endotracheální intubací srdeční frekvence rychle akcelerovala na 245/min. V somatickém nálezu dominovalo výrazné prosáknutí podkoží a známky nezralosti. Po okamžitém překladi dítěte na JIRP neonatologického oddělení byla zahájena umělá plicní ventilace režimem SIMV. EKG záznam potvrdil tachykardii se štíhlými QRS komplexy s frekvencí 240-250/min. Po neúspěšném vagovém manévru (obložení obličejové dítěte ledovou tříští) byl bolusově aplikován adenosin (100 µg/kg), po kterém došlo k obnovení sinusového rytmu s frekvencí 120/min. Podání koloidů cestou umbilikálního venózního katétru vedlo ke stabilizaci systémového tlaku, avšak s minimální diurézou. Po vyloučení WPW syndromu byla zahájena účinná digitalizace. Přesto došlo ve stáří 13 hodin k další recidivě supraventrikulární tachykardie. Opakovaná intravenózní aplikace adenosinu (2x) ve formě rychlého bolusu ve zvyšující se dávce (max. 300 µg/

kg) měla na obnovení sinusového rytmu pouze přechodný efekt. Dítě bylo tlakově nestabilní, výrazně hydropické a nemočilo. Vzhledem k závažnému klinickému stavu byl aplikován amiodaron v dávce 5 mg/kg ve formě 30 minutové infuze a poté pokračováno v kontinuálním podávání léku (10 µg/kg/min). Při této léčbě došlo ke konverzi na sinusový rytmus s frekvencí 130-140/min. Krevní tlak a těžká hypoproteinemie se stabilizovala po opakovaných podáních plazmy, po podání diuretik (Furosemid) se obnovila diuréza. V dalších dvou dnech byl sinusový rytmus udržován kontinuální infuzí amiodaronu, po zahájení enterálního příjmu byl nasazen sotalol v úvodní dávce 125 mg/m²/den s postupným vysazováním Amiodaronu. Pátý den pobytu na JIRP bylo dítě extubováno a po dalších 7 dnech neinvazivní ventilace bylo možno ventilační podporu zcela ukončit. Normalizovala se též diuréza a postupně ustoupily veškeré příznaky ascitu. Při kardiologické kontrole se upravila systolická funkce levé komory a též iniciálně zachycená mitrální a trikuspidální insuficience. V dalších dnech se dítě podařilo převést na plný enterální příjem, zpočátku nazogastrickou sondou, později formou plného kojení. Pro centrální hypotonický syndrom byla zahájena celková rehabilitace a podáváno nootropikum (Encephabol). Sonografické vyšetření CNS neodhalilo patologické změny. Další vyšetření potvrdila normální oční vaskularizaci do III. zóny a oboustranně pozitivní evokované otoakustické emise. Diagnóza byla uzavřena jako fetální hydrps při srdečním selhání v důsledku prolongované reentry SVT. Při kontrolách v dětské kardiologické ambulanci zůstává funkční i strukturální nálezy na srdci v mezích normy, při monoterapii sotalolem nedošlo k další recidivě tachyarytmie. V současné době je plánováno vysazení antiarytmické léčby. Dítě je dále sle-

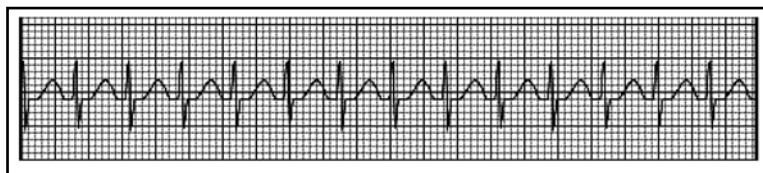
dováno po stránce psychomotorického vývoje v Centru vývojové péče Neonatologického oddělení, při intenzivní celkové rehabilitaci postupně došlo k normalizaci neurologického nálezu.

Diskuze

Podstatou vzniku SVT jsou dva odlišné mechanismy: reentry a abnormální automaticita. Reentry je nejfrekventnější příčinou tachyarytmí, která předpokládá existenci anatomicky či funkčně definovaného patologického okruhu. Elektrický vzruch krouží po definované dráze, jejíž součástí je akcesorní atrioventrikulární spojka (např. Kentův svazek) či atriofascikulární spojka (Maheimův svazek). Jedná se o tzv. atrioventrikulární reentry tachykardii (AVRT). Při funkční disociaci atrioventrikulárního uzlu na dvě dráhy s rozdílnou rychlostí vedení a rozdílnými dobami refrakterních period vzniká atrioventrikulární nodální reentry tachykardie (AVNRT). (3)

Abnormální automaticita je druhou příčinou vzniku tachydysrytmie. Vzniká v ektopických okřscích myokardu, ve kterých dochází k urychlení depolarizace. Uvádětelem srdečního rytmu se ektopické centrum stane v okamžiku, kdy jeho aktivita převyší frekvenci normálního sinusového rytmu. Ektopická aktivita může být paroxysmální, incesantní (vyskytující se více než po 50 % délky dne) nebo permanentní. Takto vzniká např. atrální ektopická tachykardie (AET), kdy se nachází ložisko abnormální automaticity v síních nebo junkční ektopická tachykardie (JET) s centrem abnormální automaticity v Hissově svazku.

Supraventrikulární tachykardie může provázet určité organické kardiální postižení (AV kanál, Ebsteinova malformace trikuspidální chlopně, prolaps mitrální chlopně, hypoplazie levého srdce, nádory srdce), ale převážně (cca v 95%) se vyskytuje u pacientů, kteří ne-



Obrazek č. 1: EKG obraz supraventrikulární tachykardie

mají prokazatelnou srdeční vadu. Klinická významnost a hemodynamický dopad SVT jsou obdobně jako u ostatních tachydysrytmií různého stupně a kromě frekvence SVT závisí též na základním kardiálním postižení a celkovém stavu pacienta.

SVT má v dětském věku většinou příznivý průběh, literární údaje uvádějí, že 93% pacientů, u kterých se první záchvat vyskytl do 2 měsíců, je ve věku 1 roku asymptomatických.

Pokud se však SVT manifestuje již ve fetálním období, průběh onemocnění je ovlivněn více faktory. Mezi ně patří včasnost záchytu dysrytmie a úspěšnost intrauterinní antiarytmické léčby. Nepoznaná SVT u plodu může vyústit v kongestivní srdeční selhání s vývojem hydrupsu plodu. Úmrtnost takto postižených fetů činí 8-27%. (2) (8)

Na vývoj městnavého srdečního selhání plodu mají vliv specifické strukturální a funkční vlastnosti srdečního svalu ve fetálním období. Vývojově nezralý myokard má méně organizované myofibrily a menší poddajnost. Tím je omezen Frank – Starlingův mechanismus k zajištění srdečního výdeje. Pro udržení srdečního výdeje je při menší náplni srdečních oddílů u plodu nutná vyšší frekvence. Plod je většinou schopen udr-

žet dostatečný srdeční výdej v rozmezí frekvence 50-200/min., k srdečnímu selhání dochází při hodnotách přesahujících tato rozmezí. (4). Při srdečním selhání dochází k tvorbě podkožních edémů, ascitu v břišní dutině či ke vzniku pleurálních a perikardiálních efuzí. Není-li zahájena léčba, prohlubuje se tkáňová hypoxie, metabolická acidóza a posléze dojde k úmrtí plodu. (4). Po stanovení typu dysrytmie a zhodnocení stavu fetálního myokardu je v indikovaných případech zahájena farmakologická léčba podávaná matce (nutno vyloučit strukturální postižení srdce či případnou arytmii těhotné ženy) nebo přímo plodu (intraumbilikálně). Dle protokolu pracovní skupiny Fetální kardiologie (FWG) při Evropské asociaci dětské kardiologie (AEPK) je digoxin antiarytmikem první volby v léčbě paroxysmální supraventrikulární tachykardie plodu intraumbilikální i transplacentární cestou. Se stupňujícím se selháním fetoplacentárního oběhu a při vývoji hydrupsu však účinek léčby klesá. (7) Při selhání léčby digoxinem je možno použít sotalol nebo propafenon, úspěchy jsou popisovány i po intraumbilikální aplikaci adenosinu.

V novorozeneckém věku se SVT projevuje změnou chování dítěte - apatií nebo naopak neklidem, odmítáním stravy, prošedáváním či pocením. Pokud se tato tachykardie vyskytu-

je záchvatovitě (většinou s náhlým začátkem i ukončením), bývá označována jako paroxysmální SVT. Přetrvávající tachykardie může vést k vývoji indukované kardiomyopatie a městnavého srdečního selhání. (3)

Správné vyhodnocení EKG má zásadní význam pro upřesnění typu arytmie a zejména pro volbu léčby (obr.č.1). U nejčastějšího typu SVT, způsobeného přítomností akcesorní spojky (Kentovým svazkem) - atrioventrikulární reentry tachykardie (AVRT) - nacházíme při sinusovém rytmu vlnu delta a zkrácený interval PR, odpovídající preexcitaci části komorového myokardu. Její spojení s paroxysmem tachykardie se označuje jako Wolff - Parkinson-White syndrom. V případě ortodromní tachykardie jsou komorové komplexy QRS štíhlé s normálním tvarem a interval RP je kratší než interval PR. Srdeční frekvence se pohybuje v rozmezí 150-300/min. Při antidromní tachykardii jsou QRS komplexy aberované.

Diferenciálně diagnosticky je nutno odlišit flutter síní (intraatriální síňovou tachykardií), který je nejčastější u plodů a novorozenců. Jeho podstatou je síňové makroreentry. Nacházíme jej rovněž u dětí, které po prodělaném kardiokirurgickém zákroku mají jizvy ve svalovině srdečních síní. Na EKG je větší patrná frekvence síní cca 300-400/min. AV blok 2-3:1 vede k frekvenci komor kolem 150/min, ale převod na komory může být deblokován v poměru 1:1. K odlišení od jiných typů arytmii přispívá i typický obraz pilovitých flutterových vln. Léčbou je jícnový overdrive nebo elektrická kardioverze výbojem.

Tabulka 1: Charakteristika dalších SVET včetně farmakoterapie

Atrioventrikulární nodální centry tachykardie (AVRNT)	funkční disociace AV uzlu na 2 dráhy	krátký RP (pod 60 m), dlouhý PR, vlny P skryty v QRS komplexu -slow-fast forma	viz SVT typu reentry
Atrioventrikulární reentry tachykardie s Maheimovým fasciklem	přítomnost akcesorní atriofascikulární spojky, vede vzruch antegrádně	QRS komplexy uniformní-obraz bloku levého Tawarova raménka	viz SVT typu reentry
Permanentní junkční reciproční tachykardie (PJRT)	přítomnost posterolaterální spojky, vede vzruch retrográdně	krátký PR, dlouhý RP, vlna P negativní ve II., II.svodu ojedinele přerušeno sinusovým rytmem	viz SVT typu reentry
Síňová ektopická tachykardie	abnormální automacie buněk síňového myokardu, po operacích či zánětech, trvalý rytmus	rozdílný vzhled P vln, často přítomna AV blokáda	propafenon, amiodaron, sotalol, v kombinaci s digoxinem či beta blokátorem
Junkční ektopická tachykardie (JET)	abnormální automacie v Hisově svazku vrozená nebo po kardioperacích	disociace QRS komplexů a P vln, frekvence QRS je vyšší	propafenon, amiodaron, sotalol, v kombinaci s digoxinem či beta blokátorem



U SVT typu reentry jsou prvním léčebným opatřením vagové manévry – diving s ponořením hlavy do ledové vody, Valsalvův pokus, vyvolání dávivého reflexu nebo pozice střemhlav. Aktivací vagu dojde k prodloužení vedení v AV uzlu a v příznivém případě k přerušení tachykardie. U novorozenců je někdy účinné přiložení ledové tříště v sáčku na obličej. Vagové manévry nejsou účinné u jiných typů tachykardií jako např. ektopické supraventrikulární nebo komorové tachykardie.

Dalším léčebným opatřením je rychlé bolusové nitrožilní podání adenosinu za trvalého monitorování EKG. Okamžitě působí depresi síňové automacie a velmi výrazně prodlužuje vedení v AV uzlu. Při neúspěchu je možné podání ve zvyšující se dávce (0,1–0,3 mg/kg), maximálně však do 3 dávek. Vzhledem k riziku indukce fibrilace síní s rychlým převodem spojkou na komory je nezbytné vybavení pracoviště defibrilátorem! Při recidivě záchvatu SVT bývá výhodná intravenózní aplikace propafenonu 1 mg/kg/5 min, poté kontinuálně v dávce 4–7 ug/kg/min.

Lékem další volby je amiodaron v iniciální dávce 5 mg/kg / 30 minut, poté v kontinuální infuzi 5–15 ug/kg/min. Po stabilizaci pacienta je možné přejít na perorální formu digoxinu (s výjimkou WPW syndromu), sotalolu, propafenonu či výjimečně amiodaronu.

Nefarmakologickou alternativou k zastavení akutního paroxysmu je synchronizovaná kardioverze (výboj je aplikován synchronně s QRS komplexem) nebo transezofageální stimulace – jícnový overdrive.

