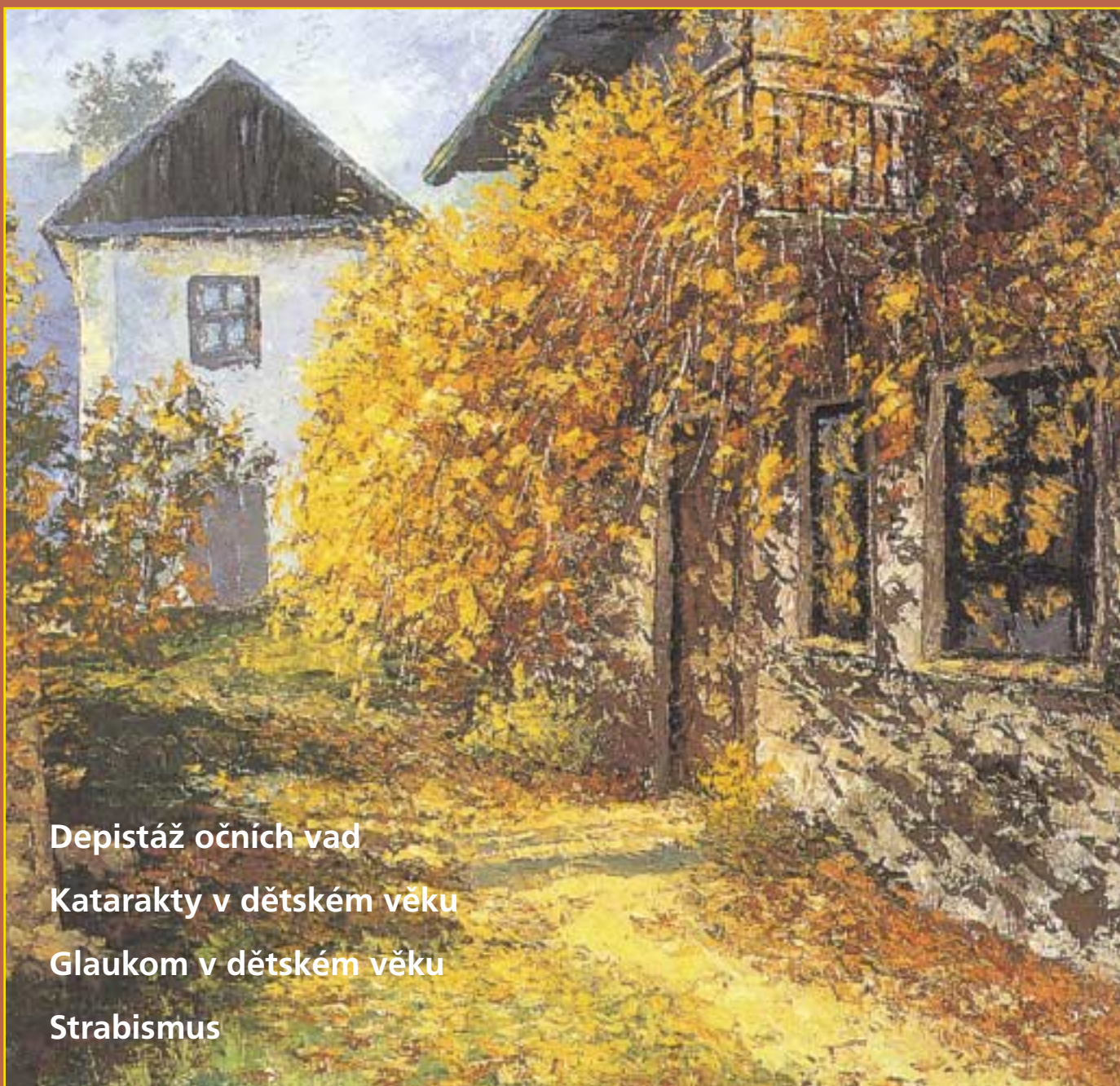


říjen 2003 ■ číslo 8 ■ ročník 3

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Depistáž očních vad

Katarakty v dětském věku

Glaukom v dětském věku

Strabismus



ČESKÁ
SPORITELNA

ZENTIVA

Aventis
Aventis Pasteur



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

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

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

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

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

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

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

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

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.
Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.

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

Inzerce:

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc září	5
Zápisy z jednání Koalice ambulantních lékařů	6-7
Předávání lékařských zpráv v jiném než českém jazyce	6
Prohlášení poskytovatelů zdravotní péče	7
14. Kongres ESAP - SEPA	8
Ukončení podnikání z daňového pohledu (závěr)	8
Enzymoterapie - příběh s otevřeným koncem	10
Zápis z jednání SPL ČR, SPLDD ČR a ZP	11
V. Šmatlák: Chyba není v pojišťovnách	12



Zpráva z 21. evropského kongresu	14
Doc. MUDr. A. Filouš, CSc., Prim. MUDr. S. Rodný Depistáž očních vad	16
MUDr. K. Marešová, MUDr. M. Houdková Vrozená neprůchodnost slzných cest	17
Prim. MUDr. M. Odehnal Problematika neprůchodnosti slzných cest	20
Prim. MUDr. M. Odehnal Strabismus a poruchy oční motility	22
Doc. MUDr. A. Filouš, CSc. Katarakta u dětí	25
Doc. MUDr. A. Filouš, CSc. Glaukom u dětí	26

MUDr. P. Pochop Nádory oka a očníce v dětském věku	28
Je enzymoterapie účinná?	31
MUDr. P. Gricová Kazuistiky	32
MUDr. M. Kudyn Zpráva z konference o ibuprofenu...	36



Aktuality	37
Řádková inzerce	42



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namaloval ústy a nohama Stanislav Kmiecik



Kadeřník, nebo porodnice?

V poslední době jsme svědky snahy různých profesních skupin o zvýšení platů. Není předmětem mé úvahy zdůrazňovat potřeby navýšit platy ve zdravotnictví. Ostatně každému se zdá, že jeho práce není dostatečně ohodnocena. Z pohledu laika by snad bylo možné se podívat do vyspělých evropských států, kolik tam pracuje lidí v jednotlivých resortech ve vztahu k počtu obyvatel (státní správa, učitelé, policie, zdravotníci) a v jakém poměru je jejich mzda k průměrné mzdě ve státě či k hrubému domácímu produktu na hlavu. Problém financování jednotlivých resortů však není pouze problémem platů.

Stanovené platby pojišťoven neodpovídají výkonům

Pohlédneme-li na zdravotnictví, vidíme nepochybně správnou snahu ministerstva zdravotnictví např. o redukcii počtu nemocnic. Většina z nich je zadlužená a byla předána do působnosti krajů. Ale proč jsou české nemocnice ve finančních problémech? Jistě je příčin mnoho – jednou z nich je i jejich počet a menší využitelnost některých z nich. Podstatu problému vidím v tom, jak plátcí péče (pojišťovny) provádějí úhrady nemocnicím podle mne za vysoce kvalifikovanou práci. Každý výkon, který se v nemocnicích provádí, má svou položku, kterou pojišťovna nemocnici následně proplatí. V minulém týdnu mě zaujal rozhovor dvou zdravotních sester. Jedna byla u kadeřníka, kde za barvení, mytí a oštrhávání vlasů zaplatila 700 Kč. Zajímalo mě to. Není to prý cena neobvyklá, je to cena, jak by řekli ekonomové, tržní. Jak se na tuto částku má dívat ředitelka či ředitel státní nemocnice? Za nekomplikovaný porod dostane nemocnice od pojišťovny 1380 Kč. (V tom není zahrnuta délka pobytu v nemocnici – jde pouze o vlastní porod.) Přemysleme o obou výkonech z ekonomického hlediska. Zatímco péči o vlasy zajišťuje jedna pracovnice a celá procedura trvá asi hodinu, průměrný porod trvá šest hodin a zajišťují jej nejméně dva pracovníci – porodní asistentka a lékař. Při této úvaze pomíjím pro jednoduchost rozdíl potřebné kvalifikace či materiálové náklady. Jenom pro zajímavost, pojišťovna proplácí nemocnici práci kvalifikovaného lékaře s I. atestací 133 Kč za hodinu. Jak vysvětlit tento cenový rozdíl mezi úpravou vlasů a porodem? Zatímco kadeřnice pracuje za cenu na trhu obvyklou, nemocnice za cenu, která jí byla stanovena a která neodpovídá ceně, jež by vyjadřovala náklady příslušného porodnického oddělení. Vždyť i ono musí zaplatit zaměstnancům mzdu, teplo, světlo, vodu. Mít prostředky na obnovu techniky a počítat s tím (a mít na to prostředky), že jednou za čas je třeba opravit střechu.

Tržní cena porodu

Tržní ceně snad odpovídá cena porodu, kterou může nemocnice účtovat cizince, jež tam bude rodit, a ta je více než čtyřikrát vyšší. Přesně 6248 Kč. Jsme vzdáleni toho si myslet, že u nás cizinky při porodu okrádáme. Neokrádáme-li však cizinky, kdo koho okrádá, když „český porod“ je za čtvrtinu ceny? Přijde-li přece cizinec nebo český nepojištěný občan do autoservisu, zaplatí stejnou cenu za výměnu blatníku jako pojišťovna toho řidiče, který měl havarijní pojištění. Autoservis tedy bere ode všech stejně – ne tak nemocnice. Ano, jsme všichni pojištěni, ale vlastně proti čemu? Jsme pojištěni dvakrát! Předně proti tomu, abychom nemuseli za ošetření jednorázově zaplatit, ale jsme vlastně „pojištěni“ i proti tomu, aby naše pojišťovna nemusela zaplatit opravdu reálnou cenu ošetření. Osobně si pamatuji dvojí ceny v některých divadlech, hotelích apod. Cenu pro cizince a ceny pro nás domácí. Nevím, co z toho kromě zdravotnictví přežívá. Spíše jsem se za to vždy v přítomnosti cizinců styděl. Ale jak to bude již za několik měsíců, až budeme v EU? Neuvažujeme však o budoucnosti. Čtvrtinová cena za porod proti ceně reálné by měla své opodstatnění, kdyby někdo dodával do nemocnic vodu, elektrický proud a rohlíky za čtvrtinovou cenu a někdo na nemocnici opravil střechu za čtvrtinu prostředků než na sousedním činžáku. Nebude-li tomu tak, budou i v budoucnu problémy.

Moderní medicína a peníze

V článku jsem se jednoduchou formou snažil poukázat na financování zdravotní péče u nás. Pevně věřím, že laskavý čtenář při úvaze o financování zdravotnictví navíc zváží obrovský rozvoj a možnosti moderní medicíny, které jsou samozřejmě spojeny s narůstajícími náklady, chtějí-li mít pacienti péči na úrovni doby. Je to bohužel (z pohledu státu) či bohudík (z pohledu nemocného) dynamický proces. I když všichni víme (a často to opakujeme), že zdraví je hodnota, kterou nelze vyčíslit, nelze tuto myšlenku aplikovat na financování zdravotnictví. I to je třeba vidět v tržním prostředí, v kterém se, ať to chceme nebo nechceme, zdravotní péče realizuje. Ale nejsem stoupencem plné komercializace systému.

Prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc.

Trombocytopenie v dětském věku

Anémie v dětském věku

Moderní ambulantní léčba dětské leukémie



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR
BOOTS
DNA ADVERTISING
HAPRA
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
UCB PHARMA
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

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

Členy Výboru zpravidla
zastihnete v těchto hodinách:

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

Středa
10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnová
13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
16,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc září

MUDr. Pavel Neugebauer

Měsíc září odstartoval počátek podzimní krize financování zdravotní péče, ačkoliv mnohé naše ordinace zatím nic citelně nepocítily, je třeba vědět, že konec roku přinese deficit systému ve výši cca 8,5 mld Kč; pokud nebudou podniknuty různé kroky, těžko si lze představit, že nás tato skutečnost mine; skutečnost, že se systém blíží do dosud nepoznané krize, potvrzuje i množství nedohod přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí 2004; ZP jsou stále méně schopny uspokojit oprávněné požadavky poskytovatelů zdravotní péče, a to za situace, kdy při rostoucích nákladech při poskytování zdravotní péče přetrvává u vládních představitelů názor, že pacient má mít vše zadarmo.

17.9. – druhý jednací den přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí 2004, stanoviska ZP a poskytovatelů zatím zůstávají odlišná, zástupci ZP se především obávají možného dopadu nedohody v segmentu lůžkové péče, proto domluvena další schůzka až po termínu jednání se zástupci nemocnic

18.9. – jednala analytická komise – pracovní komise SPLDD, na programu bylo:

1. Hodnocení dosavadních zkušeností s bonifikačním systémem VZP, kritizována především otázka hodnocení provádění preventivních prohlídek, původně nezohledňovány výkony při převzetí do péče, negativní dopad též přesunu prevencí vycházející na období prázdnin na dobu před prázdninami, pak „spadnou“ do jiného sledovaného období (důkazem je porovnání = v 1. a 2. pololetí), nejasnosti jsou i kolem počtů započtených pacientů do sledovaného období; opět byl vysloven důraz na začlenění hodnocení proočkovanosti (očkovací paušál) – vše nutno projednat při nejbližším jednání nad bonifikačním systémem

2. Byly vytyčeny krátkodobé cíle, mezi něž patří aktivní činnost pro možnost zavádění drobné laboratorní diagnostiky do ordinací PLDD, nespokojit se jen s prosazením CRP; dalším je příprava podkladů pro vytváření lokálních projektů na zvyšování kvality poskytované péče v návaznosti na úhradu od ZP např. z fondů prevence, což by mělo posilovat úlohu a postavení PLDD; posledním krátkodobým cílem je začlenění problematiky očkování a dispenzarizace do všech bonifikačních programů ZP

3. Diskutovaly se i cíle dlouhodobé, mezi které patří vyhodnocování uplatňování regulací ve smyslu odstranění veškerých regulací negativních a přechod na pouze pozitivní motivační prvky; do dlouhodobých cílů byla zařazena i problematika řešení dopadu změny DPH na zdravotnictví, i když dopad bude brzy, náprava, či možné změny se nejspíše budou připravovat delší dobu; posledním z dlouhodobých cílů je zahájení přípravy prací nad

přechodem hrazení systému zdravotní péče bodníkovým systémem na systém ceníkový

4. Projednávala byla i otázka dalšího postupu ve vytváření nákladových středisek, jako základního zdroje podkladových materiálů pro jednání o ekonomickém hodnocení naší činnosti

5. Zvažovala se i možnost certifikace lékařských praxí (audit praxe) při uplatnění norem ISO

19.9. – jednalo Předsednictvo SPLDD, projednávala byla samozřejmě aktuální situace v našem zdravotnictví, byla řešena problematika jednotlivých regionů, připravována celostátní konference a byl diskutován plán akcí pro rok 2004

23.9. – finalizují se jednání na téma vydání nových členských průkazů SPLDD při použití čárkového kódu, což by mohlo sloužit pro identifikace člena při získávání výhod ze smluv uzavíraných našim sdružením, uplatnit by se mohly i na poli vzdělávání

24.9. – poslední jednací den přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí 2004, nic podstatného se nezměnilo, proto tato fáze končí poprvé nedohodou, domníváme se, že není možné nadále akceptovat stav, kdy podpora primární péče zůstává pouze ve formě verbální, nedohodou chceme i poukázat na současnou nesmyslnost cenových jednání, kdy vše probíhá jako boj o kůrku, které představuje nárůst výběru pojistného, ani náznak zdravotní politiky, preference ambulantní péče, mizivá podpora preference primární péče...

