

říjen 2001 ■ číslo 8 ■ ročník 1

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

NÁKAZY POUŽITELNÉ PŘI BIOTERRORISMU

Rizika ve výživě dětí

Růst a vývoj z pohledu genetiky

Poruchy růstu v ordinaci pediatra

Co se může skrývat za růstovou poruchou dítěte?



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů



Adresa vydavatelství:
V Pláni 23, 142 00 Praha 4
tel.: 02/617 111 33, tel./fax: 02/4172 1069
e-mail: medix@seznam.cz

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

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:
MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Jiří Liška, CSc.
MUDr. Petr Chaloupka
MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

Adresa redakce:
Klimentská 11, 115 60 Praha 1
tel./fax: 02/24 80 25 49
e-mail: centrum@mybox.cz

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Inzerce:

Kontaktní osoba: MUDr. Petr Chaloupka
Poliklinika BIOREGENA, Vajgarská 1141, 198 00 Praha 9
tel: 02/90041897, 02/81021212, mobil: 0602/809709

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za září	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Zpráva z kongresu ESAP 2001	6
Program financování generační výměny PLDD v nestátních zdravotnických zařízeních	7
Stretnutie zástupcov praktických lekárov pre deti a dorost z Čiech a Slovenska	11
Problematika cenových jednání pro 1. pololetí 2002	12



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP	15
Ing. J. Vignerová, CSc., J. Riedlová, P. Bláha Referenční údaje tělesné výšky a hmotnostně-výškového poměru pro děti od 0 - 24 měsíců	16

Zákon o ochraně veřejného zdraví - 3. část příloha

MUDr. B. Kalvachová, CSc. Poruchy růstu v ordinaci praktického pediatra	21
MUDr. M. Kuklík, CSc. Růst a vývoj a jeho poruchy z pohledu genetika	26

MUDr. R. Pomahačová Co se může skrývat za růstovou poruchou dítěte?	29
---	-----------

doc. MUDr. V. Marešová, CSc., doc. MUDr. J. Vaništa, CSc. Nákazy použitelné při bioterorismu	32
--	-----------

Dny otevřených dveří v gynekologických ordinacích pomohou dívkám porozumět svému dospívání	36
---	-----------

MUDr. L. Kužela Poznámky k málo známým rizikům ve výživě v kojeneckém a batolecím období	37
--	-----------



Aktuality	40
------------------	-----------



Vážené kolegyně a kolegové,

uběhlo několik měsíců, kdy jsem se na této stránce připojila ke kritice přípravy a realizace změny očkovacího schématu u dětí. Nemám nic proti důvodům, které vedly k rozhodnutí zavedené očkovací schéma změnit. Mé připomínky se týkají procesu této změny.

První problém nastal již v počátcích zrodu nové vyhlášky. Nejasnosti v počtu aplikací a období, kdy budou nové látky aplikovány. Následně proběhla výběrová řízení na výrobce a dodavatele vakcín. Výsledky těchto výběrových řízení byly oznámeny firmám až koncem května 2001. Vůbec neproběhla diskuse nad způsobem vykazování (evidencí a úhradou) prováděných aplikací nových očkovacích látek. V době přípravy vyhlášky jsme byli opakovaně ujišťováni (a nyní hovořím jménem Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost), že na všech úrovních je vše konsultováno s pediatrii, že zástupci z našich řad se probíhajících jednání účastní. Jména těchto zástupců se mi dodnes nepodařilo zjistit a také již nelze nic změnit. Jedinou možností je pokusit se všechny nejasnosti vysvětlit, nepřesnosti nepřipouštět a podávat vysvětlující informace pro naše kolegy. To vše hlavně proto, aby špatně připravená akce, která svým rozsahem nemá v posledním desetiletí obdoby, nevyvolala zbytečné negativní reakce.

Právem jsme všichni hrdi na vysoký stupeň proočkovanosti naší dětské populace. Bylo to především zásluhou nás, praktických lékařů pro děti a dorost. Na všechny otázky, spojené s očkováním jsme vždy jasně odpovídali, a to proto, že jsme o něm nepochybovali. Nyní se vynořují nové otázky, diskutujeme rozpaky nad počtem aplikací, nad způsobem aplikace, nad novými reakcemi, které jsme dříve neznali. K pochybnostem se přidává navíc nedostatek vakcín. Je možné, že jej způsobilo zpoždění ve výrobě. Na druhou stranu je třeba říci, že vyhláška platila od 1. 1. 2001 a přesto byly výsledky výběrového řízení sděleny dodavateli až koncem května 2001. Toto zpoždění je jen velmi obtížně vysvětlitelné.

Výše zmíněné obtíže nás nesmí znechutit. V zájmu zachování vysoké proočkovanosti, v zájmu zdravější populace se s problémy musíme poprat. OSPDL podniká v souvislosti se zaváděním nového očkovacího schématu mnoho kroků. Je připravena dotazníková akce, která proběhne v rámci regionálních vzdělávacích konferencí během podzimu. Jejím výsledkem by měla být orientační informace o problémech kolem očkování (nedostatek vakcín, místo a způsoby aplikace, nežádoucí účinky). Firma zodpovědná za nedostatek vakcín rozesílá v současnosti omluvné dopisy všem praktickým lékařům pro děti a dorost. Vyzývá rodiče k ověření si termínu očkování, což může pomoci ušetřit naše náklady.

Současně probíhají jednání o hodnotě nově vytvořeného výkonu, kterým bude možné vykazovat více očkování v jeden den. Ve spolupráci se SPLDD zpracováváme nové výkony očkování pro dohodovací řízení k Seznamu zdravotních výkonů. V tomto časopise budeme pravidelně uveřejňovat zápisy z výborů OSPDL, ze kterých získáte další informace o jednotlivých krocích. Během měsíce října budou připraveny společné internetové stránky SPLDD a OSPDL na adrese www.detskylekar.cz. I na těchto stránkách naleznete mnoho dalších informací.

Kolegyně a kolegové, nedejme se odradit, ale poučme se. Poučme se, jak je důležitá komunikace mezi námi, jak je důležitý přenos informací z celé republiky, umožňující rychle zareagovat na vzniklou situaci. Nebudme schovaní ve svých ordinacích, ale pomůžeme společně dobré věci.

S pozdravem
MUDr. Hana Cabrnachová

Aseptické nekrózy

Systémové vady
pohybového aparátu

Sonografické vyšetření
novorozeneckých kyčlí



seznam
inzerujících
firem...

BOOTS HEALTHCARE

HEINZ

LÉČIVA

NADACE T. MAXOVÉ

NOVO NORDISK

NUTRICIA

ORION DIAGNOSTICA



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc září

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Září byl měsíc bohatý na události. Ve svých ordinacích stále řešíme dopady nového očkovacího kalendáře, dodnes není vyřešena otázka souběhu očkování, nedaří se najít společnou řeč především s VZP, která souběh očkování ohodnotila 3 body, v tisku, a to nejen zdravotním pokračují diskuse na téma LSPP, vrcholí přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách, kdy opět nejspíše nedojde k dohodě v segmentu nemocnic, katastrofické scénáře hovoří o dalším posunu podílu úhrad nemocnic na úkor ambulancí až na 60% ze současných 51%, začaly diskuse nad Seznamem výkonů ve smyslu podhodnocení reží. To byl jen zúžený výčet událostí tohoto měsíce. Podrobněji se k některým vracíme i na stránkách tohoto vydání časopisu.

1.9. – druhý jednací den společného setkání výborů PLDD našeho a Slovenského, podrobnější informaci naleznete na jiném místě

3.9. – správní rada projektu iZIP (=internetová zdravotní informace pacienta), dále spolupracujeme na tomto projektu, který by mohl při použití moderní výpočetní techniky napomoci systematizaci poskytování zdravotní péče, o podrobnějších výstupech tohoto projektu budete průběžně informováni prostřednictvím tohoto časopisu

6.9. – další jednací den dohodovacího řízení k Seznamu výkonů, krom upřesňování některých výkonů odborností mimo rámec našich kompetencí (vše vždy předjednáno na pracovní skupině) bylo předloženo několik dalších návrhů, všechny, návrhy, které nebyly projednány pracovní skupinou byly zamítnuty, ČLK a Sdružení smluvních lékařů ZP pod vedením dr. Tautermanna předložily návrhy na úpravu reží výkonů, po bouřlivé diskusi bylo nakonec odhlasováno ustavení pracovní skupiny, která pro společné jednání připraví podrobnější materiál, o způsobu projednávání jsme již informovali v předchozím čísle

11.9. – další jednací den přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí roku 2002 ve skupině praktických lékařů, trvali jsme na našem původním návrhu, tj. kapitální platba 32 Kč, hodnota bodu 1 Kč a zrušení individuálních regulací, tj. veškeré regulace přenést do systému bonifikací, pro pojišťovnu však tento návrh zásadně nepřijatelný, proto přijat nakonec pracovní kompromis, navýšení fixních plateb o 5% (tj. o tuto hodnotu zvýšit v součtu hodnotu kapitace a hodnotu bodu, další navýšení promítnout ve variabilní složce, tj. v individuálním navýšení kapitace, bylo dohodnuto se nad tímto výchozím materiálem sejít na dalším jednání

cím dni po prodiskutování možností jednotlivých účastníků

11. + 18.9. – jednání Koalice ambulantních lékařů, zápisy otištěny na jiném místě.

18.9. – Výkonný výbor

- diskutována finanční situace SPLDD vč. tvorby rozpočtů a řešení financování akcí společných s OSPDL
- podána zpráva z konference SEP v Ženevě, bude uveřejněna na stránkách časopisu
- diskutována strategie cenových jednání
- problematika LSPP ve vztahu k článkům uveřejněných nejen ve zdravotnickém tisku
- pro problematiku GIP položen základ ustavení pracovní komise SPLDD
- PIS – Výbor trvá na zprávě uveřejněné již na stránkách časopisu
- K možné Rámcové smlouvě s pojišťovnou Generali nejsou zásadní připomínky
- opět diskutována problematika očkování – možnosti, intervence
- omluvenky, k dispozici materiál MŠMT který dále rozvíjí již známé
- diskutována příprava Konference

20.9. – jednání pracovní skupiny dohodovacího řízení k Seznamu výkonů, hlavním tématem úprava reží, po obsáhlejší diskusi, ve které poskytovatelé obhajovali nutnost navýšení reží od zdůvodnění izolovaného navýšení určité skupině po paušální navýšení reží všech výkonů v Seznamu výkonů, pojišťovny kontrovaly zdůvodňováním, proč to takhle nejde, hlavním argumentem pak bylo postupné zvyšování plateb po jednotlivých obdobích, které v sobě obnášelo i nepřímé navýšování reží, jednání nakonec nedospělo k jednoznačnému závěru, což znamená, že společnému jednání dohodovacího jednání budou předloženy všechny předložené návrhy

21.9. – další jednací den přípravné fáze

dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí roku 2002, pojišťovny vyhověly našemu návrhu na navýšení základních sazeb o 5%, což v reálu znamená 30 Kč jako minimální kapitální platba a 0,87 Kč hodnota bodu, trvají však na izolovaných regulacích na léky na registrované pojištěnce se změkčenou hranicí pro její uplatnění ze stávajících 5% překročení celkových sledovaných parametrů vztažených na republikové průměry na 10%, zároveň však požadují zpřísnění regulace na nepravdělnou péči, a to ve změně poměru platby na registrované a neregistrované pojištěnce ze stávajících 10% na 5%, toto však na náš podnět zástupci poskytovatelů nebylo akceptováno, proto dohodnut ještě jeden termín jednání v časovém limitu vyhrazeném pro přípravnou fázi dohodovacího řízení

23.9. – na Javorníku proběhlo jednání členů OSPDL s členy Předsednictva SPLDD, diskutována byla především problematika očkování, podrobnější informace o této akci je předmětem sdělení OSPDL

24.9. – poslední jednací den přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí roku 2002, vzhledem k možnému riziku zablokování bonifikačního systému, resp. systému s diferencovanou výší kapitální platby a na základě ujištění ředitelky ÚP VZP ing. Musílkové o snaze řešit nejpálčivější problémy tak, jak byly vyjádřeny v dopise zaslaném k rukám paní ředitelky jsme nakonec k podpisu předběžné dohody přistoupili

28.– 29.9. – výjezdní zasedání revizní komise za účasti předsedy a pokladníka SPLDD a ing. Adamce jako zástupce smluvní daňové a účetní firmy na kterém byl především diskutován a upřesňován Finanční řád SPLDD tak, aby mohl být předložen na listopadové Konferenci.



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 18. 9. 2001

■ Program:

1. Lékové záznamy pacienta
2. Dohodovací řízení
3. Regulace
4. Různé
5. Úkoly

■ 1. Lékové záznamy pacienta

MUDr. Tautermann předložil právní stanovisko k možnosti zavedení „Lékových záznamů pacienta“ v České republice, zpracované JUDr. Janem Machem. Ve stanovisku se hovoří o tom, že zavedení Lékových záznamů by bylo ve zjevném rozporu s naší platnou legislativou. České stomatologické komory se problematika přímo netýká, ale podpoří stanovisko Koalice.

■ 2. Dohodovací řízení

MUDr. Tautermann informoval o termínu DR dne 20. 9. 2001 a předkládaných návrzích. MUDr. Pekárek seznámil přítomné s vystoupením Ing. Jiřiny Musílkové, ředitelky VZP na valné hromadě ČSK: a) prognóza na rok 2002 – 60% prostředků do nemocnic a 40% prostředků do ambulantní péče; b) nedojde k navýšení finančních prostředků do veřejného zdravotního pojištění za státní pojištěnce, vláda nepodala návrh v řádném termínu; add a) hrozí nebezpečí likvidace těch ambulantních zařízení, která nemají možnost dovýběru; add b) zástupci pojišťoven projeví na valné hromadě ochotu hovořit o rozdělení fondů, proto se účastníci jednání Koalice dohodli na svolání tiskové konference k medializaci fondového hospodaření s veřejnými prostředky a dalších schůzkách s poslanci a zástupci pravicových stran.

■ 3. Regulace

Podle informace MUDr. Staré nemají regulace jasně stanovená pravidla a postihují zejména privátní ambulantní sféru.

■ 4. Různé

13. 10. 2001 – sjezd Sdružení smluvních lékařů ZP v Pyramidě, vystoupení hostů naplánováno od 10.00 hodin

12. – 14. 10. 2001 – sjezd Sdružení soukromých gynekologů v Milovech

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská



Zpráva z kongresu ESAP 2001 (European Society of Ambulatory Pediatrics) GENEVE – 12.9.2001 – 15.9.2001

Zástupci SPLDD ČR (MUDr. Kudyn Milan, MUDr. Soukup Tomáš) se poprvé zúčastnili XII. kongresu Evropské společnosti ambulantní pediatrie. Tato celoevropská organizace byla založena 1989 v Paříži v průběhu XIX. světového kongresu pediatrie (WCP). Tuto asociaci založilo několik skupin zastupujících ambulantní (praktické) pediatriy na regionální nebo národní úrovni. Později se k tomuto seskupení připojilo mnoho jednotlivých pediatri z jižní a západní Evropy zejména z těch zemí, kde ambulantní pediatrie v primární péči má historicky silné postavení (Itálie, Španělsko, Francie, Lucembursko a Švýcarsko atp.). Vydává pravidelný informační bulletin a pořádá pravidelná roční setkání, na kterých jsou diskutovány kromě odborných záležitostí také problémy dotýkající se profesního postavení ambulantních pediatri v jednotlivých zemích včetně diskusí nad dalším vzděláváním a školením nových adeptů pediatrie či doporučené postupy pro přípravu školitelů určených pro tyto aktivity. Kongres v Ženevě měl v odborné části programu několik zajímavých témat, ale vzhledem k tomu, že se tohoto kongresu zúčastnili také zástupci OSPDL, přenechám detaily odborných sdělení jejich aktivitě.

Pro zástupce profesních seskupení byla nesmírně zajímavá otevřená diskuse jednoho z plenárních zasedání včetně následného workshopu. Dotýkala se budoucnosti a role ambulantní pediatrie při výuce lékařů majících zájem pracovat v primární péči jako dětské lékaři. Byli jsme překvapeni, jak detailně propracovaný systém přípravy školitelů a následně detailní postupy pro různé aktivity školenců je funkční zejména v Itálii. Vzhledem k tomu, že jsme navázali úzké kontakty s zástupci profesních asociací včetně nově zvoleného vedení ESAP, budou nám poskytnuty k dispozici materiály, které by měly pomoci budoucí ori-

entaci české pediatrické obce v aktuálních trendech evropské ambulantní pediatrie. Toto téma je zejména aktuální, kdy v současné době je předkládána do legislativního procesu řada návrhů zákonných norem. Na druhou stranu nás „potěšilo“, že i tak renomované národní ambulantní pediatrické asociace se při trendu výrazného úbytku dětské populace dostávají do existenčních problémů a hledají východiska a metodiku, která by roli ambulantního pediatra jako základního článku v péči o děti ve své zemi stabilizovala.

Závěry a doporučení z Kongresu se vedly v duchu, že pod hlavičkou asociace ESAP bude nutný vznik koordinačního centra EU (European board comite), který by na základě zásadní odborné argumentace připravil materiál pro evropský parlament a politická seskupení jednotlivých členských zemí tak, aby se pokud možno zkoordinovala a maximálně sjednotila organizace a výuka ambulantní pediatrie v zemích západní a východní Evropy. MUDr. Seifertová v krátkém vystoupení představila realitu českého praktického dětského lékařství v současnosti. Nově zvolení členové vedení ESAP vyslovili při bilaterálních jednáních s námi přesvědčení, že Česká republika, ale i jednotliví čeští pediatri se stanou aktivními členy ESAP včetně možného členství jednotlivých pediatri. Tato žádost bude předložena na naší celorepublikové konferenci včetně ekonomických a jazykových podmínek.

Zájemci o bližší detaily průběhu či materiálů z kongresu ESAP 2001 v Ženevě si je mohou vyžádat v kanceláři SPLDD.

V Praze dne 26. 9. 2001

Zprávu předkládá:
MUDr. Milan Kudyn
MUDr. Tomáš Soukup



Program financování generační výměny praktických lékařů pro děti a dorost v nestátních zdravotnických zařízeních primární zdravotní péče v ČR

MUDr. Milan Kudyn

Koordinátor programu

Jak jsme Vás již dříve informovali, SPLDD ČR a ČSOB a.s. připravují společný program, který by měl umožnit lékařům - juniorům ekonomicky a společensky důstojné zařazení do systému zdravotní péče o děti s dobrým výhledem existence a lékařům - seniorům důstojné ekonomické a společenské rozloučení s celoživotní činností, kterou poskytovali dětské populaci v primární péči. Tento projekt by měl oběma stranám přinést jistotu pro další období: juniorům v pracovní činnosti a seniorům zajištění aktivního důchodového období. Do konce tohoto roku by měla být připravena společná metodika, dle které by zájemci o zařazení tohoto programu by měli postupovat. Pro jednotlivé regiony budou SPLDD a ČSOB jmenováni regionální koordinátoři, na které se budou jednotliví zájemci obracet. Vzhledem k tomu, že SPLDD bude garantem pro své členy směrem k ČSOB, bude v této metodice obsažen i příslušný tiskopis. Protože nejdůležitější součástí je správné nastavení ceny předávané praxe, nabízíme Vám jeden z možných způsobů ocenění lékařské praxe. V centru SPLDD budeme postupně vytvářet pro ČSOB databázi zájemců o zařazení do tohoto programu na základě Vašich požadavků (korespondenci označte ČSOB-SPLDD). Koordinátor programu garantuje plnou anonymitu požadavků. Příslušný dotazník uveřejníme v dalším čísle VOXu.

Ocenění lékařské praxe

(vychází ze zkušeností s oceňováním podniků a poradenství podnikům při fúzích a akvizicích)

Ing. Jiří Hák

Londýnská pobočka ABN AMRO BANK

Může pomoci lékařům při rozhodování jak k problému ocenění lékařské praxe vůbec přistoupit, nicméně je třeba mít na paměti, že jednotlivé případy se mohou i velmi podstatně lišit a proto by bylo vhodné požádat o pomoc kvalifikované ekonomické poradce v každém jednotlivém případě. Moje znalosti situace týkající se ekonomiky provozování ordinace praktického lékaře jsou založeny na konzultacích s matkou a účetní, která má zkušenosti s vedením účetnictví zdravotnických zařízení.

Stručná teorie

Teorie, kterou se řídí naprostá většina podnikatelů, akcionářů a účastníků kapitálového trhu ve světě říká, že hodnota jakéhokoliv podniku je v kterémkoliv okamžiku rovna současné hodnotě budoucích zisků, které podnikání přinese (viz definice níže). To je zásadně odlišné od tzv. účetní hodnoty, která určuje stav majetku po odečtení závazků, a která málo vypovídá o skutečné ziskovosti

podnikání a tudíž jeho tržní hodnotě.

Metoda současné hodnoty předpokládá pokračování podnikatelské činnosti do budoucnosti, přičemž ziskovost tohoto podnikání má přímou návaznost na stav společnosti dnes (existující kmen zákazníků, dobrá pověst firmy, jinými slovy předpoklady budoucích zisků musí logicky navazovat na současný stav). Proto analýzou současného stavu a přijetím odůvodnitelných předpokladů lze provést odhad zisků v nejbližších letech (délka odhadu je zpravidla na 5 – 7 let a mohou být verifikovány nezávislou poradenskou firmou). Tyto odhady jsou poté použity pro výpočet současné hodnoty firmy dle níže uvedeného vzorce :

$$PV = \left[\frac{Z_1}{(1+i)^1} \right] + \left[\frac{Z_2}{(1+i)^2} \right] + \left[\frac{Z_n}{(1+i)^n} \right] + \left[\frac{Z_n}{i \times r} \right]^{n+1}$$

kde:

PV

Současná hodnota

$Z_1 \dots Z_n$ Odhadovaná výše zisku v jednotlivých letech

i Požadovaná úroková míra

n Poslední rok odhadu zisku

r Odhadovaná míra růstu budoucích zisků po roce n

Vedle odhadu konkrétních čísel budoucích zisků až do roku n je vhodné odhadnout, jak zisky porostou po tomto roce aby se tak započítala hodnota zisků po roce n , tedy za matematického předpokladu nekonečné existence subjektu.

Jako poslední, avšak velmi důležitý je odhad úrokové míry i . Dle ekonomické teorie je úlohou této veličiny určit míru rizika, jež je s dosazením výše uvedených zisků Z spojeno, tedy riziko podnikání. Čím je riziko vyšší, tím je i vyšší a tím klesá hodnota PV. Říkáme, že hodnotou

i diskontujeme hodnotu budoucích zisků, tedy počítáme časovou hodnotu peněz (koruna



dnes má větší hodnotu, než koruna kterou obdržím za rok).

Dle ekonomické teorie je každý, tedy též lékař, který zvažuje, zda zaplatí kupní cenu za danou lékařskou praxi, postaven před volbu více než jedné investiční možnosti, které mají různou míru rizika (tj. například místo nákupu lékařské praxe svého kolegy může investovat do akcií Českého Telecomu nebo vládních dluhopisů, což jsou investice s jinou mírou rizika než podnikání ve zdravotnictví).

Pro odhad míry rizika se nejčastěji používá tzv. Capital Asset Pricing Model (tzv. CAPM), který využívá k určení i statistická pozorování vývoje výnosů jednotlivých investičních instrumentů na kapitálových trzích. Autoři této teorie považují kapitálový trh za statisticky nejlepší zdroj údajů pro ohodnocení míry rizika investic. K výpočtu i se používá následující vzorec :

$$i = g + MRP \times \beta$$

kde:

g Míra výnosnosti dlouhodobých státních obligací (dle teorie CAPM je g bezriziková úroková míra, tj. stát své závazky vždy splatí)

MRP Tzv. Market Risk Premium, tj. statisticky zjistitelná veličina počítaná jako rozdíl mezi výnosem, který dlouhodobě přináší investice do všech akcií v dané zemi a mírou g

β Relativní volatilita akcií hodnoceného podniku na burze (pokud kótován) nebo jiného podobného podniku nebo akciového indexu oboru hodnoceného podniku ve srovnání se všemi akciemi v zemi

Veličina g je lehce zjistitelná pohledem na ekonomické stránky novin, kde se uvádí tzv. míra výnosu do doby splatnosti státních dluhopisů s různou dobou splatnosti. Pro účely výpočtu se zpravidla volí ten dluhopis, který má co nejdelší dobu splatnosti, ale který je zároveň dostatečně likvidní.

MRP se statistikům nejlépe počítá v zemích, kde existují dlouhodobá pozorování na základě dlouholeté existence veřejných akciových trhů. Tato veličina zpravidla dosahuje hodnoty 3 % – 5 % v rozvinutých ekonomikách 7 % – 9 % v tzv. rozvíjejících se trzích, kam bývá ČR obvykle řazena.

Veličina β se počítá na základě statistických pozorování vývoje ceny akcie hodnoce-

ného podniku ve srovnání s cenami akcií celého trhu. Pokud je β vyšší než 1, potom je tento podnik (nebo obor) rizikovější než průměrná investice do akcií na kapitálovém trhu. Je-li nižší, pak se jedná o méně rizikovou investici než průměrný trh.

■ Možnosti pro ocenění praxe všeobecného lékaře

Podle mého názoru lze výše uvedenou teorii ocenění podniků použít též na ocenění lékařské praxe v případě jejich převodu na třetí osobu. Jak jsem zmínil výše, tato teorie poskytuje pravděpodobně nejspolehlivější odhad hodnoty jakéhokoli ekonomického subjektu, za předpokladu dostupnosti informací.