V případě zahájení antiarytmické terapie v novorozeneckém nebo časně kojeneckém věku je indikováno profylaktické podávání antiarytmik do 1 roku věku dítěte, poté při absenci recidiv SVT bývá terapie ukončena.

Charakteristiku dalších SVET včetně farmakoterapie uvádí tabulka č.1.

■ Závěr

Supraventrikulární tachykardie typu AVRT v novorozeneckém věku mají poměrně příznivou prognózu, avšak u tachydysrytmií zachycených prenatalně ve stadiu hydropsu a srdečního selhání plodu činí mortalita a morbidita až 30%. Námi prezentovaný případ ukazuje na důležitost včasné diagnostiky těchto dysrytmií a adekvátního postnatálního managementu, zahrnujícího koordinaci rychlé spolupráce gynekologa, neonatologa a dětského kardiologa.

Použité zkratky:

SVT	Supraventrikulární tachykardie
AVRT	Atrioventrikulární reentry tachykardie
AVRNT	Atrioventrikulární centry nodální tachykardie
AET	Atriální ektopická tachykardie
JET	Junkční ektopická tachykardie
WPW syndrom	Wolf-Parkinson-Whiteův syndrom

Literatura:

1. Dixon J., Foster K. et al.: Guidelines and adenosine dosing in supraventricular tachycardia, Arch. Dis. Child. 2005;90:1190–1191
2. Gautam K. Singh: Management of fetal tachyarrhythmias, Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine 2004, 6:399–406
3. Chaloupecký V. et al.: Dětská kardiologie, Galen 2006
4. Huhta J.C.: Guidelines for the Evaluation of Heart Failure in the Fetus With or Without Hydrops, Pediatr Cardiol 25:274–286, 2004
5. Huhta J.C.: Fetal congestive heart failure Seminars in Fetal & Neonatal Medicine (2005) 10, 542e552
6. Horenstein M.S. et al.: Supraventricular Tachycardia, Wolff-Parkinson-White Syndrome, article last updated: January 8, 2007 – www.emedicine.com
7. Marek J., Škovránek J. et al.: Prenatální diagnostika a léčba supraventrikulární tachykardie plodu, Cor et Vasa, 12/2003
8. Yam M., Leung T., Lau T., Sung R.: A Fetus with Hydropic Change Secondary to Fetal Supra-ventricular Tachycardia, HK J Paediatr (New Series) 2003;8:130–132

W servis – Praha, ve spolupráci s Orion Diagnostica a Johnson n Johnson,
Vás zve na odborný kurz:

PEDOSTOMATOLOGICKÉ A ORTODONTICKÉ MINIMUM PRO PRAKTICKÉ DĚTSKÉ LÉKAŘE

Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.

Na Stomatologické klinice LF a FN v Plzni se plně věnuje dětské stomatologii. Zajímá se především o problematiku úrazů zubů, ošetřování zubů s nedokončeným vývojem kořene a prevenci zubního kazu v časném dětství. Je předsedkyní České společnosti pro dětskou stomatologii.

MUDr. Magdalena Koťová, Ph.D.

Na Stomatologické klinice 3. LF UK a FN Královské Vinohrady v Praze se věnuje rozštěpové a ortodontické problematice u dětí. Zabývá se především časnou ortodontickou intervencí u závažných ortodontických anomálií.

Olomouc – 18. 9. 2010

Hotel Sigma, Jeremenkova 36, Olomouc

Praha – 27.11. 2010

VOŠ Jabok - aula, Salmovská 8, Praha 2

Cena kurzu: 1.490,- Kč

Cíl kurzu: předání základních informací a zkušeností pro mezioborovou spolupráci mezi stomatologem a pediatrem. Získání znalostí pro předání základních kvalifikovaných rad a informací rodičům v oblasti pedostomatologie, ortodoncie a dentální hygieny.

SKOLIÓZA A DALŠÍ PORUCHY POHYBOVÉHO APARÁTU V DĚTSKÉM VĚKU

Připravujeme:

MUDr. Richard Smíšek

Autor metody SMS, věnuje se rehabilitaci a regeneraci páteře, provozuje soukromé Rehabilitační centrum Smíšek v Praze. Věnuje se také lektorské činnosti v ČR, ale hlavně v SRN. Metodě SMS se věnuje více jak 20 let a dosahuje velkých úspěchů při léčbě svých pacientů.

Praha – 30.10. 2010, VOŠ Jabok, Salmovská 8, Praha 2

Cíl kurzu: Hlavní rysy poruchy stabilizace pohybu u skoliotiků. Celkový charakter poruchy, porucha řízení pohybu, porucha v koordinaci pohybu a svalové stabilizaci. Úloha pediatra při vyhledávání rizikových faktorů a vzniku skoliózy. Možnosti léčby, prevence

Informace a přihlášky: W servis Praha, Vendula Vorlová, Akátová 665, 250 90 Jirny
Tel.: 724 100 477, e-mail: info@w-servis.eu, www.w-servis.estranky.cz





Kazuistika: Bolesti hlavy neočekávané etiologie

MUDr. Parvine Gricová

PLDD Uherské Hradiště

■ Pacientka AM nar. 1996

Osobní anamnéza:

- Pacientka z III. Fyziologické gravidity, porod fyziologický v termínu, nekříšená
- PH 3400/54 cm AS 10/10/10
- Poporodní adaptace bez komplikací
- Psychomotorický vývoj v normě
- Očkována dle kalendáře
- Vážněji nestonala
- V předškolním věku krátce noční děsy
- V 1. třídě vyšetřena pro hyperaktivitu

Rodinná anamnéza:

Matka: nar. 1966 zdravá

Otec: nar. 1949, údajně trpěl schizofrenií (?), nyní bez obtíží, bez terapie.

Sourozenci: 2 sestry ve věku 24 + 22 let - zdravé

- Sledovaná onemocnění se v rodině nevyskytují

FA: nemá pravidelnou medikaci

AA: negativní

SA: bydlí s matkou v RD, mají psa a kočky

Nynější onemocnění:

1. Vyšetření: pátek, 15 hodin – od předešlého večera bolesti hlavy, spala dobře, byla ve škole, bolest hlavy trvá, teplota neměřena.

Objektivně:

Bledá, unaveného vzhledu, T 36,7., interní nález v normě, meningeální není.

• TK 110/70, P 68/min CRP méně než 8 mg/l

Doporučeno: Sledovat T, klid, kontrola za 1-2 dny.

2. Vyšetření: Teplota nebyla, trvá bolest hlavy, nezvracela, spí dobře, jedla normálně, chodí do školy.

Objektivně: Dobře prokrvená, hrdlo silně nasťknuté, sekrece z očí hlenohnisavá, ostatní interní nález v normě, TK 110/ 60 mm Hg.

Dg: Virosis???

Doporučeno: Klid na lůžku!, sledovat T, odběry!

KO a diff: bez patologie, bez zánětlivé odezvy FW 8/20, CRP 10 mg/l

- JT, minerály, urea, kreatinin, chol., triacylglyceroly - normální hodnoty, KC 6 mmo/l - kontrolní odběr 5,1 mmo/l
- Rtg lebky, PND - bez patologie
- Oční vyšetření-zevně i pozadí bez patolog.
- Neurologické vyšetření - Topický neurologický nález v normě
- Res: Tensní bolesti hlavy (pravidelná životospráva, pitný režim)

3. Vyšetření: Pátek 14 hodin

- Bolesti hlavy dnes větší, spala dobře, ještě dříve byla bez obtíží, asi od 10 hodin dopoledne opět bolest hlavy. T neměřena.
- Celkově stav není alterovaný, bledá, exantem O, interní nález v normě, T36,6C, TK 105/ 65 meningeální není.
- Odeslána k observaci na dětské odd. nemocnice s dg: Bolesti hlavy neznámé etiologie.

Anamnéza při přijetí na dětské odd. nemocnice:

- Bolesti hlavy již před 3 týdny!?!? - svírává bolest levého spánku a čela, rýma, sekrece z očí, zvýšená teplota???? Vyšetřena u lékaře nebyla, obtíže připsování větší zátěží ve škole.

Vyšetření při přijetí na dětské odd. nemocnice:

T 36,1°C, TK 100/65 mm Hg, interní nález v normě Laboratorní nálezy:

- FW 10/15, CRP 0,2 mg/l, KO+diff, iontogram, moč atd. - v normě
- RTG C-páteře, CT mozku, UZ ledvin - bez patologie
- Neurologické vyš.: tenzní bolesti hlavy
- CT PND: sinusitid maxillaris l. sin. chronica, hyperplastický zánět ethmoidálních sklípku l. sin

Vyšetření objasňující etiologii bolesti hlavy:

- CT orbit: bez patologického nálezu, ale v paranasálních dutinách zastření v sin antrum Highmori minimálně ze 2/3, zastření i v levost. ethmoidech s hypertrofií přilehlé choany. Sfenoidy jsou bez septa, rozšířeny, vyplněny homogenním obsahem vyšší density, lehce zúžených stěn, což by odpovídalo mukokéle v.s se zánětlivým obsahem, chronický hydroks s poruchou zadní komunikace s cavum nasi.

- ORL vyšetření: Punkce levého antra - z hadičky pod tlakem vytéká tmavší hnis - kultivace negativní, výplach - nelze vtlačit tekutinu do antra.

Diagnosa:

Chronický zánět klínové dutiny vlevo (mucosele se zánětlivým obsahem, chronický hydroks s poruchou zadní komunikace s cavum nasi).

PANSINUSITIS CHRONICA L.SIN

- Pacientka odeslána na dětskou ORL kliniku do Brna.

DĚTSKÁ ORL KLINIKA BRNO

- NMR paranasálních dutin - potvrzena diagnóza: Pansinusitis chronica - tumor vyloučen
- Endonasální operace: široce otevřená sphenoidální dutina, ethmoidy a maxil. dutiny
- Provedena ethmoidectomy ant., antrostomie l. sin - kde je jen hypertrofická sliznice. Otevřena klínová dutina, která je vyplněná mazlavou šedožlutou hmotou, která postupně odsáta, odstraněn obal útvaru v oblasti stropu dutiny, kde je defekt kosti asi 10x15 mm bez prolapsu dury. Pooperační průběh bez komplikací, rychlý ústup bolesti hlavy.

Dodatek k anamnéze:

Půl roku před tímto onemocněním- pacientka prodělala Sinusitis maxillaris bilateralis - řádně přeléčená ATB (Zinnat), opakované kontroly u ORL lékaře, klinicky - zhojeno, kontrolní Rtg PND - dutiny volně vzdušné, kontrolní KO+diff, FW - bez zánětlivé odezvy.

Terorie: Záněty vedlejších dutin nosních jsou u dětí výrazně méně časté než u dospělých. Je to dá-

no mimo jiné i anatomickými poměry - Čelistní dutina je při narození velikosti hrášku, klinický význam má od asi 2 let, maxilární sinusitidy jsou častější až po 4. roce věku, záněty čelních dutin začínají asi od 6 let věku, nejčastěji po 10. roce. Etmoidální sklípky jsou v počtu 10-15 přítomné při narození, vývojem se zvětšuje jejich objem. Záněty klínové dutiny mohou vzniknout již v 10 letech, více však u dospívajících a dospělých.

Akutní sinusitidy často doprovázejí záněty horních cest dýchacích. Nejčastěji postihují sinus maxillaris a sklípky etmoidální. Hlavním příznakem u akutní sinusitidy je bolest hlavy, zvýšená teplota, tlak na příslušnou dutinu bývá bolestivý. Sinusitida může být příčinou septického stavu. U etmoidálních zánětů se někdy objevuje edém víček.

Chronické sinusitidy jsou u dětí ještě méně častější než akutní - 65% chronických sinusitid u dětí má alergický původ nebo vznikají při lokálních či celkových poruchách, které usnadňují přetrvávání infekce. Nejčastějšími klinickými projevy je únava, nechutenství, subfebrilie.

Závážné komplikace sinusitid vznikají šířením infekce do okolí - orbitocelulitidy, osteomyelitidy, tromboflebitidy, hnisavé meningitidy a abscesy.

Naše pacientka v době onemocnění měla 10 let, klinický průběh byl netypický - po celou dobu byla afebrilní, zánětlivé markery nízké, klasické Rtg nálezy rovněž bez patologie. V popředí klinického nálezu byla bolest hlavy a bledost kůže.

Je otázkou diskuze, zda-li se jednalo o komplikaci = přechod do chronicity onemocnění akutní sinusitidou, kterou dítě prodělalo půl roku před tímto onemocněním. Jak je výše uvedeno byla tato řádně sanována antibioticky, na kontrolním Rtg jsou dutiny volně vzdušné. Dítě při této nemoci opakovaně vyšetřeno pediatrem i ORL lékařem.