25.9. – 28.9. – v Milovech proběhlo zasedání okresních a regionálních předstů SPL ČR s vedením této organizace, jednání proběhlo za účasti mnoha zajímavých hostů, v čele s řediteli všech významnějších ZP a ekonomickým náměstkem ministryně zdravotnictví, řešení mnoha problémů však vyznělo do ztracena, pro Vaši informaci zveřejňujeme text prohlášení vzešlého z tohoto jednání: **Spolu s dalšími představiteli ambulantní zdravotní péče v ČR jsme se shodli na konstatování: České zdravotnictví je ve finanční krizi,**

kteřá dlouhodobě není systémově řešena.

Očekáváme současný dopad několika nepříznivých vlivů:

1. Dojde k výraznému zpoždění plateb zdravotních pojišťoven, které jsou nesolventní v důsledku nízkého výběru pojistného, zejména za státní pojištění, a Ministerstvem zdravotnictví soustavně vynucovaného preferování plateb lůžkovým zdravotnickým zařízením.

2. Ze stejného důvodu se na další období nepodařilo vyjednat ani pokrytí prokazatelného navýšení našich provozních nákladů.

3. Očekávaná změna platby DPH povede k dalšímu skokovému navýšení nákladů, které poneseme my jako poskytovatelé a nikoli naši pacienti, kteří jsou skutečnými koncovými spotřebiteli zdravotní péče.

Jako reakci na tuto situaci jsme přijali tato opatření: Svoláme společné veřejné zasedání krizových štábů všech organizací ambulantních lékařů za účasti občanské veřejnosti, zástupců krajských samospráv, představitelů profesních organizací lékařů i zástupců zdravotních pojišťoven. Jsme přesvědčeni, že zdravotní pojišťovny jsou krizí systému postiženy podobně jako my. Krizové štáby rozhodnou o termínech a způsobu provedení v Milovech dohodnutých protestních akcí lékařů.

29.9. – členové Výboru se zúčastnili ekonomického semináře na Žofíně s ministryní zdravotnictví s očekáváním informací o urychleném řešení zadlužování systému zdravotního pojištění, opak byl však pravdou, reakce byly i v deníku tisku a tak lze celou akci zhodnotit jedním z četných novinových titulků – lékaři se ptali, ministryně neodpovídala, snad jen jediný dodatek: není úplná pravda, že ministryně neodpovídala, často to však vypadalo, že slyšela úplně jinou otázku

30.9. – jednala Koalice ambulantních lékařů, zápis zveřejněn na jiném místě časopisu.



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů ze dne 30.9.2003 v kanceláři SPLDD ČR

Přítomni: MUDr. Tautermann, MUDr. Neugebauer, MUDr. Novický, MUDr. Jelínek, MUDr. Kudyn, MUDr. Příbaň

Aktuální situace ve zdravotnictví

Legislativa

- Vyhláška o síti zdravotnických zařízení – dr. Tautermannem předložen návrh Vyhlášky příliš se neliší od již opakovaně předkládaných materiálů v minulosti, navíc nerespektující ani již schválené koncepce oborů, materiál byl předložen za strany MZ k připomínkám ČLS JEP
- Způsobilost... – bezúhonnost – měla by být definována ve vztahu k vykonávání povolání lékaře, ne obecně (např. způsobím dopravní nehodu, ale kvůli tomu nemohu dále vykonávat povolání lékaře)
- výčet základních atestací – ???, rozpaky při porovnání na ostatní země EU, některé obory jen úzce profilované – návrh – mantinely určí ministerstvo, oborové (odbornostní) členění určí Komora v návaznosti na trendy ve světě a za náplně odpovídají jednotlivé odborné společnosti – tzn. na toto upravit i komorový zákon
- změna zákona č.20/1966 – registry, statistika
- stanovisko vypracované SPL přijato za stanovisko Koalice – předání dr. Cabrnchovi zajistí dr. Tautermann

Ekonomika

- žádost Lékařnické komory (dr. Chudoba) požádal o koordinaci postupu s Koalicí
- prohlášení SPL z Milov – setkání krizových výborů s pozváním zástupců pojišťoven, krajů strukturované, tj. nejdříve shromáždění Koalice, pak část s hosty a pak tisková konference Koalice, tj. vše v režimu Koalice, termín v týdnu po 10.11.(optimálně 12.11.) – malý sál pro cca do 100 lidí + salonek, zajistí sekretariát SPLDD ČR
- SSL ZP ČR – v 18 hod v Brně bude shromáždění ambulantů Brna – požádáno o účast Koalice

Zapsal: Neugebauer

Prohlášení shromáždění praktických lékařů v Milovech 28.9.2003

Spolu s dalšími představiteli ambulantní zdravotní péče v ČR jsme se shodli na konstataci:

České zdravotnictví je ve finanční krizi, která dlouhodobě není systémově řešena.

Očekáváme současný dopad několika nepříznivých vlivů:

1. Dojde k výraznému zpoždění plateb zdravotních pojišťoven, které jsou nesolventní v důsledku nízkého výběru pojistného, zejména za státní pojištěnce, a Ministerstvem zdravotnictví soustavně vynucovaného preferování plateb lůžkovým zdravotnickým zařízením.
2. Ze stejného důvodu se na další období nepodařilo vyjednat ani pokrytí prokazatelného navýšení našich provozních nákladů.
3. Očekávaná změna platby DPH povede k dalšímu skokovému navýšení nákladů, které ponese my jako poskytovatelé a nikoli naši pacienti, kteří jsou skutečnými koncovými spotřebiteli zdravotní péče.

Jako reakci na tuto situaci jsme přijali tato opatření:

Svoláme společné veřejné zasedání krizových štábů všech organizací ambulantních lékařů za účasti občanské veřejnosti, zástupců krajských samospráv, představitelů profesních organizací lékařů i zástupců zdravotních pojišťoven. Jsme přesvědčeni, že zdravotní pojišťovny jsou krizí systému postiženy podobně jako my.

Krizové štáby rozhodnou o termínech a způsobu provedení v Milovech dohodnutých protestních akcí lékařů.

Lze lékařské zprávy předávat v jiném než českém jazyce?

Stále častěji dochází mně i mým kolegům lékařské zprávy z jiných zdravotnických zařízení, které jsou psány ve slovenském jazyce. My, kteří jsme vyrůstali ve společném státě, máme slovenštinu ještě v paměti, ale přesto máme problémy s určitými výrazy. Naši mladší kolegové to však budou mít mnohem těžší.

S postupujícím časem začínají v některých zařízeních působit lékaři nejen slovenské, ale také ruské národnosti, se vstupem do EU bude možný volný pohyb pracovních sil, tj. také lékařů. Prosím proto o zprávu, jak je zajištěno, že lékaři působící v ČR si budou i nadále po stránce jazykové dokonale rozumět, což, jak jistě nemusím zdůrazňovat, je v naší praxi nezbytné.

MUDr. Zdeňka Růžicková

Dětské zdravotní středisko

Karlovy Vary – Doubí

Každý lékař má právo na to, aby od svých kolegů působících na území České republiky, obdržel lékařskou zprávu nutnou pro návaznost zdravotní péče v českém jazyce. Každý lékař, který bude vykonávat lékařské povolání na území České republiky, je povinen český jazyk ovládat tak, aby byl schopen vystavit lékařskou zprávu v českém jazyce a porozumět se v českém jazyce s pacientem.

JUDr. Jan Mach

ředitel právního oddělení ČLK



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů ze dne 14.10.2003

Přítomní:

ČSK – Pekárek
SSL ČR – Tautermann, Příbaň
SPLDD ČR – Neugebauer, Kudyn
SSG ČR – Stará
SPL ČR – Šmatlák, Mañas

Hosté:

Č. lékárnická komora (ČLÉK)
– Mgr. Leona Štěpková – viceprezidentka
ČLK – MUDr. Michal Sojka

1. Krize ve zdravotnictví

Potvrzen scénář společného jednání krizových výborů členů Koalice tak, jak byl domluven na poslední schůzce (viz zápis). ČSK zajistí vhodný termín a místo konání akce. Souhlas s připojením ČLÉK.

2. K žádosti ČLK

na odvolání ministryně Součkové

Řešení krize nevidí Koalice ani ČLÉK v odvolání ministryně, ale v odhodlání vlády přijmout ne-

zbytné reformní kroky vedoucí k stabilizaci a rychlému zlepšení ekonomické situace systému. Přijato společné prohlášení ke krizi ve zdravotnictví (viz email). Distribuci do médií provede SPL.

3. Vystoupení Dr. Sojky

Deklaruje se jako pozorovatel pověřený Dr. Rathem. S žádnými návrhy ani požadavky směrem ke Koalici nepřichází. Vysvětluje důvody, které vedly představenstvo ČLK k požadavku na odvolání ministryně: „...nic nedělá a začíná škodit... nedokázala získat pro systém ani Kč... předkládá špatné návrhy zákonů..., situaci není schopna řešit...“

Diskuse: v řadě bodů prezentovány diametrálně odlišné názory a stanoviska vedení ČLK a Koalice, zejm. na příčinu vzniku současné krize, včetně role exministra Fischera, a její řešení.

4. Legislativa

V legislativní radě vlády jsou zákony:

a) o ZZ – cave ! veřejná služba, spádová území,

kontrola investic ZZ, atd.

b) o zdravotní péči – ! odborný zástupce pro všechny odbornosti provozované ZZ, atd.

c) o veřejném zdrav. pojištění – ! změna § 17
1. čtením prošel Zák. o odborné způsobilosti – ! vyhl. O zdravotní způsobilosti zdravot. pracovníků! Novela Z.160: instalovat dědění/prodej praxí vč. přechodu smluv se ZP. Pekárek zašle příslušné návrhy členům Koalice. Budou projednány na zvl. schůzi Koalice.

6. Econsult

Projekt podpory a zavádění informatiky do ZZ. Zatím nejasná účelnost projektu samotného, ale i vztahů uvnitř zamýšleného konzorcia resp. s.r.o. Oslovení členové Koalice nejvíce zatím k projektu velkou adhezencí. ČSK se nepřipojí.

7. Termín příští schůzky zapisovatelem nezaregistrován, prosím o jeho upřesnění.

Zapsal: Šmatlák

Prohlášení Koalice ambulantních lékařů k současné krizi ve zdravotnictví

Dne 14.10.2003 se sešli zástupci Koalice ambulantních lékařů (Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Sdružení smluvních lékařů ČR, Sdružení soukromých gynekologů ČR, Česká stomatologická komora) spolu s Českou lékárnickou komorou a přijali toto prohlášení:

Podporujeme reformní kroky, které by měly stabilizovat systém veřejného zdravotního pojištění. Koalice požaduje:

1. Vymezení rozsahu péče poskytované z veřejného zdravotního pojištění.
2. Zajištění výběru pojistného od dlužících státních podniků.
3. Navýšení platby pojistného za pojištěnce, za které hraří pojistné stát
4. Snížení počtu nemocnic.

V současné době nevidíme řešení krizové situace ve výměně osoby ministra zdravotnictví. Koalice ambulantních lékařů vytvořila koordinační krizový výbor, který průběžně vyhodnocuje situaci a pozorně bude sledovat jednání vládní koalice o návrzích koncepčních změn ve zdravotnictví. Pokud vláda neprovede reformní kroky a neposkytne záruky vedoucí k okamžité stabilizaci systému a urychlenému zlepšení ekonomické situace zdravotnických zařízení, budou členové Koalice ambulantních lékařů nuceni přistoupit k protestním akcím.

V Praze, dne 14.10.2003

MUDr. Václav Šmatlák, Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Pavel Neugebauer, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Pavel Tautermann, Sdružení smluvních lékařů ČR

MUDr. Alexandra Stará, Sdružení soukromých gynekologů ČR

MUDr. Jiří Pekárek, Česká stomatologická komora

Mgr. Leona Štěpková, Česká lékárnická komora

Prohlášení poskytovatelů zdravotní péče k uzavřeným dohodám na 1. pololetí 2004

Uzavřením dohod o úhradě zdravotní péče na 1. pololetí 2004 deklarují tito poskytovatelé vůli zohlednit reálné ekonomické možnosti zdravotních pojišťoven.

Nadále však budou spolu s ostatními poskytovateli poukazovat na neřešení základního rozporu zdravotního pojištění, tj. rozdílného objemu poskytované zdravotní péče a objemu finančních prostředků na její úhradu. Tento rozpor povede i nadále k vykořisťování práce všech zdravotníků, neboť úhrada jejich činnosti zůstává nadále nejen hluboko pod hladinou odpovídající významu jejich profese, ale i hluboko pod výší úhrad běžných v jiných vyspělých státech Evropy, tedy i států Evropské unie, mezi které máme brzy patřit.

Přenesení břemene navýšení DPH i na zdravotníky, kteří nejsou přímým spotřebitelem, který by měl tuto daň platit, povede k dalšímu zhoršení ekonomické bilance zdravotnických zařízení.

Poskytovatelé proto vyzývají odpovědné politiky k řešení vážných problémů ve zdravotnictví, a to nejen ekonomických.