Provozováním soukromé lékařské praxe každý lékař vytváří finanční hodnotu rovnou současné hodnotě budoucích zisků, které z provozování ordinace plynou. To je založeno na předpokladu, že tyto zisky plynou z poskytování zdravotní péče pacientům, kteří jsou registrováni u tohoto lékaře (případně další příjmy) a tyto registrace lze převést na nabyvatele převodem (aniž by bylo dotčeno právo volby samostatných pacientů). Pokud existují závažné právní problémy spojené s převodem registrací na nabyvatele (právní okolnosti takového převodu v tomto dopisu nezkoumám), hodnota ordinace může být nižší v důsledku vyššího rizika úbytku pacientů, ačkoliv to může být podle mého názoru částečně kompenzováno doporučením odcházejícího lékaře ve prospěch nabyvatele, například dopisem všem registrovaným pacientům.

Jinými slovy odcházející lékař by měl předat současnou hodnotu budoucích zisků plynoucích ze vztahu se svými nynějšími pacienty na nabyvatele za příslušnou peněžní náhradu. To se týká též dědiců v případě úmrtí lékaře, ačkoliv v tomto případě může dojít k přeregistraci pacientů, pokud by ordinace nebyla brzy obsazena.

Aby si lékař mohl provést výpočet hodnoty své lékařské praxe, měl by nejdříve pohledem na minulých 2 – 3 roky určit historickou výši finančních toků a na základě toho a reálných předpokladů odhadnout vývoj v budoucnosti. To se týká všech důležitých položek účetní bilance a výsledovky.

■ Definice hrubých příjmů ordinace

Většina příjmů praktických lékařů pochází

z tzv. kapitačních plateb pacientů, kteří jsou u lékaře registrováni. K vykonávání praxe lékaře v tom kterém místě podle mého porozumění potřebuje každý praktický lékař zejména pověření od okresního úřadu a smlouvy se zdravotními pojišťovnami, zejména s VZP. Po získání těchto dokladů záleží jen na tom kterém lékaři a na okolnostech v daném místě, kolik pacientů se u něj zaregistruje a jaká bude tedy výše hrubých příjmů dané ordinace. Vedle příjmů od pojišťoven existují další tržby, jako například poplatky vybírané v hoto- vosti od pacientů za vykonávání vstupních prohlídek do zaměstnání, prohlídky spojené se žádostmi o řidičské průkazy, zbrojní pasy, pilotní průkazy aj. Tím lze definovat hrubé příjmy (tržby) ordinace.

Je samozřejmě možné, že se pacienti rozhodnou přeregistrovat k jinému lékaři, pokud jim nový lékař – nabyvatele – z nějakého důvodu nebude vyhovovat. Toto je ovšem riziko nabyvatele, které by měl on sám zhodnotit ve svém vlastním výpočtu současné hodnoty.

■ Náklady ordinace

Zatímco výše hrubých příjmů ordinace je dána do značné míry legislativou ČR, zejména na maximální výši kapitační platby pacienta, náklady si dle mého porozumění reguluje každý lékař sám. Sem patří jak provozní náklady jako elektřina, plyn, teplo aj. tak mzdové náklady na zdravotní sestru a v neposlední řadě nájem ordinace (pokud se nejedná o vlastní objekt). Dále jsou to odpisy hmotného majetku a úrokové náklady, má-li lékař úvěr. Dalším nákladem může být odpis nedobytných pohledávek, jsou-li nějaké.

■ Zisk ordinace a peněžní tok

Po odečtení nákladů od hrubých příjmů ordinace a odečtení daní vzniká účetní zisk. Pro definici Z ve výše uvedeném vzorci je však vhodné použít ne tento účetní zisk, ale peněžní tok, tedy disponibilní peněžní prostředky lékaře. Jedná se přibližně o účetní zisk plus odpisy, mínus splátky úvěru dle splátkového kalendáře (vyjma případů, kdy podmínky úvěru umožňují bance žádat o předčasné splácení v případě ukončení lékařské praxe nebo jejím převodu na jiného lékaře) a mínus investice do hmotného majetku a softwaru nezbytné pro udržení provozu ordinace.

■ Odhad Z

Pokud jsou takto definovány základní pe-



něžní položky, lze provést jejich odhad do budoucnosti a spočítat jednotlivá Z v následujících letech až do zvoleného roku n. Po roce n se potom provede odhad přibližného růstu Z mírou r.

■ Odhad i

Odhad i je pravděpodobně nejtěžší, jelikož tato veličina by měla obsahovat informaci o rizikovitosti „podnikání“ ve zdravotnictví ve smyslu stability nebo naopak volatility příjmů, konkurenčním prostředí a náchylností k cyklickým výkyvům. Jak již bylo řečeno, základem pro výpočet i je hodnota výnosu do doby splatnosti státního dluhopisu s dobou splatnosti shodnou s dobou n nebo vyšší. Hodnotu rizikovitosti investic do majetkových podílů v ČR je v současnosti těžké spočítat z důvodu omezenosti dat dané krátkou existencí novodobého českého kapitálového trhu. Nicméně osobně bych doporučoval použít hodnotu 7 % pro MRP a koeficient ? ve vyšší 1,0.

7 % – 10 % pro MRP je podle mých zkušeností nejčastěji používaná hodnota v zemích střední a východní Evropy a ? ve vyšší 1,0 je při absenci dat (neexistuje jakéhokoliv zdravotnického podniku obchodovaného na burze – farmaceutické firmy jsou odlišné) pravděpodobně nejlepší řešení. Jedni mohou argumentovat větší rizikovostí provozování praxe praktického lékaře vzhledem k těsné návaznosti na politická rozhodnutí, jiní mohou použít protiargument relativní stability příjmů lékaře dané omezením vstupu jiných subjektů na relevantní trh.

■ Výpočet

Výpočet dle výše uvedených zásad si může každý lékař provést sám, nicméně vzhledem k nutnosti nezávislé verifikace použitých odhadů, nutnosti kvalifikovaného posouzení hodnoty i a zvláště pak celkového zvážení rizik a možnosti transakce – převodu lékařské praxe je vhodné se poradit s ekonomickým poradcem. Pro názornost je k tomuto dopisu přiložen vzorový výpočet hodnoty fiktivní ordinace.

■ Shrnutí

Rád bych na závěr shrnul nejdůležitější body, které jsou podle mého názoru důležité pro to, aby všeobecní lékaři zbytečně neodevzdávali vybudovanou hodnotu svých ordinací pod jejich skutečnou tržní cenou.

1. Je vhodné se vyhnout ocenění na zákla-

dě tzv. účetní hodnoty. To je v podstatě rozdíl mezi aktivy a závazky společnosti (nebo jedince), který však málo vypovídá o zisku resp. o peněžních tocích, které z tohoto podnikání plynou. Účetní hodnota má smysl pouze tehdy, jedná-li se o likvidaci podniku.

2. Soukromá lékařská praxe je podnikání a nikoliv zaměstnání. Proto nelze přijmout praxi, kdy by jeden soukromý lékař byl prostě nahrazen jiným lékařem, například určeným okresním úřadem, bez kompenzace za existující tržní hodnotu ordinace.

3. V současnosti jsou největším zdrojem příjmů ordinací všeobecných lékařů kapitální platby za pacienty v ordinaci registrované. Proto je důležité nějakým způsobem zajistit, aby: 1) přechod pacientů na nabyvatele nebyl omezen českou legislativou a 2) nedošlo k úbytku pacientů z důvodu jejich nejistoty spojené s převodem ordinace na nového lékaře.

4. Odhady současné hodnoty lékařské praxe se mohou lišit podle pohledu prodávajícího a kupujícího. Například prodávající podniká v pronajatých prostorech a platí nájemné, přičemž kupující může ordinaci přenést do svého domu a ušetřit nájemné a tím zvýšit hodnotu Z (to platí, pokud tyto prostory nemohou být využity pro jiné komerční účely). Další rozdíly mohou být například v pohledu na udržitelnost kmene pacientů, respektive perspektivy jeho růstu a tudíž perspektivy výše kapitálních plateb. Proto výpočet současné hodnoty slouží pro ocenění praxe všeobecného lékaře z pohledu převodce, který by tuto hodnotu neměl sdělovat nabyvateli, se kterým teprve jedná. Pokud obdrží vyšší nabídku než je jím vypočtená cena, je to v pořádku, v opačném případě by

měl rozumět důvodům, proč perspektivní nabyvatel nabízí cenu nižší, než je tržní cena lékařské praxe v současnosti.

■ PŘÍLOHA VZOROVÝ VÝPOČET HODNOTY FIKTIVNÍ LÉKAŘSKÉ PRAXE

Čísla uvedená v následujícím příkladu jsou naprosto smyšlená, jejich účelem je jen ukázat postup při hodnocení ordinace.

I. Nejprve je nutno zjistit skutečné finanční výsledky ordinace, obvykle stačí za poslední tři roky. Nicméně platí, že minulé výsledky nejsou zárukou budoucího vývoje, ale měly by mít určitou logickou návaznost. V případě všeobecných lékařů může být vypovídací schopnost účetních výsledků z minulosti negativně ovlivněna přechodem z bodovacího systému na tzv. kapitační.

Při analýze účetních údajů je vhodné rozkryt jednotlivé položky výsledovky a účetní bilance do maximální možné míry podrobností tak, aby bylo maximálně porozuměno jaké jsou hlavní přednosti a slabiny ordinace. Zároveň je potřebné zahrnout všechny příjmy a výdaje, tj. i ty, které nemusí být v účetnictví vykázány resp. Jsou jiným příjmem lékaře, pokud ovšem souvisí s hlavní činností, tedy funkcí ordinace všeobecného lékaře.

II. V druhém kroku se provede odhad vývoje příjmů, nákladů a výdajů na úvěry a investice, tedy celkové finanční projekce. Tento odhad je velmi důležitý, jelikož je hlavním strůjcem hodnoty celé lékařské praxe a lékař by měl provést realistický, rozumně odůvodnitelný odhad všech položek (ani pesimistický ani optimistický). Přehled minulého hos-

tab. č. 1

Poznámky 1-7: viz text									
	Pozn.	Skutečnost				Odhad			
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tržby +	(1)	600	700	600	650	750	800	850	900
Náklady -	(2)	-200	-250	-300	-350	-375	-400	-425	-450
Hrubý zisk		400	450	300	300	375	400	425	450
Daň	(3)	-128	-144	-96	-96	-120	-128	-136	-144
Čistý zisk		272	306	204	204	255	272	289	306
Odpisy +	(4)	20	22	24	26	28	30	32	34
Splátky -	(5)	-100	-100	-100	-100	-100	0	0	0
Provoz +-	(6)	0	-20	-20	20	20	0	0	0
Investice -	(7)	-20	-20	-20	-20	-20	-20	-20	-20
Hotovost		172	188	88	130	183	282	301	320



podaření fiktivní ordinace s odhady je uveden v následující tabulce (údaje v tis. Kč):

Poznámky:

(1) Veškeré účtované a fakturované příjmy ordinace

(2) Veškeré náklady, včetně úroků a účetních odpisů

(3) Pro jednoduchost je zde počítáno s daní ve výši 32 %

(4) Odpisy se přičtou zpět pro účely výpočtu disponibilní hotovosti, jelikož to jsou účetní náklady, ale nikoliv peněžní výdaje

(5) Splátky se v odhadu uvažují jen tehdy, pokud lze stávající úvěr převést na nabyvatel ordinace. Pokud dojde k předčasnému splacení nebo převodce bude úvěr dál splácet ze svého, je nutno úrokové náklady a splátky z výpočtu vypustit

(6) Jedná se o provozní peněžní prostředky vázané provozem ordinace. Ty vznikají například tím, že lékař musí platit náklady, ale platby od pojišťovny docházejí se zpožděním. Takové období musí pokrýt ze svých prostředků, které nemůže použít jinak. Výše je uvedený pouze absolutní nárůst potřeby takových prostředků (záporné číslo) nebo absolutní snížení provozních prostředků (kladné číslo), nikoliv tedy okamžitý stav provozních prostředků

(7) Investice, které jsou potřebné k provozu ordinace (může se jednat o nezbytné přístroje, opravy nezapočitatelné do nákladů aj.)

III. Ve třetím kroku se provede odhad výše diskontní úrokové míry. Předpokládáme například výnos do doby splatnosti českých státních dluhopisů ve výši 5 %, MRP ve výši 7 % a β faktor ve výši 1,0. Potom teoretická úroková míra pro účely tohoto fiktivního výpočtu je rovna : $5 \% + 7 \% \cdot 1,0 = 12,0 \%$.

IV. Za další se provede odhad zisku na období po 5. roce odhadů (v tomto případě rok 2004), přičemž použijeme odhad disponibilní hotovosti z roku 2004 ve výši 320 tis. Kč, který dle vzorce vydělíme použitou úrokovou sazbou, tedy 12,0 % (uvažujeme nulový růst) a výsledkem je hodnota ve výši 2.666,7 tis. Kč.

V. Jako poslední se potom provede samotný výpočet dosazením do vzorce. Dostaneme číslo ve výši 2.186,6 tis. Kč, jako hodnotu této fiktivní ordinace.

Rath chce, aby pojišťovny přidaly lékařům miliardu

Propouštět sestry a šetřit, kde se dá, musí údajně mnoho soukromých lékařů, aby se vyrovnalo se stoupajícími režijními náklady.

O téměř miliardu korun ročně více budou muset zaplatit zdravotní pojišťovny soukromým lékařům, pokud přistoupí na plán České lékařské komory (ČLK). Na dohodovací řízení o cenách zdravotních výkonů na příští rok chce prezident ČLK David Rath přijít s návrhem, aby pojišťovny zohlednily v cenách režijních nákladů inflaci. Návrh se týká především asi 5000 ambulantních specialistů. Podle představ komory by měla být režijní náhrada za minutu lékařského výkonu zvýšena z dosavadních dvou bodů na 2,5 bodu, u nákladnějších chirurgických oborů z 2,4 bodu na 3 body. Za jeden bod vyplácí pojišťovny jednu korunu. „Výše úhrad za režijní náklady se nezměnila od roku 1997. Podle Českého statistického úřadu ale vzrostl za tu dobu index spotřebitelských cen o 27,4 procenta,“ zdůvodnil Rath.

Šetří se na sestrách

Představitelé komory tvrdí, že náklady na chod ordinací na rozdíl od úhrad ambulantním specialistům rok od roku stoupají. Ti se navíc musejí připravit na další zdražování energií a nájmu. „Soukromníci musejí šetřit, kde se dá. Na komoru například dostáváme stále více žádostí, abychom dotyčného lékaře zprostilí povinnosti mít řádnou zdravotní sestru. Šetří se na praní prádla, na obcházení některých hygienických předpisů, na poštovním,“ vyjmenoval Rath. Propouštění sester, případně zkracování jejich úvazků a najímání žen v důchodovém věku potvrdil i předseda Skalpelu soukromých lékařů Jaroslav Henzl. „Zastávám názor, že ordinace by až na výjimky měla kvalifikovanou zdravotní sestru na pevný úvazek mít. Ale přibývá zařízení, která si to z ekonomických důvodů nemohou dovolit. Zejména větší ordinace počet sester redukují,“ řekl. Podle Ratha se lékaři, kteří se z úsporných důvodů zbavují sester, počítají na desítky. „Z odborného hlediska to není dobré, ale dát jako podmínku držet si sestru, to nemůžeme. Řada ordinací by se dostala do neřešitelných finančních problémů,“ prohlásil.

Na pokraji krize?

Současnou situaci ambulantních specialistů přirovnal šéf komory ke krizi z roku 1996. Tehdy odborní lékaři hrozili stávkou a nějakou dobu dokonce požadovali od svých pacientů doplatky v hotovosti. „Každý šetří, kde může. Lékaři zaměstnávají své rodinné příslušníky, svépomocí si perou nebo uklízejí ordinaci,“ uvedla ostravská lékařka Helena Fousková, místopředsedkyně ČLK. „Když se má známá lékařka se dvěma atestacemi musí z existenčních důvodů po pracovní době ohánět v ordinaci s hadrem, nepovažují to za důstojné,“ podotkla. Zástupci komory i soukromých lékařů tvrdí, že navržené zvýšení režijních úhrad pomůže situaci přinejmenším stabilizovat. „Požadavek komory podporujeme, i když navržené navýšení růst nákladů na režii ještě zcela nepokryje. Pokud by mělo, musela by se současná částka zdvojnásobit,“ řekl Henzl.

VZP: Uvidíme ve čtvrtletí

Všeobecná zdravotní pojišťovna, největší v Česku, se k požadavku komory zatím nevyjádřila. „V současné době se návrhem zabývají odborné úseky. „Zareagujeme teprve na základě analýzy ve čtvrtletí na dohodovacím řízení,“ uvedl mluvčí VZP Jiří Suttner. Rath ale tvrdí, že najít zhruba miliardu korun navíc by neměl být pro pojišťovny problém. „Stoupá průměrná mzda a tím i odvody do zdravotního pojištění,“ připomněl. Pokud by se lékaři s pojišťovnami nedohodli, o výši úhrad by s konečnou platností rozhodlo ministerstvo zdravotnictví. Ministr Bohumil Fišer včera s Rathem jednal o možnosti navýšit sazby. „Schůzka skončila bez konkrétního závěru. Jde o složitou záležitost, všechny důsledky je třeba dobře propočítat,“ konstatoval mluvčí ministerstva Otakar Černý.



Stretnutie zástupcov praktických lekárov pre deti a dorast z Čiech a Slovenska vo Valticiach na Morave

MUDr. Kvetoslava Prcúchová

Predsedníčka sekcie PLDD ASL SR, SPS a SLK

V prekrásnom zámočku na Morave, neďaleko našich hraníc sa uskutočnilo spoločné zasadnutie zástupcov výboru Združenia PLDD a zástupcov výborov sekcie PLDD v Asociácii Súkromných lekárov a Slovenskej pediatrickej spoločnosti.

Praktickí lekári pre deti a dorast sú členmi Asociácie súkromných lekárov, ktorá zastrešuje všetkých neštátnych lekárov, teda okrem praktických lekárov pre deti a dorast i praktikov pre dospelých a špecialistov. Asociácia rieši všetky problémy týkajúce sa neštátnej praxe a sekcie sú vytvorené, aby mohli intenzívnejšie riešiť problémy jednotlivých odborností. Najvyšším orgánom je Valné zhromaždenie, v ktorom majú hlasovacie právo prezidenti regionálnych ASL SR a predsedovia sekcií. Nie je to príliš demokratické, nakoľko počet hlasov závisí od počtu členov v tej ktorej sekcii.

V ASL SR je 784 PLDD z 1100 PLDD na Slovensku a bola som zvolená na Valnom zhromaždení do päť členného republikového výboru. Takže mám možnosť obhajovať PLDD aj priamo v ústredí.

V Slovenskej pediatrickej spoločnosti si tiež PLDD, tak ako iné nadstavbové odbornosti, vytvorili sekciu primárnej starostlivosti v záujme, ako rád opakuje prof. Dluholucký, predseda pediatrickej spoločnosti, holistického prístupu k dieťaťu, je treba zachovať celistvosť spoločnosti. V sekcii spoločnosti je asi 400 PLDD.

V slovenskej lekárskej komore, kde sme organizovaní povinne, sa zase tvoria sekcie podľa odborov vo vyhláske o vzdelávaní. Nakoľko praktickí lekári pre deti a dorast sú pediatrii a inú odbornosť nemajú, nemajú ani nárok na sekciu, takže sú členmi Pediatrickej sekcie.

Vo všetkých troch sekciách som najviac hlasov vo voľbách dostala opäť ja, takže sa ponúkla príležitosť spojiť rokovania všetkých troch výborov a stretávať sa spoločne. O závažných veciach rozhodujú hlasovaním teraz takto už všetky tri výbory. Toto spojenie všetkých troch výborov zamedzilo rôznemu vystupovaniu a kontraverzii v požiadavkách smerom navonok zo strany troch skupín PLDD. Rozhodujúce sú jednotné postoje k takým problémom ako je odbornosť, spôsob financovania, vzdelávanie a podobne. K zjednoteniu nás viedla aj skúsenosť s rokaním na MZ SR, ktoré sa pri riešení akéhokoľvek problému odvolávalo na nejednotnosť zástupcov PLDD. Stretávanie troch výborov nám šetrí čas, nakoľko väčšinou boli tí istí ľudia zvolení do dvoch alebo troch sekcií. Chuť

pracovať vo funkciách nie je zase až taká veľká. Všetky sekcie mali voľby na regionálnom princípe a tak máme troch zástupcov PLDD v každom kraji. Iste je potrebné zapojiť čo najviac ľudí do aktivít. Obdivujeme to u Vás, ale vy máte pred nami náskok desiatich rokov fungovania vášho združenia.



Najradšej by sme mali nejakých profesionálnych zástupcov, aby sme sa mohli venovať svojej práci, ale to je tiež ešte v nedohľadne.

Predmetom rokovania stretnutia našich výborov vo Valticiach bolo niekoľko závažných problémov. Ako prvý bol návrh MZ SR na zaradenie PLDD v novele Vyhlášky o vzdelávaní pracovníkov v zdravotníctve ako nadstavbového odboru nad pediatriou a v druhej alternatíve ako certifikovanej činnosti v okrajových odboroch nad základným odborom pediatrie.

O tom, že by sa mohol odbor primárnej pediatrie stať odborom samostatným, sa u nás javí zatiaľ neprierodným.

Doterajšie nezaradenie praktických lekárov pre deti a dorast vo vyhláske nám robilo a robí problémy a v mnohom dochádza k splývaniu PLDD-08 s odbornosťou 07- Pediatria.

Sme presvedčení, že je potrebné, aby sa v oboch našich krajinách postupovalo koordinovane. U nás sa často skloňuje vstup do EU, najmä keď chýbajú iné argumenty a preto treba vzájomnú podporu PLDD oboch našich krajín, tým viac, že systém máme rovnaký a ako už desaťročia výsledky ukazujú, je štruktúrou aj náplňou práce dobrý a dokonca aj ekonomicky veľmi efektívny. My sme na Slovensku presvedčení, že postupne k nemu budú smerovať aj ostatné štáty.

Názov praktický lekár pre deti a dorast sme prebrali od Vás z Čiech. Aj keď sa nám ten dlhý názov nepozdával, boli sme radi, že má v názve zahrnutý dorast, najmä vzhľadom na odstredivé tendencie s dorastového lekárstva. Doteraz nám poisťovne za mladých dospelých nad 19 rokov

neplatia kapitáciu aj keď chcú tieto u nás zostať.

Nakoľko dieťa je už definované do 18 + 364 dní, uvažujeme nad zmenou názvu na primárneho pediatra alebo na všeobecného pediatra, ako je to u dospelých. Dohodli sme sa na zasadnutí, že počkáme, ako sa vyvinie prijímanie zákona a zaradenie praktikov ako odboru v Čechách.

Dorastové lekárstvo bolo ďalšou vážnejšou témou, o ktorej sme spolu hovorili. Zaradenie týchto lekárov špecialistov do primárnej starostlivosti spôsobilo, že je nejasné ako vyzerá vlastne počet detí na jedného PLDD na Slovensku. Dorastoví lekári na Slovensku majú náš kód 08, ale nemajú územné obvody, nakoľko ošetrojú študentov na internátoch. Najväčší chaos vzniká tým, že kolegovia PLDD, aby im poisťovne platili aj za pacientov nad 19 rokov, atestujú z dorastového lekárstva. V primárnej starostlivosti tak máme dva druhy PLDD s kódom 08 a to s atestáciou a bez atestácie z dorastového lekárstva.

Nakoľko sme nezískali z Pediatrickej spoločnosti dotáciu na kongres ambulantných pediatrov v Geneve, poverili sme členov výboru Združenia PLDD, aby zastupovali a pri jednaniach v zásadných otázkach týkajúcich sa PLDD aj Slovenskú republiku. Čoraz viac sa ukazuje, že komunikácia zo svetom je nevyhnutná. Sme si istí, že spolu budeme najmä pri závažných rozhodnutiach týkajúcich sa PLDD aj doma oveľa silnejší pri obhajobe nášho spoločne orientovaného systému primárnej pediatrickej starostlivosti.

Vyjadrili sme výboru Združenia PLDD obdiv za inováciu Voxu a budeme uvažovať o spolupráci. Naši praktickí lekári majú záujem navštevovať aj vzdelávacie akcie v Čechách. Dohodli sme sa navzájom informovať o podujatiach a aktivitách. V Bratislave poriadame pravidelne Dialógy v praktickej pediatrii (nasledujúce budú 30.11.2001 v DFN), a zvládli sme konferenciu s medzinárodnou účasťou o Komplexnej starostlivosti o deti a dorast so zdravotným postihnutím v praxi primárneho lekára a tešíme sa na podujatia v Luhačovicích.

Stretnutia výborov budeme striedavo organizovať na jednej a druhej strane hranice podľa aktuálnej potreby.