Konzultace - názor ORL lékaře: Dítě bylo uzdraveno, ale jestliže po půl roce prodělalo opět zánět HCD s hnisavou sekrecí z očí a bolesti hlavy - je to varující příznak upozorňující na možnost vzniku chronické sinusitidy. Po přelečení předchozího zánětu zřejmě došlo k uzávěru anatomického ústí dutiny, k vychlípení žlázy klínové dutiny a tím k zadržení hlenovitého obsahu uvnitř dutiny, který se zde zmnožil a vytvořil mukokelu. Mukokela v klínové dutině je zákeřná také tím, že není přístupná punkci a jediným řešením je operace a sanace dutiny.

Přestože klinické i laboratorní nálezy byly neurgující, jednalo se o stav ohrožující život dítěte. Usurace kostí, která je výše uvedena, způsobena tlakem hydroksu byla zřejmě podkladem bolesti hlavy. Při penetraci a vytláčení zánětu do mozku by mohlo dojít k náhlé smrti pacientky.



Ze světa odborné literatury...

Myokardiální infarkt alergického charakteru u dětí-Kounisův syndrom

Kounisův syndrom byl původně popisován jako alergický anginosní syndrom a posléze jako alergický myokardiální infarkt. Klinicky je také udáváno akutní koronární syndrom. Uvádějí několik velmi zajímavých kazuistik.

Prvým pacientem byl devítiletý děvče, které bylo poštipané na hlavě a na krku od včel. Při vyšetření na Emergenci měla patrný erytematosní raš na uvedených částech i na rukou a stěžovala si i na bolesti na hrudníku, vyzařující do krku. Na EKG patrná elevace ST v II, III, AVF, V, V kompatibilní s nálezy, které jsou vidět u akutního dolního infarktu myokardu. Echo prozrazuje hypokinesu dolní části stěny s ejekční frakcí sníženou o 50 %. Vyšetření krevního biochemismu vykazovalo zvýšení troponinu, CK-MB, tryptasy i IgE. Na coronarografii popsán normální nález. Pacientka léčena perorálními antihistaminiky a prednisonem 5 dní, po kterých došlo k úplné normalisaci EKG, ECHO i laboratoře.

Druhým pacientem byl třináctiletý chlapec hospitalizovaný pro svědivý kožní raš a bolesti na hrudníku, které začaly za 10 minut po požití Augmentinu. Fyzikální vyšetření bylo normální, na EKG ST elevace II, III, AVF, V4-6. Echo prozrazuje hypokinesu dolní stěny. V biochemismu je zvýšený troponin, CK-MB. Koronární angiografie vykazovala normální nálezy. Specifické IgE bylo negativní. Patrná vysoká hodnota tryptasy v séru s následnou normalisací. Hladina histaminu v séru v normě. Pacient byl léčen antihistaminiky a prednisolonom po dobu 5 dnů. Laboratoř i EKG abnormality se upravily kolem 10 dne.

Třetím pacientem byl jedenáctiletý zdravý chlapec, přijatý pro svědění, bolesti hrudníku a palpitace. Dodatečně zjištěno, že před tím byl podán Augmentin. Na EKG byla patrná elevace V2-5 kompatibilní s nálezy při IM. Coronarografie v normě. Na ECHO patrná hypokinesa dolní stěny. Troponin, CK-MB a tryptasa byly zvýšeny. Specifické IgE proto Amoxicilinu bylo pozitivní. Léčen kortikosteroidy, ketotifenem a antagonistou histaminu – ramotidinem. Také zde se nálezy během několika dnů normalizovaly.

Čtvrtý pacient, 10 letý chlapec, byl poštipáný na hlavě a na paži od vos. Měl erytematosní raš a bolesti na hrudníku. Na EKG elevace II, III, AVF, V5-6. Echo a koronární angiografie byla v normě. Troponin, CK-MB a tryptasa i IgE byly zvýšeny, stejně jako počet eosinofilů. Léčen perorálními antihistaminiky a prednisolonom.

Pátý den úprava laboratoře i EKG.

Syndrom se jeví jako alergická reakce a bolestí na hrudníku doprovázená laboratorními a klinickými nálezy jako při angině pectoris. Potiže jsou zřejmě způsobeny zánětlivými mediátory uvolňovanými alergickými inzulty. Jsou popisovány 2 varianty uvedeného syndromu.

Prvá uvádí, že uvolňování zánětlivých mediátorů může indukovat koronární arteriální spasmus se zvýšením kardiálních enzymů nebo bez spasmů při normálním biochemismu. Typ II zahrnuje pacienty s preexistující aterosklerotickou nemocí, u které akutní uvolňování mediátorů může indukovat arteriální spasmus s normálními hodnotami kardiálních enzymů a troponinu erosi plátek nebo se manifestující až do akutního IM.

Žádný z těchto pacientů neměl alergologickou anamnézu nebo známky koronární nemoci. Vyšetření specifických biochemických parametrů také původně i posléze v normě. Testy pro hepatitidy a viry ve vztahu k onemocnění srdce byly negativní. Byly provedeny intradermální kožní testy na včelu a vosu. Byla potvrzena dg. typu I.

U všech pacientů zvýšení hladiny tryptasy ukazuje na akutní alergickou reakci. Tryptasa sama může indukovat akutní alergické spasmus nebo vznik eroze. Je nutné připomenout, že substance při štípnutí obsahují peptidy, vadoaktivní aminy, norepinefrin a další. Některé mají přímou i nepřímou kardiotoxicitu.

Eur.J.Pediatr./2010,169,27-29

Je CT bezpečná?

Popisují zde kazuistiku 59 letého učitele v USA, který byl sledován pro akutně vzniklou paresu facialis. Byl přijat na Emergency a provedeno CT a NMR. Nenalezena patologie a symptomy se upravily po několika týdnech. Dva týdny po vyšetření dotyčný měl problémy s padáním vlasů, poruchami spánku, rovnováhy a se zmateností. Vyšetření bylo proto zopakováno s normálním nálezem na uvedených metodikách. V dalším období se ale opět objevuje zmatenost, ztráta paměti, což mu narušovalo práci. Při procházení dokumentace se zjistilo, že při vyšetřeních dostal dávku násobně větší oproti průměru perfusního scan. Dotyčný je nyní v soudní při s nemocnicí. Podobné zkušenosti prý má 378 pacientů. Je nyní tlak na Asociace, aby přijímaly usnesení o nutnosti lepší dokumentace. Je nutné opět podotknout, že radiační dávka je vyšší než u konvenční radiologie. CT zvyšuje riziko nádoru, je to známý kancerogen. Na druhé straně kvalita CT je také závislá na radiační dávce. Přimlouvají se

za vládní organizace monitorující dávky záření na př. tak, jak se děje při mamografiích. 10 % populace v USA má CT vyšetření.

P.S. nabízí se zde otázka, zda uvedené onemocnění nebylo na př. boreliozou, encephalitidou atd. Je však přímo vidět blízkost právnických sdružení a zřejmě i popouzení pacientů.

New England Journal of Medicine, June 23, 2010, 1-4.

Infekce campylobacter jejuni asociovaná s myoperikarditidou u adolescentů

Campylobacter jejuni je společná příčina bakteriální gastroenteritidy. Zřídka vyžaduje antimikrobiální terapii. Je nutné však vědět o smírně důležitou věc. C. jejuni je spouštěčem autoimunních nemocí, jako je Guillan Barré a reaktivní artritidy. Má na svědomí další extraintestinální manifestace včetně meningitidy a endokarditidy. Prezentovány dva případy

Jedním z nich je 16 letý chlapec s 5 denní anamnezou krve ve stolici, teplotou 40 st. bolestmi hlavy a abdominální bolestí. V den přijetí patrné u bolesti na hrudníku s dyspnoí. Vysoké CK-MB a CRP, elevace ST I, II, V4-6. Na ECHO redukce funkce LK. Ze stolice opakovaně izolován campylobakter. Rychlé zlepšování stavu po th. Klacidem. U druhého pacienta se jedná o 17 letého jedince s T a diarheou. Patrné nasedající bolesti na hrudníku, propagující se do levé ruky. Na EKG ST elevace I., AVL, V4-V5. Echo n.n. Patrné zvýšení troponinu, CK-MB, campylobacter izolován ze stolice. Po léčbě Klacidem normalisace. Je diskutován patologický mechanismus, pravděpodobně imunologicky zprostředkovaný. Je však i možné přímé působení k myokardu cirkulujícími toxiny.

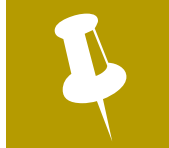
Eur.J.Pediatr.2010, 169,63-65.

Vtažení rodiny do léčby dětské obezity

Účelem bylo ohodnotit vliv rodiny při léčbě dětské obezity. Program sestával z intenzivní periody včetně fyzikální zátěže, nutričního vedení a rodinné psychoterapie. Trvání kurzu se pohybovalo kolem 18 měsíců. Toto potvrzuje uvedená práce z Dánska týkající se skupiny 100 dětí ve věku 10-12 let, kdy váha se pohybovala kolem 140 % průměru. BMI poklesl z 2,9 na 2,6, pokleslo také odhadované množství tělesného tuku. Také 49 dětí pokračovalo v poklesu. Menší ztráta váhy pokračovala u imigrantů.

Eur.J.Pediatr.2009,168,1437-1447.

*Ve spolupráci s firmou MUCOS Pharma
MUDr Jiří Liška, CSc.*



Aktuality...

Na péči chybí už teď 10 miliard. Brzy bude hůř

Kdo bude po volbách sestavovat vládu, převezme zdravotnictví s velkým deficitem. Už loni byl rozdíl mezi příjmy a výdaji pojišťoven deset miliard a propad se zvyšuje. Strany účinné recepty nenabízejí.

Deficit zdravotnictví se na prahu roku 2011 dostane na 15 miliard, protože přibývá lidí, za něž platí pojistné stát (především nezaměstnaných), a pojišťovny proplácují stále dražší léčbu.

„Pokud se k moci dostane vláda, která zruší poplatky, musí si připočíst další ztrátu – zhruba pět miliard,“ říká bývalý náměstek ministra zdravotnictví Pavel Hroboň.

Situace se nebude zlepšovat, přijdou totiž další problémy. Tak především populace stárne, dožíváme se nových a těžších nemocí, které prodražují lékařskou péči.

„Budou se vyrovnávat výše osobních nákladů se státy eurozóny – zdravotní sestra, která pracuje 120 kilometrů od hranic, má dnes plat třikrát vyšší,“ říká ředitel VZP Pavel Horák. Pacienti budou vyžadovat vyšší kvalitu a dostupnost péče. „A také se objevují velké skupiny chronicky nemocných, jejichž péče stojí hodně peněz,“ dodává Horák.

Řešení na bodě nula

Když se zdravotní experti osmi stran sešli minulý týden při debatě o zdravotnictví, v jednom se shodli: ano, zdravotnictví má problémy. Komplexní reformu však nenavrhli nikdo.

„Hodnotit izolovaně jednotlivé volební programy je neutěšená práce. Žádná strana nenabízí komplexní a provázanou koncepci rozvoje tohoto resortu v horizontu 5 až 10 let a plánovat na kratší dobu nemá smysl,“ konstatoval Tomáš Doležal, expert na ekonomii zdravotnictví.

Při pročítání programů měl pocit, že se politici zabývají jen nepodstatnými věcmi – poplatky a počty zdravotních pojišťoven – a skutečným problémům, jako je třeba financování systému, se vyhýbají. „Prázdné tvrzení, že garantují občanům dnešní rozsah péče do budoucna, nemá žádnou cenu, pokud zároveň neřeknu, jaké nástroje použiji,“ říká Doležal. Existují tři cesty, jak financovat péči o víc starých a nemocných lidí, lepší léky a technologie. Stát může více platit za své pojištěnce (matky na mateřské, důchodce, děti a nezaměstnané), jenže státní rozpočet je v krizi.

Nebo by mohl více šetřit, což jde a dokázala to studie Transparency International před třemi lety. Zjistila, že zejména kvůli zneužívání nemocenské se ročně vyplývá bezmála 28 miliard korun (z 200 miliard, které šly tehdy do zdravotnictví). Systém je neefektivní a je iluzí, že to někdo dokáže v krátké době zvrátit.

Poslední a nejreálnější je cesta vyšší spoluúčasti pacientů, pro niž horuje hlavně TOP 09, která otevřeně mluví i o částkách – řádově stokoruny bude podle Schwarzenbergovy strany pacient doplácet například za operaci očního zákalu. Tyto peníze však platí často už nyní formou různých úplatků.

ODS chce zavést placený nadstandard, komerční připojištění, ale také ošetrovatelské spoření. Už i ČSSD připouští možnost nadstandardu. „Realitou je, že míra spoluúčasti pacientů poroste. Odhadnout, jakou dynamikou a do jaké míry, je však obtížné,“ podotýká ekonom Doležal.

Česko je nyní se svými 16,6 procenta spoluúčasti pacientů (jde o léky, poplatky a zdravotnické prostředky, jako jsou berle či sádry) poslední mezi zeměmi OECD, všechny ostatní mají vyšší spoluúčast pacientů. V průměru je to 24 procent – z každé stokoruny, kterou za léčení zaplatí stát, si platí 24 korun pacient.