Poskytovatelé upozorňují na skutečnost, že další neřešení těchto problémů bude mít negativní dopad na současnou kvalitu poskytované zdravotní péče.

Zapsal: MUDr. Pavel Neugebauer



14. Kongres ESAP – SEPA

Evropská společnost ambulantní pediatrie (ESAP) pořádala letos ve dnech 19.–21. září již 14. ročník tohoto kongresu v metropoli Lombardie v Miláně v Itálii. Zkratka SEPA je francouzskou variantou.

Letošní ročník přinesl výrazné oživení, zúčastnilo se více zemí, byl zajímavější program a celkově bylo více aktivity na přednáškách, workshopech a při diskusích.

Českou republiku zastupovali tři účastníci, kromě mne, MUDr. Ctibor Dostál a MUDr. Jaroslava Chaloupková. Přestože jednacím jazykem byla angličtina, velmi se používala také tradičně francouzština, a všude zněla domácí italština. Přítomno bylo přes 200 delegátů, zejména z celé EU, z východní Evropy je dosud malé zastoupení, kromě naší země, byli přítomni Slovinci a Litevci. Na začátku kongresu se uskutečnilo setkání hlavních delegátů ze všech zemí, jednak, aby se navzájem seznámili, ale i pro zodpovězení základních 6 otázek všemi zúčastněnými, vztahujících se k primární pediatrické péči.

V úvodní den kongresu patřila k nejzajímavějším přednáškám o kvalitě života pediatra od Roberty Luchelli, která se koncentrovala na problematiku tzv. vyhoření (burnout). Bylo možné si na místě vyplnit dotazník a otestovat si event. stupeň či fázi vyhoření. Při této přednášce se zjišťovalo hlasováním, zda ambulantní pediatrii pacientům, resp. jejich rodičům, sdělují čísla svých mobilních telefonů. Pouze asi jedna desetina tak činí. Možno konstatovat, že dnes v Evropě převažuje tendence k striktnímu oddělení času na práci a na odpočinek, což konstatoval i čestný předseda ESAP pan prof. Francesco Prandi ze Španělska. Velmi zajímavá byla i přednáška o informačních technologiích a následná diskuse, z níž vyplynulo, že rozvoj webových stránek jednotlivých lékařů v Evropě se šíří jako lavina. Obsahují základní údaje o lékaři, nabídku služeb, ceníky, ordinační hodiny, návaznou péči, často i foto ordinace, někdy i základní obecná doporučení.

Druhý den byla nejlepší přednáška o vakcinaci a jejích schemech v Evropě, kterou přednesla Francouzka z Paříže,

C. Weil Olivier. Budoucnost patří kombinovaným vakcínám, perorální polio je raritou kromě nás jen v Anglii, ovšem s tím rozdílem, že anglická ambulantní pediatrie nefunguje příliš dobře. Stále není k dispozici vakcína proti borrelióze. Uskutečnila se také valná hromada ESAP, již jsem se aktivně zúčastnil a získal mimo jiné i mandát ve výboru, s pověřením zajistit do budoucna účast více zemí tzv. východní Evropy.

Poslední den byla přijata tzv. Evropská charta práv dětí a dospívajících ve vztahu k ambulantní pediatrii, zkráceně Evropská charta ambulantní pediatrie. Přijat byl také materiál připravený tzv. etickou komisí s názvem – From ethical principles to ambulatory pediatrics. Oba materiály budou otištěny v některém z příštích Voxů. Jsou zajímavými dokumenty pro centrální jednání našeho Sdružení a Odborné společnosti.

Závěrem možno konstatovat, že se podařilo upevnit kontakty minulé a hlavně pak navázat nové, zejména s Itálií a Slovinskem, ale i Španělskem.

zpracoval

MUDr. Tomáš Soukup

Ukončení podnikání z daňového pohledu (dokončení z minulého čísla)

Ing. Jaromír Adamec

Dnešní pokračování se bude zabývat daní z příjmů, která je upravena zákonem číslo 586/1992 Sb.

■ Záloha na daň

Každý z nás ví o této dani své. Protože jako osoby, mající příjmy z jiného podnikání podle zvláštních právních předpisů (tedy jak vy lékaři, tak já co by daňový poradce a auditor), jsme povinni každoročně podávat daňové přiznání k této dani, tak zcela určitě známe i výraz záloha na daň. Ta začne být aktuální v momentě, kdy naše poslední známá daňová povinnost (tedy nikoliv doplatek daně) přesáhne 30000 Kč. Podle výše této poslední známé daňové povinnosti (zjištěné z námi podaného daňového přiznání za bezprostředně předcházející zdaňovací období) se odvíjí periodicita a výše záloh, a to jako pololetní či čtvrtletní. Potud asi nic nového. Problém nastane v situaci, kdy v průběhu

zálohového období dojde u poplatníka ke snížení příjmů, resp. daňového základu, nebo k ukončení činnosti či jiným způsobem k zániku zdroje příjmů.

První variantu je možné řešit žádostí o stanovení záloh jinak či žádostí o upuštění od povinnosti platit zálohu. Žádost je vhodné doložit relevantními údaji a doručit správci daně v rozumném časovém předstihu tak, aby v případě, že nebude žádosti vyhověno nevzniklo prodlžení s platbou.

Na druhou variantu pamatuje sám zákon o daních z příjmů v § 38a odst. 8, neboť dle tohoto ustanovení není poplatník povinen platit zálohu na daň, jestliže ukončil činnost, z níž mu plynuly zdanitelné příjmy, nebo zanikl zdroj zdanitelných příjmů, a to od splátky následující po dni, v němž došlo ke změně rozhodných skutečností. Je však důležité upozornit na to, že tyto skutečnosti je poplatník povinen správci daně oznámit. To ostatně předpoklá-

dá i zákon o daních z příjmů a odkazuje se přitom na registrační povinnost a oznamování změn dle § 33 odst. 7 zákona o správě daní a poplatků. Domnívám se však, že i při nesplnění oznamovací povinnosti zániku zdroje příjmů či ukončení činnosti povinnost platit zálohu zaniká, pouze by bylo možné za nesplnění povinností nepeněžitě povahy uložit poplatníkovi pokutu.

■ Pohledávky a závazky při skončení podnikání

Ukončit činnost bez pohledávek a závazků by bylo zcela určitě jednoduché. Realita je však taková, že se to snad ani nemůže podařit. Možná i proto obsahuje zákon o daních z příjmů ustanovení § 23 odst. 8, které se snaží tyto otázky řešit. V tento okamžik se rozdělují osudy poplatníků fyzických osob podle účetní soustavy, v které účtují.



■ Úpravy v jednoduchém účetnictví

V soustavě jednoduchého účetnictví se rozdíl mezi příjmy a výdaji upraví o výši pohledávek a závazků s výjimkou přijatých záloh. Pokud mezi pohledávkami jsou pohledávky uvedené v § 24 odst. 2 písm. y), tak ty se do úpravy nezahrnují. Jedná se o tyto pohledávky:

- za dlužníkem, u něhož soud zamítl návrh na prohlášení konkursu nebo zrušil konkurs, a to pro nedostatek majetku dlužníka,
- který je v konkursním a vyrovnacím řízení, a základě výsledků konkursního a vyrovnacího řízení,
- který zemřel, a pohledávka nemohla být uspokojena ani vymáháním na dědicích dlužníka,
- který byl právnickou osobou a zanikl bez právního nástupce a věřitel nebyl s původním dlužníkem ekonomicky nebo personálně spojenou osobou anebo fyzickou osobou blízkou (§ 23 odst. 7),
- na jehož majetek, ke kterému se daná pohledávka váže, je uplatňována veřejná dražba, a to na základě výsledků této dražby,
- jehož majetek, ke kterému se daná pohledávka váže, je postižen exekucí, a to na základě výsledků provedení této exekuce.

Příklad č. 4: Ke dni ukončení podnikání má poplatník pohledávky 150 tis. Kč, závazky 20 tis. Kč, závazky z titulu přijatých záloh 10 tis. Kč. Mezi pohledávkami pohledávka 30 tis. Kč za dlužníkem, na kterého byl zamítnut návrh na prohlášení konkursu z důvodu nedostatku majetku a 20 tis. pohledávka za dlužníkem, který zemřel bez dědiců. Základ daně se zvýší o 100 tis. Kč (150–30–20) a sníží o 20 tis. Kč.

Dále se rozdíl mezi příjmy a výdaji upraví o cenu nespotřebovaných zásob a o zůstatky vytvořených rezerv tvořených podle zákona 593/1992 Sb., o rezervách pro zjištění základu daně z příjmů.

Příklad č. 5: Tentýž poplatník má ke dni ukončení podnikání skladem zásoby zdravotnického materiálu ve výši 20 tis. Kč. Dále ke dni ukončení podnikání vlastní zánovný laserovou tiskárnu v ceně 15 tis. Kč, kterou začal používat před 3 měsíci. Na opravu střechy ordinace tvořil daňovou rezervu, jejíž aktuální zůstatek činí 180 tis. Kč. Základ daně bude zvýšen o 200 tis. Kč (20+180). Pozn.: Materiál do okamžiku spotřeby je považován za zásobu a tudíž vstupuje do základu daně. Naopak používaný drobný hmotný majetek za zásobu považován není.

Pokud dojde k prodeji nespotřebovaných zásob v budoucnu, zahrne se do základu daně pouze kladný rozdíl mezi prodejní cenou a cenou zahrnutou do základu daně.

Příklad č. 6: Zdravotnický materiál se podařilo prodat za dva měsíce za původní cenu 20 tis. Kč. Základ daně se nezvyšuje.

Nájemné u finančního leasingu se do základu daně zahrne pouze v poměrné výši připadající ze sjednané doby na příslušné zdaňovací období do ukončení podnikatelské činnosti.

Příklad č. 7: Podnikatelská činnost byla ukončena k 31.7. běžného roku. Finanční leasing byl sjednán na 36 měsíců a skončil k 30.9. běžného roku. Do výdajů bude v běžném roce zahrnuta pouze aliquotní část 7/36 celkového nájemného.

■ Úpravy v podvojném účetnictví

Hospodářský výsledek se upraví o zůstatky vytvořených rezerv (viz příklad č. 5) a opravných položek, výnosů příštích období, výdajů příštích období, příjmů příštích období a nákladů příštích období. Nájemné u finančního leasingu se do základu daně zahrne stejným způsobem jako v jednoduchém účetnictví (viz příklad č. 7).

■ Firemní majetek při skončení podnikání

Tento majetek bude pravděpodobně tzv. obchodním majetkem, což je souhrn majetkových hodnot (věcí, pohledávek a jiných práv a peněz ocenitelných jiných hodnot), které jsou ve vlastnictví poplatníka a o kterých bylo nebo je účtováno. Při ukončení podnikání může nastat několik variant. Likvidace majetku je jednou z prvních. Protože důkazní břemeno je vždy na poplatníkovi, je vhodné umět prokázat, např. potvrzením ze sběrného dvora apod. vlastní likvidaci. Zde daňový problém nenastane, neboť nebude co zdanit mimo případné tržby ze sběrného odpadu a navíc bude zůstatková cena takto zlikvidovaného hmotného majetku daňově uznatelným výdajem. Některý majetek bude ještě před ukončením podnikání prodán a tedy regulérně zdaněn, další bude vyřazen z obchodního majetku a používán pro osobní potřebu (zde naopak zůstatková cena nebude daňově uznatelným výdajem), některý se stane nepotřebným, ale nenajde se kupec. Nakonec i tento bude časem prodán.

Na prodej movitých věcí se obecně vztahuje osvobození od daně z příjmů (viz § 4 odst. 1 písm. c)). Osvobození se však nevztahuje na příjmy z prodeje movitých věcí, které byly zahrnuty do obchodního majetku a to do pěti let od jejich vyřazení z obchodního majetku. Z toho vyplývá, že jak majetek, který bude vyřazen a používán pro osobní potřebu a později prodán, tak majetek (vyřazený z obchodního majetku), který leží ladem a poté se pro něj najde kupec, budou zdaněny daní z příjmů, pokud budou prodány ve lhůtě pěti let od jejich vyřazení z obchodního majetku. Podobná ustanovení se týkají

i nemovitostí a dalších majetkových hodnot pořízených z obchodního majetku.

■ Majetek, který byl pořízován formou finančního leasingu

Smlouva o finančním leasingu končí odprodejem předmětu nájmu. Dojde-li tedy k regulárnímu ukončení smlouvy a nabytí vlastnických práv po skončení nájmu, potom se jedná o prodej movité věci. Protože zákon o daních z příjmů obsahuje ustanovení o tom, že po skončení finančního leasingu je daňový poplatník povinen zařadit předmět nájmu do obchodního majetku, platí při následném prodeji stejný postup jako u ostatních movitých věcí, které jsou popsány výše u firemního majetku.

■ Převod leasingové smlouvy

Cese leasingové smlouvy připadá v úvahu v případě, kdy dochází k ukončení podnikání a leasingová smlouva není ukončena. Leasingová společnost sice může nabídnout předčasné ukončení leasingové smlouvy, ale to má většinou výrazné negativní dopady na daňové povinnosti a podrobný popis tohoto problému přesahuje možnosti tohoto článku. V případě cese se použijí ustanovení o úpravě daňového základu (viz příklad č. 7) a dále se do daňového základu zahrne případné vyrovnání mezi nájemci přesahující časově rozlišenou první splátku.

■ Daňové přiznání k dani z příjmů fyzických osob a přehledy pro zdravotní pojišťovnu a správu sociálního zabezpečení

Protože zákon o správě daní a poplatků nezná u fyzických osob přiznání k dani z příjmů při ukončení činnosti, podává se daňové přiznání v řádném termínu, kterým je pro poplatníka se zdaňovacím obdobím shodným s kalendářním rokem 31. března, resp. 30. června, zpracovávali a podává daňové přiznání daňový poradce. Standardní termíny platí i pro zdravotní a sociální pojištění.

■ Závěr

Pokud jste dočetli až sem, tak jste získali základní informace o povinnostech při ukončení podnikání. V tak malém rozsahu bohužel nelze popsat vše. Zcela mimo tak zůstala daňová optimalizace, která např. dokáže ušetřit významné částky na sociálním a zdravotním pojištění při vhodném způsobu zdanění příjmů z prodeje firemního majetku. Myslím si však, že toto je vhodné svěřit do rukou kvalifikovaných odborníků – daňových poradců, kteří dokáží výše uvedené převést do reality.