V Bratislave 7.10.2001



Problematika cenových jednání pro 1. pololetí 2002

Návrh SPLDD ČR na financování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2002

■ Praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost

1. varianta:

Kombinovaná kapitačně výkonová platba

Podmínka pro nasmlouvání této varianty:

■ ZZ poskytuje komplexní péči o registrované pojištěnce, tj. v rozsahu všech obligatorních výkonů dané odbornosti včetně návštěvních služeb

Podmínky úhrady a regulační mechanismy:

■ výše kapitační platby se vypočte podle počtu registrovaných pojištěnců s příslušným věkovým indexem násobený základní hodnotou kapitačního paušálu ve výši minimálně 30,- Kč na měsíc (před uplatněním degresního koeficientu)

■ úhrada výkonů hrazených mimo kapitační platbu a výkonů za neregistrované pojištěnce bude realizována podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kdy hodnota bodu je minimálně 0,90 Kč

■ péče poskytovaná ZZ je čtvrtletně (pololetně) vyhodnocována v definovaných nákladových položkách vyjadřujících náklady na definovaný druh činnosti PL nebo náklady na definovaný druh zdravotní péče poskytované jinými ZZ, sledované náklady jsou vždy vztaženy ke konkrétnímu pojištěnci registrovanému u konkrétního ZZ, definování jednotlivých nákladových položek je vždy sjednáváno se zmocněnými zástupci PL a je součástí přílohy Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče

■ na základě vyhodnocení celkových nákladů sledovaných položek a porovnání s celkovými náklady stejných položek ostatních ZZ praktických lékařů (resp. praktických lékařů pro děti a dorost)

a) může být celková výše úhrady pro ZZ po vyhodnocení uplynulého období navýšena způsobem a v termínech, které jsou dohodnuty se zmocněnými zástupci PL

b) může být minimální hodnota kapitačního paušálu pro následující období navýšena způsobem dohodnutým se zmocněnými zástupci PL

■ celkový nárůst úhrad nad minimální hodnoty kapitačního paušálu a minimální hodnoty bodu musí odpovídat výši předpokládaných výdajů pro skupinu praktických lékařů stanovených ve zdravotně pojistných plánech jednotlivých ZP pro příslušné období

■ v případě nárůstu finančních zdrojů oproti předpokladům stanovených ve zdravotně pojistných plánech jednotlivých ZP je celkový nárůst úhrad pro skupinu PL proporcionálně s ostatními skupinami poskytovatelů zdravotní péče o příslušnou částku povýšen

■ pokud sledované celkové náklady konkrétního ZZ přesáhnou hranici dohodnutou se zmocněnými zástupci PL jsou pro výpočet celkové úhrady tohoto ZZ použity stanovené minimální hodnoty kapitačního paušálu a minimální hodnoty bodu za příslušné období, jiný regulační mechanismus se již neuplatňuje

■ pro zajištění transparentnosti výpočtů celkové úhrady konkrétnímu ZZ jsou ZP oprávněny předávat a ZZ přejímat potřebné datové soubory

2. varianta:

Úhrada dle Vyhlášky MZ ČR č.134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění

Podmínky úhrady a regulační mechanismus:

■ hodnota bodu minimálně 0,46 Kč do limity času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den

■ regulační mechanismus pro ošetřené pojištěnce na poskytnuté zdravotní výkony, předepsané léky a PZT, kromě léků a PZT s preskripčním omezením „Z“ a „X“, a na vyžádanou zdravotní péči v odb. 222, 801-805, 809, 812-822 – pokud průměrná úhrada za zdravotní péči (tj. úhrada za zdravotní výkony, za předepsaná léčiva a PZT, kromě léků a PZT s preskripčním omezením „Z“ a „X“, a za vyžádanou zdravotní péči v odb. 222, 801-805, 809, 812-822) na 1 ošetřené pojištěnce převyšuje o více než 10% celostátní průměrnou úhradu se zohledněním věkových skupin v 1. resp. ve 2.

čtvrtletí 2002 a zároveň o více než 20% konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za zdravotní výkony nebo za předepsaná léčiva a PZT, kromě léků a PZT s preskripčním omezením „Z“ a „X“, a na vyžádanou zdravotní péči v odb. 222, 801-805, 809, 812-822, je ZP oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25% z překročení

■ tento regulační mechanismus bude uplatněn, pokud celkové sledované náklady daného ZZ převyšují celostátní průměr konkrétní ZP 3. varianta: Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapacity, tzv. „malé praxe“

Podmínky úhrady:

■ dorovnání kapacity se poskytuje v případech, kdy PL pro dospělé nebo PL pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců než je 70% celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného VZP ČR a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností ZP podle § 46 odst. 1 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

■ dorovnání kapacity lze poskytnout až do výše 90% výše kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců

■ na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný PL uzavřenou Smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto PL

■ podmínkou úhrady je přiznání statutu „malé praxe“ Komisí pro malé praxe

■ při stanovení event. navýšení celkové platby na základě hodnocení celkových nákladů vztažených na rodné číslo registrovaného pojištěnce se postupuje obdobně jako ve variantě 1.

Za SPLDD ČR:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda



Reakce SPLDD ČR na odmítnutí předloženého návrhu ze strany VZP

Vážená paní Ing. Jiřina Musílková, ředitelka ÚP VZP ČR
V Jičíně dne 23.9.2001

Vážená paní ředitelko,

obracím se na Vás, na ředitelku největší zdravotní pojišťovny v České republice, jako zástupce profesní organizace zastupující lékaře zajišťující primární péči o děti a do-rost v tomto státě, abych vyjádřil jménem těchto lékařů znepokojení a obavy nad další spoluprací mezi Vaší zdravotní pojišťovnou a naší profesní organizací. V následujících řádcích se pokusím objasnit, co mne k tomuto znepokojení vede.

V těchto dnech vrcholí dohodovací řízení o cenách na 1. pololetí roku 2002. Moc nechybí a ze strany naší organizace se schyluje k nemožnosti dospět k vzájemné doho-dě. Přes deklarativní podporu primární péče předložila Vaše pojišťovna po korekci zdůvodněné postojem ostatních zdravotních pojišťoven návrh, ve kterém bylo navrženo po-nechat nezměněnou výši kapitační platby, navýšení hodnoty bodu z 0,80 Kč na 0,85 Kč, zmírnění regulace na léčiva a PZT o 5% a zároveň zpřísnění regulace na nepravidel-nou péči.

Na základě společného odmítnutí tohoto návrhu ze strany obou rozhodujících profesních sdružení byla následně základní kapitační platba navýšena na 30 Kč a hodnota bodu na 0,87 Kč. Vše vzhledem k našemu společnému požadavku na nepokročitelnou výši navýšení o 5% oproti předchozímu období.

Pro přesnost uvedu alespoň základní argumentace obou stran při jednání o **základních sazbách kapitační platby a ceně bodu**.

VZP – zvyšováním těchto sazeb se snižuje prostor pro bonifikační systém, navýšení úhrad segmentu praktických lékařů pro rok 2002 se plánuje do výše 9%

SPL a SPLDD (dále PL) – bonifikace je postavena čistě na matematickém výpočtu nezohledňující faktickou kvalitu poskytované péče; nelze konstatovat, že nebonifikova-ní lékaři jsou nekvalitní lékaři; nejen novou legislativou došlo k významnému navýšení režii ordinací (významný nárůst cen energií, nájmů, provozní řady pro hygienu...); dal-ší navyšování bonifikací může vést k nežádoucímu trendu změny chování části PL – z důvodu krátkozraké vidiny významného navýšení příjmu snaha o významnou redukci po-skytované péče zejména na poli diagnostiky – negativní dopad na pacienty

VZP – jde o „nový“ pohled měnící současný pohled VZP na bonifikační systém; deficitní systém zdravotního pojištění; reakce na možný negativní dopad na pojištěnce mnou nezaznamenaná

PL – již před prázdninami na jednání (pozn.: i za Vaší účasti) jsme vyjadřovali svůj nesouhlas se stavem, kdy do 30% PL nebude bonifikováno vůbec a zbytek významně

Dalším sporným bodem jsou přetrvávající izolované regulace na léčiva a PZT

VZP – návrh na změkčení možné regulace na léčiva a PZT – nutno ji zachovat pro především psychologický efekt, finanční efekt spíše nevýznamný

PL – možná dvojí regulace – dopad na bonifikaci lékaře (finančně jedna z nejvýznamnějších sledovaných položek) snížením její výše a zároveň možné uplatnění regulač-ní srážky; oblastně rozdílný dopad vzhledem k chování ambulantních specialistů – někde píší vše, někde vše přesouvají na PL; lze efektivně řešit i v rámci bonifikačního sys-tému bez nutnosti individ. regulace, podmínky lze do konce roku dohodnout; omezování preskripce z důvodu obav z možné regulace bez zohlednění celkových nákladů na léčbu vztažené na rodné číslo může mít negativní dopad na pacienty

VZP – tuto regulaci nelze zrušit (další argumenty nepředloženy)

PL – žádost o faktické vyčíslení skutečně uplatněné regulace na léčiva a PZT s rozdělením na okresy – dosud nepředloženo

Posledním sporným bodem je **regulace na nepravidelnou péči**.

VZP – ze strany PL systém zneužíván zejména v oblasti „zástupů“, nutno zpřísnit, proto navrženo zpřísnění 10% hranice na hranici 5%.

PL – dopad postihu nesplňuje účel, postihnout lékaře, který ošetří pacienty, kteří již nemají možnost být ošetřeni u svého registrujícího lékaře, pokud dojde k dalšímu zpřís-nění, nebudou ani tyto péči poskytovat, tj. lékař, který nabízí zvýšenou dostupnost své ordinace tím, že pracuje např. do 17,00 hod, zatímco ostatní končí mnohem dří-ve, je paradoxně postihován za ošetření pacientů, kteří již neměli šanci být ošetřeni svým registrujícím lékařem, do budoucna raději zkrátí svou ordinaci, aby se vyhnul mož-nému negativnímu dopadu – negativní dopad na pacienty, situaci lze opět efektivně řešit v systému bonifikací, návrh jsme již předložili pozn.– nevýznamný nemusí být ani fakt, že registrace není u nás povinná

VZP – jde o jednoznačné rozhodnutí pojišťovny, dopad na pacienty nekomentován

Omlouvám se za obsáhlost předchozího sdělení, ale pokládal jsem to za nutné pro objasnění vyslovených obav.

Rád bych se zmínil i o návrhu na řešení souběhu očkování za strany VZP – výkon ohodnocený 3 body a omezením 1x na rodné číslo za život. Z ohlasů z „terénu“ lze stano-visko VZP k tomuto problému označit za urážku činnosti praktického dětského lékaře. Dvojí očkování v jednom dni není jen jedna jehla a jedna stříkačka (navíc metoda apli-kace „suchou jehlou“ jsou jehly minimálně 2), ale to je také naředení další vakcíny, další poučení rodičů o možných nežádoucích účincích, úplné očkování znamená minimál-ně aplikace 3 dávek, ale na to vše jsme s předstihem upozorňovali.

Vážená paní ředitelko,

cílem mého dopisu není kladení ultimativních požadavků, ale snaha odvrátit vznikající negativní postoj našich členů vůči Vaší pojišťovně. Výbor našeho Sdružení se sešel nad všemi těmito skutečnostmi a dospěl k následujícímu rozhodnutí:

K navrhované předběžné dohodě o cenách přistoupit v případě, že bude z Vaší strany k termínu podpisu alespoň slovně garantováno, že:

■ pro 2. pololetí roku 2002 bude seriózně diskutováno nad návrhem našeho Sdružení předloženého na jednání dne 21.9.2001, text přikládám

■ v krátké době se uskuteční jednání za účasti reprezentativních zástupců obou sdružení PL a Vaší pojišťovny k faktickému naplnění podpory primární péče (přechod od slov k činům – práce na úpravě bonifikačního systému tak, aby reálně podporoval rozvoj primární péče, seriózní diskuse nad zaváděním drobné laboratorní diagnostiky do činnosti PL, dořešení očkování, dispenzarizace apod.), v řadě případů se jedná, bohužel, i o podporu opatření zmírňující negativní dopad na pacienty, což by snad mělo být i zájmem Vaší pojišťovny

■ ze strany VZP bude předán přehled dopadu regulačního opatření na léčiva a PZT v zobecněné formě rozděleně po jednotlivých okresech * nad výsledky analýzy nákla-dovosti bude probíhat kontinuální diskuse (slíbená schůzka o výsledku dat z jednotlivých okresů se dosud neuskutečnila) * VZP doloží způsob, jakým bude naplněn zdravot-ně pojistný plán v oblasti navýšení úhrad ve výši schválené pro letošní rok

■ urychleně bude svoláno jednání nad způsoby vyvinění z individuálních regulací k jejich upřesnění a aktualizaci a s výsledky budou seznámeny na straně VZP všechny OP, na straně PL všichni členové

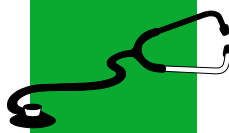
Věřím, že se nám podaří překlenout toto nelehké období a že i nadále bude pokračovat naše vzájemná dobrá spolupráce.

Vzhledem k naléhavosti situace si Vás dovoluji požádat o telefonické stanovisko k popsáným problémům 24.9.2001 do 16,00 hod, kdy bychom se měli s Vašími zástup-ci sejit k event. podpisu předběžné dohody o cenách.

S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR

inzerce



Zápis z jednání výboru Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP konaného dne 5.9.2001

■ 1) Vzdělávací víkend pro členy OSPDL ČLS JEP

Uskuteční se v původně plánovaném termínu, organizačně bude zajištěn OSPDL a Sanatoriem Javorník. Odborný program zajišťuje Sanatorium Javorník: představení sanatoria, představení spádové regionální nemocnice České Budějovice s krátkou odbornou přednáškou lékařů z dětského oddělení této nemocnice. Tradičně případy z praxe PLDD. Výjezdní jednání výboru OSPDL, členská diskuzní schůze na aktuální témata včetně diskuse nad systémem dalšího vzdělávání PLDD – zajišťuje H. Cabrnachová.

■ 2) Zápis z jednání výboru ve Voxu

Shoda ve zveřejňování zápisu pro informaci členů, diskuse nad rozsahem tohoto zápisu, v budoucnu bude umístován na www stránky.

■ 3) Dispenzární péče

Shoda panuje v názoru, že určitá dispenzární péče je potřebná. Je nutno pečlivě zpracovat diagnózy a obsah náplně dispenzární péče tak, aby nám to opravdu sloužilo ke zkvalitnění péče o pacienty, aby to nebyl jen formální úkon. Není diskuse o tom, že dispenzarizující je PLDD a specialista je potřebný jako konziliář. L. Hanousek zpracuje připravený materiál písemně.

■ 4) Novorozenecký screening

Ve spolupráci se Sdružením H. Cabrnachová zkontrolovala registrační listy, předkládají se nové registrační listy nových nebo opravených výkonů (očkování, screening). J. Krejčík poslal za OS připomínky k inovaci metodického pokynu k provádění novorozeneckého screeningu na Ministerstvo zdravotnictví.

■ 5) Výběrové řízení

Za OS se výběrového řízení na LSPP v Praze 14 zúčastnil J. Krejčík.

■ 6) Koncepce oboru pediatrie

H. Cabrnachová upozornila Doc. Hrstkovou, že na WWW stránkách MZČR je stále stará verze, byla ujištěna, že je to opravdu verze stará, nová verze bude umístěna v krátké době.

■ 7) Výkon očkování

Sdružení jedná s VZP nad novým výkonem a jeho bodovým ohodnocením. Jednání ještě nejsou skončena (k 5.9.), proto informace v některých okresech o hodnotě kódu nebyly se zástupci SPLDD ani OSPDL projednány. Jedná se stále o možnost vykázat dvě provedená očkování v jednom dni, tj. vytvoření nového výkonu, který bude navýšen nejen o další materiál, ale také o čas, tedy o režii. Tento nový kód navrhuje VZP, současně, ale bude nutné předložit nové registrační listy výkonů očkování (viz bod 4).

Ve výboru proběhla souhlasná diskuse nad některými nedostatky technického rázu u vakcín TetractHib. Nedostatky jsou též v organizačním zajištění dostupnosti vakcíny Engerix, hygienické stanice nemají dostatek vakcíny.

Též se výbor pozastavuje, jak lze dostat aplikaci metodou „suché jehly“ u TetractHib, je-li jehla se stříkačkou zatavena.

H. Cabrnachová podá po sběru dalších informací z terénu podnět na SÚKL, nejprve bude kontaktovat očkovací centrum ve FN Motol. Na podzimní vzdělávací akce bude připraven dotazníkový materiál pro účastníky akcí na téma očkování.

■ 8) Internetové stránky

Stránky jsou připraveny ve spolupráci se SPLDD, za sponzorské účasti firmy Glaxo, budou zde k dispozici vzdělávací akce pro pediatrii dle data (organizované ČLK, IPVZ...), veškeré důležité informace pro praktické lékaře pro děti a dorost, čísla časopisu VOX atd. Adresa bude: www.detskylekar.cz.

■ 9) Páteří vzdělávací témata

Na schůzce přítomní regionální zástupci dostali jasné instrukce jak připravit plán a rozpočet akcí – urychleně odevzdají J. Liškovi. Je nutné vyplnit i registrační list akce pro Katalog ČLS JEP, pak je akce automaticky akreditována. Lze urychleně přihlásit i podzimní akce, tak, aby měly přidělené číslo. Číslo je nutné k vyúčtování celé akce. Je možné z celkového účtu OS doplatit i event. deficit, ale dopředu akci plánovat jako rozpočtovanou, tj. pokrytou i po stránce příjmové.

Páteří témata na rok 2002 platí: ATB v primár-

ní péči + metabolické vady

Zajištění: Marek, Liška.

Přednemocniční neodkladná péče

Zajištění: Seifertová, Novák

■ 10) Dětská gynekologie

Na základě dotazníkové akce v terénu u PLDD od firmy Johnson & Johnson jasně vyplynul požadavek na vzdělávání dětských praktiků v oboru dětská gynekologie a gynekologie. Výbor doporučuje připravit vzdělávací akci na toto téma v Praze a Brně. Po organizační stránce bude vše upřesněno. 11.9. 2001 se koná tisková konference, kde budou prezentovány výsledky této dotazníkové akce, účastní se H. Cabrnachová za OSPDL. Zástupci oboru dětské gynekologie prosazují zavedení plošných preventivních prohlídek u všech 15-letých dívek. Výbor se domnívá, že zahájení prevence by mělo být záležitostí individuální u každé dívky, tuto problematiku může dívka konzultovat u svého dětského lékaře, který jí prevenci může doporučit například při žádosti o antikoncepci apod. Dětskou gynekologii chápeme jako specializaci, která poskytuje konsiliární péči u dívek do 15 let na vyžádání PLDD. Náš názor se shoduje i se stanoviskem Gynekologicko-porodnické společnosti.

■ 11) Doporučené diagnostické a léčebné postupy

Aktivita členů k návrhům na diagnostické a léčebné postupy je vítána. Výbor doporučuje zachovávat stávající proces vzniku Doporučených diagnostických a léčebných postupů, které zajišťuje ČLS JEP. Požádáme řešitelský tým, aby nám urychleně poskytl doporučené postupy, které již procedurou prošly a byly přijaty pro PLDD. Zajistí J. Seifertová. Stále je možnost podat na ČLS JEP naše vlastní návrhy.

■ 12) Přijetí noví členové:

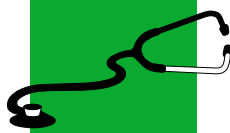
MUDr. Špeníková

MUDr. Holubová

MUDr. Chwajolová

Zapsala: J. Seifertová

Ověřila: H. Cabrnachová



Referenční údaje tělesné výšky a hmotnostně-výškového poměru pro děti od 0 do 24 měsíců

Ing. J. Vignerová, CSc., J. Riedlová, P. Bláha

Státní zdravotní ústav, odd. biostatistiky a informatiky 3. lékařská fakulta UK v Praze,
Ústav anatomie Přírodovědecká fakulta UK v Praze, katedra antropologie a genetiky člověka

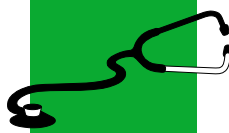
Úvod

Pravidelné sledování hodnot základních tělesných charakteristik dětí i dospívajících patří k hodnocení přiměřeného růstu a vývoje jedince. Přesto, že růstové grafy těchto rozměrů jsou i součástí Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého, stává se, že nepravidelnosti tělesného vývoje nejsou zachyceny včas a příslušná léčba přichází pozdě. Proto autoři referenčních údajů pro českou dětskou populaci předkládají tyto hodnoty opět i touto cestou, a to nejen v podobě grafů, ale i tabulek. Podkladem pro tyto grafy jsou výsledky V. Celostátního antropologického výzkumu dětí a mládeže 1991. Růstové grafy pro věkové skupiny do 18 let a percentilové grafy dalších tělesných charakteristik jsou k dispozici v publikaci „Sledování růstu českých dětí a dospívajících (norma, vyhublost, obezita)“, kterou vydal Státní zdravotní ústav Praha a Univerzita Karlova v Praze v roce 2001, editoři J. Vignerová, P. Bláha, vydáno v rámci grantu IGA MZd ČR 1870–3 a 3979–3. Součástí publikace je rovněž popis využití antropometrických metod při diagnostice a léčbě obezity a některá praktická doporučení dodržování správné výživy, pohybové aktivity a životního stylu dětí a dospívajících.

tab. č. 1a

Tělesná délka (cm), Chlapci 0 – 24 měsíců

Věk (měsíce)	3. percentil	10. percentil	25. percentil	50. percentil	75. percentil	90. percentil	97. percentil
0	46,4	47,6	49,0	50,3	51,7	52,8	54,0
1	48,6	50,3	52,1	53,9	55,9	57,5	59,0
2	51,6	53,4	55,4	57,4	59,6	61,4	63,1
3	54,4	56,4	58,5	60,6	62,7	64,8	66,6
4	57,2	59,3	61,4	63,5	65,5	67,5	69,6
5	59,8	61,8	64,0	66,0	68,0	69,9	72,1
6	62,0	63,9	66,1	68,0	70,0	71,9	74,1
7	64,2	65,9	68,0	69,9	72,0	73,9	75,9
8	65,6	67,2	69,2	71,3	73,4	75,5	77,6
9	66,8	68,4	70,3	72,7	75,0	76,9	78,8
10	67,8	69,7	71,8	73,9	76,0	78,1	80,0
11	69,0	70,7	73,0	75,2	77,0	79,4	81,3
12	70,2	72,0	74,2	76,5	78,4	80,6	82,7
13	71,5	73,4	75,7	77,9	79,8	82,0	84,1
14	72,5	74,5	76,9	79,1	81,0	83,3	85,2
15	73,5	75,6	78,0	80,2	82,2	84,5	86,3
16	74,5	76,6	79,0	81,2	83,3	85,6	87,3
17	75,4	77,6	79,9	82,1	84,3	86,7	88,5
18	76,3	78,5	80,8	83,0	85,4	87,8	89,6
19	77,2	79,4	81,6	84,0	86,3	88,8	90,8
20	78,0	80,3	82,6	85,0	87,3	89,9	92,0
21	78,9	81,2	83,5	86,0	88,4	90,9	93,2
22	79,7	82,1	84,5	87,0	89,4	92,0	94,3
23	80,6	83,0	85,5	88,1	90,4	93,1	95,3
24	81,5	83,9	86,5	89,1	91,5	94,1	96,3



Metodika měření a komentář k percentilovým hodnotám

Tělesná výška

(graf č. 1a, 1b, tabulka č. 1a, 1b)

Metodika měření: U dětí do 24 měsíců se měří vleže. K měření délky těla používáme korýtko nebo na přebalovacím stole upevněný dolní díl pásového měřidla či krejčovské míry. U kojenců je třeba k měření dvou osob – jedna drží dítěti hlavičku tak, aby se temeno dotýkalo svislé plochy u nulového bodu měřidla, osa ramen a osa kyčlí jsou v kolmé poloze k dlouhé ose těla. Druhá osoba drží natažené dolní končetiny dítěte u kotníků a přisune posuvnou kolmou plochu (např. dřevěný blok) k patičkám dítěte a odečte délku na stupnici. Podmínkou správného měření je, aby byly dolní končetiny dítěte nataženy v kolenu, a aby se obě paty dotýkaly

posuvné svislé plochy současně.

Za střední pásmo hodnot tělesné výšky považujeme ty hodnoty, které se nacházejí mezi 25. a 75. percentilem. Toto pásmo zahrnuje hodnoty tělesné výšky 50% jedinců zdravé populace. Širší normu růstu ohraničuje 3. a 97. percentil. Zvýšenou péčí a pozorností je třeba věnovat zejména dětem s tělesnou výškou mimo pásmo širší normy růstu, tj. nad 97. percentilem a zejména pod 3. percentilem.

Při porovnávání tělesné výšky konkrétního dítěte s normou však není možno vycházet pouze z naměřené výšky bez přihlédnutí k dalším důležitým informacím, zejména k tělesné výšce rodičů.