„Pokud nechceme dopadnout jako Řecko, nemůžeme donekonečna zvyšovat deficit. Pacienti si mohou platit aspirin a další levné léky, i když to neradi slyší, protože v nich stále převládá pocit, že zdravotnictví by mělo být zadarmo. Ale pokud chceme mít peníze na drahou léčbu rakoviny, jinak to nejde,“ říká Jana Petrenko z patientské organizace Koalice pro zdraví.

CT v každé nemocnici není výhra

ČSSD se přitom ohrazuje i proti tomu, aby si pacienti platili ze svého léky na chřipku. „Lepší organizace, výbava efektivní technikou a promyšlená centrální léková politika umožňují ušetřit miliardy,“ píše ČSSD v programu – s dodatkem, že si to ověřila za své vlády. Problém je, že za ministra zdravotnictví Davida Ratha šly úspory často na úkor pacientů. Nemocnice a lékaři nesměli léčit víc pacientů, než byl limit, jinak by jim to pojišťovna nezaplatila a ještě by jim udělila pokutu.

Systém zdravotnictví je neefektivní i kvůli tomu, že politici nemají odvahu říznout do počtu nemocnic – a neplánují to ani teď. Mnoho okresních nemocnic funguje jen z politických důvodů. Přitom i v malém okresním špitálu je moderní CT, magnetická rezonance. Pro pacienty to však není výhra.

„Sám jsem zažil, že do fakultní nemocnice přišel pacient pozdě a ve vážném stavu jen proto, že lékaři z okresní nemocnice neuměli vyhodnotit jeho snímky z CT,“ říká Jozef Rosina z ČVUT, kde vzniká zárodek agentury, která bude srovnávat ceny drahých přístrojů v nemocnicích i léků, jež jdou na náš trh. Podobné instituce mají všechny vyspělé státy a v Česku podle ministerstva zdravotnictví vznikne do tří let. Bude pomáhat i při stanovování standardů a nadstandardů.

„Pacienti si mohou platit aspirin a další levné léky. Jinak na drahou léčbu nebude.“ Jana Petrenko Koalice pro zdraví

Zdroj: MF DNES 11.10.2010

Nemocnice:

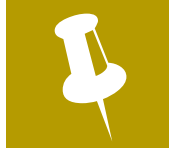
Služby pro VIP pacienty (ne)máme

Některé nemocnice zvažují, že vyjdou vstříc těm, kteří nemají čas čekat v ordinaci lékaře. Za poplatek by si mohli zaplatit individuální péči. Odhadem by je služba stála několik desítek tisíc korun ročně. Před rokem uvažovala Nemocnice Na Františku o poskytování VIP péče za 30 tisíc korun ročně. Jenže projekt skončil dříve, než začal – zkušebně nemocnice VIP karty rozdala zastupitelům Prahy 1 a skandál byl na světě.

Velké pražské nemocnice se dosud při představě služeb, kdy pacient na lékaře nečeká, může konzultovat svůj stav 24 hodin, případně za ním lékař přijede na jakékoliv místo, ošivaly.

Ovšem změnit se to může už brzy.

Nemocnice Na Homolce už ji připravuje. „Počítáme, že do dvou let ji využije zhruba 2 000 pacientů,“ uvedla mluvčí Nemocnice



Na Homolce Jitka Kalousková. Součástí služby by měl být například i e-mailový kontakt mezi lékaři a pacienty.

A druhého, tentokrát už nepolitického pokusu se nebojí ani na Františku. Alespoň to včera přiznal mluvčí nemocnice Vladimír Juřina.

Podle odborníků je důležité, aby systém, kdy vás zdravotník osobně doprovodí do ordinace nebo máte přednost při ošetření, nepře-rostl nemocnicím přes hlavu. „Počet vydaných karet musí být omezen, aby zůstala zachována kvalita poskytované péče i pro ostatní,“ řekl už dříve Juřina.

Ostatní velké nemocnice jsou opatrnější. Na Bulovce program kdy si zvažovali, dnes s ním nepočítají. Místo toho nabízejí spíše balíčky prohlídek ušité za poplatek na míru například manažerům nebo lidem se slabým srdcem. Týdně si prý u nich tyto služby objednávají desítky pacientů. „Platba se odvíjí od fixních smluvních cen,“ doplnil mluvčí nemocnice Jakub Hofmann. Podobné je to i v Thomayerově nemocnici v Krči.

Zcela jasno o problematice VIP programu mají v Motole. „O ničem podobném neuvažujeme, protože jsme univerzitní nemocnice, která musí kvalitně ošetřit každého bez ohledu na jeho sociální či společenské postavení,“ řekl MFDNES ředitel motolské nemocnice Miloslav Ludvík.

Zdroj: MF Dnes 13.5.2010

Čeští pacienti se naučili soudit „po americku“

Právnička: Za poslední tři roky se odškodnění zvýšilo o řád. Nemocnice rychle zvyšují pojistky.

„Všichni děláme chyby. Proto musí doktoři platit tak vysoké pojistné,“ říká v jednom z dílů známého amerického seriálu Dr. House šéfová nemocnice svéráznému lékaři.

Už i v Česku jsou přitom pacienti při žalobách na lékaře tak úspěšní, že to nemocnicím působí problémy. „Závratně se zvyšuje počet žalob i odškodnění,“ říká právnička Jolana Těšinová, která se věnuje medi-cínskému právu. „Za poslední tři roky, co tyto případy sledujeme, se odškodné zvýšilo o řád,“ dodává.

Loni soud nařídil zatím nejvyšší odškodnění – nemocnice v Sokolově musela zaplatit rodině pacientky, která v nemocnici ochrnula, osm-náct milionů korun. „Teď se projednávají dvě další žaloby – na 31 a na 35 milionů,“ říká Těšinová.

Jedním z důvodů, proč se lidem v poslední době daří vysoudit milio-ny, zatímco ještě před třemi lety to byly nejvýše statisíce, je fakt, že soudci jsou odvážnější a přestávají se řídit starými doporučujícími tabulkami. Ty přiznávají za zničenou ledvinu nebo třeba omylem am-putovanou nohu jen několik desítek tisíc.

Druhý důvod je, že na kauzách stále častěji vydělávají advokáti. „Před třemi lety advokátní komora povolila brát si procenta z vysou-zené částky jako odměnu. Takže získat co největší odškodnění zača-lo být atraktivní,“ říká právník Ondřej Dostál.

„Potíž je, že pro malé nemocnice jsou to částky na hranici likvidace. Teď musí rychle začít řešit výši pojistek,“ podotýká Jolana Těšinová. Sokolovská nemocnice mohla zaplatit z pojistky jen pět milionů, zby-tek do 18 milionů doplácí krajský úřad, tedy její zřizovatel. Částka odpovídá celému měsíčnímu obratu nemocnice. Po prohrané kauze jí také významně stoupl pojistění. „V roce 2009 se pojistná částka zvýšila oproti roku 2008 asi o třicet procent,“ říká mluvčí nemocni-ce Zdeňka Marková.

„Stoupá to každý rok. My už platíme něco k deseti milionům ročně,“ říká Jan Bříza, šéf Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Nemocnice, které vyplácejí odškodné častěji, se nechávají běžně pojistit i na padesát milionů. A ty, které byly pojištěny jen na pět či deset milionů, chtějí tuto sumu zdvojnásobit.

Pro pacienty v Česku tak ještě nikdy nebyla vhodnější doba se sou-dit. „Stojíme na prahu první krize ve zdravotnictví v tom smyslu, že brzy někdo bude muset říct na výši odškodného a pojistek stop, ji-nak některá zdravotnická zařízení za chvíli už nikdo nepojistí,“ říká Ondřej Dostál.

Zdroj: MF dnes 6.3.2010

Zvýšení státních úhrad problém zdravotnictví neřeší

Ministryně zdravotnictví Dana Jurásková chce požádat vládu o zvýše-ní úhrady zdravotního pojištění za takzvané státní pojištěnce. Ačkoli by to znamenalo krátkodobě více prostředků pro naše zdravotnictví, dlouhodobě by se žádný problém nevyřešil. Trend deficitních veřej-ných rozpočtů by tak pokračoval i nadále.

Nejprve několik základních čísel. Ze státního rozpočtu platí daňo-ví poplatníci měsíčně 723 korun za státní pojištěnce. Mezi ně pat-ří děti, důchodci, nezaměstnaní, osoby ve výkonu trestu a tak dále. Dohromady tvoří téměř 60 procent české populace. Pro tento účel je v roce 2010 určeno 52,1miliardy korun, tedy asi o polovinu více než v roce 2005.

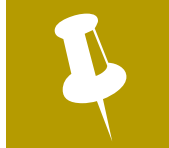
Ve volebním roce 2006 odsouval David Rath problémy českého zdravotnictví zvyšováním státní úhrady celkem třikrát, napumpoval tak do něj o deset miliard více, což znamenalo 28procentní mezi-roční nárůst.

Chápu, že paní ministryně se snaží získat maximum prostředků pro svůj resort, stejně jako všichni ostatní ministři. Rozumím tomu, že návrh podporuje Česká lékařská komora. Musíme si však uvědomit, že pouze přendáme peníze z jedné kapsy veřejných rozpočtů do dru-hé, a deficit se tím nesníží.

To považuji za zoufale málo, protože bychom naopak měli najít od-vahu pro razantní reformu zdravotnického systému. Pokud voda te-če z vědra dírou, problém neodstraníme dalším a dalším přiléváním vody do vědra, což analogicky představuje právě neustálé zvyšování úhrad za státní pojištěnce. Nepředstírejme, že lze mít veškerou zdra-votní péči zcela „zdarma“, jak nám namlouvají někteří populisté. Chceme-li mít kvalitní a pro všechny dostupnou zdravotní péči, neo-bejdeme se bez zásadní změny v systému financování včetně zvýše-ní individuální spoluúčasti. Pro spoluúčast pak musí existovat mož-nost připojištění a ochranné limity pro sociálně slabé.

Bez spoluúčasti a reforem se péče zhorší

Jestliže nenajdeme odvahu ke změnám, čekají nás pouze dvě mož-né varianty. V prvním případě zvyšující se deficit veřejných rozpočtů způsobí postupnou destrukci ekonomicko-sociálních systémů včet-ně dostupnosti a kvality zdravotní péče. Doplatí na to ti nejchudší a nejzranitelnější. Bohatí a vlivní si v takovém případě nedostupnou službu zajistí v zahraničí. Druhou možností je krotit deficit bez zvyšo-vání spoluúčasti, tedy bez zvyšování příjmů do systému. Nutným dů-sledkem je opět snižování dostupnosti a kvality, zejména pak neú-nosné čekací doby na plánované výkony. Opět to bude znamenat, že kvalitní a včasná péče nebude pro každého a opět na to nejvíce do-platí ti nejzranitelnější.



Odpovězme si tedy na otázku, jaká cesta vede k rovnému přístupu ke kvalitní péči pro všechny a jaká naopak způsobí v dostupnosti péče dramatické rozdíly mezi jednotlivými skupinami obyvatel. Populistické odmítání zvyšování spoluúčasti je ve svém důsledku velmi asociální. Zvýšení úhrady za státní pojištění bez provedení nezbytných změn neřeší vůbec nic.

Miroslav Kalousek 1. místopředseda TOP 09
Zdroj: MF Dnes 2.4.2010

Komora hledá nadstandard. Zatím marně

Nadstandard. Politici se tohoto tématu ve zdravotnictví chopili před volbami s nevídanou vervou. I proto se Česká lékařská komora snaží být o krok napřed. Chce rozhybat komunikaci s odbornými společnostmi a vypracovat vlastní stanoviska.

Jenže narazila. A to na stejný problém, který čeká i politiky. Věhlasní odborníci totiž komoře píší, že právě v tom jejich oboru musí být všechno bezplatné. „Odpovědi, které ČLK od odborných společností dosud obdržela, jsou většinou bohužel příliš alibistické ve stylu, že veškerá péče v daném oboru musí být kryta veřejným zdravotním pojištěním,“ uvádí prezident komory Milan Kubek.

Pro lékařskou komoru je jasné stanovení rozsahu základní hrazené péče a nadstandardu důležité, protože umožní vznik připojištění. Od toho si mnozí slibují přísun dalších peněz do zdravotnictví. Představenstvo komory proto vyzývá odborné lékařské společnosti, aby se ještě jednou zamyslely a na návrhu spolupracovaly. Vedení komory se totiž bojí vše nechat na politicích.

„Snažím se přesvědčovat kolegy, kteří mají v odborných společnostech vliv, aby na tom pracovali,“ říká viceprezident komory Zdeněk Mrozek. „Až začnou probíhat jednání s politiky, měli bychom mít už vlastní nástřel, podklady pro naše postoje,“ vysvětluje. Někteří odborníci se ale obávají, že by bez jasného politického zadání byla veškerá práce na stanovení hrazené péče a nadstandardu naprosto zbytečná. Další zase mají přirozený strach ze změny. „Neví, co to může přinést. I proto je důležité, že jsme tuto diskuzi nastartovali. Nečekal jsem, že okamžitě budou nadšené reakce,“ říká Mrozek.