Autor je daňovým poradcem SPLDD ČR.



Enzymoterapie – příběh s otevřeným koncem

Komise pro zkoumání alternativní medicíny vědecké rady lékařské komory se už víc než před rokem obrátila na „kompetentní orgány“ MZ a České lékařské komory (ČLK) se žádostí, aby posoudily „rozsáhlou agresivní kampaň propagující prostředky systémové enzymoterapie“. Komisi se jednalo o propagaci přípravků Wobenzym a Phlogenzym zejména v časopise Osobní lékař. Od té doby si její členové, v čele s profesorem Jiřím Heřtem, vyměnili s oslovenými institucemi celý stoh korespondence. Výsledek je téměř nulový. Jasně odpovědi – ať už kladné, či záporné – jako by se všichni báli.

Komise podala svoji první stížnost na firmu Mucos Pharma, která Wobenzym a Phlogenzym vyrábí, a to ve věci propagace obou přípravků v rozporu se zákonem o regulaci reklamy už loni. S podnětem na Státním ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), který zákon dozoruje, ale neuspěla. Zahájené správní řízení SÚKL 10. října loňského roku zastavil, protože nebylo prokázáno, že by reklama ve firemní brožurě, na plakátech v lékárnách a v časopise Osobní lékař, byla v rozporu se zákonem. Tak jednoduché to možná není. Sám ředitel SÚKL Milan Šmíd v dopise komisi zdůrazňuje, že reklama nebyla v rozporu se zněním zákona platným do 31. května 2002. Nyní však platí o něco přísnější novela, podle níž ale případ projednáván nebyl (patrně vzhledem k datu podání podnětu). O tom, zda by však řízení podle novelizovaného znění zákona o regulaci reklamy skončilo odlišně, lze ovšem pouze spekulovat.

■ Presstempus bude možná platit pokutu

Víc starostí má vydavatel Osobního lékaře. I na něj totiž komise zaslala podnět ve věci posouzení reklamní kampaně na oba přípravky. Připomeňme, že jde o časopis určený široké veřejnosti, jehož „odbornost garantuje ČLK“. Vydává ho společnost Presstempus, která patří Evě Klimovičové, bývalé dlouholeté člence představenstva a nyní výkonné sekretářce vědecké rady ČLK. „Vedoucím redakčního týmu“ je prezident komory David Rath, „výkonným redaktorem“ pak Michal Sojka, šéfredaktor komorového časopisu Tempus medicorum.

SÚKL opravdu správní řízení proti vydavateli Osobního lékaře zahájil 13. ledna letošního roku, ovšem z vlastního podnětu, říká M. Šmíd. Předmětem řízení je reklama na léčivé přípravky Wobenzym a Phlogenzym, a to pro její nesoulad se zákonem o regulaci reklamy. Podle M. Šmída však

nemá souvislost s už zmíněným správním řízením vedeným minulý rok se společností Mucos Pharma CZ, které bylo zastaveno.

SÚKL pak 11. března vydal rozhodnutí, ve kterém byla vydavatelství Presstempus uložena pokuta, dosud však není pravomocné. SÚKL to odůvodňuje tím, že se účastník řízení pravděpodobně odvolal k soudu. „Vzhledem k tomu, že účastník může podat opravný prostředek u jakéhokoli soudu, není SÚKL dosud přes veškeré úsilí stoprocentně známo, jestli tak účastník opravdu učinil. Kdy bude případ ukončen a rozhodnutí nabude právní moci, není možné v současné době s jistotou říci,“ tvrdí Klára Šedivá z tohoto ústavu. Do ukončení případu nechce SÚKL sdělit ani výsledek svého šetření, ani výši pokuty. S tímto postupem komise pro alternativní medicínu ČLK nesouhlasí, protože se domnívá, že SÚKL je povinen informovat o svých rozhodnutích bez ohledu na odvolání účastníka řízení k soudu.

■ Komise si píše se SÚKL

Komise se na výsledek šetření celé kauzy SÚKL několikrát dotazovala. Loni v listopadu komisi M. Šmíd napsal, že o výsledku šetření ji bude informovat, 17. ledna letošního roku ji oznámil, že bylo zahájeno správní řízení a že předpokládá datum vydání rozhodnutí 13. února. Potvrdil přitom, že o výsledku správního řízení bude sekretář komise informovat. Komise 7. a znovu 17. března informaci uřgovala, protože se domnívala, že je účastníkem správního řízení, když SÚKL podala v předmětné záležitosti svůj podnět. V dopise z 21. března M. Šmíd komisi sdělil, že ve věcech reklamy SÚKL zahajuje správní řízení pouze z vlastního podnětu, a podle příslušného paragrafu zákona také určuje jeho účastníky. Komise se tedy nestala účastníkem řízení, a to ani podáním podnětu. Proto jí SÚKL prý nemůže sdělit své rozhodnutí před nabytím právní moci. M. Šmíd také v tomto dopise napsal, že předpokládané datum, kdy rozhodnutí nabude právní moci, je 14. dubna. Odvolání účastníka má ovšem podle něj odkladný účinek, přičemž odvolacím orgánem ve věcech reklamy je soud. V dalším dopise z 3. června, signovaném tentokrát vedoucí oddělení regulační koordinace a právní podpory SÚKL Jitkou Šabartovou, se uvádí, že správní řízení nebylo ještě ukončeno, protože „účastníkem řízení nám bylo ústně sděleno, že využil svého práva podat odvolání a odvolal se proti rozhodnutí SÚKL k soudu.“ Žádný soud v té době ale nepožádal SÚKL o vyjád-

ření, a proto ústavu nebylo ani známo, „v jaké fázi se celá věc nachází.“ Komise v reakci na tento dopis vyslovila pochybnost, zda je ústní sdělení účastníka správního řízení o odvolání se k soudu dostačující k tomu, aby SÚKL nadále zadržoval rozhodnutí správního řízení. SÚKL dalším dopisem J. Šabartové (z 13. června) ovšem svůj postoj potvrdil. Má totiž za to, že pokud s naprostou jistotou neví, že se účastník neodvolal, bylo by informování o řízení v rozporu s ochranou práv účastníka. J. Šabartová komisi bez bližšího upřesnění sdělila, že tvrzení účastníka samozřejmě u soudu ověřuje, a uvedla, že další postup SÚKL je pouze věcí jeho uvážení.

■ MZ míní, ale SÚKL rozhoduje

Tentokrát se však komise neobrátila pouze na SÚKL, ale také na právní odbor MZ. Ten 24. června sice dal SÚKL za pravdu v tom, že ústav je povinen poskytovat informace o svém rozhodnutí (nejen účastníkům řízení), až když toto rozhodnutí nabude právní moci, ale současně nepřímou zpochybnil jeho postup v kauze vydavatele Osobního lékaře. Podle právního odboru MZ lze totiž podávat odvolání proti rozhodnutí orgánu dozoru podle zákona o regulaci reklamy (v tomto případě je tímto orgánem SÚKL) pouze způsobem a ve lhůtách stanovených zákonem o správním řízení. To se patrně nestalo, byl-li SÚKL informován pouze ústně a není schopen zjistit, zda vůbec k podání došlo. Případná žaloba proti rozhodnutí SÚKL je v tomto případě podle MZ nepřipustná, protože žalobce nevyčerpal všechny řádné opravné prostředky v řízení před správním orgánem. Jakékoliv podání ve věci k Nejvyššímu správnímu soudu nemá vliv na právní moc rozhodnutí, míní právní odbor MZ. Jinými slovy: SÚKL podle MZ může informovat o svém rozhodnutí i zájemce, kteří nejsou účastníky správního řízení (podle zákona o svobodném přístupu k informacím), protože právní moci tohoto rozhodnutí nebrání ani případné odvolání účastníka řízení.

Státní ústav pro kontrolu léčiv je však relativně nezávislým správním orgánem a zůstává pouze na něm, kdy a jak o kauze rozhodne a jakým způsobem bude o výsledku informovat veřejnost. Podle informací ZDN se může celý případ táhnout ještě několik měsíců.

Zdroj: Zdn



Zápis ze společného jednání zástupců zdravotních pojišťoven a SPL ČR a SPLDD ČR ze dne 27.8.2003

1. Úvod

■ Účastníci se dohodli, že schůzky tohoto typu budou konány cca 1x za 1/2 roku za účelem řešení společné problematiky týkající se všech ZP a obou odborností praktických lékařů (PL), svolavatel příštího jednání bude určen zpravidla na posledním jednání podle pravidla střídavě ZP a PL.

2. Elektronická komunikace mezi ZP a PL

■ Bylo konstatováno, že v současné době je již k dispozici tzv. zabezpečený elektronický podpis nezbytný pro vedení zdravotní dokumentace

■ Elektronický podpis lze použít i pro komunikaci se ZP vč. vyúčtování krom VoZP a ZP MV, která tuto možnost již připravuje, v současné době je tato možnost již využívána prostřednictvím portálu VZP, portálu 5 ZP (ZPŠ, OZP, RBP, ZP M-A, HZP) a obdobně i u ČNZP

■ Zástupcům ZP byla nabídnuta možnost určité předem dohodnuté prezentace na setkání okresních a krajských zástupců SPL v Milovech na konci září '03

3. Soubory výkonů pro PL

■ Mezi zástupci SPL, SPLDD a VZP byla dohodnuta aktualizace souborů výkonů v členění výkonu obligatorní, v. fakultativní a výkony v kapitaci, v. mimokapitační; bylo konstatováno, že oproti dosud dohodnutým souborům došlo k několika změnám.

■ Zástupci ostatních ZP upozornili na nutnost společného projednávání takových změn v případě požadavku na jejich uznání i z jejich strany – změny mohou vést ke změnám v nastavení SW jednotlivých ZP, nutno připravovat s předstihem

■ Soubory výkonů ve znění dohodnutém s VZP budou předloženy všem ZP formou jednotlivých dohod (zajistí zástupci PL) a po jejich odsouhlasení bude možno zajistit případné změny smluvních ujednání nejpozději od 1.10.2003

4. Zástupy v ordinacích PL, problematika asistentů, nepravidelné péče, změn PKČ

■ Účastníci jednání se dohodli, že k tomuto bodu proběhne samostatné jednání v termínu po 24.9.2003

■ Podkladem pro toto jednání budou materiály k této problematice vycházející z jednání s VZP (rozeslání materiálů a svolání jednání zajistí zástupci PL)

5. Předávání praxí

■ Účastníci jednání se dohodli, že zástupci PL rozešlou jednotlivým ZP „Základní principy pro

předávání praxí“, dohodnuté s VZP; pouze v případě neodsouhlasení ze strany jednotlivých ZP bude svoláno na toto téma samostatné jednání (zajistí zástupci PL)

6. Výběrová řízení na ordinace odbornosti 001 a 002

■ Účastníci jednání konstatovali, že při konání výběrových řízení na ordinace odbornosti 001 či 002 bude přihlíženo ke stanovisku příslušného sdružení PL zejména s ohledem na potřebnost případné nově zřizované ordinace příslušné odbornosti v dané lokalitě, a dále bude ve vazbě na konkrétní podmínky přihlédnuto ke kritériu PKČ, které je pro běžnou ordinaci v rozsahu 0,8, což je minimální požadavek na zajištění komplexní dostupné péče ordinací PL

■ Tento postup nezamezuje případnému individuálnímu posouzení v případě např. souběhu dvou odborností; účastníci konstatovali, že ze strany ZP bude přihlíženo ke stanovisku pověřeného zástupce příslušného profesního sdružení praktických lékařů, a to opět především z pohledu potřebnosti takové ordinace v dané lokalitě

7. Účetní sestavy

■ Zástupci PL přednesli požadavek na sjednocení účetních sestav při komunikaci mezi zařízeními PL a ZP se zajištěním přehlednosti a srozumitelnosti pro PL

■ Účastníci jednání se dohodli, že zástupci PL předloží všem ZP návrh na požadovanou strukturu dat, ZP předloží k tomuto návrhu své vyjádření, v případě trvajících rozdílných stanovisek bude k tomuto bodu případně svoláno samostatné jednání

8. Problematika registrací, přeregistrací

■ Účastníci jednání se dohodli, že při změně registrace u ZP při zachování registrace k PL nebude vyžadováno zaslání kopie reg. listu ze strany PL (sporné případy bude individuálně řešit ZP s PL, iniciativa je v tomto případě na straně ZP)

■ Trvají občasné problémy při registraci novorozence, situace je t.č. řešena ze strany VZP, pokud bude problém s jinou ZP, bude jednáno individuálně

9. Termíny preventivních prohlídek

■ Účastníci jednání se shodli, že tato problematika je řešena příslušnou vyhláškou (56/1997 Sb. v platném znění), tj. termín konání preventivní prohlídky ve dvouletém cyklu je umožněn nejdříve 1 měsíc před uplynutím daného intervalu pro pre-

ventivní prohlídky; trochu jiná je situace v odbornosti PLDD, kde jsou termíny vymezeny konkrétním věkem dítěte, případné spory nutno řešit individuálně s jednotlivými ZP

10. Problematika dokladů 06 zejména ve vztahu k případné dispenzarizaci

■ Zástupci PL poukázali na možnost využití dokladu 06 při kontrole čerpání zdravotní péče zejména z pohledu možného ovlivnění nadužívání péče – i když problematika, ale dosud nevyužívaná možnost, zejména ve vztahu k dispenzární péči (dle zák. 48/1996 Sb. do disp. péče zařazuje registrující lékař)

11. Omezení předepisování léčiv s označením „P“

■ Bylo konstatováno, že k této problematice existuje řada rozporuplných stanovisek

■ Zástupci PL uvedli, že uplatňování srážek za předepsaná léčiva s označením „P“ považují ve většině případů za protiprávní, nicméně podněty, které k této problematice obdrželi se týkají výhradně VZP

■ Účastníci se dohodli, že případné srážky budou řešeny individuálně s jednotlivými ZP, v případě VZP je možno se obracet na ÚZP – MUDr. Pokorného

12. Uplatnění časové regulace u PL

■ Účastníci jednání se dohodli, že pokud tato situace nastane, bude řešena individuálně v konkrétním případě

13. Použití tzv. rychlotestů v ordinaci PL

■ Účastníci jednání se dohodli, že zástupci PL předloží základní kritéria pro používání tzv. rychlotestů v ordinaci PL s jejich výčtem. Problematika bude následně projednána v rámci dohodovacího řízení k seznamu výkonů s bodovými hodnotami

14. Příští jednání

■ Svolavatelem jednání je navrženo, aby příštím svolavatelem byla ČNZP, a to v termínu uvedeném v bodě 1. (netýká se dílčích jednání vyplývajících z projednávaných témat)

Zapsal:
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR



Chyba není v pojišťovnách

MUDr. Václav Šmatlák

Předseda Sdružení praktických lékařů ČR

Za krizové období pro ambulantní lékaře označuje Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů, leden a únor příštího roku. Na praxe lékařů v těchto měsících plně dolehnou problémy se zpožděnými platbami a nové náklady v podobě zvýšení DPH. Ministerstvo zdravotnictví však dosud problémy praktických lékařů přehlíží, říká V. Šmatlák. Sdružení spojilo síly s ostatními členy Koalice ambulantních lékařů a v rámci krizových štábů s nimi jedná o možnosti uskutečnění protestních akcí. O přizvání ke společnému jednání do koalice požádala už i Česká lékařnická komora.