Hmotnostně-výškový poměr

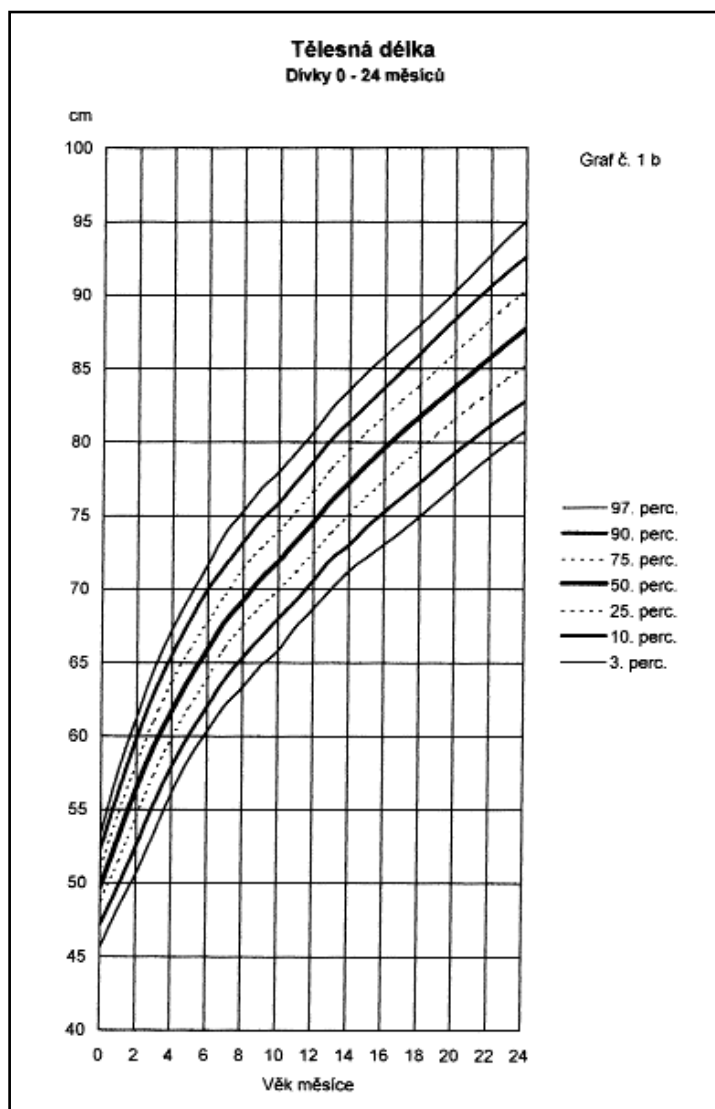
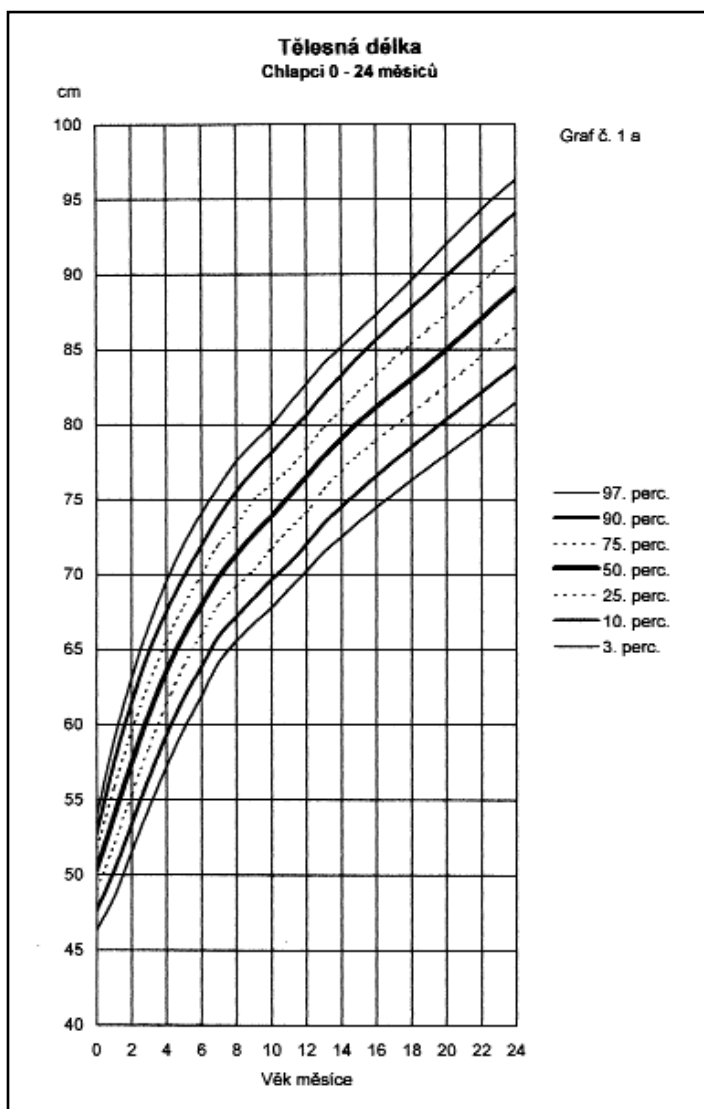
(graf č. 2a, 2b, tabulka č. 2a, 2b)

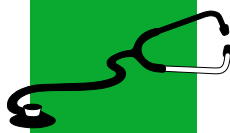
K odečítání hmotnostně-výškového po-

měru v percentilové síti je nutno znát tělesnou výšku a hmotnost dítěte.

Metodika zjišťování tělesné hmotnosti: U dětí do 18 měsíců zjišťujeme hmotnost na kojenecké váze s přesností na 0,1 kg nebo na osobní nášlapné váze, která byla předem vyzkoušena a je položena na pevném rovném podkladu, s přesností na 0,5 kg. Kojenci se váží pouze s plenou, jejíž hmotnost se odečítá (u látkové pleny odečítáme 10 dkg), ostatní ve spodním prádle (cvičebním úboru) vždy bez obuvi.

Pro posouzení hmotnostně-výškového poměru je všeobecně používán Body Mass Index (BMI). U dětí a dospívajících však hodnoty tohoto indexu kolísají v závislosti na věku. Zároveň tento index nevystihuje vždy nejlépe vztah mezi tělesnou výškou a hmotností. Z toho důvodu předkládáme pro děti od na-





VOX PEDIATRIAE

rození do 24 měsíců, resp. do 100 cm tělesné délky, graf hmotnostně-výškového poměru, který hodnotí tento poměr bez ohledu na věk.

Jedinci, jejichž hodnoty hmotnostně-

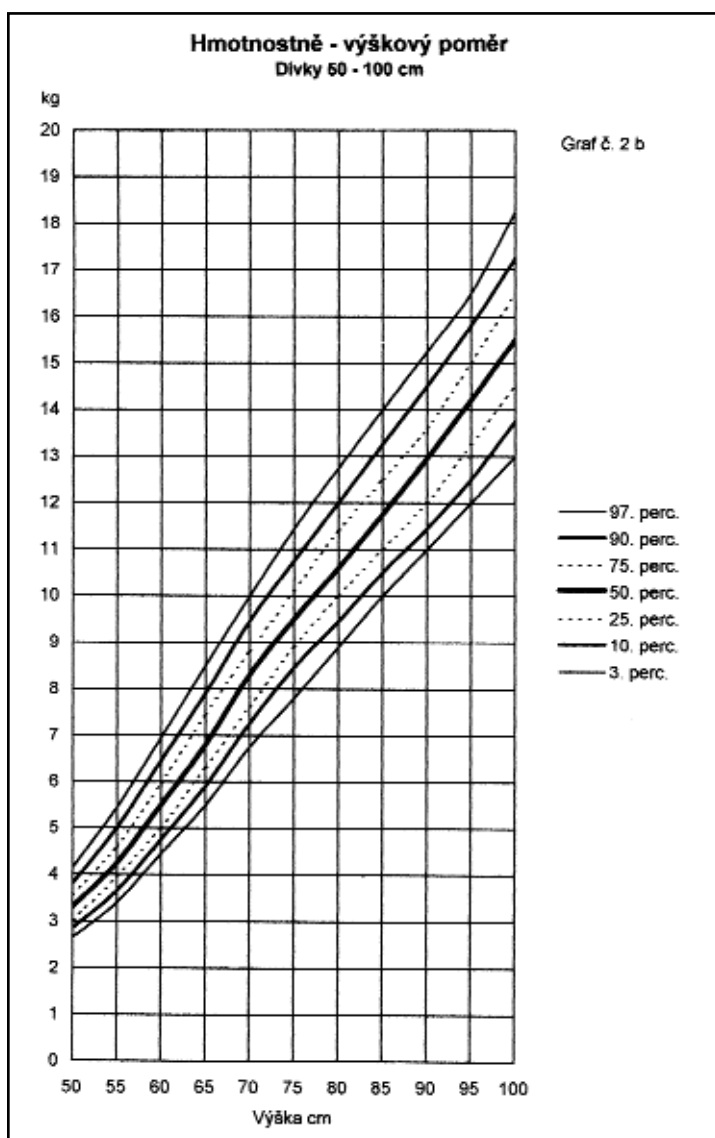
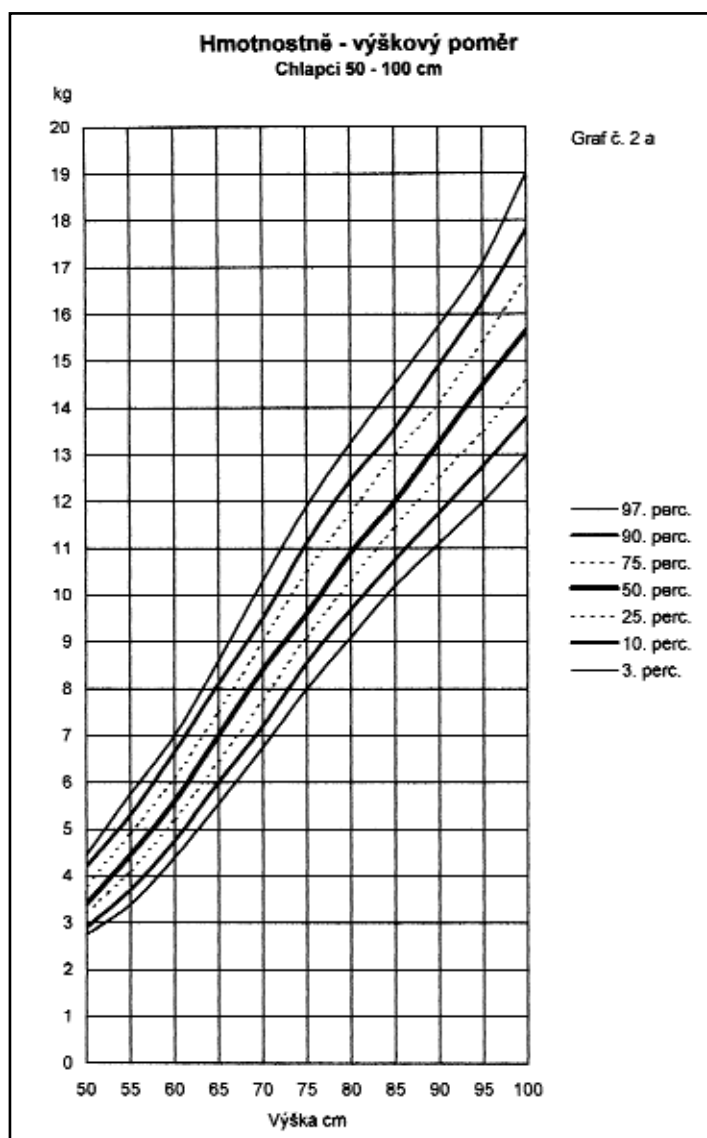
výškového poměru se pohybují v rozmezí 75. – 90. percentilu, jsou jedinci se zvýšenou hmotností. Hodnoty nad 90. percentilem znamenají nadměrnou hmotnost hraničící s obezitou, související většinou s nadměrným

rozvojem tukové složky. Hodnoty nad 97. percentilem znamenají jednoznačně obezitu. Hodnoty pod 25. percentilem znamenají sníženou hmotnost, hodnoty pod 3. percentilem jsou již alarmující a je nutno zjistit příči-

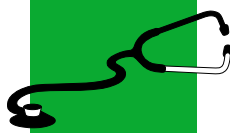
tab. č. 2a

Hmotnostně - výškový poměr (kg/cm), Chlapci 50 - 100 cm

Délka (cm)	3. percentil	10. percentil	25. percentil	50. percentil	75. percentil	90. percentil	97. percentil
50	2,8	2,9	3,2	3,4	3,8	4,2	4,5
55	3,4	3,7	4,1	4,5	4,9	5,3	5,8
60	4,4	4,8	5,2	5,6	6,1	6,7	7,0
65	5,6	6,0	6,5	7,0	7,5	8,1	8,6
70	6,8	7,2	7,8	8,4	9,0	9,5	10,3
75	8,0	8,6	9,1	9,6	10,5	11,1	11,9
80	9,1	9,7	10,3	10,9	11,8	12,5	13,3
85	10,2	10,8	11,5	12,0	13,0	13,6	14,5
90	11,1	11,8	12,5	13,3	14,1	14,9	15,8
95	12,0	12,8	13,5	14,5	15,4	16,3	17,1
100	13,0	13,8	14,6	15,7	16,8	17,8	19,0



inzerce



nu tak nízké hmotnosti.

Tato kritéria neplatí pro děti v kojeném věku, kdy je jejich tělesná hmotnost závislá na způsobu výživy. Hmotnost kojenných dětí bývá nižší než dětí příkrmovaných nebo zcela živých umělou výživou. Nižší hodnoty hmotnosti, resp. hmotnostně-výškového poměru u kojených dětí tak nemohou být jednoznačným signálem pro zavedení příkrmu.

Aktualizované růstové standardy budou k dispozici po zpracování výsledků **6. Celostátního antropologického výzkumu dětí a mládeže 2001.** Tento výzkum probíhá v současné době v rámci grantu Interní grantové agentury MZd ČR (grant č. NJ 6792-3). Touto cestou děkujeme všem pediatrům, kteří se do výzkumu zapojili. Přes naši počáteční skepsi se přihlásilo ke spolupráci více lékařů než jsme očekávali. Díky jim bude skupina předškolních dětí zastoupena podle našich předpokladů tak, abychom nové referenční údaje mohli považovat za dostatečně reprezentativní.

Ještě jednou – děkujeme za Vaši spolupráci.

práci.

Pozn.: Výše citovanou knihu můžete získat bezplatně po písemné objednávce na adrese: Ing. Jana Vignerová, CSc., SZÚ, Šrobárova 48, 100 42, Praha 10

Literatura:

1) Lhotská L., Bláha P., Vignerová J., Roth Z., Prokopec M.: V. Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 1991 (České země). SZÚ, Praha, 1993

2) Vignerová J., Bláha P.: Sledování růstu českých dětí a dospívajících, Norma, vyhublost, obezita. SZÚ, Praha, 2001

tab. č. 1b

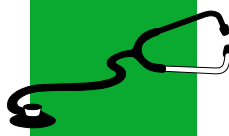
Tělesná délka (cm), Dívky 0 – 24 měsíců

Věk (měsíce)	3. percentil	10. percentil	25. percentil	50. percentil	75. percentil	90. percentil	97. percentil
0	45,7	47,2	48,8	49,7	51,0	52,3	53,4
1	48,3	49,7	51,5	53,1	54,8	56,2	57,8
2	50,6	52,5	54,5	56,4	58,1	59,8	61,3
3	53,3	55,4	57,4	59,3	61,1	62,9	64,6
4	56,1	57,9	59,9	61,7	63,7	65,5	67,3
5	58,5	60,1	62,0	63,9	65,9	67,9	69,6
6	60,4	62,0	64,0	65,9	67,8	70,0	71,7
7	62,1	63,9	66,1	67,8	69,6	71,6	73,9
8	63,3	65,4	67,5	69,2	71,4	73,2	75,3
9	64,8	66,7	68,8	70,7	72,8	74,7	76,9
10	65,8	68,0	69,9	71,9	73,9	75,9	78,0
11	67,4	69,2	71,2	73,3	75,3	77,3	79,3
12	68,7	70,6	72,5	74,6	76,7	78,7	80,7
13	70,0	72,0	73,9	76,0	78,2	80,2	82,3
14	71,2	73,0	75,1	77,3	79,5	81,4	83,6
15	72,2	74,2	76,3	78,5	80,7	82,5	84,8
16	73,0	75,3	77,4	79,6	81,8	83,7	85,9
17	74,0	76,3	78,5	80,7	82,9	84,9	87,0
18	75,0	77,3	79,6	81,8	83,9	86,0	88,0
19	76,0	78,3	80,6	82,8	85,0	87,2	89,1
20	77,0	79,3	81,6	83,8	86,1	88,4	90,3
21	78,1	80,2	82,5	84,8	87,2	89,5	91,5
22	79,0	81,1	83,4	85,8	88,3	90,6	92,8
23	79,9	82,0	84,3	86,8	89,4	91,6	93,9
24	80,8	82,8	85,2	87,7	90,3	92,6	95,0

tab. č. 2b

Hmotnostně - výškový poměr (kg/cm), Dívky 50 - 100 cm

Délka (cm)	3. percentil	10. percentil	25. percentil	50. percentil	75. percentil	90. percentil	97. percentil
50	2,7	2,9	3,0	3,3	3,6	3,8	4,2
55	3,4	3,7	4,0	4,3	4,6	5,0	5,5
60	4,5	4,8	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0
65	5,5	5,9	6,3	6,8	7,5	7,9	8,5
70	6,8	7,3	7,6	8,3	8,8	9,5	10,0
75	7,8	8,5	8,9	9,5	10,1	10,8	11,5
80	8,9	9,5	10,0	10,6	11,4	12,0	12,8
85	10,0	10,5	11,0	11,8	12,5	13,3	14,0
90	11,0	11,5	12,0	13,0	13,6	14,5	15,3
95	12,0	12,5	13,3	14,2	15,0	15,8	16,5
100	13,0	13,8	14,5	15,5	16,5	17,3	18,3



Poruchy růstu v ordinaci praktického pediatra, jejich diagnostika a možnosti léčby

MUDr. Božena Kalvachová, CSc.

Endokrinologický ústav, Praha

Růst a vývoj patří mezi základní vlastnosti živých organismů. V životních etapách lidských jedinců období těmto změnám vymezené přísluší dětství a adolescenci. Růst a vývoj vymezují věk, který pediatrie jako základní lékařský obor v celé šíři pokrývá. Je zcela zřejmé, že dětský lékař prvního kontaktu, který zná dobře rodinné zázemí, zdravotní stav svěřeného dítěte, jeho sociální situaci a životní podmínky, je i klíčovou osobou pro zachycení a posouzení možné odchylky od normy.

Růst lze chápat jako přibývání počtu a velikosti buněk tkání, systémů a nárůst dlouhých kostí. Endokrinní vlivy, působící regulačně na růstovou zónu kostí, epifyzární chrupavku, přibližuje schema č. 1. Jak patrně, v proliferační zóně se uplatňuje především inzulín podobný růstový faktor I (IGF I), jehož tvorba je řízena růstovým hormonem (GH), v zóně diferenciaci a mineralizace dominuje aktivní metabolit vitamínu D v souhrě s hormony štítné žlázy. Ve finále růstu do procesu kalcifikace růstové chrupavky vstupují estrogeny a růstovou štěrbinu uzavírají.

Vývojem rozumíme morfologickou a funkční diferenciaci buněk tkání a systémů, nejen tělesných, ale i soustavy psychické, psychosexuální a psychosociální. Předpokladem normálního růstu a vývoje je správná prosperita celého organismu. Ta představuje souhru velkého spektra faktorů, které vstupují do hry, ať již jde o stavební materiál (výživa), jeho zpracování (metabolické reakce) správně fungujícími orgánovými systémy, o souhru regulačních mechanismů endokrinních i imunitních, které nalezou příjem informace v receptorových úrovních, nebo ať celou kaskádu posvěti přívětivé mikroklima v rodině nebo škole. Velmi podstatnou roli hrají genetické předpoklady, některé autoři je úkolují více než 70% úspěšnosti. Mohli bychom si v zásadě **všechny faktory působící na růst a vývoj rozdělit na geneticky podmíněné a zevními okolnostmi ovlivněné**. V každém případě platí, že růst a vývoj zrcadlí zdraví (nebo onemocnění) jedince a v určitém nadhledu i zdraví populace. Pro přehlednost uvádím graf č.1.

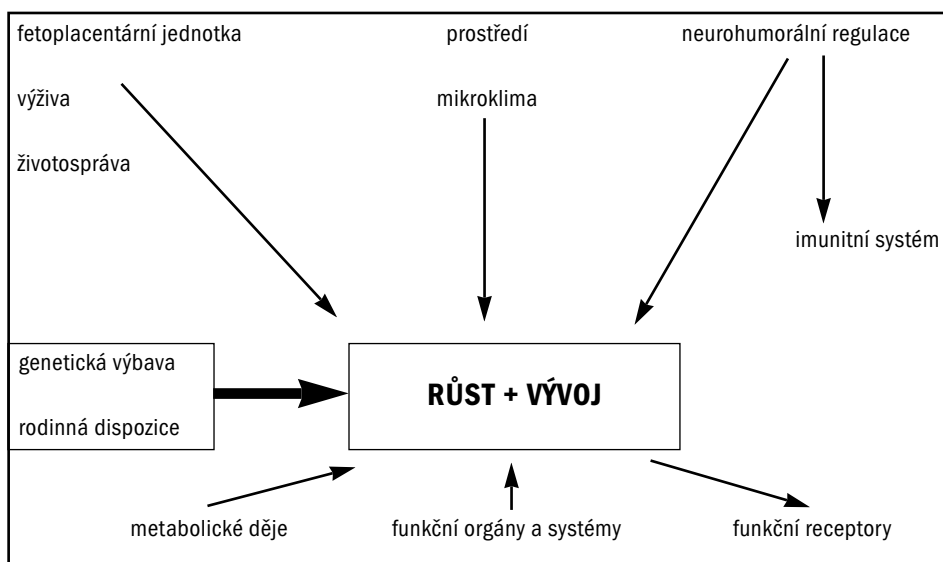
Růst organismu do výšky je základní charakteristikou intrauterinního života, dětství a adolescence a končí uzávěrem epifyzárních štěrbin. In utero, v prvním roce života a v období puberty je růstová rychlost nejmarkantnější. Porodní

délka novorozence, uváděná jako norma, je 49 – 51 cm, kojenec v prvním roce vyroste o 25–28 cm. Růstová rychlost v období dětství činí v průměru 8–5 cm za rok, v období pubertální akcelerace může dosáhnout až 18–20 cm za rok. **Růstová křivka** podléhá obecné zákonitosti, ale může vykazovat značnou individuální pro-

od stávající pozice v grafu s odstupem několika měsíců, ať již ve smyslu plus nebo minus.

Ve velké většině případů měření výšky dítěte a záznam do grafu provádí sestra. I ta by měla sama upozornit na možné naměřené odchylky a případně zacílit pozornost na další měření a jeho hodnocení. Kromě momentální absolut-

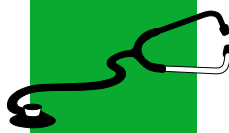
graf. č. 1: Faktory ovlivňující růst a vývoj dítěte



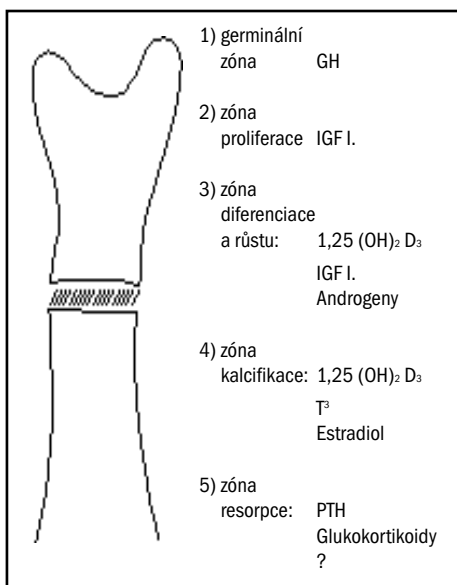
měnlivost, která je dána genetickou výbavou jedince a souhrou výše uvedených faktorů. Nelze zapomínat i na správně zvolený léčebný režim u dětí jinak nemocných.

V klinické praxi vycházíme z normativů pro kalendářní věk a pohlaví. Jde o percentilové grafy, výpočty směrodatných odchylek a grafy růstové rychlosti. **V Záznamu o zdraví a nemocích každého dítěte je graf o růstu a ten je třeba pravidelně vyplňovat.** Tak lze jednoduše uvést růstový potenciál a jeho naplnění u svěřeného dítěte do grafické podoby a dále jej sledovat. Růstová křivka signalizuje možné odchylky

ní hodnoty tělesné výšky je pro posouzení růstu daného dítěte velmi důležitá znalost růstové rychlosti, která vnáší do hodnocení i aspekt dynamický. Pro tento účel jsou k dispozici **grafy růstových rychlostí**. Jsou považované za důležitější pro klinickou praxi, ve skutečnosti jsou ale daleko méně využívány. Dětský lékař, který má v ordinaci počítač s instalovaným CD přehrávačem, může s výhodou využít Kompendia pediatrické auxologie autorů Krásničanové a Lesného. Tento CD – Rom vydalo nakladatelství Galén s podporou Novo-Nordisk. Pro ty, které CD instalaci nemají je toto kompendium



schema. č. 1:
Endokrinní vlivy na fnkce růstové chrupavky



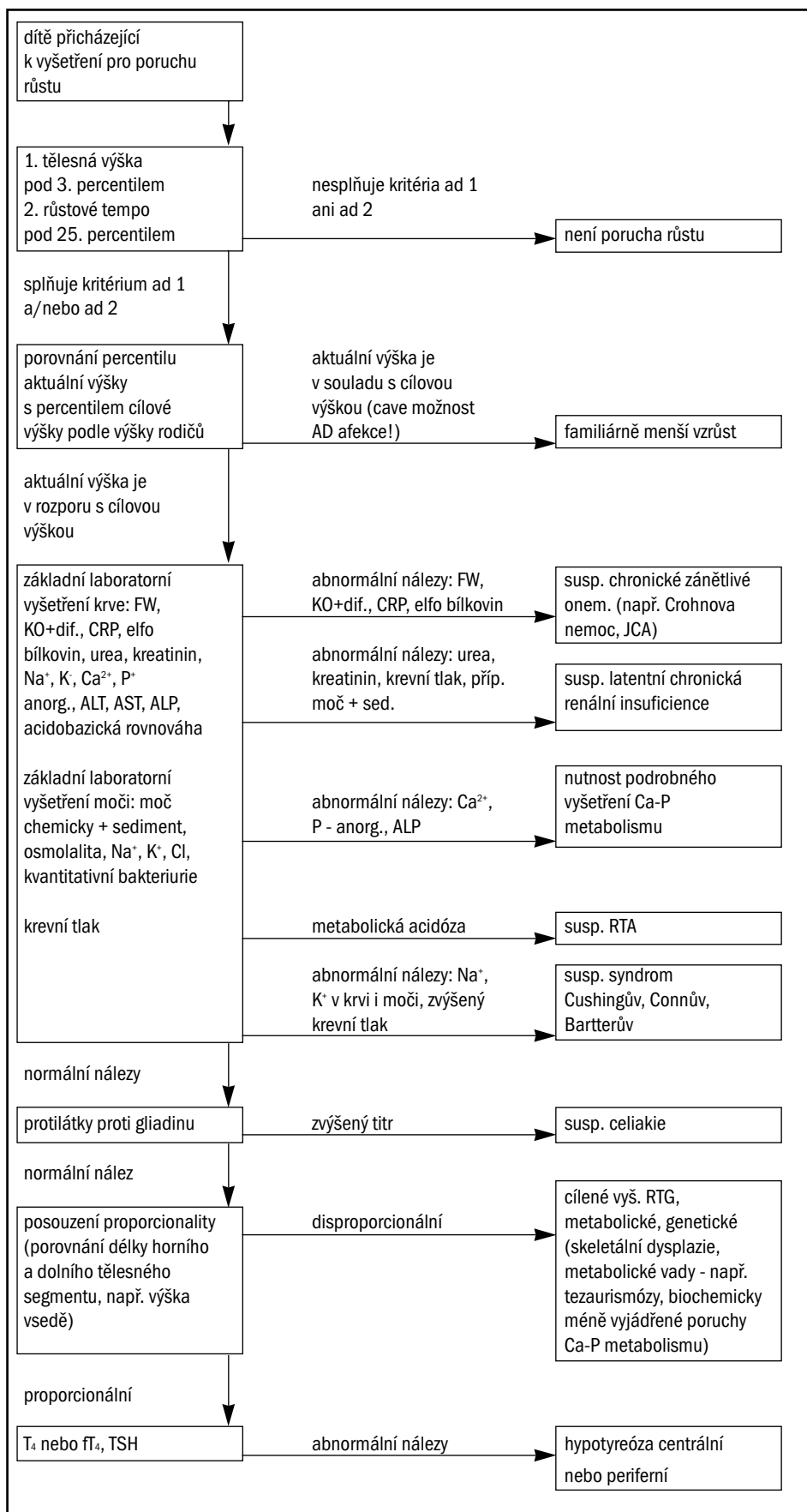
dosažitelné v letošním sedmém čísle České a slovenské pediatrie.