Komora poslala jednotlivým odborníkům jednoznačné otázky. Které výkony, jež jsou dnes pro pacienty bezplatné, by mohly z veřejného pojištění vypadnout? Které by mohly být „zdarma“ jen při splnění určitých podmínek? A za jaké materiály nebo technologie by si mohl pacient připlatit, když se nespokojí se standardní verzí? Obecně by podle vedení komory měl mít pacient vždy možnost vybrat si bezplatnou variantu léčby.

Zdroj: LN 3.6.2010

Platby za zdraví: ODS umírňuje TOP 09

Kolik vybrat do zdravotnictví od pacientů a kde je ta hranice, aby to zvládli? Pravicové strany začínají vyjednávat a ODS se s přispěním Věcí veřejných pokouší umírnit radikálnější TOP 09.

„Bez plateb od pacientů to v současné situaci ve zdravotnictví nejde. Při posledním jednání nám však zástupce ODS řekl, že je pro zvyšování účasti, ale ne tak radikální jako my,“ přiznal zdravotní expert TOP 09 Vladimír Pavelka. Ale strana se podle něho chce dohodnout a Pavelka už také mluví o „pozvolném nárůstu spoluúčasti“.

Pacienti jsou zatím zvyklí platit v lékárně, za lepší plombu u zubaře nebo luxusnější pokoj v nemocnici. A také regulační poplatky, pokud

si je nenechali vracet od sociálnědemokratických hejtmanů. Teď budou připlácet ještě víc. Určitě za služby (třeba lepší jídlo v nemocnici), ale i za operace. Spoluúčast pacientů se zvýší, aby zdravotnictví nezkrachovalo (na konci roku bude chybět 15 miliard) a byly peníze na léčbu vážně nemocných.

Teď se vyjednává o tom, do jaké míry budou lidé připlácet.

Schwarzenbergova strana ještě před volbami chtěla přímé platby, mluvila řádově o stokorunách například při operaci očního zákalu. Tohle je pro ODS problém, a bude se tedy hledat kompromis. „Chceme, aby vždy zůstala varianta hrazená pojišťovnou, což je sociálně přijatelnější,“ zdůraznil Boris Šťastný z ODS. To znamená, že pacient by si mohl vybrat, jestli si připlatí za lepší péči, nebo si vybere jinou na pojišťovnu. To je přijatelné i pro Věci veřejné, které nechtějí příliš zatěžovat pacienty. Kandidát strany na ministra zdravotnictví Martin Jan Stránský si myslí, že peníze se dají získat i jinak – úsporami v systému. „Ale je pravda, že ze států OECD máme nejnižší spoluúčast i podíl soukromých zdrojů ve zdravotnictví,“ uznává Stránský.

Práva pacientů jako první

Systém nadstandardů s možností zřídit si komerční pojištění projde, protože jej podporuje i levicová sociální demokracie.

Pravicové strany mají dohromady 118 mandátů a pro zdravotnictví to může být hodně dobrá zpráva. „Je to velká příležitost provést skutečnou reformu zdravotnictví, nejen kosmetické úpravy,“ prohlásil Marek Šnajdr, náměstek ministryně zdravotnictví a nově i poslanec za ODS.

Právě celková reforma ve zdravotnictví citelně chybí. Je to dané tím, že nikdo nevydržel v křesle ministra celé čtyři roky. Na reformu nikdo neměl čas. Ta nynější začne tím, že se ODS pokusí prosadit větší práva pro pacienty. Změní dva zákony, které je upravují. Důkladněji se v nich vymezí, na co má pacient právo a jaké jsou povinnosti zdravotnických zařízení. Návrh by měl být předložen do 10 dnů a koaliční partneři by neměli být proti.

Pro ODS a TOP 09 je však nepřijatelný jeden bod z programu Věcí veřejných – pouze jedna pojišťovna. Podle Šnjadra je to nedemokratické. „Celý aparát zdravotnictví potřebuje zeštíhlit. Kdybych byl ministrem, jednání o redukci počtu pojišťoven musí nastat. Ale nechci prosazovat věci pouze z pozice jedné strany, jako to dělali někteří ministři,“ říká Stránský.

Zdroj: MF Dnes 1.6.2010

Depresí po porodu trpí také otec

Den otců připadá na třetí červnovou neděli – svůj svátek si zaslouží, nový výzkum ukazuje, že muže postihují i ryze ženské potíže. Radost z narození dítěte je u některých matek přehlušena vyčerpáním, nespavostí a podrážděností provázenými pocity strachu a úzkosti. Diagnóza bývá v takových případech jasná – poporodní deprese. Podle některých lékařů postihují každou dvacátou matku. Podle jiných odborníků jsou příznaky poporodní deprese mnohem častější a lze je pozorovat na každé čtvrté matce.

Psychické problémy matky začínají často už dávno před porodem a mnohdy přetrvávají ještě dlouho po porodu. Deprese neničí život jen matce. Dopadá i na dítě. Matka postižená depresí má problémy s vytvořením pevného vztahu ke svému dítěti. Projevuje se to například horší péčí. Matky s depresí si se svým dítětem méně hrají, méně mu vyprávějí, čtou nebo zpívají. V extrémních případech mohou dítěti dokonce ublížit.



Úskalí rodičovství

Nejnovější studie amerických pediatriů Jamese Paulsona a Sharnail Bazemoreové z Eastern Virginia Medical School zveřejněná prestižním lékařským časopisem Journal of the American Medical Association hledá odpověď na otázku, zda a nakolik propadají poporodním depresím i otcové. Podle jejich závěrů trpí depresí před narozením potomka i po něm každý desátý otec. Jako nejkritičtější se jeví období od tří do šesti měsíců po porodu, kdy propadá depresi každý čtvrtý otec.

Příčiny depresí žen během těhotenství a po porodu jsou často připisovány dramatickým hormonálním změnám, kterými organismus matky prochází. Přesný mechanismus vzniku této závažné poruchy však není znám. Podle některých lékařů jde o pozůstatek obranného mechanismu, který jsme zdědili po zvířecích předcích.

V živočišné říši je celkem běžné, že matka opustí mláďata, o která se nemůže pořádně postarat. Obětuje stávající potomky, aby se nevyčerpávala péčí, jež má mizivou šanci na úspěch. Ušetřené síly pak může věnovat dalšímu pokolení potomků, kteří se narodí do příhodnějších podmínek.

Naši dávní předkové se opakovaně ocitali v situaci, kdy měli jen mizivé vyhlídky na záchranu dětí. Deprese a narušení vazby mezi matkou a dítětem tak rozvazovala matce ruce a usnadňovala jí rozhodnutí potomka opustit.

Podle Paulsona a Bazemoreové uniká většina případů otcovských depresí pozornosti. Běžný průzkum zaměřený na výskyt depresí se soustředí na smutek a další příznaky. Jenže to jsou stavy, ke kterým se muži přiznávají jen neradi. Podstatně větší šance na podchycení deprese u mužů nastává, když se lékaři zaměří na jiné příznaky, jako například projevy podrážděnosti nebo citového „ochlazení“.

Mylná představa Velký problém působí rozšířené přesvědčení, podle kterého muži do duševních depresí neupadají. Muži pak podléhají mylné představě, že je deprese nemůže postihnout. Pokud se jim to stane, snaží se depresi před okolím skrýt. Není to pro ně tak těžké, protože navštěvují lékaře méně často než matka s novorozencem.

Narozením dítěte se život celé rodiny dramaticky změní. Do centra dění se dostává novorozenec, kolem kterého se všechno točí. Rodiče mají často problémy s tím, aby se aspoň trochu vyspali, pořádně najedli a odpočinuli si. Mnozí jsou v prvních týdnech po narození dítěte hodně unavení, což jim na náladě nepřidá. Odlišit toto celkem přirozené vyčerpání od duševní deprese, jež představuje závažné onemocnění, není ani pro odborníka nic jednoduchého.

„Jasně příznaky depresí jdou za rámec běžných rodičovských trablů,“ říká James Paulson. „Tito lidé prožívají trvale pocity odcizení, bezradě, marnosti a nejednou se zabývají myšlenkami na smrt.“

Novopečení otcové stáli dlouho v pozadí zájmu psychiatrů. Ti se soustředili přednostně na matku a dítě. Novější výzkumy ale dokazují, že i otec těhotenství a porod své partnerky intenzivně prožívá. Jeho tělo na to dokonce reaguje hormonálními změnami, které do určité míry kopírují změny v organismu těhotné ženy a matky po porodu. I u mužů v tomto období stoupají například hladiny hormonů ze skupiny estrogenů. V těle mužů přibývá i hormonu prolaktinu, který u matky řídí tvorbu mateřského mléka. Nakolik zvyšují tyto hormonální změny riziko otcovské deprese, není jasné.

Depresím propadají po narození dítěte mnohem častěji muži, kteří již dříve duševními depresemi trpěli. K dalším významným rizikovým faktorům patří onemocnění dítěte, problémy v partnerských vztazích a finanční potíže.

Tátové ovlivní hlavně syny Nedávná studie lékařů z Harvard University odhalila jako významný faktor pro poporodní otcovskou depresi i neplánované těhotenství a rozčarování z pohlaví dítěte. Otcovská deprese má na dítě podobně neblahý vliv jako poporodní deprese matek.

„Otcové v depresi se méně zajímají o své děti a vytvářejí si s nimi podstatně slabší citové vazby. Tito otcové svým dětem například mnohem méně čtou a děti pak mívají méně rozvinuté jazykové dovednosti,“ říká Paulson.

K podobným závěrům došly i další studie sledující dopad otcovských depresí na následný rozvoj jejich dětí. Studie britských lékařů z Oxfordské univerzity prokázala, že následky otcovy deprese po narození dítěte jsou na citovém a duševním vývoji těchto dětí patrné ještě ve věku tří či čtyř let. Hned několik studií prokázalo spojitost mezi poporodní depresí otců a výchovnými problémy jejich dětí během školní docházky. Otcovy deprese mají zvlášť závažný dopad na duševní vývoj synů.

Lékaři se shodují v tom, že otcovským depresím je lepší předcházet než je léčit. Řada rizikových faktorů je zřejmá. K otcovským depresím jsou mnohem náchylnější muži, kteří už někdy depresí trpěli. Ti by měli být připraveni na návrat deprese po narození dítěte a už při prvních problémech co nejdříve vyhledat lékaře. Také napětí v partnerských vztazích je záhodno vyřešit ještě před narozením dítěte, protože vytváří živnou půdu pro vznik deprese u obou rodičů.

„Deprese, jež postihují otce před narozením dítěte i po něm, představují závažný zdravotní problém. Proto se vyplatí dát doma před narozením dítěte věci do pořádku,“ říká James Paulson a dodává, že je nutné, aby fenomén otcovské deprese vstoupil nejen do povědomí lékařů, ale aby se o něm dozvěděla široká veřejnost. Podle něj už je dnes patrný posun k lepšímu. Na tiskové konferenci to dokumentoval příkladem.

„Pokud jste dříve zadali do Googlu heslo ‚paternal depression‘ (otcovská deprese), reagoval internetový vyhledávač dotazem ‚máte na mysli mateřskou depresi?‘ (maternal depression). Dnes vám na stejný dotaz nabídne více než 18 000 odkazů,“ uvedl Paulson.

Zdroj: LN 15.6.2010

Dívky už víc neporostou, kluci ano

Dívky a chlapci jsou vyšší, než byli osmnáctiletí v 50. letech. Tehdejší dívky se z dnešního pohledu zdají „baculatější“, dnes je ovšem víc dětí s extrémní obezitou. Mladých lidí s normální váhou ubývá.

Kdyby se vedle sebe postavili dnešní osmnáctiletí a jejich dědové a babičky ve stejném věku, byli by současní mladí lidé o pořádný kus vyšší.

Generace českých dětí se vytahuje do výšky tempem zhruba co deset let, to jeden centimetr navíc.

Osmnáctiletí chlapci dnes měří v průměru o sedm centimetrů více než mladíci v roce 1951. Stejně staré dívky „vyrostly“ v průměru o více než pět centimetrů.

Poprvé v historii jsou třináctiletí chlapci vyšší než stejně staré dívky, dříve rostli „pomaleji“.

„Chlapci zřejmě ještě porostou, růst českých dívek se už s největší pravděpodobností zastavil – na 167 centimetrech,“ říká Jana Vignerová ze Státního zdravotního ústavu, jinak hlavní autorka celostátního antropologického výzkumu. Ten probíhá pravidelně na 60 až 120 tisících dětech, měří je učitelé ve škole a lékaři. Výzkum ta-



ké ukázal, že se posouvá začátek puberty. Před šedesáti lety začínaly dívky menstruovat a chlapci mutovat nejčastěji v patnácti letech. Na začátku devadesátých let začínala puberta u školáků ve 14,5 roku a u jejich spolužaček v průměru ve 13,8 roku.

Chlapcům začne puberta dřív

Dnes se začátek puberty posunul na 13 let u dívek a necelých 14 let u chlapců. Zčásti je to kvůli obezitě, to se týká především mladých slečen. Když jsou silnější, začnou jim rychleji růst prsa a dřív menstruují.