Sdružení praktických lékařů společně s VZP vypracovalo studii nákladovosti ordinací praktických lékařů. Co z ní vyplynulo?

Ve studii se sledovaly náklady ordinací za rok 2001 a vycházelo se z daňových příznání praxí těchto lékařů, kteří byli ochotni ke spolupráci. Čísla jsme se po dohodě s VZP rozhodli zatím nezveřejňovat, neboť by mohla být ne zcela přesně interpretována. Nicméně studie odhalila, že průměrný praktický lékař v roce 2001 měl hrubý roční příjem menší než sekundář v nemocnici. Překvapily nás také vysoké náklady praxí. Když jsme letos přistupovali k cenovým jednáním, spočítala naše ekonomicko-analytická komise právě z údajů z roku 2001 s přihlédnutím k inflaci, že k tomu, aby se příjmy praktických lékařů vyrovnaly s příjmy specialistů, museli bychom mít na kapitaci minimálně o čtyři koruny a za bod minimálně o 10 haléřů víc než dnes. Pro příští rok jsme tedy požadovali kapitaci minimálně 37 korun a korunu za bod. Jediná nabídka pojišťoven byla 95 haléřů za bod. To ovšem nepokryje vůbec nic – pro průměrnou praxi by to představovalo rozdíl 10 až 12 tisíc korun za rok.

Do nákladů praktických lékařů se od nového roku promítne také zvýšení daně z přidané hodnoty.

To se týká všech zdravotnických zařízení. Změna DPH bude mít dvojitý dopad. Dotkne se nás jako každého občana, ale také jako „podnikatelů“. Vzhledem k tomu, že nejsme plátcí DPH a naše ceny jsou regulované, nemáme toto zvýšení daně komu naúčtovat, a to i přesto, že nejsme koncoví spotřebitelé. My zakoupíme službu nebo zboží, které poskytneme pacientům, ovšem rozdíl v dani nám nikdo neproplatí. Přitom každý jiný podnikatel může zvýšení daně promítnout do ceny svého finálního produktu či služby. V důsledku je to situace nepříznivá pro občany. Lékaři budou nuceni snižovat náklady, což se může promítnout například do délek pracovní doby, mohou být kráceny úvazky sestrám. Může tak dojít k odkládání neakutních případů, prodlužování čekacích lhůt nejen u specialistů, ale i u praktických lékařů. V této souvislosti nás zaskočilo, když na žofínské konferenci zástupce minis-

terstva prohlásil, že chápe naše problémy, ale že ho zajímá především situace v nemocnicích. Jde ale o celou ambulantní sféru – 23 tisíc lékařů. Rovnost mezi privátním a státním zařízením zjevně, alespoň z pohledu vlády, chybí.

Ministerstvo se tedy problémy ambulantní sféry nezabývá v dostatečné míře?

Pokud se ministerstvo něčím zabývá, nejsou to naše problémy, ale problémy nemocnic. Na ministryni oceňuji, že byla ochotna pojmenovat problémy pravými jmény a navrhnout jakási řešení, i když neúplná a ne zcela systémová. Nebylo to ovšem podloženo načasováním a konkretizací, takže její návrhy se stávají snadným terčem útoků odpůrců reformy. Navíc ČSSD jim nevyjádřila podporu a koalice také mlčí, v tomto prostředí má reforma mizivou perspektivu. Na žofínském semináři jsme zdůraznili i potřebu informační kampaně pro veřejnost, z níž by vyplynulo, že péče je u nás zneužívána, že je nutné zavést regulovaný přístup ke specializované péči přes praktického lékaře či zpoplatnit recepty, v nemocnici platit hotelovou taxu apod. Podobně by bylo vhodné umožnit nemocným v případě krátké, například třídní až pětidenní pracovní neschopnosti zůstat doma, aniž by museli mít lékařské potvrzení. Tato praxe je v EU obvyklá. To jsou kroky, které se ministryně snaží proti vůli vedení své strany alespoň prezentovat. To si netroufl naznačit ani jeden ministr bývalých vlád. Mrzí nás ale liknavost, s jakou ministerstvo věci řeší. Na problémy, které hrozí ambulantním lékařům, jsme ministryni upozorňovali otevřeným dopisem už letos v lednu, ministerstvo ale považovalo naši prognózu za účelovou. Důsledek toho, že před problémy zavírali oči, se brzy dostaví. Navíc všechny navrhované kroky reformy by při schválení byly aplikovány do praxe nejdříve v roce 2006. My se ale ptáme, co bude v první polovině příštího roku. A na to jsme od ministryně nedostali odpověď.

Mluví se o zpožďování plateb. Co to konkrétně znamená?

Začátkem roku přicházely platby se zpožděním 10 až 20 dní, na jaře skluz narostl až na 30 dní. V mnohých okresech dostávali praktičtí lékaři zálohové platby a neměli jistotu, kdy dostanou doplatek. Nejhorší byl duben, květen a červen. Během léta se platební kázeň pojišťoven zlepšila a byly i okresy, kde platba došla s jednodenním nebo dvoudenním zpožděním. Na naší konferenci v Milovech jsme získali informace, že v některých okresech se platba opět zpožďuje až o 20 dní. Prognózy, s nimiž nás seznámila ředitelka VZP, jsou velice špatné – do konce roku můžeme počítat s dalším prodlužováním lhůt splatnosti a záleží na tom, zda pojišťovna dostane od státu slíbenou finanční injekci za neplatící státní podniky. Nestane-li se zá-

zrak, bude situace v zimních měsících příštího roku velice špatná. A pokud se k tomu přidá zvýšená DPH, bude mnoho lékařských praxí stát před bankrotem. Ministerstvo musí využít všech nástrojů, které má k dispozici, aby negativní vývoj zpomalilo, zabránilo zhroucení systému a zároveň připravilo skutečné systémové změny. Jen svými vyhláškami ovládá zhruba 80 procent výdajů.

Jak se rysují úhrady na první pololetí příštího roku? Má analytická komise nějaká doporučení?

Doporučení spočívalo v tom, aby se kopíroval minimální nárůst pojistného. Průměrný meziroční nárůst pojistného ovšem představuje nějakých pět procent, což u praktických lékařů nic neřeší. Od roku 1996 jejich příjmy oproti specialistům stagnují – příjmy specialistů rostou rychleji. Jednání v našem segmentu jsou zatím na nedohodě. Uvidíme, zda ještě nějaká jednání proběhnou, podle mě ani pojišťovna na tomto stavu nemá zájem. Nemyslím si ale, že chyba je v pojišťovnách. Ta je především ve špatném spravování systému státem. Pojišťovny přerozdělují vybrané peníze, nikde je nezadržují. Na svůj provoz mají ze zákona vyhrazena tři procenta a podle mých informací je VZP ani plně nevyužívá. Jádrem problému je jednak nedovýběr pojistného, jednak to, že stát platí za státní pojištění zlomek toho, co zkonzumují – jde o 80 procent veškeré péče. Částky, které jdou do zdravotnictví, nejsou malé, ale jejich alokace je prachmizerná. Bez omezení části spotřeby péče bude tento stav neudržitelný.

O čem budou rozhodovat krizové štáby?

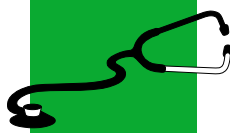
Zatím čekáme, jak dopadne materiál ministerstva pro jednání tripartity a co z toho všeho si ministerstvo dovolí prosadit. Pak jde o to, jaký bude vývoj plateb. V první polovině listopadu se sejdou krizové štáby koaličních partnerů a zhodnotí vývoj situace. Důležité bude, jaké nám vláda a ministerstvo poskytnou záruky, že situace bude v příštím roce lepší – jde nám hlavně o lhůty splatnosti a o zvýšení úhrad v souvislosti s DPH. Pak se rozhodneme. O formách protestu máme jasno, ale nechceme je zatím zveřejňovat. Všechny se však s větším či menším dopadem dotknou občanů a všechny jsou samozřejmě v mezích zákona.

Zaznamenali jste nějakou snahu ministerstva situaci řešit?

Ministerstvo má dobrou vůli něco udělat, je ale otázka, jakou bude mít podporu vlády a zda najde odvahu něco udělat v oblastech, kde k tomu má kompetence.

Zdroj: ZdN

čs



Zpráva z 21. evropského kongresu dětských infekčních nemocí

Kongres, který se konal ve dnech 9–11.4.03 v Taormině na Sicílii, se zabíral dvěma okruhy problémů. Prvým bylo očkování, druhým vlastní infekční onemocnění a zvláštnosti jejich průběhu.

Probírána problematika varicelly, seroprevalence i možnosti očkování. Seroprevalence varicella zoster se v Evropě kolem 12 let pohybuje v rozmezí 80 – 90 %. U imunně alterovaných osob jsou popisovány komplikace varicelly, které vidíme i u 2 % zdravých. Většina komplikací jsou kožní infekce, pneumonie a encephalitida. Dva případy ze 100 000 nemocných skončí exitem, ale mortalita u ohrožených jedinců se pohybuje kolem 30%. Vakcinace u varicelly je dostupná již 25 let a byla vždy efektivní v prevenci těžkého průběhu nemoci. V současné době existuje možnost vakcinovat adolescenty, kteří nemají v anamnéze prodělanou varicellu nebo vakcinovat všechny děti ve 2. roce života.

Belgičané prezentovali zkušenosti s vakcinací hexavalentní vakcínou, hodnotili reaktogenitu a imunogenitu Infanrix Hexa a Hexavac u 459 dětí. Incidence vedlejších symptomů byla nízká u obou skupin. Infanrix vykázal velmi dobrý imunogenní profil zvláště k hepatitidě B. Oba preparáty byly dobře tolerované.

Španělé hodnotili imunogenicitu a reaktogenicitu DTPa – HBV– IPV/ Hib vakcín–Infanrix Hexa, když současně podávali vakcínu proti C typu meningitidy. Upozorňují na dobrou toleranci a na nenarušené hladiny protilátkové odpovědi.

Francouzi prezentovali zkušenosti o pertusové vakcíně, která přispěla k redukci tohoto onemocnění a jeho komplikací. Během poslední dekády je ale patrné, že tato neposkytuje celoživotní imunitu. Nyní je také vzpomínána pertusse adolescentů jako jedna z příčin prodlouženého kašle v tomto období. Acelulární pertusová vakcína může být používána k očkování starších ročníků a dospělých. Nyní je doporučována vakcinace všech věkových skupin. Musí se brát v úvahu, že pertusse u adolescentů je zdrojem infekce pro velmi mladé nevakcinované děti.

Holandané začali od roku 2002 s vakcinací proti meningokokovému typu C. Počet meningokokových onemocnění poklesl a v dalším roce se objevily jen 3 případy. Dále pak kolegové z Německa referovali o meningokokové sepsi a doporučují očkovat pacienty s asplenií, imunodeficiencí a ty, kteří cestují do endemických oblastí.

Dalších 8 prací bylo věnováno očkování proti meningitidě C. Italové uváděli zkušenosti s pneu-

mokokovou vakcínou u rizikových skupin, jako je splenická dysfunkce, prim. a sek. imunodeficiencie, diabetes mellitus, chronická onemocnění parenchymových orgánů a cochleární implantáty indikované pro rec. otitidy. Universální vakcinace se provádí ve 2 letech.

V práci z USA uvádějí vyšší dávkování Azitromycinu 20 mg /kg a den po 3 dny.

V práci z Itálie vyzdvihují roli atypických patogenů (mycoplasma a chlamydie), které hrají zásadní roli v získaných pneumoniích. Terapie makrolidy a beta laktamovými ATB jsou optimální pro děti do 5 let věku. Další autoři z této oblasti zdůrazňují nutriční stav a vztahy k imunitě, vliv kojení se složkou nespecif. imunity – lysozymu, laktoferinu, IgA, ale také cytokinů a volných AMK, které jsou velmi důležité pro mucosální trofismus.

Švýcaři referovali o importované malárii a o profylaktickém používání chloroquinu a u starších dětí i doxycyklinu. Na malárii musíme pomýšlet zvláště u dětí, které do uvedených oblastí cestovaly v posledních 12 měsících.

Další zajímavá práce pochází z Francie a týkala se používání chinolinových chemoterapeutik u dětí do 15 let věku.

V USA a ve Švédsku zkoumali vliv kombinované vakcíny pro rec. otitis media. Jedná se o pneumokokovou vakcínu pro děti do 5 let věku. Pneumokokovou vakcínu přidávali k polyvalentní vakcíně.

V USA používají u dětí s nízkou porodní hmotností a předpokládanou sníženou imunitou antistafylokokovou monokl. protilátku podávanou v infuzi. V Irsku vyšetřovali opakovaně kašlající děti a prokazovali adenovirovou infekci. Adenovirus produkuje IL 8. Holandané zase tyto děti vyšetřovali na přítomnost RS viru, ale nezjistili statisticky významné skutečnosti. Pro včasnou diagnostiku infekce užívají Španělé mimo CRP, ev. IL 6 také nepravidelně i procalcitonin jako marker invazivity. Porovnávali s CRP. Finové se zabývali extrapulmonální manifestací atypických mikroorganismů Mycoplasma a Chlamydie, které často zapříčiňují reinfekci a jejich aktivita je závislá na hostiteli. Mohou způsobovat oční, kožní, neurologické a renální komplikace u MP a u Chlamydie artritidy, neuritidy a vaskulitidy.