Při mapování pozice daného dítěte v růstových grafech, především v případech mimo normální rozmezí nebo překvapující změně, je třeba vzít v úvahu možnou **diskrepanci v hodnocení věku kalendářního a skutečně biologického**. Protože ne vždy jsou tyto „věky“ v souladu a my normy vztahujeme v případě pochybností vždy k věku biologickému. Ten se může lišit o řadu měsíců vzhledem ke skutečnému chronologickému stáří dítěte. Biologický věk hodnotíme orientačně empiricky podloženým komplexním pohledem na dítě jako celek, anamnesticky korigovaným posouzením jeho psychosociální vyspělosti, nej přesněji erudovaným rentgenologickým hodnocením kostního zrání. Tady narážíme poměrně často na nepochopení rentgenologů, kteří na karpogramu hledají traumatické změny či jinou patologii. Mnohdy nemají k dispozici příslušné kostní vývojové atlasy. Proto je nanejvýš doporučením vhodné navázat spojení s rtg pracovištěm, které je schopno zodpovědně kostní zrání posuzovat.

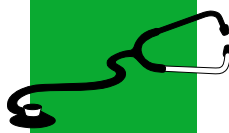
Čili to nejzákladnější – změření aktuální výšky, zanesení do růstových grafů a posouzení, případně ověření biologického stáří dítěte – zůstává jednoznačně v kompetenci praktického dětského lékaře.

V okamžiku zásadního rozhodování, zda postoupit dané dítě dalším diagnostickým procedurám či nikoliv, nám hodně pomůže **zmapování rodinné situace**. Především výška rodičů, sourozenců a prarodičů a v pubertálním období rychlost i jejich nástupu sekundárních pohlavních znaků. Tím lze klasifikovat daného pacienta do skupiny pravděpodobně pozdně či časné

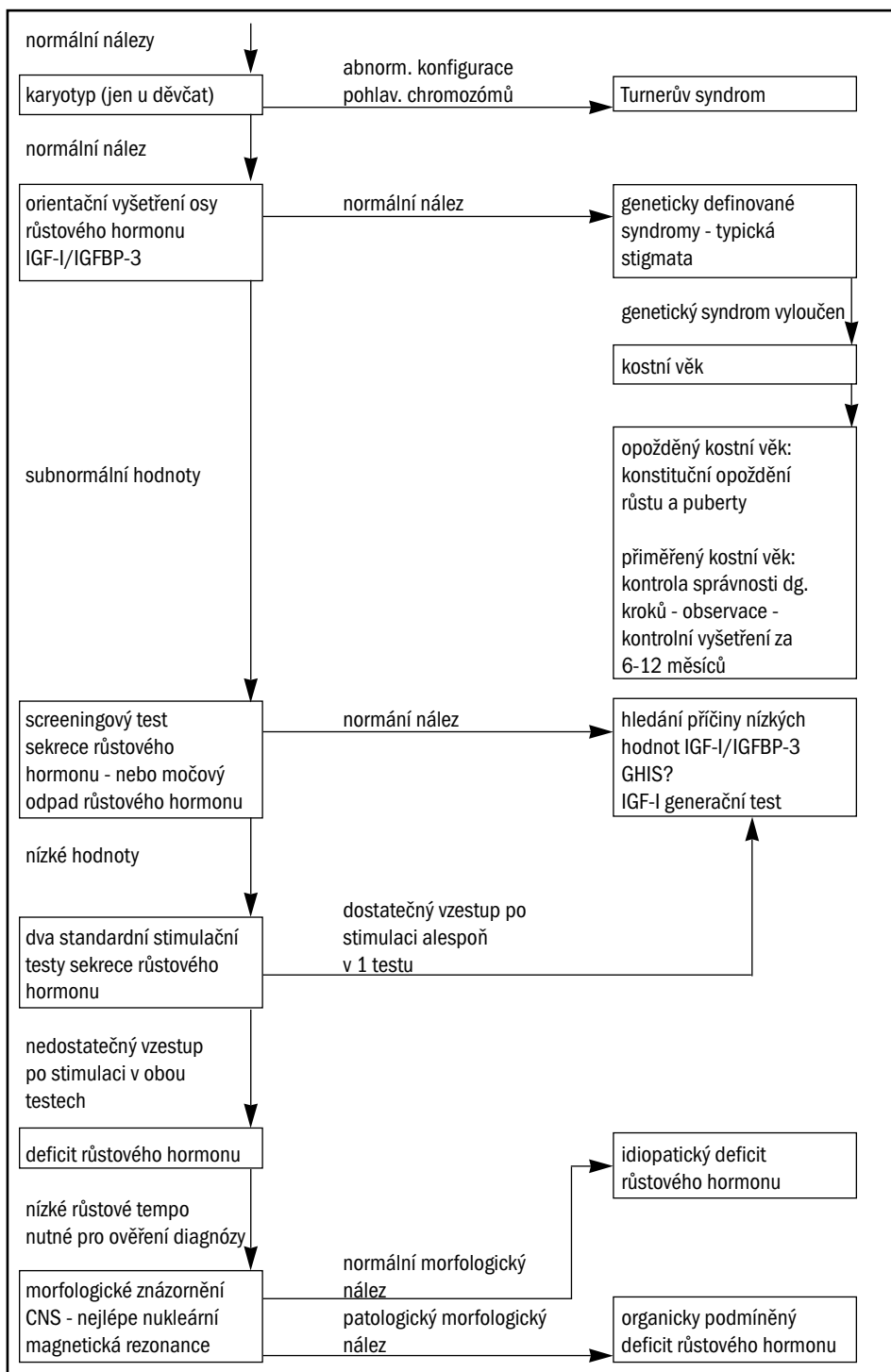
schema. č. 2:
Racionální diagnostický postup u dítěte s růstovou retardací v ordinaci PL
(převzato z: Lebl J., Krásničanová, H.: Růst dětí a jeho poruchy, Galen, 1996)



inzerce



schema. č. 3:
Racionální dg. postup u dítěte s růstovou retardací na vyšších etážích
(převzato z: Lebl J., Krásničanová, H.: Růst dětí a jeho poruchy, Galén, 1996)



nastupující puberty nebo familiárně podmíněného růstového zpoždění či urychlení.

Výpočet pravděpodobné definitivní výšky daného dítěte vychází z orientačního propočtu: u dívek výška otce minus 13 cm + výška matky = uprostřed, u chlapců výška matky plus 13 cm + výška otce = uprostřed orientačně stanoví možnou finální výšku dítěte danou genetickými vlohami. Jestliže se momentální růstové pásmo

nachází mimo tento arbitrážní předpoklad, je na místě další detailnější vyšetření.

Dalším aspektem, který vstupuje do zcela základní úvahy o možné poruše růstu u daného pacienta je skutečnost, zda nejde souběžně o **onemocnění** postihující základní životně důležité systémy a zda není ve hře **medikace**, která může ovlivnit růstové předpoklady daného dítěte. V tomto smyslu nejčastější jsou **korti-**

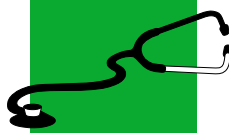
koidy. V podobě inhalační, perorální či parenterální narušují na několika úrovních růstovou osu dítěte a přispívají tak zcela podstatně ke zpomalení či dokonce zástavě růstu. Závisí to pochopitelně na způsobu podání, výši dávky a doby léčebné expozice. Pozitivní je skutečnost, že zpomalení růstové rychlosti u těchto dětí je plně reverzibilní a že změna typu a dávkování kortikoidů, je-li možná, navodí tzv. catch-up growth, čili dítě je schopné dohonit v růstu svou predikční perspektivu, v některých případech alespoň částečně. V souvislosti určitého „zablokování růstu a vývoje“ si připomeňme také **závažná systémová onemocnění či stavy život ohrožující**, protože v těchto situacích přeladí řídicí systémy metabolické a další děje na úsporný režim a úkony typu růst a vývoj, jako pro přežití méně důležité, se zpomalí či zastaví.

Shrňme-li dosud uvedené, pak praktický dětský lékař zodpovídá za přesné a pravidelné měření tělesné výšky a její posouzení u fyziologicky se vyvíjejícího dítěte 1x ročně, u dětí problematických 1x za 3–6 měsíců. U podezření z možné poruchy se postará o stanovení biologického stáří a o základní laboratorní a klinická vyšetření s cílem vyloučit některá z možných systémových onemocnění.

Racionální diagnostické postupy u dětí s poruchami růstu

Krokový algoritmus postupů u dětí s růstovou retardací, schema č. 2 a 3, si dovoluji s laskavým svolením autorů a vydavatele převzít z publikace Lebl J., Krásničanová, H.: Růst dětí a jeho poruchy, Galén, 1996. V oblasti genetické přibyla skupina genově podmíněných poruch tvorby růstového hormonu, která je detekovatelná pouze ve vysoce specializovaných genetických laboratořích zatím jen mimo naše území. Molekulární genetické vyšetření je schopné odlišit i poruchy morfogeneze a funkční diferenciace buněk předního laloku hypofýzy.

V praxi se můžeme, i když méně často, setkat i s dětmi rychleji rostoucími, případě s růstem nadměrným. Je třeba vyloučit syndromy geneticky podmíněné – Marfanův, Klinefelterův, Sotosův, Beckwith-Wiedemannův, metabolicky podmíněné, např. homocystinurii a endokrinně podmíněné – předčasnou pubertu, syndrom vrozené adrenální hyperplazie nebo jinou vzácnější příčinu předčasné pseudopuberty, také velice vzácný pituitární gigantismus, podmíněný izolovanou nadprodukcí růstového hormonu. Někdy je nediagnostikovaný hypertyroidismus také možnou příčinou růstového



urychlení. Většinou se ale v praxi bude jednat o familiární velký vzrůst nebo konstituční urychlení růstu a pubertálního zrání. Diagnostiku v přehledu poskytuje schema č. 4.

Jestliže praktický dětský lékař dospěje k závěru, že je třeba odeslat dítě s poruchou růstu do specializovaných ordinací, je **nutné přiložit graf růstové rychlosti** (optimálně), nebo alespoň údaje o naměřených výškách ve sledovaných časech. V těchto případech prosíme **výšku v cm /v rocích a měsících stáří dítěte**, nikoliv v datech návštěvy dítěte v ordinaci, protože složité přepočítávání kolik roků a měsíců tehdy dítěti bylo, velmi zdržuje. Dále jsou velmi důležité údaje o perinatálních okolnostech a porodní délka + hmotnost dítěte. Je až s podivem, jak málo rodičů s sebou do odborné ordinace přinese Záznam o zdraví a nemocích dítěte, ale i jak málo jich je schopných si tyto údaje vybat. Proto za všechny endokrinology prosím posílejte sumární zprávu, ve které stručně zhodnotíte výsledky výše uváděných algoritmů, nikoliv, jak se také stává, celou dokumentaci dítěte. Při nejlepší vůli není čas ji prostudovat.

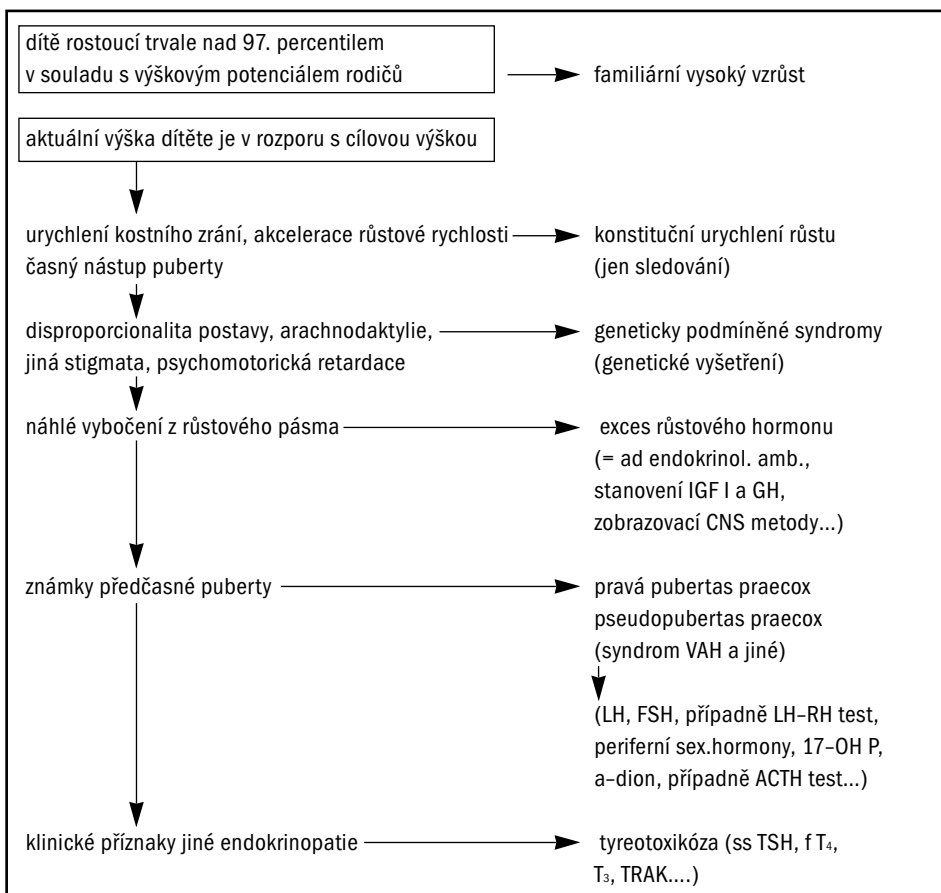
Ve sporných případech je lépe odeslat dítě do specializované ordinace dříve, než je ujišťovat, že v pubertě se vše samo vyřeší.

■ Jaké jsou léčebné možnosti u poruch růstu?

U těch poruch, které odrážejí pouze konstituční situace, zaujímáme vyčkávací stanovisko, které ale v praxi znamená častější kontroly. Tam, kde se jedná o systémové onemocnění, snažíme se léčbou jeho příčiny znovu navodit předpoklady normálně naprogramovaného růstu, i když, jak již bylo uvedeno, naše snaha nemusí dopadnout optimálně. V kompetenci dětského endokrinologa jsou možnosti substituce tyroidálními hormony nebo naopak podání tyreostatik v případech spojených s narušením tyroidální osy, dále léčba substitučně-supresivní u stavů porušené steroidogeneze pacientů se syndromem vrozené adrenální hyperplazie. Používáme především hydrokortizon s nejvyšší večerní dávkou, ve většině případů také fludrokortizon. U předčasné puberty jsou k dispozici analogy gonadoliberinů, u nedostatečné produkce somatotropního hormonu rekombinantní přípravky růstového hormonu. Ostatní situace lze řešit v úzké spolupráci s odborníky dalších oborů, od dietních opatření až po operativně – invazivní metody.

Zvláštní kategorii v tomto multioborovém přístupu představují **dívky s Turnerovým syndromem**. Zde považuji za nutné zmínit jak aspekt diagnostický, tak moderní léčebný. Ze zkušeností víme, že velké procento dívek

schema. č. 4:
Diagnostické postupy u dětí s nadměrným vzrůstem



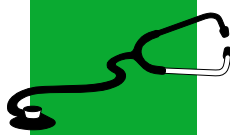
s Turnerovým syndromem nejvíce žádné nápadné fenotypické znaky, ale že klasickou manifestací je právě porucha růstu. U hůře rostoucích dívek, jestliže byla diagnostikována vrozená vývojová vada srdce nebo uropoetického aparátu, nebo dívka opakovaně přichází se zánětem středního ucha, o lymfédémech nemluvě, by mělo být provedeno genetické vyšetření karyotypu. To proto, že nyní máme pro tyto pacientky léčebné možnosti v podobě jednak růstového hormonu, jednak v sofistikované substituci sexuálními hormony. Obojí mohou významně příznivě ovlivnit jak definitivní tělesnou výšku, tak reprodukční potenciál těchto pacientek. Takže apel na včasnou diagnózu má i zřetelný léčebný benefit.

Dále bych zmínila skupinu **chlapců s konstitučně opožděnou pubertou a tím pádem i pubertálním zpomalením růstu**. V některých případech tito chlapci jednoznačně profitují z krátkodobé – rozumí se několikaměsíční – léčebné výpomoci buď stimulačním podáním přípravků choriového gonadotropinu nebo eventuálně minisubstitucí přípravky testosteronu. Souhra sexuálními hormony s osou růstového hormonu v období puberty je totiž velmi žádoucí a pro růstovou akceleraci nezbytná.

U vybraných dětí s **nadměrnou růstovou rychlostí**, provázenou vadným držetím páteře až skoliozou, kde predikční výška dosahuje opravdu nadměrných hodnot, je možné přistoupit po důkladné rozvaze i k hormonální blokádě růstu.

V závěru lze konstatovat skutečnost, že **léčebná intervence je omezena pouze pro část dětí s poruchou růstu** a že v těchto případech hraje významnou roli mezioborová spolupráce. Praktický dětský lékař má nezastupitelnou roli primodiagnostickou. Následně ovšem přebírá roli koordinátora a důležitého spolupracovníka z hlediska jak srozumitelného informování rodiny a příbuzných o diagnostických a léčebných postupech dalších angažovaných odborníků, tak z hlediska přímé aktivní a partnerské spolupráce se samotným pacientem. V případech, kdy léčebná intervence postrádá smysl, pak přebírá roli psychoterapeuta a pomáhá danému dítěti a jeho rodině přijmout výškovou pozici v aspektu celkového smysluplného začlenění a životního uplatnění být na okrajích normálního pásma výškových norem společnosti.

Literatura u autora



Růst a vývoj a jeho poruchy z pohledu genetika

MUDr. Miloslav Kuklík, CSc.

Ordinace lékařské genetiky a pediatrie, Praha 3

Růst a vývoj jsou jedním, ale ne jediným ze základních projevů života a živé hmoty. Krásným příměrem to vyjádřil filosof J. W. Goethe: „Nerosty rostou, rostliny rostou a žijí, živočichové rostou, žijí a cítí.“

Každý organismus prodělává svůj individuální vývoj, který v průběhu střídání generací lze schematicky rozdělit na tzv. životní cykly. Z biologického a genetického hlediska lze rozdělit vývoj a růst na fázi diploidní s dvěma sadami chromozomů (každá z nich otcovského a mateřského původu) a na fázi haploidní – na fázi pohlavních buněk.

U vyšších organismů, tedy i u člověka, je haploidní fáze z hlediska časového maximálně redukována a omezena. Týká se to vlastně pohlavních buněk, vajíčka a spermie, které po splnutí vytvářejí zygotu.

Splynutím haploidních buněk začíná individuální vývoj každého nového jedince (ontogeneze). Tento individuální vývoj může být narušen různými způsoby – tzv. dysontogeneze.

Počáteční vývojová stadia mohou za určitých okolností vyústit ve vznik vrozených vývojových vad (ne všechny vývojové vady jsou však vrozené).

Mechanismy, kterými se tento vývoj odehrává, byl staršími embryology označován výstižným termínem „**vývojová mechanika**“. V současné době se zabývá genetika otázkou tzv. homeotických genů, které určují, jaká část organismu se ocitne ve správný čas na správném místě. Právě v poruše homeotických genů můžeme shledávat příčinu mnohých poruch jako jsou například končetinové vady.

Růstem a vývojem se zabývá tzv. biometrika. Zakladatelem biometricky je Francis Galton, bratranec Charlese Darwina. Dodnes působí v Londýně tzv. Galtonův ústav.

Biometrika se uplatňuje m.j. v tzv. prenatalní diagnostice ultrasonografické. Měření jednotlivých parametrů dává jen částečný, orientační obraz o průběhu a dynamice růstu a vývoje embrya a plodu. Zpočátku je to měření tzv. CRL parametru – crown – rump length u vyvíjejícího se embrya, tj. měření délky od švu koronárního hlavového konce po distální (kaudální část) v mm v době embryonálního vývoje.

Opoždění růstu a vývoje je nejčastějším, nejčastějším a nespecifickým příznakem poruchy

vývoje nového jedince.

Poruchy vývoje a růstu mohou být proporcionální a dysproporcionální. Porucha růstu a opoždění vzhledem k délce těhotenství bývá označována jako IUGR (intrauterine growth retardation). Bývá jedním z projevů např. chromozomálních aberací, zejména delečních syndromů, ale i trisomických syndromů. Výraznější změny nacházíme u monosomických a delečních syndromů než u trisomií, ale neplatí to absolutně.

Opoždění růstu (délových rozměrů) a hmotnosti je součástí poruch tzv. **kanalizace** vývoje, což je výraz ražený americkým genetikem Shapirem. Chromozomální aberace se týkají až několika set genů, přežití jedince do postnatálního období závisí tak říkajíc na důležitosti těchto genů pro další přežití. Proto tak velké množství chromozomálních aberací končí úplnou intrauterinní zástavou vývoje a tzv. zamklým abortem. V případě vícečetných těhotenství např. dvojčecích se setkáváme se syndromem tzv. mizejícího dvojčete. Je tomu tak u úplných monosomií s jedinou výjimkou monosomie 45,X – Turnerova syndromu, ale i u trisomií některých chromozomů.

Intrauterinní růst si nelze představit jenom jako rychlý sled buněčných generací rozrůstající se

nekrotických procesů. Právě poruchy v této oblasti mohou být příčinou kvalitativních poruch vývoje.

Pozoruhodný je též vztah ontogeneze a onkogeneze. Obecně je pozoruhodné, jak málo nádorů se vyskytuje v časných obdobích ontogeneze. V tomto životním období nemají nádorové buňky prostě šanci se uplatnit k dalšímu růstu, proliferace ostatních somatických buněk jim to prostě „nedovolí“.

Pozoruhodný je též vliv probíhajícího nádorového onemocnění u těhotné ženy na vývoj plodu. Opakovaně jsme kazuisticky zaznamenali vliv probíhajícího nádorového onemocnění matky na vývoj potomka (jak v oblasti vrozených končetinových vad, tak i v oblasti psychického, mentálního postižení), zřejmě se zde jedná o vztahy endokrinního charakteru. Příkladem je nerozpoznaný Ca plic u matky dítěte, které se narodilo s oboustrannou preaxiální polydaktylií nebo mentální retardací se schizofrenií u matky, která byla léčena v těhotenství pro Ca kolon. V dospělosti je pak pozoruhodný růst některých nádorů jako špatně načasovaná rekapitulace ontogeneze (onkogeneze rekapituluje ontogenezi). To se využívá i v diagnostice (např. karcinoembryonální antigen jako marker nádorového růstu, alfa1 fe-

tab. č. 1

Průměrná porodní hmotnost u chromozomálních a mendelovských syndromů jako indikátor vývojové poruchy

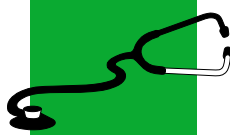
Parciální trisomie dlouhého raménka chromozomu č. 3:	2800 g
Wolfův – Hirshhornův syndrom delece 4 p –:	2000 g
Parciální trisomie dlouhého raménka chromozomu 10:	1600 – 1900 g
Trisomie 13:	2500 g
Delece dlouhého raménka 18 chromozomu – 18 q –:	3000 g
Trisomie 18:	2300 g
Triploidie:	1900 g u mužů 1500 g u žen
Smithův – Lemliův – Opitzův syndrom:	2500 g
Achondroplázie:	3500 g u mužů 3150 g u žen
Akrodysostóza:	1800 g až 3000 g

geometrickou řadou. Stejně tak důležitý je přesun buněčných mas dávajících vznik jednotlivým orgánům, ale i geneticky naprogramovaná buněčná smrt, tzv. apoptóza, liší se výrazně od běžných

toprotein a další).

Vraťme se ale k problematice biometricky plodu: růst a vývoj plodu je monitorován sonograficky, tak např. BPD – biparietální diameter, délka

inzerce



humeru, femuru a tibie, rozměry hrudníku a břicha. Sledování biparietálního rozměru může mít význam při sledování stavu spojeného se zvětšením nebo zmenšením lbi (makrocefalie v rámci syndromů, mikrocefalie prostá či v rámci syndromů, hydrocefalie u různých stavů apod.). Délka humeru může ukazovat opoždění u rhizomelických typů kostních dysplázií, ale zpravidla až ke konci těhotenství. Uplné chybění skeletu končetin či určité končetiny zpravidla nečiní potíže, ale mírnější hypoplázie mohou být přehlédnuty. Za obzvláště důležité považujeme sledování délky femuru, ne-

vyžadující znehybnění plodu narkózou u matky. Podařilo se nám takto upřesnit ultrasonografický nález femuru ve tvaru pastýřské hole v těhotenství, kde se jednalo v.s. o těžkou s životem neslučitelnou formu osteogenesis imperfecta, kdy prvním projevem byla zlomenina femuru ještě v období intrauterinního života na konci 2. trimestru, kdy ještě bylo možno dle zákona indukovat přerušení těhotenství pomocí prostaglandinů. Magnetická rezonance tak může neinvazivně doplňovat suspektní poruchy růstu a vývoje zjištěné ultrasonografií plodu.