„A opět – dá se předpokládat, že u chlapců se začátek puberty v budoucnosti ještě posune do nižšího věku, zatímco u dívek se tento posun už zastavil,“ říká Vignerová. V porovnání se zbytkem Evropy jsme na tom ještě dobře. Co do poměru výšky a váhy jsme na devátém místě.

„Naše děti pořád patří k těm vyšším a štíhlejší,“ říká Jana Vignerová. Platí, že nejobéznější jsou děti ve třinácti letech. Čím jsou starší, tím víc zejména dívky začínají dbát na štíhlou linii a ve statistikách se objevuje více opačného problému: poruchy příjmu potravy a s tím související nebezpečná podváha.

Děti si začínají zakládat na obezitě dříve než stejně stará generace z počátku devadesátých let, zhruba o jeden rok. Dnes už jdou do základní školy obezní, zatímco tehdy nabraly až v první třídě. „Obézní prvňáčci – to dřív nepamatuju,“ potvrzuje pediatr Milan Kudyn.

„Jde o to, že děti po narození nabývají na váze velmi rychle, ale když začnou chodit, vyběhají to. Pak dojde ke zlomu, kdy znovu začne stoupat tuková složka v těle, a tento věk se u dětí snížil,“ říká Jana Vignerová. Bodem zlomu je dnes věk necelých pět let u dívek a něco málo přes pět let u chlapců.

Podle odborníka na výživu a pohyb Pavla Suchánka by děti měly sportovat nejméně pět hodin týdně, ale realita je taková, že se třetina dětí věnuje pohybu méně než dvě hodiny týdně.

Český antropologický výzkum je ve světě unikátní tím, že neměří jen výšku a váhu dětí, ale sleduje třeba i to, jak se mění hlava, ruce, nohy nebo obvod břicha dětí. A zjistilo se, že generace dnešních dětí má šišatější hlavy.

„Mluvíme o trendu zužování a prodlužování hlavy – průměrná maximální délka hlavy se zvýšila o 15 milimetrů a maximální šířka hlavy se zmenšila o 10 milimetrů,“ píše se ve zprávě k výzkumu.

Je však otázka, jestli se dozvíme, zda se všechny trendy potvrdí i v budoucnu. „Právě se připravujeme na další výzkum a zdá se, že snad poprvé po těch téměř šedesáti letech ani neproběhne,“ posteskla si Jana Vignerová. „Nemá jej kdo zaplatit. Potřebovali bychom devět milionů korun a nevíme, kde je vzít,“ vysvětlila.

1951

Výška chlapce 172,9 cm
Nástup puberty 15,5 let

1951

Výška dívky 162,1 cm
Nástup puberty 15 let

2008

Výška chlapce 180,1 cm
Nástup puberty 13,8 let

2008

Výška dívky 167,2 cm
Nástup puberty 13 let

2,5

1991

procento obézních chlapců

2008

procento obézních chlapců

BMI*: 21,7 - více než polovina chlapců vážila v roce 2008 v průměru 70,4 kg
2,5

1991

procento obézních dívek

2008

procento obézních dívek

BMI*: 21,2 - více než polovina dívek vážila v roce 2008 v průměru 59,3 kg

* BMI: Body Mass Index - poměr výšky a váhy určující obezitu či naopak podváhu (norma je 18,5 až 24,9)

„V porovnání se zbytkem Evropy patří naše děti pořád ještě k těm vyšším a štíhlejší,“ Jana Vignerová, Státní zdravotní ústav

Co ukázal výzkum

Výška

Zpomaluje se růst dospívajících: u dívek se růst zastavil na průměrných 167,2 centimetru, u chlapců je průměrná výška 180,1, ale další generace dětí zřejmě ještě poroste.

Poprvé v historii se neobjevil významný výškový rozdíl mezi dětmi z různých komunit – všechny rostou zhruba stejným tempem a měří v průměru stejně.

Váha

U dospívajících dětí mezi 15 a 18 lety se prohlubují rozdíly mezi těmi, které mají normální váhu, a těmi, které patří do extrému – buď jsou obézní, nebo trpí podváhou.

Nadváhu, či dokonce obezitu má 10 procent dospívajících. Mentální anorexii, tedy poruchou příjmu potravy, která vede k podvaze a nebezpečné vyhublosti, trpí podle statistik také deset procent mladých od 15 do 18 let.

Obecně přibývá obézních dětí, a to hlavně ve věkové skupině třináct let. Když hrál Marek Eben v seriálu Kamarádi z přelomu 60. a 70. let (viz foto), jeho postava se jmenovala Váleček – v narážce na jeho „obéznější“ postavu. Dnes by mezi stejně starými dětmi nijak nevybočoval.

Počet obézních dívek i chlapců se zdvojnásobil v porovnání s počátkem devadesátých let.

Výzkum ukázal, že beze zbytku platí, že čím vyšší je vzdělání rodičů a čím štíhlejší rodiče jsou, tím vyšší je také šance, že děti nebudou mít problém s nadváhou.

Pro srovnání: v USA je obézních dětí 32 %, evropský průměr je 19 % (před námi jsou země jako Polsko, Anglie, Španělsko) a u nás je to necelých 11 %.

Zdroj: MF dnes 3.6.2010

Větám rozumí už dvouleté dítě

Laureát Wichterleho prémie Filip Smolík zkoumá, kdy děti začínají chápat vztahy mezi slovy.

Nechcete se nejdříve podívat do psychologické laboratoře? Filip Smolík nás s fotografem vede do malé, tmavé místnosti. Uprostřed stojí na stole dvě počítačové obrazovky a prostor za nimi odděluje černé pleny. Tam se ukrývá zázemí pro vědce, na židli před obrazovkou si sedne účastník pokusu. „Pracujeme hlavně s malými dětmi, většinou ve věku od dvou do šesti let,“ říká psycholinguista Filip



Smolík a dodává, že je s kolegy vyhledává hlavně prostřednictvím inzerátů.

LN Jak pokusy probíhají?

Menší děti sedí na klíně rodičů a mají před sebou dvě obrazovky. Na každé se objeví trochu jiný obrázek: na jedné třeba maminka hladí dítě, na druhé pak dítě maminku. Zároveň použijeme z reproduktorů větu, maminka hladí dítě. A sledujeme, zda se malý účastník pokusu podívá na správnou obrazovku - tedy na tu, která danou aktivitu znázorňuje.

LN Co zjišťujete?

Zkoumáme, jak děti rozumí gramatice. Pokud zazn, kočka honí psa, tak i čtyřleté dítě pozná, kdo hraje aktivní roli. I když samozřejmě netuší, že slovo, kočka je podmět. My sledujeme, jak si děti jazyk postupně osvojují, co zvládají snadno, a co je pro ně naopak obtížné.

LN Kdy dítě rozpozná základní vztahy ve větě?

Často už ve dvou letech. Záleží ovšem na typu vět i na konkrétním jazyce. Česky mluvící děti se zřejmě budou díky skloňování orientovat v gramatice lépe než jejich anglicky mluvící vrstevníci.

LN Co je dále typické pro české děti?

Překvapivě snadno se vyrovnávají s neobvyklým slovosledem. Spojen, kočku honí pes, kdy se předmět dostává na začátek, lze použít v češtině i v dalších jazycích. Dětem ale většinou poměrně dlouho trvá, než mu porozumí. My jsme však zjistili, že pětileté česky mluvící děti s tím nemají žádný zásadnější problém.

LN K čemu lze takové poznatky využít?

Jednak lépe porozumíme jazyku. Ale má to i dopady do klinické praxe a pro diagnostiku: Když chceme vyhodnocovat, zda se dítě správně vyvíjí, potřebujeme vědět, co by mělo v určitém věku umět.

LN Jsou základy jazyka lidem vrozené?

Ano. Vědci se shodují, že schopnost používat jazyk je biologicky zakotvená. Podle některých existují části mozku specializované na osvojení jazyka, vyvinuly se v evoluci jako jakési jazykové orgány. Podle jiných odborníků jsou biologické základy schopnosti používat jazyk spíše souhrou řady faktorů: například že lidem rychle funguje krátkodobá paměť, dokážou propojovat velké množství informací z různých zdrojů, rádi komunikují, mají vyspělý vokální aparát atd. O vrozenosti jazyka nemůže být pochyb, to ovšem rozhodně neznamená, že jazyk nelze ovlivnit zkušenostmi.

LN Jak k tomu dochází?

Nejdůležitější pro vývoj jazyka a zejména slovní zásoby jsou první tři roky života. Když je dítě po třetím roce ve zpracování jazyka horší než ostatní, tak je velká šance, že bude horší i v deseti letech.

LN Co má tedy zásadní vliv?

Strašně důležité jsou společné aktivity - věnování pozornosti stejným věcem. Například když si s dítětem prohlížíte knížku a sledujete, že se dívá na kočku, a začnete o ní mluvit. Sdílená pozornost hraje významnou roli už před začátkem vývoje jazyka. Důležitá je hlavně schopnost koordinovat pozornost s dítětem, případně schopnost převést pozornost dítěte nenásilně tam, kam je potřeba. Když to zobečnám, měli bychom si s dětmi hodně povídat. Pokud chceme, aby získali bohatou slovní zásobu, musíte ji k nim nějak dopravit. Zapnout televizi nestačí. Dítě potřebuje mluvit o věcech, které má kolem sebe.

LN Zkoumáte používání jazyka také u dospělých?

Ano. U dětí nás zajímá, co v určitou chvíli znají, u dospělých hlavně to, jak znalosti používají. Zjišťoval jsem například, zda opakování stejných gramatických struktur vede k usnadněnému porozumění.

Zatím se mi to nepodařilo moc spolehlivě doložit. Sledujeme také, jaký vliv mají tvary jednotlivých slov. Voda a, doba mají stejnou koncovku. Zpracujeme díky tomu slovo, doba snadněji, než když uslyšíme třeba, vůle a, voda? Tak vypadají otázky, kterými se zabýváme. Na první pohled jde o velké detaily, ale podobné výzkumy nám pomůžou odhalit, jak funguje tvarosloví.

LN Šest let jste strávil ve Spojených státech. V čem se tamní vědecká práce nejvíce odlišuje?

Na vědu je tam nesrovnatelně více peněz. Samozřejmě to vyplývá i ze skutečnosti, že výzkum angličtiny zajímá mnohem větší skupinu lidí než výzkum češtiny. I způsob práce je jiný. V Česku existuje v sociálních vědách silná tradice samostatných badatelů, zatím jsme si stále moc nezvykli vytvářet týmy, které by měly pevnou strukturu a někdo by je řídil. To se teprve učíme. Ve Spojených státech se naopak pracuje především v týmech, které mají přesně stanovenou hierarchii. Hlavní pracovní silou v nich bývají doktorandi. Pro doktorandy i postdoktorandy je výzkum hlavní náplní práce. Šéf týmu také zpravidla každému zadává ke zpracování nějakou část svého výzkumného projektu. V Česku si naopak mnohdy doktorand zpracovává svůj výzkum, který nemusí ani příliš souviset s prací šéfa.

LN Vám se více líbí styl práce v americké laboratoři?

Ano. To byl důvod, proč jsem tam odjel. U nás je také relativně málo týmů, které dělají experimenty zkoumající lidské chování, což je škoda. I když na tom nemusí být nic špatného, protože pokusy představují pouze jednu z metod, jak se dozvědět něco o psychologii lidí. Každopádně jsem odjel do zámoří, abych se naučil věci, ve kterých jsem u nás nikomu moc nemohl koukat pod ruku.

LN Takže jste si hlavně vyzkoušel, jak experimentovat?

Rozhodně nejen to. Naučil jsem se například, jak psát vědecké články. Měli jsme speciální semináře, kde jsme texty analyzovali. Diskutovali jsme o tom, čemu lze v datech u článků věřit a čemu naopak ne. S ničím podobným jsem se v Česku nesetkal. Největší přínos pro mě ovšem znamenalo samotné prostředí. Mí kolegové se věnovali podobné problematice, zajímalo je, co dělám, dovedli se kvalifikovaně ptát a mou práci komentovat, což mi strašně pomohlo v rozvoji. Psycholinguistika je v Americe považována za standardní obsah vědecké práce. U nás ovšem pomezí jazykovědy a psychologie působí stále dost exoticky. A je paradoxní, že lingvisté mají o tuhle práci větší zájem než psychologové.

LN Nechtěl jste ve Spojených státech zůstat?

Byl jsem tam na Fulbrightova stipendia, takže jsem se musel vrátit. To je jedna z podmínek: člověk nemůže dva roky po ukončení programu pracovat v USA. Má to donutit lidi, aby se vraceli domů a zúčastnili tam své zkušenosti. Především mě ale zpět přivedlo, že jsem chtěl pracovat s češtinou. Ta je totiž podobně jako spousta dalších jazyků poměrně málo prozkoumaná. Abychom skutečně porozuměli tomu, co se děje při používání jazyka, potřebujeme znát dobře i jiné jazyky než jen angličtinu.