Angličané sestavili soubor 40 dětí očkových proti meningitidě C, kdy toto očkování selhalo a kdy také nebyl nalezen rizikový faktor. Efekt vakcíny proti meningitidě C je 90%, ne větší.

Finové se zabývali podáváním rotavirové hu-

mánní vakcíny se 70% efektem proti RV gastroenteritidě.

Španělé referovali o koronární trombose jako komplikaci Kawasakiho nemoci, která je stále onemocněním neznámé etiologie. Nalezena u pacientů aneurysmata na koron. arteriích a kardiomegalie. Úspěšná byla antitrombotická terapie s iv. imunoglobuliny a salicyláty. Nutné dvou- rozměrné ECHO.

Francouzi referovali o třech případech dětí s abdominální TBC ve věku 11, 12 a 15 let, přistěhovaných z Afriky. Onemocnění napodobovalo lymfom nebo neoplasma s ascitem, ztrátou váhy, teplotami. Mantoux více než 15 mm. V Litvě prozkoumávali boreliozu u dětí ve věku do 5 let a zjistili, že žádné z dětí nemělo II. stadium onemocnění. Všechny děti se do roka uzdravily. Patrná rychlejší úprava než u dospělých.

Španělé referovali o komplikované mycopl. pneumonii myokarditidou (hypotenzí a tachykardií) a dále o maligních průbězích pertusse, která je charakterizovaná ložisky bronchopneumonie a plicní hypertenzí. Italové referovali o tbc prim. komplexech postihujících mediastinální a hilové uzliny, je zde zdůrazněna úloha diagnostické bronchoskopie. Řekové popisovali meningitidu, která se prezentovala jako HS purpura. Dále zde prezentovány práce o komplikacích kortikoid– rezistentního nefrotického syndromu s narušením fagocyt. schopnosti.

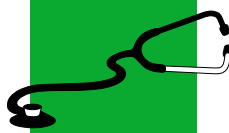
Řekové prezentovali stav očkování v roce 1997, kdy konstatovali zlepšení proočkovanosti, která se t.č. již pohybuje u pertusse, polio, spalniček a rubeoly kolem 90% ... a dále o častém onemocnění brucelozou, kdy shromáždili necelých 300 pacientů za 10 let! Dále se zabývali salmonelózou v Řecku, jako patogen určena většinou Salmonela enteritis.

Němci referovali o problematice aspergilových infekcí u jedinců léčených cytostatiky a u aspergilových infekcí. Dále Řekové probírali infekce yersinia enterocolitis a jejich příznaky porovnávali s potížemi u rotavirových infekcí. U yersiniosis pozorovali častěji krev ve stolici i anemisaci. Dále pak popisovali neurologické komplikace u sinusitidy a u 19 dětí ze souboru těchto pacientů i nálezy na EEG.

Závěrem lze konstatovat, že vyspělé národy si uvědomují důležitost kompletních proočkování své populace.

MUDr. J. Liška, CSc.

Prothazin



Depistáž očních vad a onemocnění u dětí

doc. MUDr. Aleš Filouš, CSc., prim. MUDr. Stanislav Rodný

Oční klinika, FN Motol, Praha

Oční vady a choroby v dětském věku se projevují patologickým postavením bulbu (šilhání, nystagmus), poklesem zrakových funkcí (zejména zrakové ostrosti) a změnami na předním segmentu oka i na očním pozadí. Trvalé šilhání vede zpravidla ke zhoršení vizu – tupozrakosti a naopak stavy způsobující trvalejší pokles zrakové ostrosti vedou většinou k šilhání (strabismus ex anopsia). Obě tyto kvality – postavení očí a zrakovou ostrost – může ovlivnit celá řada patologických stavů: primární strabismus, refrakční vady, vrozená katarakta, vrozený glaukom, retinoblastom, vývojové anomálie oka, záněty rohovky, pouzrazové stavy.

Nejčastější jsou **refrakční vady**, které postihují asi 2/3 populace. Zejména vyšší ametropie (myopie i hypermetropie), astigmatismus a větší anizometropie (rozdíl v refrakci obou očí) způsobují u dětí tupozrakost, pokud nejsou včas zachyceny a korigovány. Podstatou tupozrakosti je funkční zaostání zrakového vnímání z oka poskytujícího méně kvalitní viděný obraz. **Pokud se tupozrakost nepodaří odstranit v dětském věku (nejpozději do 10 let věku), zůstane vize již trvale zhoršen.** Refrakční vady lze odhalit při pravidelném vyšetřování zrakové ostrosti dětí. Při zjištění horšího vizu následuje oftalmologické vyšetření, které zahrnuje i změření refrakce oka. Korekce ametropie se provádí brýlemi nebo kontaktními čočkami. Trvalé sledování je nutné. (Malá fyziologická hypermetropie dětí předškolního věku se při paralelním postavení očí nekoriguje – oko snadno doostří kompenzatorní akomodací).

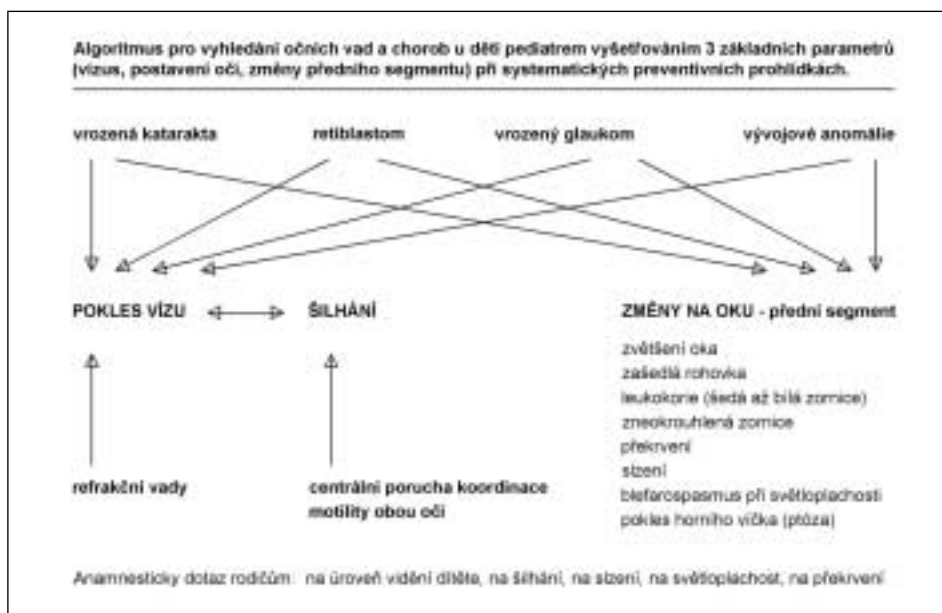
Další relativně častou vadou je dynamické **šilhání** (konkomitantní strabismus), které je důsledkem centrální poruchy v koordinaci motility obou očí a jeho incidence se udává mezi 4 a 8 %. Neléčeno vede k tupozrakosti, ztrátě prostorového vidění a kosmetickému defektu postižené osoby.

Tupožrakost v důsledku šilhání a refrakčních vad, jejíž incidence se odhaduje na 2–4% populace je pro depistáž výzvou, zejména s ohledem na možnost účinné prevence a léčby při včasném zachytu v ranném dětském věku!

Další uvedené patologické stavy jsou relativně vzácné, ale představují vážnou hrozbu pro zrakové funkce, v případě retinoblastomu je ohrožen i život pacienta.

Vrozená katarakta brání vzniku ostrého obrazu na sítnici a vede k těžké deprivační tupozrakosti, v případě oboustranného výskytu zákalu k praktické slepotě.

Glaukom v dětském věku je způsoben buď izolovanou vývojovou poruchou v oblasti komorového úhlu – tj. primární forma, anebo sekundárně



při jiných vývojových poruchách bulbu, v důsledku nitroočních zánětů, tumoru a ROP. Do tří let věku vede zvýšený nitrooční tlak zpravidla ke zvětšování bulbu. Bez léčby dojde k ireverzibilnímu těžkému poškození nervových vláken sítnice a zrakového nervu s následným poklesem zrakových funkcí do pásma praktické slepoty.

Retinoblastom jako maligní nitrooční nádor ohrožuje pacienta na životě a proto je včasná diagnóza zvláště naléhavá. Postiženy bývají nejčastěji děti do 3 let věku, onemocnění se projevuje šilháním pro zhoršený vizus, leukokorií a v pozdních fázích iritací oka.

Vrozené vývojové anomálie představují větší skupinu vzácných postižení, která se zpravidla projevují již u nejmenších dětí a jsou spojena s výrazným poklesem zrakových funkcí. Relativně nejčastěji se setkáváme s iridokorneální dysgenezí, perzistencí primárního hyperplastického slívce a kongenitální ptózou.

■ Algoritmus doporučeného postupu depistáže očních vad a chorob u dětí pediatrem

Novorozenecký a kojenecký věk: makroskopické posouzení předního segmentu obou očí (postavení bulbů a jejich velikost a symetrie, překvení, transparence rohovky, zornice – tvar, barva, izokorie). Od tří měsíců hodnotit fixaci blízkého předmětu.

Ve třech letech ověřovat už vizus na obrázkových optotypech – každým okem zvlášť!

V pěti letech ověřovat už vizus na Snellenových optotypech (Pflugerovy háky nebo Landoltovy kruhy), orientačně základní barvy (červená, zelená, modrá, žlutá). U školních dětí barvocit z tabulek.

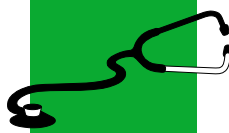
Zjišťování postavení očí nejlépe pomocí symetrie rohovkových reflexů při osvětlení obličeje baterkou ze vzdálenosti cca 1 metr (při stočení bulbu se reflex z centra posouvá opačným směrem). **Pozor zejména na jednostranné trvalé šilhání, které může mít organickou příčinu a které, bez ohledu na etiologii, vede rychle k výrazné tupozrakosti.**

Anamnestický dotaz na rodiče kojenců, batolat a dětí předškolního věku ohledně slzení, světloplachosti, šilhání a vizu.

■ Harmonogram prohlídek nejlépe v souladu se systematickými preventivními prohlídkami pediatrem: kód 02022 – do 6-ti let věku, 02032 – nad 6 let věku:

- poprvé u novorozence (tj. v prvním měsíci života)
- v 6-ti týdnech
- ve 3 měsících
- a dále po dvou měsících až do jednoho roku
- v 18 měsících
- ve 24 měsících
- každý lichý rok od 3 do 17 roků
- v 19 letech výstupní prohlídka

Literatura u autorů



Vrozená neprůchodnost slzných cest

MUDr. Klára Marešová, MUDr. Michaela Houdková

Oční klinika LF UP a FN Olomouc

Souhrn:

Vrozená neprůchodnost odvodných slzných cest je celosvětovým problémem. Klinicky se projevuje u 6–8% novorozenců. Tím se řadí k nejfrekventovanější dětské oční problematice. K zvládnutí této problematiky je nutná mezioborová spolupráce pediatra a oftalmologa, v některých případech i otorhinolaryngologa a anesteziologa.



Anatomie odvodných slzných cest

Kanalizace odvodných slzných cest začíná kolem 3. gestačního měsíce. Tento proces je zpravidla ukončen v období okolo porodu.

Hospodaření se slzami je důležitá fyziologická funkce, neboť chrání citlivý povrch oka před osycháním, tvoří hladký refrakční povrch rohovky, zajišťuje výživu rohovkového epitelu a svým obsahem lysozymů působí bakteriostaticky. Slzy vznikají v poměrně malém množství v přídatných slzných žlázách umístěných převážně v horní, méně v dolní přechodní řase spojivky. Hlavní slzná žláza je zodpovědná za reflexní a psychogenní slzení. Slzy vytvářejí na oku kapilární vrstvičku, stékají dolů a ve vnitřním

koutku se hromadí v slzném jezírku. Odtud jsou slzy nasávány slznými kanálky do slzného vaku, který povolováním a napínáním části orbikulárního svalu při mrkání působí jako pumpa. Ze slzného vaku odtékají slzy skrze ductus nasolacimalis do dolního nosního průduchu. Retrográdnímu toku slz brání chlopňovitě záhyby epiteliální výstelky umístěné v průběhu odvodných slzných cest. Nejvyvinutější z těchto záhybů je Hasnerova „chlopeč“ umístěná na distálním konci nazolakrimálního ductu. Právě tato struktura je jednou z nejčastějších příčin neprůchodnosti slzných cest u novorozenců.

Klinické projevy

Hlavním příznakem onemocnění je slzení – epifora a někdy i mukopurulentní výtok objevující se během prvního měsíce života. Obvykle je postiženo jedno oko, i když ve 20% případů bývají postiženy oči obě. Postižené oko je obvykle bílé, bez známek infekce. Mohou se ale objevit epizody větší sekrece a překrvení spojivek, které svědčí o sekundárním zánětu spojivek. Častým nálezem je zaschlý hlen na okrajích víček a slepená víčka po probuzení. Po zatlačení na oblast slzného vaku se retrográdním tokem dostávají slzy a hlen zpět do kanálku a vytékají slzným punktem do spojivkového vaku.

Zvláštní klinikou jednotkou je kongenitální dakryocystokéla (obr. 1). Příčinou je obstrukce v dolních partiích odvodných slzných cest spojená s obstrukcí kanálku a zjistíme ji při narození. Slzný vak je oteklý a napnutý a jeho barva prosvítající kůží je modrá. Může dojít k stanovení nesprávné diagnózy vaskulární léze. Často dochází k sekundární infekci dilatovaného slzného vaku. V takovém případě je vhodné dát alespoň dvoudenní náskok



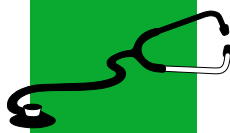
celkově podávaným antibiotikům před sondáží.

Ačkoliv nejčastější příčinou slzení bývá neprůchodnost odvodných slzných cest musíme mít na paměti i jiné příčiny. V prvé řadě je třeba vyloučit kongenitální glaukom, který se projevuje známou triádou příznaků: slzení, světloplachost a svírání víček. Vlivem vyššího nitroočního tlaku dochází ke zvětšování oka a k zašednutí rohovky. Dalšími příčinami slzení mohou být zánět rohovky či duhovky a vrozené entropium, při kterém jsou řasy v kontaktu s povrchem oka.