Další možnost pozorování růstu a vývoje plodu přímo pomocí endoskopické vláknité optiky je velmi omezená. Jedná se o tzv. fetoskopické pozorování plodu, kdy sledováním pomocí intrauterinně zavedené vláknité optiky je možno pozorovat pohledem jakoby do klíčové díry růst a vývoj plodu. Ve srovnání se sonografií, která je pohledem do mlhy a závisí na zkušenosti, připravenosti a únavě pozorovatele, má tato metoda své limity a omezení též (zkalení plodové vody při krvácení může být příkladem). Již z těchto srovnání pohledu do mlhy a klíčovou dírkou nám vyplývají omezené možnosti těchto pozorování.

Proč hovoříme o těchto metodách v souvislosti s růstem a vývojem? Je to proto, že nejen zvládnutí techniky sledování růstu plodu pomocí těchto metod, ale především znalost dynamiky růstu organismu embrya a později plodu může být předpokladem úspěšné diagnózy. Úskalí tohoto druhu pozorování je velmi dobře známo u tzv. kostních dysplázií systémového charakteru, kdy se dysproporcionální růst začíná zvyrazňovat a projevovat od určitého období těhotenství. Proto nelze zachytit mnoho fenotypů kostních dysplázií v 1. trimestru, některé však v 2. trimestru, existuje-li připravená mysl (vidíme jen to, co známe). To platí i pro pozorovatele, který sleduje příslušné růstové parametry.

Jen ojediněle se v této souvislosti daří diagnostikovat např. růstovou poruchu – achondroplázii v 2. a 3. trimestru, kdy se projevuje dysproporce velikosti hlavy a trupu, rhizomelické zkrácení končetin a celková retardace růstu.

V růstu nemusí být nápadnost v prenatálním období ani u velmi výrazných fenotypů projevujících se až v postnatálním životě. Porucha růstu je totiž ontogeneticky načasována. V postnatálním vývoji se totiž uplatňují i vlivy biomechanické – deformace a torze skeletu, podmíněné materiálovými vlastnostmi skeletu samotného. U určitých typů kostních dysplázií se může jednat o určitý typ poruchy kolagenu. Různé typy kolagenů jsou anatomicky přesně lokalizovány v určitých místech dlouhých kostí a jejich poruchy mohou podmiňo-

vat specifický typ poruch a deformací při zatěžování. Některé fenotypy kostních dysplázií jsou ještě nenápadné při narození a mohou se postupně rozvinout v těžké poruchy růstu s deformitami, jako jsou např. některé metafyzární a spondylometafyzární dysplázie.

■ Problematika poruch postnatálního růstu

Je relativně samostatnou kapitolou a navazuje na předchozí téma. Je též m.j. náplní auxologie, nauky o růstu. V celém komplexu poruch vývoje platí obecné pravidlo že pouze hormonálně podmíněné poruchy růstu jsou proporcionálního charakteru, zatímco genetické, syndromologické poruchy se týkají především poruch proporcí, dysproporčních poruch růstu. Toto pravidlo neplatí absolutně, existují totiž geneticky podmíněné stavy spojené s endokrinní poruchou.

Nenahraditelnou úlohu v sledování těchto stavů mají antropometrická měření jako je kefalometrie, celková antropometrie, sledování dermatoglyfických a geometrických vzorů dlaní a plosek nohou.

U různých poruch se sníženou tělesnou výškou jsou důležité tzv. predikce tělesné výšky vycházející z opakovaných měření probanda, popř. jeho rodičů. I při výskytu určité dědičné poruchy růstu mendelovského charakteru je růst ovlivňován ještě dalšími geny (byť malého účinku při aditivním modelu polygenní – polyfaktoriální dědičnosti).

Přehled poruch dysproporcionálního růstu znamená velký počet kostních dysplázií s nižší tělesnou výškou v dospělosti. Klasifikační schema kostních dysplázií s poruchou tělesné výšky přihlíží m.j. k proporcionalitě poruch růstu a vychází od rhizomelických dysplázií typu tzv. dwarfismů (dle starší nomenklatury) k mesomelickým typům (s poruchou růstu především středních segmentů končetin) a k převážně akralním typům postižení (např. tzv. akrodysostózy).

U tzv. epifyzárních dysplázií je nejvíce ze všech kostních dysplázií patrné poškození epifyzárních růstových plotének, které obecně však nemusí být jen vrozeného charakteru, ale může být způsobeno osteomyelitidou v dětském věku (novorozeneckém, kojeneckém, ale i později).

Fenotyp podobný achondroplázii byl například „získán“, když byly prováděny nelidské „pokusy“ lékařem Mengelem v koncentračních táborech, kdy u dvojčat byla u jednoho z nich poškozena růstová ploténka a porušen tak růst příslušných kostí do délky.

Poškození růstových plotének může být a je využíváno k léčebné zástavě růstu – epifyzeodéze u asymetrických poruch růstu. Využívá se to u tzv.

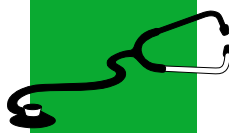
tab. č. 2

Průměrná výška v dospělosti jako indikátor vývojové poruchy u chromozomálních a mendelovských syndromů

Trisomie 21:	155 cm u mužů 145 cm u žen
Turnerův syndrom 45,X:	144 cm
Achondroplázie:	130 cm u mužů 123 cm u žen
Kleidokraniální dysplázie:	156 cm u mužů 144 cm u žen
Diastrofická dysplázie:	112 cm
Dyschondroosteóza:	137 až 152 cm
Hajdu – Cheney syndrom:	157 cm
Hypochondroplázie:	130– 145 cm
Kniestova dysplázie:	105 –145 cm

boť kyčelní kloub a femur jsou obzvláště častým místem syndromologického skeletálního postižení (locus minoris resistentiae), např. fokální femorální deficiencie, syndrom femur fibula ulna a syndrom femur tibia radius. Neuplně vyvinuté formy těchto nenáhodných asociací postižení skeletu mohou být typické právě postižením růstu femuru a fibuly s minimální zbytkovou symptomatologií postižení ulny (FF-U) nebo postižením femuru a tibie s minimální zbytkovou symptomatologií postižení radia (FT-R).

Obecně však platí, že tyto biometrické ukazatele mají každý sám jen omezený význam a v diagnostice je nutno znát jejich souhrn a dynamiku vývoje (rozdíl velikosti v jednotlivých parametrech o 1 týden či dva nemusí mít ještě diagnostický význam). K posouzení růstu a vývoje se používají ještě další zobrazovací techniky, jako nukleární magnetická rezonance, která umožňuje zobrazení i vnitřních orgánů – podobně jako kresby australských domorodců – původních obyvatel Austrálie – Aborigines, kteří znázorňují zvířata jakoby průhledně i s vnitřními orgány. Problematická je ovšem finanční náročnost tohoto vyšetření –



hemimelických kostních dysplázií k vyrovnaní stejné délky dolních končetin.

Dalším postupem jsou prodlužující operace u osob s poruchou růstu využívající tzv. kompresně distrakční metody. Toto se využívá m.j. i u poúrazových stavů zkrácení končetin např. u mnohočetných zlomenin po autonehodách.

Prodlužující operace se provádí především na dolních končetinách, ale i na horních (méně často). Kompresně distrakční metodou se prodlužuje jak horní segment, tak dolní segment. Horním segmentem se míní jak femur, tak humerus, dolním segmentem tibie, popř. kosti předloktí – radius a ulna. Při těchto prodlužujících operacích probíhá postupná dilatace rychlostí 1 mm za den a musí být m.j. respektovány otázky tělesné proporcionality. Je nutno přísně vážit indikace a kontraindikace metody.

Závěrem je třeba připomenout, že poruchy růstu mohou být způsobeny i zevními vlivy prenatálními i postnatálními, zdravotním stavem matky v těhotenství, příjmem léků, atd.

Je známo, že děti matek, které se v rámci prekoncepční a prenatální péče účastnily určitých režimových opatření, mají vyšší porodní hmotnost, a naopak děti matek astmatiček, epileptiček a alkoholiček mají vývoj opožděný a častější výskyt vrozených vývojových vad. Příznivý podíl Acidum folicum na stimulaci proteosyntézy a tím na růst a vývoj plodu je nesporný.

Je nutno se zmínit alespoň na okraj o vlivu mnohočetných těhotenství na vývoj a růst plodu. **Mnohočetná** těhotenství představují vždy riziko pro zdárný vývoj plodu. V rodokmenech bývá výskyt dvojčat považován za nespecifický rizikový faktor. Mnohočetná těhotenství nacházíme mnohem častěji tam, kde jsou děti s dětskou mozkovou obrnou, chromozomálními aberacemi apod. Platí to i naopak, v rodokmenech takto postižených dětí při anamnestickém rozboru se častěji dopátráme výskytu vícečetných těhotenství. V této souvislosti je problematická fertilizace in vitro vedoucí k oplození většího množství vajíček a jejich implantaci a také k mnohočetným těhotenstvím.

Referát si neklade nárok na úplnost, je psán ze zorného úhlu genetického poradenství především kostních dysplázií a geneticky podmíněných syndromů a ukazuje spíše na metodologický přístup než na výčet nosologických jednotek.

Literatura u autora

Co se může skrývat za růstovou poruchou dítěte?

MUDr. Renata Pomahačová

Dětská klinika FN a LFUK, Plzeň

Kazuistika č. 1

Do 5,5 let věku Veronika vážněji nestonala. Od 5,5 let věku trpěla občasnými bolestmi hlavy a zvracením. Blíže pro tyto potíže v té době vyšetřena nebyla. Teprve v 6,5 letech při rozvoji strabismu s ptózou levého víčka a neurologické symptomatologie s centrální levostrannou hemiparézou bylo neurologem akutně indikováno grafické vyšetření mozku počítačovou tomografií s potvrzením expanzivního procesu v CNS. Jednalo se o **rozsáhlý kraniofaryngeom s expanzí cystické části tumoru do obou mozkových hemisfér** (obr. č. 1).

V době stanovení diagnózy tumoru byla Veronika **výškou 99 cm hluboko pod 3. percentilem** (výška SD = -4 SD), kostní zrá-

obr. č. 1



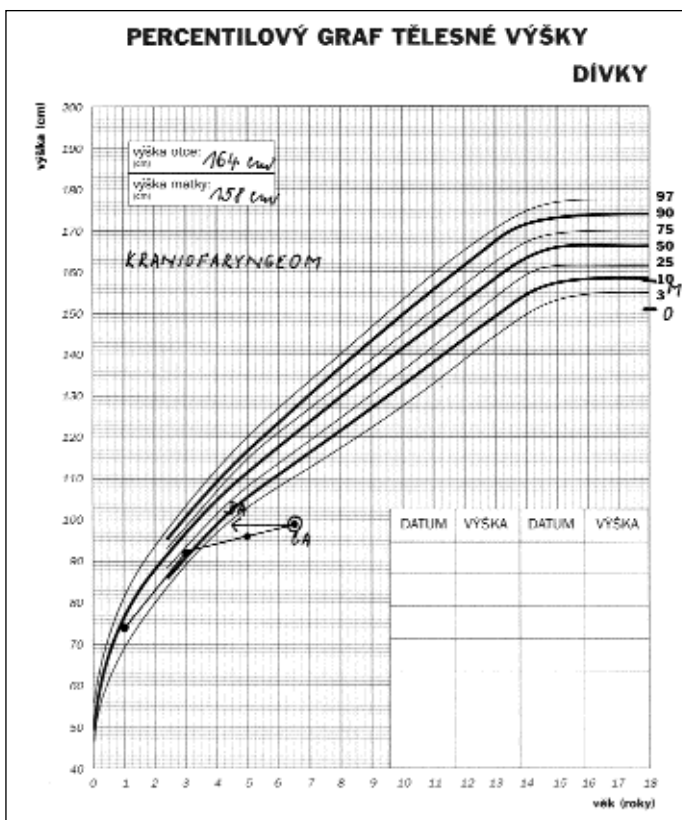
ní bylo opožděné proti kalendářnímu věku o 2 roky (hodnoceno metodou GP). Podle doplněné růstové křivky byla **růstová porucha** u Veroniky přítomna již **3 roky před vlastní klinickou manifestací tumoru**, tedy

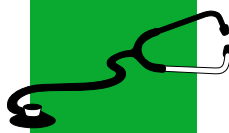
před rozvojem známek nitrolební hypertenze a poruchy vize, kdy došlo k **odklonu růstu z 10. percentilu postupně hluboko pod 3. percentil** (růstová křivka č. 1). Pro **sekundární deficit růstového hormonu** před operačním výkonem svědčila jak nelineární růstová křivka, tak nízká hladina IGF-I (-2,5 SD), centrální hypotyreóza a centrální hypokorticismus před operací přítomny nebyly.

Vzhledem k rozsahu tumoru nebylo možno u Veroniky provést radikální neurochirurgický výkon.

Po operaci je nutná trvalá hormonální sub-

růstová křivka č. 1
CA = kalendářní věk; BA = biologický věk





stituce pro panhypopituitarismus a pro diabetes insipidus centralis. Prognóza pacientky je nejistá.

Kazuistika č. 2

Radek byl do 8 let věku zcela zdravý. V 8 letech věku se u něho náhle objevily bolesti hlavy a zvracení. Po 14 dnech potíží došlo k rozvoji strabismu. Očním lékařem a neurologem bylo akutně indikováno grafické vyšetření mozku počítačovou tomografií s nálezem **expanzivního procesu v selární oblasti**, v.s. kraniofaryngeomu.

Výškou 134 cm byl Radek v době stanovení diagnózy **na 75. percentilu**, kostní zrání bylo proti kalendářnímu věku opožděné o dva roky (hodnoceno metodou GP). Podle růstové křivky i zde byla přítomna **růstová porucha**. Do 5 let věku byl růst u Radka zcela lineární na 97. percentilu, což odpovídalo jeho genetické predikci dané výškami rodičů. **Od 5 let věku** došlo ke zpomalení růstového tempa s **postupným odklonem z 97. percentilu na 75. percentil** (růstová křivka č. 2). Nelineární růstová křivka a snížená hladina IGF-I (-2 SD) svědčily pro **sekundární**

deficit růstového hormonu. Centrální hypotyreóza a centrální hypokorticismus u Radka předoperačně přítomny nebyly.

Neurochirurgický výkon s histologickým vyšetřením potvrdil diagnózu **kraniofaryngeomu**.

Po operaci je nutná trvalá substituční terapie pro panhypopituitarismus a pro diabetes insipidus centralis. I zde je prognóza nejistá.

U Radka známky nitrolební hypertenze a porucha vizu svědčící pro expanzivní proces v CNS byly krátkodobé. Růstová porucha dle růstové křivky byla ale zřejmá již od 5 let věku a již v té době signalizovala závažné onemocnění dítěte.

Kazuistika č. 3

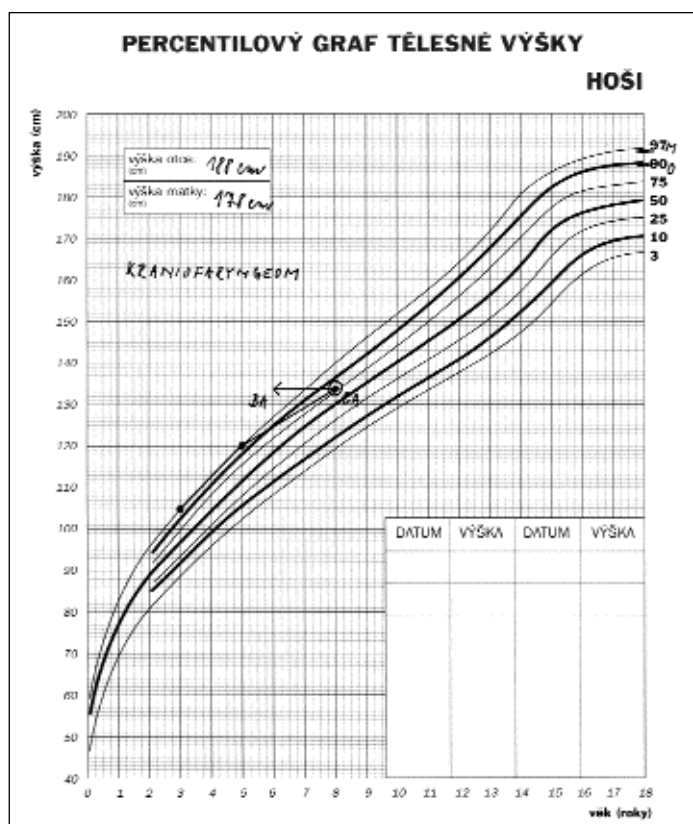
5,5 letý Jakub trpěl 2 roky opakovanými bolestmi břicha, nechutenstvím a subfebrilními teplotami.

V laboratorním biochemismu byla patrná vysoká aktivita zánětlivých parametrů, FW 28/56, CRP 53...130...150 mg/ml (norma do 10). V krevním obraze mikrocytární hypochromní anémie Hgb 99...80 g/l. Extrém-

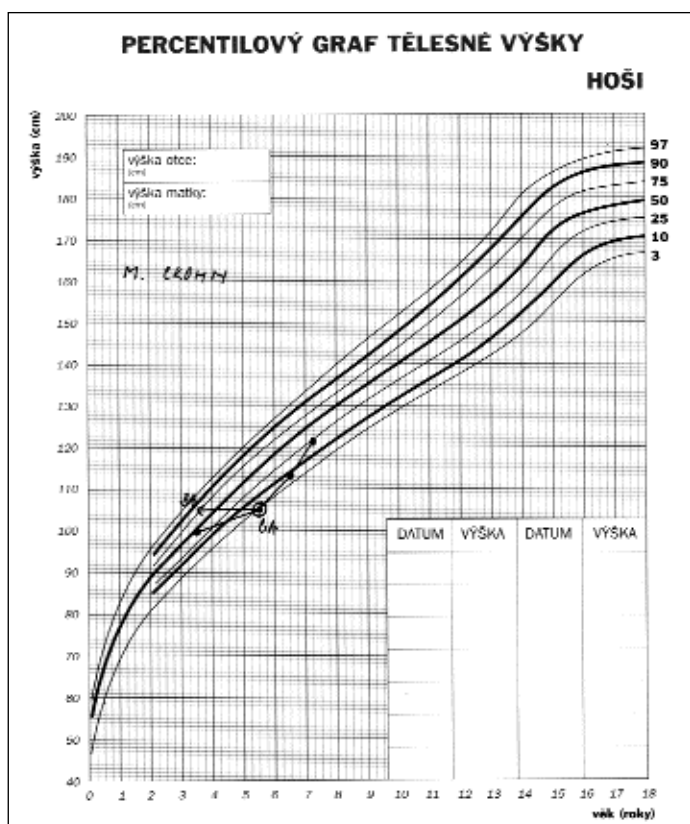
ně nízká hladina plazmatického železa 1,9...2,5 umol/l (norma 14,3-26,0). Sérová amyláza a jaterní enzymy byly v normě. Negativní antigliadinové a endomyziální protilátky včetně provedené enterobiopsie nesvědčily pro možnost celiakie. Endoskopie horní části trávicího traktu prokazovala v oblasti duodena a žaludku histologické změny, které odpovídaly m. Crohn. *Helicobacter pylori* prokázán nebyl. Koloskopie včetně histologie byla bez nápadných změn. **Enteroklýza potvrdila v oblasti jejunu změny svědčící pro m. Crohn.**

Výškou 105 cm byl Jakub v době stanovení diagnózy m. Crohn **na 3. percentilu** (růstová křivka č. 3), dle BMI = 12,8 **na 3. percentilu**. Kostní zrání bylo proti kalendářnímu věku opožděné o 2 roky (hodnoceno metodou GP). **Při zpětném hodnocení růstu byla u Jakuba zjištěna růstová porucha. Od 3 let věku** došlo ke zpomalení růstového tempa s **odklonem růstu z 50. percentilu postupně na 3. percentil** (růstová křivka č. 3). Stejně tak **dle křivky BMI došlo k odklonu ze 75. percentilu postupně na 3. percentil**. Růstové poruše odpovídala

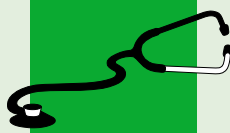
růstová křivka č. 2
CA = kalendářní věk; BA = biologický věk



růstová křivka č. 3
CA = kalendářní věk; BA = biologický věk







Vzhledem k mimořádné situaci, která vznikla po 11. září 2001, se redakční rada rozhodla zařadit aktuální odbornou informaci vztahující se k bioterorismu.

■ Vláda přijala opatření proti biologickému riziku

Jak chránit obyvatelstvo před případným nebezpečím biologických zbraní? Sto-procentně to podle expertů zajistit nelze, ale vláda včera alespoň schválila základní pravidla ochrany.

Systém předložil vicepremiér Vladimír Špidla a Státní ústav pro jadernou bezpečnost. Zahnuje například výcvik profesionálních

záchranářů a specialistů (mnozí totiž nemají s látkami, jako je například bakterie sněti či moru, žádné zkušenosti), dále tvorbu zásob očkovacích látek či zřízení laboratoří.

„Jako první vybudujeme mikrobiologické laboratoře,“ potvrdil Otakar Černý, mluvčí ministerstva zdravotnictví.

Vláda se začala rizikem biologických zbraní zabývat ještě před teroristickými útoky na Spojené státy. Ty pak spolu s informacemi o tom, že biologickými zbraněmi zřejmě dis-

ponuje organizace Al-Kajda Usámy bin Ládina, přípravu jednotlivých kroků urychlily.

Již z dřívějších informací MF DNES vyplynulo, že například ve Fakultní nemocnici v Praze na Bulovce by mělo vzniknout Centrum pro vysoce rizikové nákazy a ve Státním zdravotním ústavu speciální laboratoř. Laboratoře na rozpoznání biologických jedů oživuje i armáda.

Nákazy použitelné při bioterorismu

Doc. MUDr. Jiří Vaništa, CSc., Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

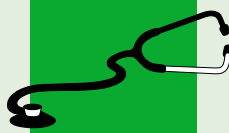
I. infekční klinika 2. LF UK, FN Na Bulovce, Praha

V poslední době vzrůstá obava z použití choroboplodných mikroorganismů jako nástroje terorismu. Úmyslné použití biologických prostředků k onemocnění lidí nebo zvířat se označuje jako bioterorismus. Z mnoha původců lidských infekcí je téměř 70 různých bakterií, bakteriálních toxinů, virů a hub vhodných k případnému použití jako biologická zbraň. Z nich nejvýznamnější jsou původci antraxu, moru, pravých neštovic a botulotoxin. Tito původci vyvolávají onemocnění s vysokou smrtností, lze je snadno vyrobit ve velkém množství a mohou dlouho přetrvávat ve vnějším prostředí. Lze je připravit v podobě aerosolu, který kontaminuje rozsáhlé území a způsobí onemocnění více lidí. Aerosolový mrak je neviditelný, bez chuti či zápachu. Teprve po uplynutí inkubační doby postižené osoby ve větším počtu vyhledávají lékaře a to často pro neobvyklé příznaky.

Antrax je onemocnění zvířat – především býložravců, které se může přenést na člověka. Podle vstupní brány nákazy dochází k postižení kůže, trávícího nebo dýchacího ústrojí. Původce *Bacillus anthracis* tvoří odolné spóry, které v přírodě i na předmětech

přežívají mnoho let. Člověk se nakazí stykem s nemocnými zvířaty, při zpracování jejich masa, kostí, kůže nebo vlny a také požitím jejich nedostatečně tepelně upraveného masa. K naze může dojít též vdechnutím kontaminovaného prachu v továrnách zpracovávajících

suroviny živočišného původu. Nákaza se vyskytuje především v zemích s rozšířeným pastevečtím (střední Asie, tropická Afrika, střední a jižní Amerika). Vehikulem nákazy posledních 2 případů hlášených v ČR před více než 15 lety byly kožené upomínkové předměty



dovezené ze Somálska a surová kůže importovaná pro výrobu rukavic.

Inkubační doba kolísá od 1 do 10 dnů. Plicní antrax se může vzácně vyvinout až do 8 týdnů po expozici. Nejčastější klinickou formou je **kožní forma**, která vzniká kontaminací kožních oděrek spórami. Projeví se v místě vstupu nákazy zarudnutím, které se rychle mění v puchýř s hemoragickým obsahem a pak v málo bolestivý vřed krytý černou krustou. V okolí vředu je tuhý edém a regionální uzliny zduřují. Vzácnou **střevní formu** provázejí bolesti břicha, průjem někdy s příměsí krve, peritoneální příznaky a rychle se rozvíjí šok.

Plicní (Inhalační) forma vzniká po vdechnutí antraxových spór a mívá dvoufázový průběh. Začíná mírnou horečkou, zchváceností, bolestí za hrudní kostí a dráždivým kašlem. Po 1 až 3 dnech horečka prudce stoupne a na přední ploše hrudníku a na krku se objeví edém podkoží. Nemocný je dušný a má tachypnoi často se stridorem a vtahováním mezižebří. Rychle se rozvíjí cyanóza, kardiorespirační selhání a šok. Rentgenologicky je nápadné rozšíření mediastina zduřelými uzlinami. Častou komplikací je antraxová hnisavá meningitida. Smrtnost u včas neléčených osob dosahuje 95 %. Největší epidemie inhalačního antraxu vznikla v roce 1979 v okolí vojenské mikrobiologické laboratoře v ruském městě Sverdlovsk, kde po úniku antraxových spór do vzduchu onemocnělo 77 osob a z nich 66 zemřelo. V současnosti hrozí použití antraxových spór ke kontaminaci

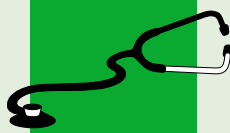
listovních zásilek, pracovních předmětů a vzduchotechnických zařízení. Klinická diagnóza kožní formy se opírá o epidemiologickou anamnézu a příznačný vzhled. Diagnostika plicní či střevní formy je obtížná. Použití antraxového aerosolu jako teroristického prostředku by se projevilo v určité oblasti náhlým vznikem většího počtu horečnatých onemocnění připomínajících chřipku ale s rychlým nástupem příznaků závažného poškození plic a šoku. Labortorní diagnostika je možná mikroskopickým a kulturačním průkazem původce (tekutina puchýře, výtěr z okraje vředu, sputum, hemokultivace).