Zdroj: LN 15.6.2010

Malý David má štěstí. Inzulínových injekcí se zbavil

Před dvěma roky zahájila nemocnice v Motole projekt zaměřený na děti s dědičným diabetem. Vyšetřeno už bylo 1 000 pacientů, 481 je už bez inzulínu. Davidovi bylo teprve osmnáct měsíců, když mu v nemocnici lékaři zjistili, že má novorozeneckou cukrovku. Od té



doby musel dostávat třikrát denně injekce inzulínu a vše nasvědčovalo tomu, že mu budou dělat společnost po celý život.

Když mu byly tři roky, vědci objevili první zmutovaný gen, který novorozenecký diabetes způsobuje. Přišli na něj i u Davida.

„Ve spolupráci s kolegy ze zahraničí jsme ho proto zařadili do skupiny dětí, u nichž se poprvé testovala možnost převedení inzulínové léčby na léky. Poprvé v historii se nám podařilo u tak malého dítěte s úspěchem léčbu inzulínem skončit,“ uvedl přednosta Pediatrické kliniky Fakultní nemocnice Motol Jan Lebl. Jak dodal, nyní je Davidovi osm let, na píchání inzulínu si už nepamatuje.

Stejný problém jako David mají tisíce lidí. I oni mají naději

„Většina případů novorozenecké cukrovky je způsobena poruchou jednoho genu. Pokud se to vyšetřením prokáže, tyto děti mohou být často léčeny tabletami,“ shrnul Lebl.

Monogenní diabetes, kterým trpí David, se vyskytuje zhruba u pěti procent lidí. Lze ho úspěšně léčit na míru, pokud je dobře odhalen jeho typ. Těch bylo dosud rozpoznáno celkem deset. Každý je způsoben poruchou jiného genu, potřebuje jiné, specifické léčení.

Jediným pracovištěm v Česku, které umožňuje přesní rozpoznání, a to díky jedinečnému přístroji zakoupenému z finančního grantu norské vlády, je Laboratoř molekulární genetiky v Motole.

Inzulínu se zbavily stovky lidí, do Prahy jezdí z celé republiky

Během dvou let, kdy se v motolské nemocnici věnují testování a diagnostice genů cukrovkářů, bylo vyšetřeno už 1 182 lidí z 366 rodin. Z toho u 201 rodin z celkem 481 lidí byla prokázána genetická příčina a zároveň navržena moderní léčba. Pro pacienty, kteří trpí cukrovkou 1. a 2. typu, však ještě v mnoha případech zbývá inzulín jako jediná šance na přežití.

Přibližně jeden z deseti Pražanů je diabetik. Počty rostou

Skoro sto tisíc Pražanů se v současnosti léčí s některým z typů cukrovky. Podle zdravotnických statistik je to za posledních deset let nárůst o 14 tisíc pacientů.

Situace je podobná v celé zemi, denně tuto diagnózu slyší nově 140 dalších pacientů. Přesto počty nemocných Pražanů rostou ještě o něco rychleji. Možná je to ale proto, že o sebe hodně dbají.

„Mají to jednodušší, protože tu je daleko větší koncentrace zdravotnických zařízení, ve kterých se lidé mohou nechat vyšetřit,“ zdůvodňuje o desetiny procent vyšší počty nemocných diabetolog Jan Křivohlávek. Připustil, že ale i úspěšnější životní styl ve velkoměstě může mít na vznik onemocnění vliv.

„Záleží na každém, jak si životosprávu nalajnuje, obecně však platí, že čím větší město, tím více stresu a spěchu. To se na zdraví odráží. Žádné odborné studie sice v této souvislosti s cukrovkou zpracovány nebyly, pokud se ale lidé ve velkých městech méně hýbají, přejíždají se, mohou být ohroženi a rozšířit tak statistiky,“ shrnul Křivohlávek.

Zdroj: MF dnes 17.6.2010

Češi objevili zámek pro připoutání inzulínu k buňce

Nedostatek inzulínu nebo neschopnost lidského těla tento hormon využívat způsobuje cukrovku. Podle odhadů odborníků postihla tato nemoc v loňském roce 245 milionů lidí. Každoročně přibývá sedm milionů nových pacientů. Očekává se, že za dvacet let jich bude už 380 milionů.

Klíč k léčbě této choroby hledají vědci desítky let. Významný posun k tomuto cíli nyní udělal mezinárodní tým odborníků, ve kterém jsou

také experti z Ústavu organické chemie a biochemie Akademie věd ČR.

Zaměřili se na jednu z hlavních příčin, proč tělo neumí využít inzulín, i když si ho vyrábí v dostatečném množství. Nastává to v případě, že buňka nedokáže rozpoznat hormon a prakticky ho ignoruje. Z nějakého dosud neznámého důvodu totiž nefunguje vazba na specifický membránový receptor inzulínu, což je bílkovina na povrchu buněk.

Způsob, jakým se spojuje inzulín s receptorem, není detailně studován. Ovšem je zřejmé, že trojrozměrné struktury inzulínu představují pouze neaktivní formy tohoto hormonu. Proto vědci předpokládali, že molekula inzulínu musí při vazbě na receptor rozsáhle změnit svoji strukturu a vznikne tzv. aktivní forma inzulínu. Obrazně řečeno jde o cosi jako zámek, kterým se inzulín připoutá k buňce.

Tým z Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR společně s kolegy z univerzity v britském Yorku připravil nové, velmi aktivní formy inzulínu s upravenou strukturou, která doposud nebyla pozorována.

Ve své práci nedávno publikované v mezinárodním vědeckém časopise PNAS vědci uvádějí, že struktury těchto vysoce aktivních inzulínů mohou být velmi podobné přirozeně vznikající aktivní formě inzulínu, která je nutná pro vyvolání metabolických účinků hormonu.

Zdroj: LN 1.6.2010

Senioři nezdravě jedí, kazí jim to paměť

Průzkum: lidem bez pohybu a se špatnou stravou hrozí mnohem vyšší riziko demence PRAHA K obědu vepřová s knedlíkem, odpoledne popovídání s přáteli u kafe a večer seriál v televizi. Čeští senioři nejsou příliš aktivní, jedí nezdravě a výrazně to ovlivňuje jejich paměť, myšlení, slovní zásobu, pozornost.

„Každý ví, že by neměl být tlustý a měl by se hýbat, ale psychickou stránku podceňují. Přitom je stejně důležitá a ovlivňuje ji právě pohyb, strava a životní styl,“ upozorňuje profesor Jiří Raboch, přednosta Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Upozornil na průzkum, kterého se zúčastnilo 3 485 lidí a který prokázal, že paměť, myšlení či pozornost (odborně kognitivní funkce) ovlivňuje z velké části právě pohyb.

Vědci sledovali osoby nad pětadesát let celé dva roky a zjistili, že u lidí bez sportu se kognitivní funkce zhoršily ve 14 procentech případů. Naopak u skupiny, která aktivně sportovala, nastalo zhoršení jen v pěti procentech.

„Když to srovnáme se zahraničím, nemají naši senioři takové možnosti a příležitosti se hýbat a ten rozdíl je markantní,“ podotýká gerontoložka Iva Holmerová.

Za mnoho zdravotních potíží si však mohou lidé sami – podceňují prevenci, jsou pohodlní a nezajímají se o to, jak by měli zdravě jíst. Často se nechají ovlivnit i cenou. Radši kupují levné potraviny a pomíjejí ryby nebo ovoce.

„Přitom neplatí, že co je zdravé, musí být drahé. Mrkev a další kořenová zelenina drahá není a měla by být součástí jídelníčku,“ upozorňuje doktorka Holmerová.

Že má strava výrazný vliv na mozek, potvrdili nedávno australští vědci. Čtyři roky zkoumali přes dva tisíce lidí starších pětadesát let a zjišťovali souvislost mezi stravou a předpoklady k rozvoji demence. U lidí, kteří jedli pravidelně zeleninu, ryby, ovoce, drůbež, bylo riziko Alzheimerovy nemoci méně než poloviční než u těch, kteří si pravidelně dopřávali nezdravou stravu s tučnými hamburgry a přesladenou colou.

Podle profesora Rabocha je důležité dbát na zdravou stravu, a když



už to nestačí, využít potravinové doplňky. Polyká je i on a pacientům by s jejich výběrem měl pomoci například praktický lékař.

Studentem v sedmdesáti

Nedá se říct, že bychom na tom byli hůř než naši předkové – také oni se stresovali, a i když jedli zdravěji, zase je ničila špatná hygiena a epidemie. Jsme však línější, méně trénujeme mozek.

„Přitom stačí křížovka, učit se jazyky,“ připomíná Raboch. Šplhat do osmitisícovek je podle něho hloupost, stačí se projít po lese.

A nebýt negativní, jak připomíná doktorka Holmerová.

Tohle slovo nezná Ludvík Klimeš, kterému bude sedmdesát a narozeniny oslaví ve třetím ročníku Univerzity třetího věku v Brně. Baví ho psychologie, filozofie i přednášky o zdravém životním stylu. Jestli se mu studiem zlepšila paměť, nedokáže posoudit – pasivním důchodcem nebyl nikdy. Ale v jednu chvíli vlastně přiznává, že učení pomáhá. „Žena má výbornou paměť a o svých přednáškách mi doma vypráví,“ říká o své manželce, která studuje historii umění. Teď se chystá na kurz fotografie. Je jí šedesát osm let.

Zdroj: MF dnes 28.5.2010

V Česku je čím dál více závadných léků

Farmaceutické firmy šetří na výrobě a do Česka dovážejí špatně vyrobené léky. Úřady letos stáhly už 27 šarží. Nejčastějšími závadami jsou špatný poměr účinné látky v léku a nedostatečné informace v příbalovém letáku. Důvod zhoršené kvality je přesun produkce do asijských zemí.

Do Česka proudí stále více závadných léků a úřady je častěji než kdy jindy musejí stahovat z trhu. A to jak léky určené lékárnám, tak léky pro nemocnice. HN zjistily, že zatímco za celý loňský rok stáhl Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) z trhu 19 šarží nevyhovujících léků, jen za letošní první půlrok již zakázal 27 šarží.

Jsou mezi nimi například Silkis, mast proti lupénce od francouzské společnosti Galderma International, i třeba pilulky na snížení cholesterolu v krvi Simvor od britské firmy Ranbaxy UK Limited. „Stahujeme z trhu jak léky na předpis, tak pro volný prodej. Je to půl na půl,“ říká Martin Beneš, ředitel SÚKL.

Nejčastějšími závadami jsou špatný poměr účinné látky v léku a nedostatečné informace v příbalovém letáku. „Chyby v příbalovém letáku přitom nejsou žádnou banalitou. Může to mít velmi vážné důsledky. Například když v letáku chybí údaj o kontraindikacích vůči některému jinému léku, může to člověka ohrozit i na životě,“ upozorňuje Beneš.

Důvod, proč právě nyní začaly český trh zaplavovat nekvalitní řady léků, je prozaický: na velké farmaceutické firmy dopadla krize, tudíž se snaží ušetřit. Proto přesouvají výrobu z Evropy do zemí, kde lze vyrábět levněji, především do Asie.

„Dříve platilo, že například německá firma měla veškerou výrobu léků v Německu a odtud je rozvážela dál. Dnes je to ale jinak. Jedna firma si třeba účinnou látku nechává vyrábět v Číně, granulát či tablety zase v jiné asijské zemi a příbalové letáky tiskne zase jinde,“ popisuje Beneš.

A tak třeba v příbalovém letáku vytištěném v Asii neodpovídá český překlad textu nebo je na obalu chybně uvedeno datum expirace či chybí kontraindikace. Česko se přitom proti nekvalitním lékům brání. Pro výrobu léků v zemích mimo EU existuje několik pojištění, které fungují jako kontrola.

Pokud například výrobce změní místo výroby, musí mít od SÚKL

schválenou změnu v registraci léku. Stejně tak dovozce musí mít takzvanou „kvalifikovanou osobu“ zodpovědnou za propuštění šarže na evropský trh.

„Často jsou to samy firmy, které nás na vadnou šarži upozorní. Nechtějí, aby situace došla tak daleko, že by u někoho došlo k újmě na zdraví a ony by se potýkaly s ještě většími problémy,“ dodává Beneš.

Prozatím není hlášen žádný případ, že by kvůli špatnému léku bylo poškozeno zdraví. Ovšem kvůli rychle narůstajícímu počtu chybne vyrobených léčiv SÚKL od 1. července spouští nový systém hlášení závad.

Půjde o speciální počítačový systém, k němuž budou připojeny nemocnice, lékárny i krajské úřady. Jakmile úřad zjistí závadný přípravek, okamžitě se spustí „červený poplach“ a lékárníci pozastaví vydávání přípravku.

Zdroj: HN 24. 6. 2010

Konec čekání u obvodního lékaře

Novinka v plných ordinacích praktiků a pediatrů: při objednání na určitou hodinu nesmí být čekání delší než 15 minut. Do programu VZP se ve východních Čechách zapojila třetina lékařů. Pojišťovna to ale tak trochu drží pod pokličkou, nechce popudit ty praktiky, kterým se systém objednávání nelíbí.