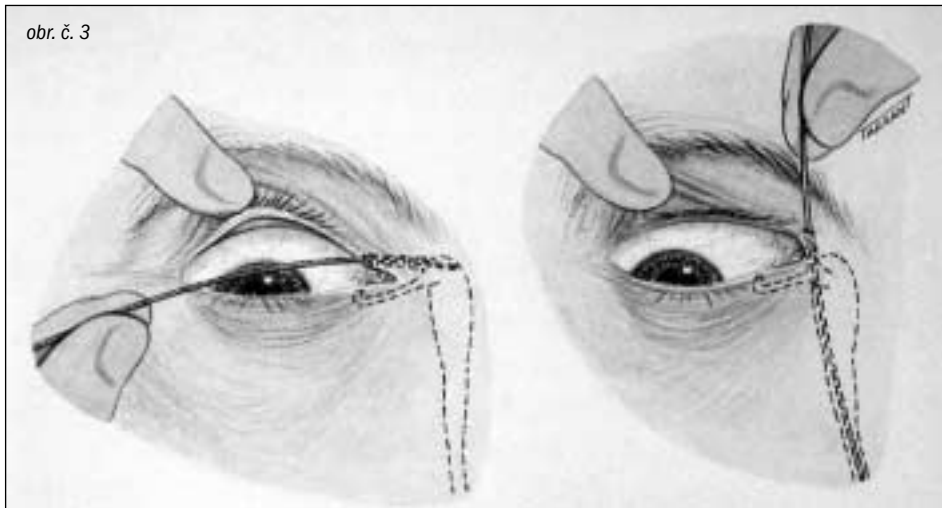
Vyšetření

Při slzení jednoho nebo obou očí je vhodné vyšetření zahájit orientačním zjištěním zrakových funkcí dítěte. Kontrolujeme pohyb očí při sledování hračky a to nejlépe každého oka zvlášť. Prohlédneme barvu spojivek, mírné překrvení v dolním přechodním vaku není neobvyklé. Zhodnotíme velikost a průhlednost rohovky, postavení víček a řas.

V dalším vyšetření se zaměříme na známky typické pro obstrukci slzných cest. Vlhčí vzhled oka je typický pro epiforu. (obr. 2) Na okraji víček a řasách můžeme vidět zaschlý hlen či hlenohnis. Jemný tlak ukazováčkem na oblast slzného vaku obvykle způsobí reflex mukoidního materiálu punktem.



obr. č. 3



Ke stanovení diagnózy neprůchodnosti slzných cest je vysoce specifický test vymizení fluoresceinového barviva (FDDT – fluorescein day disappearance test). Do spojivkového vaku kápneme kapku roztoku fluoresceinu (2%) a dítě ponecháme ve vertikální poloze v bdělém stavu. Po 5ti minutách hodnotíme množství fluoresceinu v oční štěrbině pod kobaltovým filtrem. Pokud jsou slzné cesty průchodné veškerý fluorescein odtekl z oční štěrbin, nebo zůstává jen velmi tenký proužek barviva na okraji víčka. Větší množství fluoresceinu v oční štěrbině indikuje neprůchodnost slzných cest.

Další diagnostickou metodou je šetrný průplach slzných cest. Tenká lakrimální kanyla se po rozšíření horního punktu zavede do společného kanálku a mírným tlakem se aplikuje fyziologický roztok do slzných cest. Pokud se tekutina vrací dolním punktem slzné cesty jsou neprůchodné. Výhodou tohoto výkonu je, že v některých případech pomůže spontánní kanalizaci slzných cest, nevýhodou jsou časté falešně pozitivní údaje o průchodnosti.

V nejasných případech nám můžeme pomoci i dacryocystografie, která přesně stanoví místo překážky v odvodných slzných cestách. Po aplikaci kontrastní látky punktem do slzných cest se provedou zadopřední a boční snímky. Přesnější informace získáme metodou subtrakce.

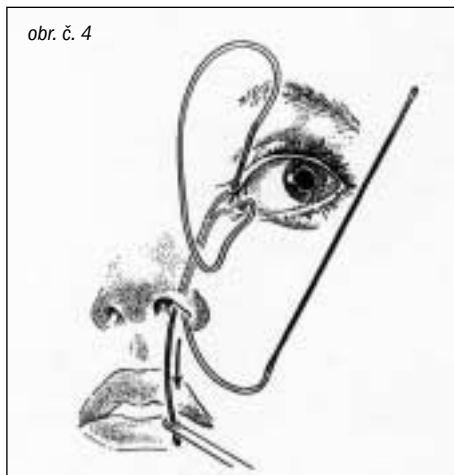
■ Léčba

V první řadě je třeba zdůraznit možnost spontánní kanalizace slzných cest. Procento těchto pacientů se v publikacích různých autorů liší, v literatuře je uváděno 95% spontánních kanalizací do 1 roku věku.

Konzervativní léčba zahrnuje čištění víček

a řas a při známkách infekce aplikaci lokálních antibiotik ve formě kapek (méně vhodná je masť, která uzavře punktum a tím zlepšuje kultivační podmínky pro bakterie v slzném vaku). Pokud je jedinou známkou neprůchodnosti slzení, pak antibiotika nejsou nutná. Užitečná může být i digitální hydrosta-

obr. č. 4



tická masáž. Ukazováček přiložíme do vnitřního koutku a uzavřeme jím punkta a kanálky. Jemným tlakem směrem dolů k nosu zvýšíme hydrostatický tlak v slzném vaku a membranózní obstrukce pod vakuem tak může prasknout.

Instrumentální léčba spočívá v sondáži slzných cest. Zárok se provádí do věku 6 měsíců v instilační anestezii. Po rozšíření horního punktu se sterilní Bowmanova sonda zavede horizontálně a mediálně do horního kanálku až se vrchol sondy dotkne slzné kosti. Poté se stočí dolů dozadu aby sledovala průběh nazolakrimálního ductu (obr. 3). Membranózní překážky slzných cest lze mírným tlakem protrhnout. Úspěšnost první sondáže je většinou

udávána kolem 90%, úspěšnost druhé sondáže 65%. Příčinou neúspěchu jsou mnohočetné překážky v dolních i horních partiích slzných cest a vzácněji ORL anomálie. Nejdůležitějšími komplikacemi sondáže jsou fausse-route a krvácení. Vzácnou komplikací je poranění horního patra při razantní sondáži.

Otázkou zůstává optimální načasování sondáže slzných cest. Jde o střet konzervativních, vyčkávacích postupů se zastánci radikálního řešení. Zastánci časné instrumentální léčby upozorňují na zvýšené riziko infekce spojené s jizvením, macerací kůže víček, dále na nutnost celkové anestezie u starších dětí a s tím spojené i vyšší náklady na léčbu a v neposlední řadě na dlouhodobé zneklidnění rodičů trvalým slzením. Úspěšnost první sondáže je vysoká a dochází k okamžitému ústupu příznaků. Mnoho autorů doporučuje sondáž v průběhu prvního roku života dítěte, obvykle okolo šestého měsíce. Poslední americká studie považuje věk čtyři měsíce jako optimální pro sondáž.

Pokud je opakovaná sondáž bez terapeutického efektu, pak se provádí intubace slzných cest silikonovou kanylou (obr. 4). Operační zákrok se provádí v celkové anestezii u dětí starších než 1 rok. Kanyla je zavedena horním i dolním punktem do slzných cest a pod endoskopickou kontrolou zauzlena v nose. Slouží jako stent, který kopíruje slzné cesty, udržuje jejich lumen a umožňuje dohojení místa obstrukce. Kanylou, která má profil duté hadičky, slzy neprotékají. Epifora se ale může upravit i v období zavedených kanyl a to nasáváním slz podél kanyly. Extubace kanyly se plánuje v odstupu 3 – 6 měsíců.

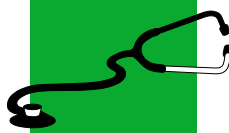
Pokud selže intubace slzných cest, je někdy doporučována dacryocystorhinostomie, která je ovšem z důvodu růstu kostí lebky méně úspěšná u dětí než u dospělých pacientů.

■ Závěr

Konzervativní léčba neprůchodnosti slzných cest je dezinfekčními kapkami a eventuálně masážemi slzných cest. V případě infekce je vhodné aplikovat antibiotické kapky. Načasování nevhodnějšího času sondáže slzných cest je velmi individuální a záleží na lékaři, kdy k tomuto výkonu přistoupí. V souladu s moderní literaturou je vhodné první sondáž provést do 6ti měsíců věku dítěte z důvodů menšího zatížení jak dítěte, tak jeho rodičů.

Literatura u autorů

Azitrox



Problematika neprůchodnosti slzných cest v dětském věku

Prim. MUDr. Milan Odehnal

Oční klinika FN Motol, Praha

Souhrn:

Neprůchodnost slzných cest patří k poměrně častým oftalmologickým problémům dětského věku. Tato afekce je specifická svým vývojem od zvýšené lakrimace k rozvinutým klinickým znakům chronického zánetu s retencí hnisavého sekretu. V některých případech je výsledkem urgentní stav akutní dacryocystitidy se všemi možnými komplikacemi. Kongenitální neprůchodnost nacházíme u 7–10% novorozenců, získané onemocnění se vyskytuje v pozdějším věku.

■ Anatomické poznámky

Slzy se tvoří v slzné žláze a jsou odváděny přes slzné body do slzných kanálků a dále do slzného vaku. Odtud společným slzovodem vtékají do nosní dutiny (dolní skořepa).

■ Etiologie

U kongenitální neprůchodnosti je překážka v odtoku slz nejčastěji lokalizována v dolních částech slzných cest (oblast slzovodu). Většinou se jedná o stenozu slzných cest, méně často o obstrukci a výjimečně o vrozenou aplasii odtokových cest. V tomto věku se můžeme setkat i s vrozeným hemangiomem či nádorem v oblasti slzných cest. Příčinou získaných stenoz mohou být konjunktivitidy různé etiologie, záněty slzného vaku, autoimunní stavy a aplikace některých léků. Značnou část této skupiny představují následky úrazů, u kterých dochází k narušení odtoku slz v horních etážích slzných cest.

■ Klinický obraz

Prvním příznakem je jednostranná zvýšená epifora, u kongenitální stenozy je zřetelná cca za 2–4 týdny po porodu. Přebytké slzy se hromadí ve vnitřním koutku a přetékají na tvář dítěte. Lakrimace může kolísat, je období kdy je dítě bez obtíží. Pokud stav trvá déle (několik týdnů) může se situace komplikovat sekundární infekcí spojivky s obrazem jednostranné recidivující mukopurulentní nebo hnisavé konjunktivitidy. Přenosem infekce může být později postiženo i zdravé oko.

Vrozená a získaná neprůchodnost může být komplikována akutní dacryocystitidou za příznaků vyklenutí, bolestivosti a zčervenání v oblasti slzného vaku často i s celkovou alterací organismu. **Každé dítě s déletrvajícím slzením nebo chronickou konjunktivitidou má být vyšetřeno oftalmologem.** Diagnostika neprůchodnosti slzných cest se opírá o anamnestické údaje a vlastní klinický nález. Neprůchodnost slzných cest potvrzuje exprimace sekretu ze slzných bodů při tlaku na oblast vnitřního koutku nebo slzného vaku. K určení diagnózy je možno provést i fluoresceinový

vý test (při instilaci fluoresceinu do spojivkového vaku se barvivo za normálních okolností objevuje za chvíli v nosní dírce). Náročné zobrazovací techniky (RTG s kontrastní náplní) jsou indikovány u získaných neprůchodností. Definitivní zhodnocení stavu odtokových cest ukáže průplach nebo sondáž slzných cest. (zjistíme lokalizaci stenozy nebo obstrukce).

Dif dg: musíme vyloučit např. kongenitální glaukom (epifora jako první příznak), různé druhy novorozeneckých konjunktivitid, cizí tělísko, jiné zánětlivé nebo alergické afekce předního segmentu oka.

■ Terapie

V léčbě kongenitální neprůchodnosti slzných cest se stále střetávají 2 přístupy. Konservativní postup kontra instrumentální (radikální) přístup. Naše pracoviště preferuje instrumentální postupy, protože příčinou neprůchodnosti je mechanická překážka v odtoku slz. Spontánní kanalizace může trvat velmi dlouho nebo k ní vůbec nedojde a v průběhu tohoto víceméně vyčkávacího období je dítě obtěžováno zvýšenou lakrimací a záněty spojivek.

■ Několik otázek a odpovědí k této problematice.

V jakém věku se má provést sondáž nebo průplach slzných cest?

Optimální je provést zákrok do 4 měsíců věku dítěte. S přibývajícím věkem výrazně klesá procento úspěšných zásahů, navíc je pro dítě výkon více stresující a pro lékaře obtížnější. Do 4 týdnů po začátku příznaků je možno postupovat konservativně (kapky proti sekundární infekci, masáže) a pokud nedojde ke spontánní úpravě je lépe přistoupit k výkonu.

Jaké jsou výhody průplachu a sondáže?

Zabráníme zánětlivým změnám v odtokových cestách, recidivujícím a dítě obtěžujícím zánětům spojivek, kožním reakcím v okolí oka a alergickým

projevům. Vyhneme se také dlouhodobému podávání antibiotik při léčbě recidivující chronické konjunktivitidy. V neposlední řadě úspěšný zákrok vede ke zklidnění rodičů.

Je zapotřebí k výkonu celková anestezie?

Celkovou anestézií není třeba malé dítě zatěžovat, výkon je pro zkušeného oftalmologa dobře a bezpečně proveditelný v lokální anestezii (kapky Novesin). Celkové komplikace jsou výjimečné. U větších dětí je celková anestezie již nutná.

Jaká je úspěšnost sondáží a průplachů?

Včas a dobře provedená sondáž má téměř 100% efektivitu. Zákrok provedený do 3 měsíců věku má úspěšnost mezi 95–99%, mezi 4–7 měsícem se pohybuje kolem 60–70%, ve vyšším věku klesá na 20%.

Je možné tyto výkony opakovat?