Lékem volby je penicilin, který u nekomplikované kožní formy podáváme perorálně po dobu 10 dnů. Možno užít také ampicilin, doxycyklin a perorální fluorochinolony. Incizi neprovádíme, neboť usnadňuje šíření infekce. U plicní formy podáme co nejdříve (již při pouhém podezření) megadávky krystalického penicilinu (18 až 24 MU denně) intravenózně. Některé kmeny *B. anthracis* mohou být vůči penicilinu rezistentní. Alternativními léky jsou ciprofloxacín (2x400 mg i.v.) a doxycyklin (2x100 mg i.v.). Antibiotika u komplikované kožní a u plicní formy podáváme 60 dnů. Po zlepšení klinického stavu parenterální aplikaci změníme v podávání per os. Osoby vystavené vysokému riziku nákazy lze chránit očkováním, ale vakcína není běžně k dispozici. K postexpoziční profylaxi lze užít doxycyklin (2x100 mg denně), ciprofloxacín (2x500 mg denně) nebo amoxicilin (3x500 mg den-

ně) podávané po dobu 8 týdnů.

Mor je nákaza divokých a synantropních hlodavců. K přenosu na člověka dochází poštipáním infikovanou blechou. Nákaza probíhá ve dvou základních formách. **Žlázová (bubonická) forma** se projeví jako horečnatá kolikvující lymfadenitida uzlin příslušných místu poštipání blechou. Pokud se nezahájí léčba, nákaza se šíří dále a vzniká morová sepe a sekundární morová pneumonie. Nemocný s pneumonií vykašlává kapénky s morovými bacily a je nebezpečným zdrojem nákazy pro své okolí. U jeho kontaktů se rozvíjí primární morová pneumonie – **plícní (inhalační) forma** moru. Přírodní ohniska moru se nacházejí ve střední a jihovýchodní Asii, v jižní Africe, na jihovýchodě USA a v některých státech jižní Ameriky.

Inkubační doba kolísá od 1 do 8 dnů, ale u plicní formy bývá pouze 1 až 3 dny. Tato forma začíná náhle horečkou, schváceností, dušností a kašlem s expektorací krvavého sputa. Během 1 až 2 dnů se rozvíjí krvácivá diatéza a septický šok vedoucí záhy k smrti. Zatím co smrtnost neléčené žlázové formy nedosahuje 50%, smrtnost neléčeného plícního moru se blíží 100%. Laboratorní diagnostika se opírá o mikroskopický a kulturační průkaz původce ve sputu, krvi nebo punktátu zhnísalých uzlin. K léčbě, kterou nutno zahájit co nejdříve, se užívají streptomycin (30 mg na kg hmotnosti a den), gentamycin (5 mg na kg hmotnosti a den) nebo tetracyklinová antibiotika. Účinné jsou také chlo-



tab. č. 1

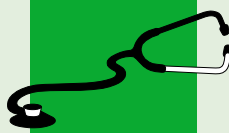
Nákazy použitelné při bioterorismu

	Anthrax	Mor	Pravé neštovice	Botulismus
Původce nákazy	<i>Bacillus anthracis</i>	<i>Yersinia pestis</i>	virus varioly	toxin <i>Clostridium botulinum</i>
Způsob teroristického užití	aerosol spór	aerosol mikrobů	aerosol viru	aerosol toxinu kontaminace vody a potravin toxinem
Forma nákazy	plicní antrax	plicní mor	pravé neštovice	otrava botulotoxinem
Inkubační doba	1 – 6 dnů	2 – 3 dny	8 – 17 dnů	6 hodin až 8 dnů
Hlavní příznaky	hemoragická pneumonie s exudativní pleuritidou a mediastinitidou	perakutní hemoragická pneumonie	horečnaté onemocnění s výsevem vyrážky 4. den nemoci	afebrilita, ptóza, mydriáza, chrapot, dysfagie, chabé obrny
Trvání nemoci	3 – 6 dnů	1 – 5 dnů	4 týdny	týdny až měsíce (postupná úprava obrn)
Smrtnost	> 80 %	> 95 %	30 %	8 %
Mezilidský přenos	nevýznamný	ano	ano	ne
Léčba	antibiotika	antibiotika	symptomatická (virostatikum cidofovir)	polyvalentní antibotulinní sérum
Možnost profylaxe	chemoprofylaxe	chemoprofylaxe	očkování (vakcína není k dispozici)	séroprofylaxe

ramfenikol a ciprofloxacin. U exponovaných osob se doporučuje chemoprofylaxe (doxycyklin, kotrimoxazol nebo ciprofloxacin) aplikovaná 7 dnů po posledním kontaktu se zdrojem nákazy. Očkovací látky proti moru nejsou běžně dostupné a chrání jen proti žlázové formě nemoci. Vzhledem k nakažlivosti plicního moru kapénkovou cestou by měl nemocný mít obličejovou masku. Ošetřující personál by se měl chránit maskou, brýlemi či obličejovým štítem, rukavicemi a pláštěm.

Botulismus je intoxikace způsobená toxinem anaerobního mikroba *Clostridium botulinum*. Mikrob se nachází v půdě a je součástí střevní mikroflóry domácích zvířat. V prostředí se vyskytuje v podobě spór, které se za nepřítomnosti kyslíku mění ve vegetativní formu tvořící botulotoxin. Ten blokuje uvolňování acetylcholinu na nervových synapsích a tak působí chabé obrny. Rozeznáváme 7 antigenických typů toxinu. Lidská onemocnění vyvolávají nejčastěji typy A, B a E. Zatímco ke zničení spór je třeba působení teploty 120°C po

dobu 30 minut, toxín se inaktivuje již 10 minutovým varem. Podle vstupní brány nákazy rozlišujeme 3 klinické formy. Nejčastější je **allimentární forma** způsobená toxinem obsaženým v potravě. Vehikulem nákazy bývají většinou doma připravené masové či zeleninové konzervy. **Ranný botulismus** vzniká kontaminací rány spórami či vegetativními formami původce. V současnosti se s touto formou můžeme setkat u narkomanů při dlouhodobé aplikaci heroinu. U **střevní (indeterminované) formy** dochází k pomnožení klostridia



a tvorbě toxinu ve střevě. Onemocnění vzniká u kojenců (kojenecký botulismus) a nebo u dospělých osob v souvislosti s rozsáhlými operačními zákroky na střevě. V éře bioterorismu nutno počítat ještě s **Inhalační formou**. Toxin aplikovaný ve formě aerosolu se dobře vstřebává. 1 mg toxinu představuje 16.000 smrtelných dávek pro dospělého člověka. Na inhalační botulismus pomyslíme, když postižené osoby neudávají konzumaci stejné podezřelé potraviny.

Inkubační doba alimentární formy kolísá od 8 do 72 hodin a výjimečně může být až 8 dnů. U raného botulismu bývá 4 až 14 dnů a po inhalaci aerosolu se intoxikace projeví do 72 hodin. Počátečními příznaky jsou pokles víček, rozmazané a dvojité vidění, suchost v ústech, chrapot, obtížné polykání a zácpa. Průběh je afebrilní a citlivost ani vědomí nejsou porušeny. Při těžkém průběhu dochází k obrně dýchacích svalů s následnou asfyxií. Je nutné odlišit jiné otravy (atropin, houby, ústřice, organofosfáty), syndrom Guillain-Barreho a jiné neuroinfekce, cévní mozkovou příhodu, myasthenii a nežádoucí účinky léků. Diagnózu ověří průkaz toxinu v krvi (odběr provedeme před aplikací séra!), zvracích nebo zbytku podezřelé potraviny. Nález příznačný pro botulismus poskytne též elektromyografické vyšetření. Léčení spočívá ve včasném podání polyvalentního antitoxinu. U alimentární formy je vhodný výplach žaludku a střev. U raného botulismu je nutné chirurgické

ošetření rány a podání penicilinu. Osoby podezřelé z intoxikace pečlivě sledujeme. Podle závažnosti expozice jim podáme antitoxin globulin buď ihned a nebo při prvních příznacích onemocnění. Prevencí botulismu je náležitá tepelná úprava pokrmů z konzerv.

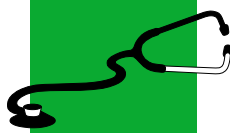
Variola (pravé neštovice) je onemocnění způsobené virem varioly. Zdrojem nákazy je nemocný člověk. K přenosu dochází vzdušnou cestou (kapénkami nebo kontaminovaným prachem) a přímým stykem s nemocným či kontaminovanými předměty. Vysoká odolnost viru vůči vlivům vnějšího prostředí umožňuje jeho šíření vzduchem i na větší vzdálenost. Poslední případ varioly na světě byl zaznamenán v roce 1977 v Somálsku. Od té doby je nákaza celosvětově eradikována a pravidelné očkování bylo ukončeno. Virus se dosud uchovává k vědeckým účelům v USA a v Rusku a v ostatních zemích má být zničen. Předpokládá se, že v některých zemích je tajně uchováván k využití jako biologická zbraň.

Inkubační doba je nejčastěji 12 až 14 dnů. Onemocnění začíná vysokou horečkou, schváceností, bolestmi hlavy a v zádech. Třetí den nemoci se především v podbřišku a na stehnech může objevit prchavá spalničky připomínající vyrážka (raš). Následující den se na kůži začne vysévat typická variolózní vyrážka a v ústech skvrnitý enantém. Vyrážka se postupně mění ze skvrn v papuly, vezikuly a pustuly, které zasychají v krusty. Na kůži nacházíme vždy eflo-

rescence ve stejném stádiu. Po výsevu exantému teplota mírně klesá, ale v době zhnisání vezikul znovu stoupá. Celkový stav se zhoršuje a v období vzniku pustul dochází nejčastěji k úmrtí. S vysokou smrtností pobíhají hemoragická (krvácení do vyrážky i mimo exantém) a maligní (eflorescence splývají v rozsáhlé plochy připomínající rudou popálenou kůži) variola. Klinickou diagnózu lze potvrdit mikroskopickým nálezem příznačných inkluzí v buňkách eflorescencí, elektronmikroskopickým průkazem neštovičného viru a izolací viru na kuřecím zárodku nebo tkáňové kultuře. Léčba je symptomatická. Antibiotika jsou vhodná pouze při hnisavých komplikacích. Z nových virostatik se zvažuje použití cidofoviru.

Exponované osoby chráníme očkováním (živá vakcína obsahující virus kravských neštovic) aplikovaným nejpozději 4. den inkubace. Očkuje se skarifikací na rameni. Vakcinace je kontraindikována u osob s vrozenou či získanou imunodeficiencí, v těhotenství a u osob s ekzémem a jinými exfoliativními dermatózami. Těhotné ženy a imunodeficientní jedince lze chránit specifickým imunoglobulinem v dávce 0,6 ml na kg hmotnosti. V současnosti se ve světě opět zavádí výroba očkovací látky i imunoglobulinu. Je nutná izolace nemocných i jejich kontaktů. Ošetřující personál má mít ochranný oděv s maskou.





Dny otevřených dveří v gynekologických ordinacích pomohou dívkám porozumět svému dospívání Praha, 11. září 2001

Tisková zpráva

Dny otevřených dveří u gynekologů proběhnou v říjnu na čtyřech místech naší republiky. Lékaři ve vybraných gynekologických ambulancích v Praze, Brně, Liberci a Olomouci budou dva po sobě ná-



sledují čtvrtky 11. a 18. října vždy od 14 do 17 hodin připraveni ukázat dívkám, jak vypadá ordinace ženského lékaře. Vysvětlí jim také, s jakými problémy se mohou na ženského lékaře obracet a přiblíží jim nejnovější trendy v užívání prostředků menstruační hygieny. Akce, která probíhá pod záštitou značky o.b., má za cíl odtabuizovat gynekologické ordinace a zdůraznit potřebu péče o reprodukční zdraví mladých dívek.

Příchod první menstruace se přesouvá do stále nižších věkových kategorií, takže dívka bývá v období své přeměny v ženu po dlouhá léta v péči dětského lékaře. Praktičtí lékaři pro děti a dorost jsou tedy prvními lékaři, kteří by se o reprodukční zdraví dívek měli starat. Jak jsou na tento

fakt připraveni, zjišťoval průzkum, který se uskutečnil ve spolupráci České pediatrické společnosti, Sekce gynekologie dětí a dospívajících České gynekologické a porodnické společnosti a značky o.b.. Průzkum proběhl mezi 1145 praktickými lékaři pro děti a dorost v červnu letošního roku. Z výsledků průzkumu vyplynulo, že přes 99 procent praktických lékařů pro děti a dorost lékařů zařazuje při preventivních prohlídkách dívek také gynekologické otázky, dvě třetiny praktických lékařů pro děti a dorost léčí některé lehčí gynekologické potíže svých patientek sami a 40 procent z nich dívky s gynekologickými zdravotními problémy vždy odesílá k ženskému lékaři. Ukázalo se však, že třetina praktických lékařů pro děti a dorost nemluví s dívkami a jejich matkami o menstruační hygieně a polovina z nich se nezmiňuje o pohlavně přenosných chorobách a o plánování rodičovství. Mnozí praktičtí lékaři pro děti a dorost by uvítali přísun většího množství informací z oboru dětské gynekologie. Podle doc. MUDr. Josefa Hozy, CSc., vědeckého sekretáře České pediatrické společnosti, je současná generace pediatriů dostatečně erudována, aby rozpoznala gynekologické problémy u svých patientek, měla by je však poté předat do péče odborného ženského lékaře.

„Dívky by měly do 15. roku věku absolvovat preventivní gynekologické vyšetření, protože to může včas odhalit poruchy jejich reprodukčního zdraví,“ je přesvědčen prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc., předseda Sekce gynekologie dětí a dospí-

vajících ČGPS. MUDr. Hana Cabrnchová, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů, se však domnívá, že dívky by měly být poslány ke gynekologovi na základě doporučení pediatra, pokud nevyhledají péči gynekologa samy. Plošné preventivní gynekologické prohlídky mladých děvčat pokládá za málo přínosné a v některých případech pro děti i traumatizující. „Výbor naší společnosti schválil, aby v příštím roce byla tematicke gynekologie věnována v dalším vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost velká pozornost,“ dodává doktorka Cabrnchová.

Většina praktických lékařů pro děti a dorost v průzkumu odpověděla, že nechává na zvážení dívky, zda bude používat menstruační vložky nebo tampony. „Dívky panny mohou klidně tampony používat, měly by si však vybírat menší velikosti z řady Comfort či Normal,“ dodává dětská gynekoložka MUDr. Dagmar Makalová. Dívky mohou více informací o dospívání, intimních zdravotních problémech a intimní hygieně, stejně jako o Dnech otevřených dveří u gynekologů najít na nové internetové stránce www.intimlinka.cz, připravené speciálně pro ně.

Kontakt:

Agentura Quent

Lenka Martinů, Zdena Šťastná

tel. 02/71742535, 0602/349560

email: quent@quent.cz

Komentář MUDr. Hany Cabrnchové

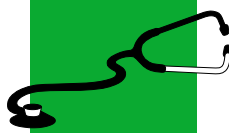
Panují odlišné názory na to, v jakém věku dívky by měla být zahájena preventivní gynekologická vyšetření. Jedna třetina praktických lékařů pro děti a dorost podle dotazníkového průzkumu odmítla nutnost preventivní gynekologické prohlídky do 15 let věku. Rozhodnutí o tom, kdy zahájit preventivní péči u gynekologa, by měl praktický lékař pro děti a dorost učinit sám během preventivního vyšetření dívky. On zváží skutečnosti, které jsou důležité z hlediska další péče o reprodukční zdraví (např. když dívka žádá o předpis antikoncepce). Patologické nálezy v oblasti reprodukčních orgánů vždy praktický lékař pro děti a dorost konzultuje s gynekologem,

který pak přebírá dítě do dispenzární péče. Do 15 let věku dívky by bylo výhodnější, pokud péči bude provádět dětský gynekolog.

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČSL JEP vznikla kromě jiného proto, aby vzdělávací akce vycházely ve své náplni vstříc požadavkům jejích členů. Velmi oceňujeme provedení průzkumu, jehož výsledky ukázaly to, že problematika gynekologie, zvláště pak gynekologie dětské, je ze strany praktických lékařů pro děti a dorost vyžadovaným tématem dalšího vzdělávání. Výbor společnosti odsouhlasil pro příští rok, aby se tato problematika stala ve větším rozsahu tématem dalšího vzdělávání. Bylo by také dob-

ré, kdyby praktičtí lékaři pro děti a dorost měli k dispozici větší množství informačních materiálů, které by mohly dívkám poskytnout.

Z pohledu praktického lékaře pro děti a dorost nevidím žádný rozdíl mezi používáním menstruačních vložek a menstruačních tampónů. Dívka se musí podle vlastních zkušeností rozhodnout, co jí lépe vyhovuje. V případě tampónů potom musí zvolit velikost vhodnou pro její věk. Informace o intimní a menstruační hygieně jsou součástí obecných informací, které dostává dívka a její rodiče v rámci preventivní prohlídky. Samozřejmě předpokládáme, že tyto informace dostává dítě od svých rodičů, dětský lékař v žádném případě nemůže



nabradit roli matky či otce.

Domnívám se, že by měl vzniknout doporučený postup, na jehož základě lékař dívku informuje nejen o intimní hygieně, ale i o sexuální životě, včetně informací o pohlavně přenosných chorobách. Tyto informace je vhodné začít podávat pacientkám při preventivních prohlídkách v 11. roce jejich života, individuálně i dříve. Tento doporučený postup předávání informací může být zapracován do obsahu preventivní prohlídky, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

**Odpovědi předsedy ČGPS
MUDr. Vladimíra Dvořáka
na otázky položené předsedkyní
OSPDL ČLS JEP
MUDr. Hanou Cabrnachovou**

Považujete za vhodné provádět plošné preventivní gynekologické prohlídky v patnácti letech věku dívky?

Nepovažuji.

Je takto prováděná gynekologická prevalence běžná v jiných evropských státech?

Nevím o jediném.

Co může zjistit gynekolog při preventivní prohlídce v patnácti letech věku dívky více než praktický lékař pro děti a dorost?

Jsem přesvědčen o tom, že u 15-leté dívky, která je subjektivně bez obtíží, neměla dosud pohlavní styk, má správně vyvinuty sekundární pohlavní znaky a relativně pravidelný menstruační cyklus, nezjistí „preventivní prohlídka dětským gynekologem“ žádnou závažnou patologii. Proto si myslím, že u výše zmíněné pacientky na-prosto dostačuje vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost.

Lze ve věku patnácti let nebo dříve doporučit jako prostředek intimní hygieny menstruační tampón bez nutnosti předchozího vyšetření gynekologem?

Ano.

Poznámky k některým možným, zatím málo známým rizikům ve výživě dětí v kojeneckém a batolecím období

MUDr. L. Kužela

II. interní klinika 3. LF UK, Praha

Výživa dítěte, zejména v časných obdobích po narození má svoje specifika, necítím se dostatečně kompetentní dávat v tomto směru nějaká výživová doporučení. Nicméně přechod z čistě mléčné výživy (pochopitelně nejlépe kojení) na stravu, kterou bude jedinec konzumovat v dalším období života má již určité styčné body s výživou dospělých. Nedostatek výživy dítěte se mohou projevit až v pozdějších etapách života, event. mohou mít i nenávratné důsledky. Jako typický příklad možno uvést fenylketonurii, která by nebyla od časných postnatálních období léčená adekvátními dietními postupy. Proto každý, kdo se zabývá důkladněji výživou, musí sledovat nové poznatky, týkající se optimalizace výživy vlastně již od prenatálního období.

Množství poznatků z oblasti výživy v posledním období narůstá. Objevuje se stále více prací, které prokazují možnost nežádoucího ovlivnění zdravotního stavu dítěte v časných obdobích jeho života. Souhrnně je možno konstatovat, že se do popředí dostává stále více **kvalitativní pohled**, místo zatím často ještě převládajícího **pohledu kvantitativního**. Nyní se již, snad až na značné výjimky, nejedná o tolik o zajištění dostatečného přívodu energie, event. bílkovin, tedy spíše o kvantitativní aspekt, ale o kvalitu konzumované stravy, která umožní snížit určitá zdravotní rizika a tím vlastně nejen prodloužit život, ale také zlepšit jeho kvalitu.

Jenom stručně několik poznámek, dokumentujících prohloubení našich znalostí o potřebě kvalitní výživy ve všech fázích života člověka. Tak je běžně známé doporučení, aby člověk v dospělosti konzumoval méně tuků živočišného původu s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin. Jeden z hlavních argumentů je urychlení aterosklerózy člověka se všemi negativními důsledky (3,6). Proto je oprávněně doporučována zvýšená konzumace polynenasycených mastných kyselin (18).

Zatím je ale méně známé, že polynenasycené mastné kyseliny mají i jinou, neméně důležitou funkci, která se může nepříznivě projevit zejména

v období časného dětství. Jedná se především o důležitost, či snad lépe řečeno o potřebu esenciálních mastných kyselin. Na příklad dostatek polyenových mastných kyselin řady n-3 jsou nutné pro optimální vývoj mozku jak prenatálně, tak postnatálně (4, 14). Dokonce se objevila informace, že deficit či disproporce mezi mastnými kyselinami řady n-3 a n-6 může mít určitý vztah k dyslexii v dospělosti (17). Dostatek polynenasycených mastných kyselin snižuje také riziko nepříznivého působení glutamátu na vyvíjející se nervový systém dítěte (7).

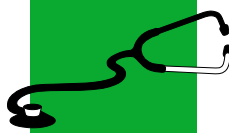
Nedostatek či disproporce polynenasycených mastných kyselin může mít ale také vliv na visus, protože v oční sítnici dítěte tvoří kyselina dokosa-hexaenová 50 % obsahu celkových polynenasycených mastných kyselin sítnice (1). Při jejich nedostatku může být také ovlivněno prostorové vidění (19).

Zajímavé a z praktického hlediska velmi důležité je pozorování, že u dětí v období mezi 6 – 12 měsícem, tj. v období, kdy většinou již kojení končí, či začíná se rozšiřovat i jiná výživa, než mateřské mléko, je prokazováno výrazné snížení důležité n-3 mastné kyseliny – dokosa-hexaenové (5).

Nutriční rizika pro dítě se mohou projevit i v případech, že matka jak v průběhu gravidity, tak také v období kojení nemá ve své výživě dostatek zmíněných polynenasycených mastných kyselin (19).

Uváděné nové poznatky z oblasti výživy byly uvedeny jen jako potvrzení stanoviska, že výživu nejen u dospělých, ale i u dětí, nebo právě především u nich, je nutno realizovat především z hlediska kvalitativního. Samozřejmě není možno tvrdit, že rozsah našeho poznání v tomto směru je konečný, nicméně s vědomím, že může dojít k nepříznivému ovlivnění určitých důležitých systémů již u dítěte po narození nás nemůže ponechat lhostejnými. e proto nutno tyto zatím do nedávna neznámé aspekty respektovat adekvátní úpravou nutričního režimu i v tomto smyslu.

Důležitý význam ve výživě dítěte v období



4 – 12 měsíců má jeho rozšiřování o kaše a zeleninu (15,10). V tomto období se mohou ale také objevit projevy intolerance podávaných kaší, protože některé její součásti, jako na příklad lepek může být hůře tolerován ještě funkčně plně nedozrálým gastrointestinálním systémem. Je třeba rovněž přihlížet k dalším aspektům, jako je na příklad urychlená změna výživy za hustší formu a podobně (10). Řadou pediatriů je doporučeno podávání průmyslově vyráběné kojenecké výživy. Tato má povětšinou velkou výhodu v tom, že při její přípravě jsou respektovány jak hygienické aspekty, tak ale nejen kvantitativní, ale i zmíněné kvalitativní aspekty výživy. Je proto pochopitelné, že se jejich používání oprávněně rozšiřuje.

Měl jsem možnost posoudit z nutričního hlediska serii 5 druhů sušených zeleninových kaší Sunarka ready meal firmy Heinz. Z nutričního hlediska je možno říci, že se jedná o kvalitní plnohodnotnou výživu pro kojence, nicméně mohou být úspěšně použity také v geriatrici, či při potřebě zajistit kašovitou stravu i v kterékoliv věkové kategorii. Jsou pochopitelně suplementovány patřičnou dávkou vitaminů, zajišťují dostatek vápníku, železa a dalších potřebných nutrientů. Z nutričního hlediska mají určité přednosti, které je možno shrnout do několika skupin.

Především je možno říci, že plně respektují moderní poznatky z nutriologie, tj. na příklad zajištění přiměřeného množství tuků, ale ve formě, která je pro člověka a zejména pro dítě vhodná. Podstatnou částí kaší je rostlinný olej, proto také obsah nenasycených mastných kyselin je většinou větší než 50 % (48 – 66 %). To je plně v souladu s výše diskutovanými novými poznatky.

Další důležitá skutečnost spočívá v tom, že z přítomných celkových sacharidů tvoří vlastní **cukry** (tj. mono a disacharidů, používaných jako sladidlo, terminologie z vyhlášky č. 293/1997 Sb) v rozmezí 13 – 18 %. Převládají tedy polysacharidy, event. v kombinaci oligosacharidy. Tato skutečnost spolu s přítomnou vlákninou snižuje tzv. glykemický index potravy (9). Tím se snižuje požadavek na sekreci insulinu z Langerhansových buněk pankreatu. I zde se jedná o moderní a účelný požadavek zdravé výživy.