Už není nutné prosedět v čekárně praktického či dětského lékaře dlouhé hodiny. Stačí se objednat na přesný čas s jistotou, že vás lékař hned vezme.

Zatím tuto možnost měli jen lidé ve čtyřech regionech, ale od ledna ji mohou využít i pacienti Pardubického kraje. Tento komfort nabízí ve čtyřech okresech kraje už více než sto lékařů zapojených do programu Akord, který loni rozjela největší zdravotní pojišťovna v zemi – VZP.

Praktická lékařka Markéta Marešová má ordinaci v Pardubicích na Sukově třídě. Pacienty objednává na přesnou hodinu a i díky tomu nemusejí lidé před prohlídkou trávit dlouhé hodiny v přeplněné čekárně. Za půl roku se jí prý nepodařilo dodržet patnáctiminutový limit jednou nebo dvakrát.

„Určitě se mi to vyplatí, práce je lépe rozvržena, pacienti se rovnoměrně rozloží do celého dne a nemám chvíli volno, a pak zase naopak plnou čekárnu,“ řekla lékařka.

Dosud nic nenutilo lékaře objednávat a objednáci časy dodržet. Teď je mimo jiné právě za to pojišťovna finančně odměňuje.

Přihlášením do programu Akord se lékaři zavazují, že si s nimi můžete domluvit přesný termín vaší návštěvy, že vám také zařídí vyšetření u specialisty, pokud to bude potřeba a vy si to budete přát. Musí ordinovat minimálně jednou týdně do osmnácti hodin a musí také komunikovat s VZP elektronickou formou.

Dětská lékařka Markéta Kubešová, která má ordinaci v Hrochově Týnci na Chrudimsku, nyní pracuje každý čtvrtek až do osmnácti hodin. Rodiče dětí novinku podle ní ocenili. „Zvláště ti, kteří si potřebují vyřídit papíry, přijít s dítětem na očkování nebo na pravidelnou prohlídku. Jsou rádi, že mohou přijít po práci. Chodí k nám třeba ještě v pět hodin večer,“ říká Kubešová s tím, že s lékařkami v okolí se dohodla na tom, že každá bude mít prodloužené ordinční hodiny v jiný den, aby se doplňovaly.

V Pardubickém kraji se do programu pojišťovny zapojilo kolem třiceti procent lékařů. Nejméně jich je zatím na Chrudimsku. „Třeba



na to přijdou, možná je v tom určitá obava z neznámého. Neupisují se ale k žádnému vazalství," uvedl Pavel Mík, koordinátor programu v Pardubickém kraji.

Lékaři za odměnu od pojišťovny inkasují na kapitační platbě za každého klienta VZP o čtyři až pět korun navíc, což jim přináší měsíční zvýšení příjmu zhruba o pět tisíc korun. Pavel Vepřek, ředitel odboru strategie a rozvoje VZP, tvrdí, že lékaři ve čtyřech krajích, kde se program spustil loni poprvé, na tom nakonec vydělali ještě víc.

„V rámci finanční motivace vyplatila pojišťovna lékařům zapojeným v Akordu celkem 57 milionů korun, což pro průměrného praktického lékaře znamenalo navýšení příjmu o téměř 10 000 Kč měsíčně," uvedl Pavel Vepřek.

Na druhou stranu pokud lékař napíše více pacientům lázně nebo překročí jiný pojišťovnou sledovaný limit, o peníze navíc přijde.

MfD, David Půlpán

O pořadí rozhoduje lékař? Ne

Čekat u obvodního lékaře maximálně patnáct minut? Pro české zdravotnictví je to poměrně revoluční novinka. O to je pozoruhodnější, že o programu Všeobecné zdravotní pojišťovny, podle kterého se v kraji řídí více než sto lékařů, skoro nikdo neví.

Není to náhoda, ale úmysl. VZP se rozhodla, že nebude na program Akord zatím moc upozorňovat. Mimo jiné i proto, aby nenaštvala lékaře, kteří objednávání pacientů zavést nechtějí. „Snažili jsme se informovat jenom ty pojištěnce, kteří jsou registrovaní u lékařů zapojených v programu Akord.

Dáváme proto informace do jejich čekáren. Jde o to, abychom nevystavovali lékaře mimo Akord otázkám pacientů, proč v tomto programu nejsou - nechtěli jsme dělat žádný nátlak," vysvětluje ředitel odboru strategie a rozvoje VZP Pavel Vepřek.

Dodal, že pojišťovna chce, aby lékaři byli nejdříve důkladně připraveni. „Zapojení do programu trvá několik měsíců - než zavedou elektronickou dokumentaci, spustí objednávkový systém, vyřídí si připojení na portál - a nebylo by dobré, aby po nich pacienti hned požadovali služby, se kterými se lékaři teprve seznamují," uvádí.

Pavel Mík, který je koordinátorem programu VZP v Pardubickém kraji, to vysvětluje podobně. „Projekt je v začátcích, děláme postupné kroky. Od prvního ledna se počítá se zapojením specialistů tak, aby mimo jiné došlo k jejich propojení a sdílení dat o pacientovi a jeho zdravotním stavu," uvedl Mík.

V praxi to ale pak vypadá tak, že pojišťovna pacientům sice zajistila, že se mohou objednat na přesnou hodinu, ale často jim to nikdo neřekne. „Rozbíhá se to bohužel velmi pomalu. Lidé o možnosti objednat se nevědí, neslyšeli o tom, vůbec se o tom nemluví. I proto je o to podle mě zatím poměrně malý zájem," uvedl Oldřich Jelínek, praktický lékař ze Žamberka, který tuto službu od ledna nabízí.

Stejně tak řada lidí netuší, že lékaři začali ordinovat v jednom týdnu do osmnácti hodin tak, aby vyšli pacientům vstříc. „Toho bych využila. V ordinaci by asi nebylo tolik lidí jako ráno. Člověk by nemusel čekat celé dopoledne," míní například Hana Tomášová z Hradce Králové.

Na druhou stranu pardubická lékařka Markéta Marešová upozorňuje, že ne všichni pacienti novinky využijí. Někteří nemají zájem se objednávat. Lékařka byla také překvapena tím, jak málo pacientů využívá možnost přijít do ordinace až do osmnácti hodin. „Myslela jsem, že o to bude větší zájem. Je ale pravda, že tu mám hodně důchodců, kteří mohou přijít po celý den," uvedla.

Zdroj: MfD 21.06.2010



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.

Přijmu pediatra

Moderně zrekonstruovaná a nadstandardně vybavená Nemocnice Sušice o.p.s. přijme:

- pediatra, příp. praktického lékaře pro děti a dorost (podle domluvy možný i zkrácený úvazek)

Požadujeme:

- vzdělání odpovídající danému zařazení
- morální a občanskou bezúhonnost
- ochotu k intenzivnímu pracovnímu vytížení

Nabízíme:

- zázemí nemocnice s 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech včetně multidisciplinární JIP a RLP
- kolegiální atmosféru s nadstandardními pracovními podmínkami
- zajímavé ohodnocení odpovídající zastávané pozici
- profesní růst s intenzivním dalším vzděláváním
- ubytování v areálu nemocnice s možností přidělení služ. bytu
- atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou plného sportovního i kulturního vyžití

Nástup podle dohody.

Bližší informace na tel.č.: 376 530 216 – MUDr. Jiří Šedivý, ředitel
e-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz • Ev. č.: 182-04-10

Hledám místo PLDD

Hledám místo praktického lékaře pro děti a dorost v Praze a blízkém okolí nebo částečný úvazek. Atestaci, způsobilost a licenci mám. Tel.: 724 501 285

• Ev. č.: 183-05-10

Hledám asistenta/ku do ordinace PLDD

Hledám asistenta/ku do ordinace PLDD – praktického lékaře pro děti a dorost v centru Plzně s následným převodem praxe.

Tel.: 603 572 861, e-mail: marcela.sipova@email.cz • Ev. č.: 184-06-10

Přenechám praxi PLDD

Přenechám zavedenou praxi PLDD vzdálenou 15 km od Prahy.

Tel.: 736 144 576 • Ev. č.: 185-06-10

Hledám pravidelný zástup

Hledám kolegyni či kolegu k pravidelným zástupům v ordinaci PLDD, 2 x do měsíce v pátek. Kontakt: n.kocnarova@volny.cz event. tel.: 604 988 174, Praha 6 (dopolední ordinace). • Ev. č.: 186-07-10

Prodám zavedenou praxi

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Prachaticích. V případě Vašeho zájmu o bližší informace, prosím, volejte na: 603 306 067.

• Ev. č.: 187-07-10

Hledám zástup

Hledám zástup do ordinace PLDD v Rakovníku na 1 den nebo 2 odpoledne v týdnu. Kontakt: Helena_Sretterova@seznam.cz • Ev. č.: 188-07-10

Hledám PLDD k občasným zástupům

Hledám kolegyni k občasným zástupům do dobře zavedené ordinace PLDD v Brně. Příspěvek na dopravu u lékařek z okolí Brna. Kontakt 603 283 284.

• Ev. č.: 189-07-10

Hledám místo asistenta

Lékařka se spec. způsobilostí v oboru PLDD hledá místo asistenta v ordinaci PLDD, pozdější převzetí praxe ev. možnost zástupu možné. Jižní částí Prahy a okolí. Kontakt: 606 911 133, havlova.l@seznam.cz • Ev. č.: 190-08-10

Autodidaktický test 7/2010

ALGICKÉ STAVY

1. K omrzlinám dochází paradoxně nejčastěji v létě při kombinaci nepříznivých faktorů (vysokohorská turistika s nevhodnou výstrojí, při úrazech apod.). Nejlepší je tedy omrzlinám předcházet. K minimalizování následků, musí být léčba omrzlin zahájena ihned, ještě v terénu. Jen komplexní léčba může zabránit či omezit trvalé, ne vzácně mutilující, následky. Současný doporučený postup komplexní léčby omrzlin (2.) 3. a 4. stupně obsahuje tyto kroky:

- omezit tepelné ztráty s celkovým zahřátím, doplnění cirkulujícího objemu, systémová farmakologická vasodilatace, podání antiagregancií, antiedematosní terapie, analgetika, systémová antiinfekční terapie, oxygenoterapie, systémová enzymoterapie, event. přeočkování proti tetanu
- omezit tepelné ztráty s lokálním zahřátím omrzlé části, doplnění cirkulujícího objemu, systémová farmakologická vasodilatace, podání antiagregancií, antiedematosní terapie, analgetika, systémová antiinfekční terapie, oxygenoterapie, systémová enzymoterapie, event. přeočkování proti tetanu
- omezit tepelné ztráty s celkovým zahřátím, aplikace mastí s lokálním vasodilatačním účinkem, podání antiagregancií, antiedematosní terapie, analgetika, systémová antiinfekční terapie, oxygenoterapie, systémová enzymoterapie, event. přeočkování proti tetanu

2. Bolest dětí nesmí být podceňována. Děti se nedovedou o bolesti dostatečně vyjádřit, nedovedou se často dožadovat pomoci. Následkem neléčené bolesti jsou univerzální stresová reakce a změněné vnímání bolesti. Bolest se projevuje v jednotlivých věkových fázích dětského života různě. Přesto ve všech věkových kategoriích probíhá fyziologická vegetativní odpověď na bolest, která se projevuje:

- miosou, pocením dlaní a plosek, apnoí, přechodnou bradykardií, snížením TK, tachypnoí se zvýšenou potřebou kyslíku, hyperglykemií, zvýšením hladiny kortikoidů
- mydriasou, suchostí kůže, hypoventilací se sníženou potřebou kyslíku, bradykardií až asystolií, hypoglykemií s kompenzatorní elevací hladiny kortikoidů
- mydriasou, pocením dlaní a plosek, nepravidelným dýcháním, zvýšenou potřebou kyslíku, tachykardií, elevací TK, hyperglykemií a elevací hladiny kortikoidů

3. V pooperační době, kdy odeznívá účinek analgesie v rámci vedení celkové anestezie, je nutno pacienta před vznikem bolestivých vjemů předem ochránit, nečekat na vznik bolesti. K těmto účelům je doporučeno u krátkodobých (hernioplastika, AT, APE, orchidopexie) a střednědobých (pyloroplastika, laparoskopie, TE) operačních výkonů u dětí použít tuto analgetickou medikaci:

- paracetamol p.o., p.r. či i.v. nebo ibuprofen p.o. nebo tramadol p.r., p.o. či i.v. nebo metamizol i.m., u střednědobých při nedostatečném efektu předchozích morfin i.m.
- paracetamol p.r. či i.v. nebo ibuprofen p.r. nebo tramadol p.r., p.o. či i.v. nebo metamizol i.v., u střednědobých při nedostatečném efektu předchozích morfin i.v. kontinuálně
- paracetamol p.r. či i.v. nebo ibuprofen p.r. nebo tramadol p.r., p.o. či i.v. nebo metamizol i.m., u střednědobých při nedostatečném efektu předchozích pethidin i.m.

???

GSK - Priorixc tetra