Zmíněná **vláknina** je v každé z variant hodnocených kaší. Mimo podporu normální peristaltiky je právě tzv. „rozpuštěná vláknina“ substrátem pro fermentační procesy střevních bakterií. Tím se napomůže kolonizaci optimální střevní mikroflóry (11,12,13).

Za důležitou je možno považovat skutečnost, že významnou složku každé z hodnocených variant tvoří zelenina, vždy se jedná o několik druhů. S tím je mimo zmíněnou vlákninu součástí těchto kaší i skupina **flavonoidů**. Ty mají jednak výrazný antioxidační efekt (16), jednak mají protektivní

vliv na endotelie cévního řečiště (známé přípravky Ascorutin, Venoruton a řada dalších). Základní složení některých variant je zcela bez živočišné bílkoviny s výjimkou kaseinátu, přítomného ve všech druzích. Právě kaseinát napomůže tomu, že i varianta bez masa, tj. vegetariánská má z hlediska kvality dodávané bílkoviny výslednou nutriční hodnotu velmi dobrou. Možno tedy říci, že tyto druhy možno vlastně nazvat jako laktovegetariánské. Nemůže se tedy v tomto směru ani u dětí projevovat nepříznivý efekt vegetariánské diety (8). Pochopitelně tyto formy mohou být velmi úspěšně podávány i u dospělých jedinců, kteří potřebují kvalitnější nutriční zajištění a přitom se živí vegetariánsky.

Z hlediska postupného zatěžování gastrointestinálního systému kojenců je možno příznivě hodnotit i skutečnost, že všechny varianty jsou **bezglutenové (bezlepkové)**. Nakonec přechodně se často podává bezglutenová dieta i u řady dyspeptických potíží (2). Proto i u dětí s těmito potížemi je možno hodnocené kaše podávat.

Skutečnost, že všechny varianty jsou **bezvažecné** má u kojenců důležitost především v eliminaci vaječného bílku, který může být v této věkové kategorii nevhodným antigenem.

Pro kojence, ev. batolata patří k důležitému rysu také nízký obsah **solí**, takže zatěžování vyvíjejícího se organismu v tomto směru bude přiměřené, nikoliv nadměrné.

Na závěr je nutno zdůraznit potřebu nového pohledu na výživu, jak o tom bylo již hovořeno. Nestáčí jen krýt základní potřeby organismu z hlediska energie a přibližně dodržovat základní poměr jednotlivých nutrientů. V tomto směru se většinou hovoří o potřebě bílkovin a to pokud možno plnohodnotných, event. vitaminů. Samozřejmě při takovémto režimu, tj. zdůraznění kvantitativního aspektu, nebudou v krátkém časovém horizontu žádné zjevné projevy nutričních deficitů. S takovýmto přístupem ale v dospělosti musíme počítat s tím, že se zvyšuje riziko hypertenze, urychlené aterosklerózy, cukrovky, event. některých nádorových onemocnění. Ale to asi většina naší populace bere jako běžnou součást života, kterou mají nebo spíše musí zdravotníci napravit. Vztah těchto chorob k výživě si málokdo připouští.

Pokud si ale nechceme zbytečně komplikovat svůj život, je nutno přistoupit aktivně k životosprávně jakožto celku. A k tomuto aktivnímu přístupu patří také dbát na kvalitativní přístup k nutričním doporučením podle stále se upřesňujících poznatků z oblasti výživy. Pokud se týká dětí, které nemohou tento přístup spontánně dodržovat, zde podobně jako v jiných situacích, mají tuto odpovědnost rodiče či jiné zodpovědné osoby. Jenže právě oni by si měli uvědomit, že určité prohrašky proti těmto zásadám se mohou projevit až

s dlouhým odstupem, nejméně v rozsahu roků, či spíše desítek let. Je proto třeba k této odpovědnosti přistoupit aktivně a začít podle toho skutečně jednat. Jedině tak bude naše svědomí i s delším časovým odstupem klidné.

Literatura:

- 1) Agostoni, C., Massetto, N., Biasucci, G. et al.: Effect of long-chain polyunsaturated fatty acids supplementation on fatty acid status and visual function in treated children with hyperalaninemia. *J. Pediatr.*, 504–9, 2000
- 2) Anemüller, H.: *Naturheilverfahren Ernährungstherapie*, 5. přepracované vydání, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1998
- 3) Carlsson, C.M., Carnes, M., McBride, P.E., Stein, J.H.: Managing dyslipidemia in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 47: 1458–65; 1999
- 4) Cunnane, S.C., Francescutti, V., Brenna, T., Crawford, M.A.: Breast-fed infant achieve a higher rate of brain and whole body docosahexanoic acid accumulation than formula-fed infants not consuming dietary docosahexanoate. *Lipids*, 35:105–111, 2000
- 5) Decsi, T., Kelemen, B., Minda, H. et al.: Effect of type early infant feeding on fatty acid composition of plasma lipid classes in full-term infants during the second 6 month of life. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 30: 547–51, 2000
- 6) Feldheim, W., Steinmetz, R.: *Ernährungslehre*, 4. přepracované vydání, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 1998
- 7) Kobayashi, M.S., Han, D., Packer, L.: Antioxidants and herbal extracts protect HT-4 neuronal cells against glutamate-induced cytotoxicity. *Free. Rad. Res.* 32: 115–124, 2000.
- 8) Krajčovičová-Kudláčková, M., Šimončík, R., Bederová, A.: Riziká a přednosti vegetariánské výživy. *Čas. lék. čes.*, 136, str. 23, 1997
- 9) Liu, S., Willett, W.C., Stampfer, M.J., et al.: A prospective study of dietary glycemic load, carbohydrate intake, and risk of coronary heart disease in US women. *Am. J. Clin. Nutr.* 2000; 71:1455–61.
- 10) Niessen, K.H. a kol.: *Pediatric. Scientia Medica*, Praha, 1996
- 11) Royall, D., Wolever, T.M.S., Jeejeebhoy, K.N.: Clinical Significance of Colonic Fermentation. *Am. J. Gastroenterology*, 85: 1307 – 1312, 1990
- 12) Scheppach, W.: Effects of short chain fatty acids on gut morphology and function. *Gut, Suppl.* 1: 535–538, 1994
- 13) Scheppach, W.: *Kurzkettige Fettsäuren und Dickdarm – Physiologie, Pathophysiologie und Therapie. Akt. Ernähr.-Med.*; 20:74–78, 1995
- 14) Smit, E.N., Koopmann, M., Boersma, E.R.: Effect of supplementation of arachidonic acid (AA) or a combination of AA plus docosahexanoic acid on breast milk fatty acid composition. *Prostaglandins Leukot. Essent. Fatty Acids*. 62:335–40, 2000
- 15) Stratil, P.: *Výživa dítěte do 1 roku. V: abc zdravé výživy*, str. 451–477, vydáno: P. Stratil, Brno, 1993
- 16) Štípek, S. a kol.: *Antioxidanty a volné radikály ve zdraví a v nemoci. Grada publ.*, Praha, 2000
- 17) Taylor, K.E., Higgins, C.J., Calvin, C.M. et al.: Dyslexia in adults is associated with clinical signs of fatty acid deficiency. *Prostaglandins Leukot. Essent. Fatty Acids*: 63., 75–78; 2000
- 18) Trautwein, E.A.: n-3 Fatty acids—physiological and technical aspects for their use in food. *Europ. J. Lipid Sci. Technol.*; 103:45–55, 2001
- 19) Williams, C., Birch, E.E., Emmett, P.M. et al.: Stereoacuity at age 3.5 y in children born full-term is associated with prenatal and postnatal dietary factors: a report from population-based cohort study. *A. J. Clin. Nutr.*, 73: 316–322, 2001

heinz



Aktuality

■ Děti hůře snášejí očkování

Více nežádoucích účinků a kriticky málo očkovacích látek. Tyto základní problémy řeší lékaři čtvrt roku poté, co začali očkovat děti novým způsobem.

Od července jsou novorozenci nově očkováni proti zákeřné hemofilové infekci a také proti hepatitidě B. Povinné očkování proti hemofilovi zaskočilo lékaře a rodiče množstvím vedlejších reakcí: stěžují si nejčastěji na zarudnutí v místě vpichu a kožní záněty, na pláč dítěte a zvýšenou teplotu. Lékaři očkují takzvanou čtyřvaksinou: hemofilová látka se stala součástí jedné injekce proti záškrtu, tetanu a černému kašli. Očkování, které musí dítě podstoupit třikrát, bylo zavedeno poté, co ročně na tuto nemoc velmi rychle zemřely dvě až tři děti. „Vedlejších reakcí po tomto očkování přibývalo“, uvedla vedoucí ambulance očkování ve Fakultní nemocnici v Motole Jitka Škovránková. Ambulance poskytuje konzultace ostatním lékařům. „Volalo nám zhruba pět rodičů a pět lékařů denně, což je hodně. Zaskočily je reakce“. Slova Škovránkové potvrdili i další lékaři. Je vakcína obsahující čtyři látky rizikovější než ta, která zahrnovala jen tři? Nebo byla původní osvědčená očkovací látka domácí výroby lepší než nynější, která se dováží ze zahraničí? Lékaři tvrdí, že jednoznačná odpověď neexistuje. Komplikace podle nich mohou mít více důvodů. Jedním z nich je i ten, že mnozí lékaři prý neumějí novou vakcínu dobře píchnout. „Jehla u zahraniční vakcíny je totiž o půl centimetru kratší“, upozornil pražský pediatr Milan Kudyn. Látka pak při očkování nepronikne až do svalu. Mnozí lékaři (či sestry) podle pediatra Milana Kudyna píchají vakcínu tak, že stisknou kůži mezi prsty, což je v tomto případě špatně. „Očkovací látka se pak kvůli kratší jehle nedostane až do svalu a vyvolá v podkoží zánět“, uvedl Kudyn. Výrobce vakcíny, francouzsko-německý Aventis, už zveřejnil na internetu doporučení lékařům, aby jehlu vpichovali hluboko do svalu. Učinil tak však až minulý měsíc. Pražský hlavní hygienik Vladimír Polanecký zase tvrdí, že eventuelní zvýšený počet hlášení o nežádoucích účincích je optický klam. „Nové očkování všichni hlídají ostrším zrakem. Vůbec nic se neděje, já mám za tři měsíce devět hlášení – to je podle vás důvod k panice?“ Totéž říkají i v Aventisu. Jeho zástupkyně Klára Michálková uvedla, že firma loni distribuovala ve světě 11 milionů dávek a evidovala jen 109 nežádoucích reakcí; 22 případů ohlášených za tři měsíce v Česku přesto označila za „velký počet“. Ne každý přitom potíže hlásí, takže ani konkrétní čísla nemají přesnou vypovídací hodnotu. Jitka Škovránková z motolské ambulance navíc tvrdí, že české vakcíny, zejména její složka proti černému kašli, měly při minulých srovnáních vždy mnohem méně vedlejších účinků a děti je dobře snášely. „Zda to lze říci i o vakcíně firmy Aventis, to nevím, žádná studie na našich dětech se nedělala“, podotkla Škovránková. Domácí vakcína se však přestala používat, protože zdejší výrobce nedokázal čtyřvaksinu dosud vyrobit. Hygienici přesto naléhají, aby se rodiče nevyhýbali očkování. „Vynechat očkování třeba proti záškrtu by byla katastrofa“, řekl Josef Trmal z Krajské hygienické stanice v Ústí nad Labem. Epidemie záškrtu se v Evropě stále vyskytují. Vedlejší účinky nejsou jediné, co lékaře zaskočilo. Proti dalšímu očkování, hepatitidě B, jim zase chybí vakcína. „Musel jsem pozastavit očkování dvanařítiletých dětí, které jsem si už mezitím pozval“, řekl pediatr Kudyn. „To tu ještě nikdy nebylo“, potvrdil hygienik Polanecký. „Někde chybí dokonce i ta čtyřvakcína. Firmy se tak snažily, aby vyhrály veřejnou soutěž, teď jsme v roli prosebníka, aby nám dodaly vakcínu“. Výrobce, firma GlaxoSmithKline, zdůvodnil potíže výpadkem ve výrobě. Chybějících dvě stě tisíc dávek vakcíny slíbil dodat během října.

Nemoci, proti nimž se nově očkuje

Hemofilová infekce: (Bakterie způsobuje velmi nebezpečné zápaly mozkových blan a záněty hrtanové přiklopky. Jde o nejčastější příčinu úmrtí na infekce u dětí do pěti let, onemocnění mívá velmi rychlý průběh.) Od roku 1999 se vyskytlo zhruba 250 případů onemocnění. Letos zatím nebylo hlášeno žádné úmrtí, ročně umírají dvě až tři děti.

Hepatitida B: (Virus hepatitidy B napadá játra, jejich poškození může později vyústit v rakovinu jater) Od roku 1999 se vyskytlo zhruba 1560 případů. Letos je zatím hlášeno jedno úmrtí 70leté ženy na rakovinu jater. Opro-

ti hemofilové infekci nejde o onemocnění typické pro dětský věk – u dětí do 12 let bylo letos hlášeno jen pět onemocnění. Objevily se proto pochyby, zda očkovat už novorozence, nakonec převážil názor, že ano, neboť v dětském věku může nákaza probíhat skrytě a uniknout statistice. (rea)

■ Mladí lékaři pracují zadarmo

Šéf lékařské komory radí absolventům, aby se s nemocnicemi soudili. Za pár korun pracují čerství absolventi lékařských fakult v nemocnicích, aby splnili povinné roky praxe pro atestaci. Zaměstnavatelé je využívají jako levnou pracovní sílu. Za necelých 300 korun měsíčně zaměstnává například Fakultní nemocnice v Praze–Motole mladé lékaře, čerstvé absolventy vysoké školy. Ačkoli mají oficiální pracovní úvazek jen na hodinu týdně, tráví na pracovišti stejně jako kmenoví zaměstnanci více než osm hodin denně. A to není všechno: aby jim mohl zaměstnavatel strhnout ze mzdy povinné zdravotní a sociální pojištění, musejí nemocnici ještě dopláacet. Podle zjištění LN podobnou praxi v různé míře uplatňují nebo v nedávné minulosti uplatňovaly všechny fakultní nemocnice. Zaměstnavatelé tak zabíjí dvě mouchy jednou ranou: vyřeší nedostatek svých lékařů a přitom výrazně ušetří na mzdách. Využívají přitom závislosti čerstvých lékařů: pro uznání diplomu, tzv. první atestaci, potřebují dva a půl roku praxe. Pokud ji chtějí absolvovat na kvalitním pracovišti, nezbývá jim než na krajně nevýhodné podmínky přistoupit. V pozici „vykořisťovaných“ jsou desítky absolventů lékařských fakult. Jen v Motole zaměstnávají za směšný pakatel na 140 lékařů před atestací. Oslovení lékaři měli smlouvu na 0,024 úvazku. V nemocnicích však pracují denně mnoho hodin. Jiné nemocnice nabízejí pracovní smlouvy o řád vyšší, desetinné. Po jednom z absolventů například Fakultní Thomayerova nemocnice v Praze–Krci chtěla, aby sumu na svou mzdu sám věnoval nemocnici jako sponzorský dar. Dalším prohrěškem zaměstnavatelů je to, že s absolventy uzavírají smlouvu na dobu určitou, ačkoli jim to zákoník práce zakazuje. Maskují to tím, že smlouvu sepiší na základě žádosti přijímaného. „Máme zprávy, že se takové věci dějí, ale bohužel oficiálně si nám nikdo nestěžuje“, potvrzuje předseda Lékařského odborového klubu Milan Kubek. Problém je v tom, že absolventi v současném systému nemají mnoho možností, jak se vzepřít. Prakticky jedinou je rezignovat na kvalitní místo a velké město a jít pracovat do „venkovské“ nemocnice. „Stěžovat si? To bychom museli ze zdravotnictví odejít. Jsme nahraditelní, na naše místa čekají desítky dalších“, poukazují lékaři. Ministerstvo zdravotnictví uznává, že není správné mladé lékaře vykořisťovat, ale podle mluvčího Otakara Černého je třeba vzít v úvahu, že podpis takto nevýhodné smlouvy je zcela dobrovolný. „Je pravda, že v Praze místa pro absolventy skutečně nejsou, ale je řada nemocnic, kde mají lékaři citelný nedostatek a nabídnou jim nejen plnou smlouvu, ale třeba i byt“, upozorňuje Černý. Nemocnice: Jsme charita Vedení nemocnic zase tvrdí, že jde v podstatě o „charitu“. „Zneužívání to nepovažuje ani vedení nemocnice, ani mladí lékaři. Pracují tu v zájmu svého profesního růstu a dělají to dobrovolně“, tvrdí mluvčí Motola Eva Jurinová. „Chceme pomoci většímu počtu mladých lékařů, než kolik nám umožňuje počet tabulkových míst. Co je lepší – zaměstnat jednoho s plným komfortem, nebo dát šanci deseti lidem?“ ptá se přednosta neurologické kliniky motolské nemocnice Martin Bojar. Mladí lékaři, protože jsou zaměstnání, nemají nárok na podporu. Svízelnou finanční situaci proto po náročném šestiletém studiu řeší většinou s pomocí rodičů či brigádami. Část z nich využívá nabídky vysoké školy k postgraduálnímu studiu, takzvanému doktorandství. Za příslib budoucího působení v pedagogické oblasti či vědě jim ministerstvo školství vyplácí měsíčně 4500 korun. „Tato částka nestačí ani na nájem, natož na obživu či učebnice“, poukazuje jedna z lékařek. David Rath tvrdí, že existuje ještě jedna možnost, jak se vykořisťování bránit. „Každý, kdo někde pracuje, byť bez smlouvy, má ze zákona nárok na přiměřenou odměnu. Stačí prokázat, že do instituce dochází a odvádí zadanou práci“. Mladí lékaři by měli tři roky trpělivě odsloužit, složit atestaci a pak se obrátit na soud s požadavkem na doplacení odpovídající mzdy. „Naši právníci tvrdí, že je téměř stoprocentní jistota, že tento soud vyhrájí a nemocnice jim bude muset doplatit částku přinejmenším se rovnající ná-

inzerce



stupní mzdě lékaře“, tvrdí Rath. Podle orientačních výpočtů by se mohlo jednat o zhruba 100 tisíc korun za rok. „A to už je částka, kvůli které stojí za to do soudní přejít“, radí Rath.

Pivo je pro ženy zdravé, ujišťuje gynekolog

Národní nápoj Čechů, pivo, může být i lékem, zejména pro ženy v přechodu. Novinářům to dnes řekl gynekolog docent Josef Donát. „Již ve starém Egyptě se pivo užívalo k léčení. Není divu; pivo dodává tělu vápník, hořčík a celou škálu vitamínů B. Je bohatým zdrojem energie a přitom nezatežuje tělo tuky. Neobsahuje ani velké množství alkoholu“, vysvětlil. Podle Donáta mohou mít z piva užitek také ženy v produktivním věku, a to pro obsah kyseliny listové. Její nedostatek totiž zvyšuje o 50 procent riziko vývojových poruch plodu. Doporučil je však zejména ženám v přechodu, které prožívají řadu metabolických změn z nedostatku ženských hormonů, mají nedostatek vitamínů, minerálů a jiných potřebných látek. Následkem může být řidnutí kostí s rizikem zlomenin.

Pivo obsahuje dostatek kvalitní vody a zabraňuje odvodnění organismu. Alkohol v něm působí jako protistresový lék, podporuje krevní oběh a snižuje riziko srdečních onemocnění.

„Pivo je nepochybně pro ženy zdravé, když ovšem vědí, kdy s pitím přestat“, řekl Donát. Upřesnil, že pro ženy je rozumná denní dávka třetina až půl litru desetistupňového piva. Podle průzkumu agentury Stem/Mark pije pravidelně lahvové desetistupňové pivo 15 procent žen a pět procent žen si zajde na točené pivo do restaurace.

Stres a pesimismus zvyšují riziko onemocnění rýmou

Lidé, kteří vidí příslovečnou sklenici z poloviny prázdnou, jsou až čtyřikrát více náchylní k onemocnění rýmou než optimisté. Tvrdí to španělští vědci ve studii, jejíž závěry přináší květnové vydání odborného časopisu *Epidemiology*. Psychický stres, zvláště jeho chronická forma typická pro neurotiky a negativní osobnosti, je podle španělských vědců rizikovým faktorem pro nachlazení. Optimistický a otevřený postoj k životu naopak dokáže před rýmou ochránit.

„Naše objevy naznačují, že vysoká úroveň psychického stresu má mírnou souvislost s obvyklým nachlazením“, uvádí se ve zprávě vědců z univerzity v Santiagu de Compostela ve Španělsku. Taková obvyklá rýma je prý vážnou záležitostí, neboť v jejím důsledku dochází ve Spojených státech každoročně ke ztrátě 30 milionů pracovních dní.

Badatelé chtěli zjistit, zda stres zvyšuje pravděpodobnost onemocnění rýmou, a proto pozorovali v pravidelných intervalech během jednoho roku více než 1100 zaměstnanců a studentů univerzity. Studie se zaměřila na několik různých typů stresu jako jsou tíživé životní události, vnímaný stres, obecné negativní postoje a neurotická osobnost v porovnání s pozitivní a extrovertní povahou. Nejvíce ohroženi byli jedinci s negativními názory bez ohledu na to, zda užívali vitamín C, nebo kouřili a pili alkohol. Pravděpodobnost nachlazení u nich byla čtyřikrát vyšší než u ostatních pozorovaných. Vysoké riziko onemocnění rýmou zaznamenali vědci také u osob, které se domnívaly, že žijí ve stresu. Tito lidé byli třikrát více náchylní k nachlazení.

Působením psychického stresu se může snížit množství bílkovin, které brání pronikání infekce do organismu, a tím dochází k oslabení imunitního systému. Lidé vystavení stresu mají přitom větší sklony chovat se způsobem, který ohrožuje jejich zdraví, jako kouřit, pít alkohol nebo jíst nezdravě, uvádí se ve zprávě.

ČLK chce od pojišťoven zásadní navýšení plateb na režii ordinací

Téměř 30% navýšení plateb na režii ordinací ambulantních specialistů chce Česká lékařská komora (ČLK) od zdravotních pojišťoven v prvním pololetí příštího roku. Novinářům to včera řekl prezident ČLK David Rath, jenž návrh předloží na čtvrtetním dohodovacím řízení.

Bez navýšení nelze vyloučit, že se některé ordinace dostanou do technických problémů, poznamenal Rath a připomněl, že od roku 1997 platby na režii stagnují, za tu dobu ale vzrostl index spotřebitelských cen o 27,4 pro-

centa. Lékaři mají část režie v ceně bodu, část ale mají samostatně, hradí z ní energie, platby zaměstnanců, materiál, daně a odpisy.

Mluvíci ministerstva zdravotnictví Otakar Černý řekl, že ministr Bohumil Fišer včera s Rathem o tomto návrhu jednal. „Pan ministr soudí, že je potřeba to nejprve propočítat“, uvedl. Podle Ratha byl ministr vstřícný.

Navýšení se týká 5000 ambulantních specialistů. Pojišťovny by na režii vydaly za rok o necelou miliardu korun víc, což je podle Ratha akceptovatelné, ty se však k tomu stavějí rezervovaně. „Pojišťovny budou vždy proti. Mají peníze rády a rády je zadržují, nečekáme, že by jásaly,“ poznamenal Rath.

Viceprezidentka ČLK Helena Fousková řekla, že dosavadní úhrada nepokrývá režii, a tak ambulance šetří na každém kroku, například i na ručnicích. Upřesnila, že podle údajů Českého statistického úřadu stoupl výběr pojistného letos v prvním pololetí o osm procent, což by při pokračujícím trendu bylo letos 20 miliard pro zdravotnictví navíc. Navýšení plateb na režii by tak podle ní neznamenal ve zdravotně-pojistných plánech pojišťoven na rok 2002 žádný zásadní finanční problém.

ČLK chce navýšení v seznamu výkonů pro výpočet režijní sazby pro interní a chirurgické výkony ambulantních specialistů. Změny nežádá pro nemocnice, které mají vlastní paušální sazby, ani pro praktické lékaře, kteří jsou placeni za registrované pacienty.

I N Z E R C E

Redakční rada upozorňuje, že v nově zřízené rubrice

INZERCE je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.

Hledáme pediatra a sestry

Olivova dětská léčebna o.p.s., Říčany přijme lékaře s atestací II. stupně z pediatrie nebo atestací z oboru alergologie a klinické imunologie. Dále přijme zdravotní sestry a nižší zdravotnický personál.

Příhlášky s životopisem zašlete na adresu:

Olivova dětská léčebna o.p.s., Olivova 224, 251 01 Říčany,
informace podá: MUDr. Ficová, tel.: 0204/619 119

Hledáme pediatra

Městská nemocnice Turnov přijme do trvalého pracovního poměru ihned dětského lékaře/ku.

Informace podá prim. MUDr. Frömel, tel.: 0436/364 600
nebo hlavní sestra M. Strnadová, tel.: 0436/364 160

Nástup možný ihned nebo dle dohody. Ubytování možné.

Příhlášky včetně životopisu a praxe přijímá personální oddělení
MN Turnov, 28. října 1000, 511 16 Turnov.

Hledáme revizní lékaře

Česká národní zdravotní pojišťovna přijme do pracovního poměru revizní lékaře těchto oborů: chirurgie, gynekologie, pediatrie, interní lékařství, psychiatrie, PBLR. Podmínkou je atestace v základním specializačním oboru, znalost práce s PC. Nástup možný ihned.

Informace obdržíte na tel.: 02/61 38 73 11, e-mail: zdenka.jarosikova@cnpz.cz

Hledáme lékaře na dětské oddělení

Nemocnice Žatec přijme lékaře na dětské oddělení (i absolventa). Nástup možný ihned.
Tel.: 039/748 113

nebo na adrese: Nemocnice Žatec o.p.s., Husova 2796, 438 01 Žatec

Převzmu pediatrickou praxi

Převzmu pediatrickou praxi v Praze a blízkém okolí. Atestace II. stupně z oboru a 18 let praxe.

Tel.: 0606 528 804