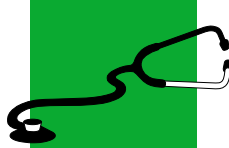
U malého procenta případů je třeba provést doplňující zákrok, při včasném zákroku v naprosté většině případů stačí jeden výkon.

Mohou se přihodit komplikace při tomto výkonu?

Ano, i zde může dojít ke komplikacím, např. k tzv. fausse route nebo je možno přílišným tlakem při průplachu poškodit slzné cesty. K těmto komplikacím dochází výjimečně, sondáž má ale provádět erudovaný a zkušený, nejlépe dětský oftalmolog.

Jsou účinné masáže slzného vaku?

V některých zemích je tato metoda součástí konservativního terapeutického postupu. Obecně lze říci, že je to přístup diskutabilní. Samotná masáž má význam u dilatovaného slzného vaku kde pomáhá při exprimaci sekretu. U novorozenecké stenozy, ale i u získaných forem, je představa, že zevním tlakem na oblast vnitřního koutku a jeho okolí zprůchodníme odtokové cesty velmi proble-



matická. Neprůchodnost slzných cest je způsobena mechanickou překážkou a tu je nutné v průběhu sondáže nebo operace uvolnit.

Má smysl provést sondáž nebo průplach u starších dětí?

Tyto tzv. pozdní sondáže a průplachy se někdy provádějí, ale jejich účinnost výrazně klesá u dětí starších 5 měsíců. V tomto věku je již nutná analgosedace nebo výkon provést v celkové anestezii. Obecně je řešením získané neprůchodnosti slzných cest u starších dětí a dospělých intubace nebo dacryorhinostomie v celkové anestezii.

Je možná i spontánní úprava neprůchodnosti?

U některých dětí s kongenitální neprůchodností dochází k odeznění příznaků zvýšené lakrimace a spontánnímu zprůchodnění slzných cest. Pravděpodobnost spontánní regrese výrazně klesá s věkem, proto tzv. vyčkávací období by nemělo překročit časové období dvou měsíců. Jedním z argumentů příznivců konservativních postupů je to, že k samovolnému zprůchodnění dochází i u starších dětí. Je ale otázkou za jakých podmínek: trvalé slzení, opakované konjunktivitidy, opakované léčení lokálními antibiotiky a možné komplikace jsou průvodními jevy tohoto období. U získané neprůchodnosti je spontánní úprava obtíží vyjimečná.

Jaký je postup u získané neprůchodnosti slzných cest?

U získaných stavů je vhodné provést RTG kontrastní vyšetření pro zjištění lokalizace překážky. Pokud se dají slzné cesty nasondovat, přistupujeme k jejich intubaci (zavedení silikonových kanyl), v náročnějších případech provádíme dacryorhinostomii (endonasálním přístupem). Výhodou obou těchto postupů je, že se nemusí trepanovat nosní kost, operace se provádí endoskopicky uvnitř nosu. Kolem silikonových kanyl, které ponecháme in situ cca 5 měsíců, se postupně vytvoří náhradní odtokové cesty (úspěšnost operací je asi 80%).

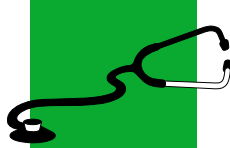
Jaký je postup u úrazů slzných cest?

Nejčastějším mechanismem poškození kontinuity slzných cest v dětském věku je psí kousnutí. Méně časté jsou řezné nebo bodné rány či periorbitální kontuze. V případě natržení horního slzného kanálku často postačí jeho sešití na sondě, u úrazů dolních kanálků je třeba provést rekon-

strukci slzných cest pod biomikroskopickou kontrolou. Pomocí upravené sondy protáhneme horním a dolním kanálkem silikonové kanyly, adaptujeme kanálky a konce kanyly spojíme do kličky. Kanylu ponecháme asi půl roku v slzných cestách.

Literatura u autora

Triton



Strabismus a poruchy oční motility v dětském věku

Prim. MUDr. Milan Odehnal

Oční klinika FN Motol, Praha

Souhrn:

Strabismus neboli heterotropie je následkem poruchy v koordinaci svalového, sensorického a centrálního nervového systému obou očí. Jakákoliv změna rovnovážného postavení očí (odchýlení optické osy očí) je pak spojena s poruchou binokulárního vidění i zrakové ostrosti. Zranitelnost tohoto složitého systému je zvláště velká v prvních letech života. Doba vzniku a stupeň poruchy tak může mít trvalý dopad na zrakovou ostrost oka a prostorové vidění.

■ Základní klasifikace strabismu:

1. Konkomitující strabismus (latinsky comitare – doprovázet) Nejčastější typ šilhání v dětském věku. Pohyblivost očí není omezená, šilhající oko sleduje vedoucí oko ve všech pohledových směrech a úhel šilhání se nemění.

2. Paralytický, inkomitantní strabismus. Je výsledkem obrny hybnosti jednoho nebo více okohybných svalů. Úhel šilhání se mění v pohledových směrech očí. Tento typ strabismu je doprovázen diplopií, kompenzačním postavením obličejové a anomální polohou hlavy.

■ Epidemiologie

Incidence strabismu se ve vyspělých zemích pohybuje mezi 5–7%. Konkomitující strabismus diagnostikujeme převážně v dětském věku, paralytický strabismus v dospělosti.

Poznámky k fyziologii binokulárního vidění: Okolní svět „vidíme“ naším mozkem, oči jsou orgány které fungují jako dokonalý receptor.

K dokonalému binokulárnímu vidění je nutná spolupráce 3 systémů. Motorický systém zajišťuje fixaci očí na stejný předmět, sensorická složka přenáší obraz ze sítnice do mozkových center, kde jsou informace zpracovány do formy prostorového vjemu. Podle stupně vývoje rozlišujeme 3 úrovně binokulárního vidění:

- Simultánní vidění** – pozorovaný předmět se současně promítá na sítnicích obou očí.
- Fuze-obrazy** z pravého i levého oka se spojí v jediný.
- Stereopse**-schopnost mozku a optického systému vytvořit pocit hloubkového vjemu (trojrozměrné vnímání).

Vývoj zrakové ostrosti a binokulárního vidění je ukončen kolem 5–6 roku věku dítěte. Různé patologické mechanismy a hlavně časový okamžik jejich vzniku mohou tento vývoj v jeho průběhu výrazně negativně ovlivnit.

■ Následky a komplikace šilhání

Pozorovaný objekt se zobrazuje na sítnici šilhajícího oka na místo, které nekorresponduje s projekcí tohoto předmětu na sítnici vedoucího oka. Vzniká diplopie, která je ale v dětském věku potlačena tzv. supresí.

Suprese je dočasný jev vznikající potlačení vjemu z šilhajícího oka centrální inhibicí.

Amblyopie neboli tupozrakost je výsledkem konstantní, trvalé centrální inhibice zrakových vjemů. Zraková ostrost postiženého oka může být snížena i na 1/10 normální hodnoty. Včasný záchyt a léčba tupozrakosti v dětském věku má proto prioritní význam.

■ Diagnostika

a vyšetřovací metody u strabismu

Motilita bulbů – hodnotíme pohyblivost a postavení očí v jednotlivých pohledových směrech.

Hodnocení postavení očí - Hirschbergova metoda: sledujeme polohu světelných reflexů na rohovce (u esotropie je světelný reflex posunut temporálně). Brucknerův test: u malých dětí sledujeme reflexy a zároveň reakci zornic (u amblyopie zornice reaguje méně). Zakrývací testy: odhalí zjevné i latentní šilhání. Test zakrýt-odkryt (cover-uncover test). Pomalu zakrýváme střídavě obě oči a pozorujeme reakci odkrytého i zakrytého oka. Při tomto testu můžeme zjistit typ šilhání, laterality i změřit úchylku šilhání ve stupních nebo prizmatických dioptriích. Alternantně krycí test-zrychlený zakrývací test k vyvolání latentního šilhání.

Vyšetření zrakové ostrosti - cílem je včas odhalit amblyopii. Vyšetřujeme každé oko zvlášť a nutno dbát na dokonalé zakrytí nezkoušeného oka. U nejmenších dětí zkoušíme obrázky, od 3 roku již možno použít Pflugerovy háky a později již Snellenovy optotypy (nutno přeskačovat obrázky nebo písmena, střídát je – děti mají paměť, snaží se podkoukávat). U kojenců používáme metodu preferential looking (behaviorální testy) – je založena na preferenci lidského oka fixovat obrazce s různě širokými pruhy.

Přístrojová diagnostika – Worthova světla, troposkop, Madoxův kříž, Lancasterovo nebo Hessovo plátno – tyto přístrojové metody doplňují základní klinické vyšetření a můžeme jimi zjistit úhel šilhání, zhodnotit prostorové vidění a pohledové směry jednotlivých svalů.

■ 1. Konkomitující šilhání

Etiologie:

Genetika: 60% šilhajících dětí má pozitivní rodinnou anamnézu

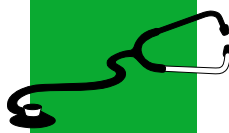
Nekorigované refrakční vady: u dětí s hypermetropií je vyšší incidence konvergentního šilhání, protože při nekorigované dalekozrakosti je akomodací akcentována konvergence.

Insuficience fuze – u anisometropie (rozdílná velikost dioptrické vady na obou očích) vzniká nestejný obraz na sítnici obou očí (anisekonie).

Jednostranné postižení zrakové ostrosti: organické vady, vrozená katarakta, opacita rohovky, anomálie sítnice, nádory sítnice (retinoblastom).

Ostatní: perinatální léze, encefalitida apod.

Vaxigrip

**Dělení:****Horizontální strabismus**

Esotropie–konvergentní strabismus, oko je uchýleno dovnitř od optické osy Exotropia –divergentní strabismus, oko je uchýleno zevně od optické osy

Vertikální strabismus

Hypertropia a hypotropia–deviace vzhůru nebo dolů od optické osy

■ Horizontální strabismus**Esotropie – konvergentní strabismus**

Kongenitální a infantilní esotropie (šilhání patrné při narození nebo do 6 měsíců věku) Charakteristika klinického obrazu: malá refrakční vada, velká úchylka šilhání, latentní nystagmus, absence binokularity.

Získaná esotropie. Je to nejčastější typ strabismu dětského věku, který vzniká v době ještě neukončeného vývoje binokulárního vidění mezi 2 a 4 rokem věku.

Abnormální akomodativní konvergence – úchylka šilhání je výrazně větší při pohledu do blízka (porucha rovnováhy mezi akomodací a konvergencí).

Akomodativní strabismus: konvergentní šilhání je zjevné pouze bez brýlí, při nasazení správné korekce je postavení očí paralelní.

Esotropie ex anopsia – oko šilhá jako následek jeho onemocnění nebo úrazu.

Exotropie–divergentní strabismus

Excess divergence a intermitentní exotropie, nejčastější formy tohoto typu šilhání. Klinický obraz: Šilhání je patrné při pohledu do dálky, při pohledu do blízka je postavení očí paralelní. U intermitentní exotropie je šilhání patrné při zrušení fuze (alternantně krycí test) nebo se projeví za určitých okolností (stres, únava, úraz). Binokulární funkce jsou většinou dobré.

Bazální, konstantní exotropie: dítě zjevně šilhá do dálky i do blízka ve stejné úchylce.

Sekundární exotropie, exotropia ex anopsia: šilhání je projevem poranění oka nebo jeho onemocnění.

Konsekutivní exotropie: divergentní šilhání vznikající po operaci strabismu.

■ Vertikální strabismus

Existuje celá řada často složitých klinických nálezů. V dětském věku nejčastěji nacházíme hyperfunkci dolních šikmých svalů, kdy se jedno nebo obě oči výrazně uchylu-

jí vzhůru při adukci. Dále se setkáváme s mechanicky podmíněnými typy strabismu nebo anomální inervací okohybných svalů.

■ Terapie strabismu

Terapie se skládá z konservativního a chirurgického přístupu. Oba postupy na sebe navazují a jsou součástí jednotného terapeutického plánu. Léčba strabismu by měla být skončena před nástupem dítěte do školy.

Cílem konservativní terapie je změnit monokulární strabismus na alternujícího formu, dosáhnout normální zrakové ostrosti, centrální fixace a pokud možno určitého stupně binokulárního vidění.

Ukolem chirurgické terapie je dosáhnout paralelního postavení očí a zlepšit podmínky pro binokulární funkce a další léčbu. V určitých případech chirurgie hraje roli kosmetického nástroje.

Konservativní terapie: Základním krokem je zjištění refrakční vady a její korekce brýlemi, které pomáhají redukovat nebo i odstranit akomodativní složku šilhání. Zjistíme-li nebo je-li riziko vzniku amblyopie zahájíme tzv. pleoptickou léčbu.. Pečlivým zakrytím vedoucího oka (okluzorem, náplastí, neprůhlednou kontaktní čočkou) se snažíme přinutit tupozraké oko k činnosti. Okluze je buď celodenní, nebo jen několikahodinová, záleží na stupni amblyopie. Tato fáze terapie je odvislá od zapojení rodičů, jejich trpělivosti a spolupráci. Pokud dítě spolupracuje je možno provádět i výcvik na tzv. Campbellově stimulatoru, kdy je snaha stimulovat korová centra prostřednictvím impulsů z otáčející se černobílé šachovnice. **Léčba tupozrakosti by měla být ukončena v předškolním věku, později je naděje na zlepšení malá.**

Binokulární funkce lze cvičit na speciálních přístrojích (stereoskop, troposkop). Touto problematikou se zabývá ortoptika.

Chirurgická terapie: Optimální je operovat dítě se zbytkovou úchylnou šilhání, alternujícím strabismem a vycvičenou amblyopií. V tomto případě cílený zákrok upevní centrální fixaci a kosmeticky napraví postavení očí.

U kongenitálních a infantilních forem šilhání operujeme dříve, nejlépe do 1 roku života.

Také u šilhání, kde se objeví náklon hlavy nebo kompenzační postavení obličeje je lépe operovat dříve.

Získané formy šilhání operujeme po ukončení konservativního postupu obvykle mezi 3–6 rokem věku.

Typy operací jsou různorodé, tradičními a osvědčenými postupy jsou výkony oslabující okohybné svaly (retropozice, elongace, zavešení svalu) nebo operace zesilující svaly (resekce). Často se operují obě oči, při řešení složitějších případů nejsou výjimkou ani opakované, doplňující operace k dokorigování zbytkových úchylek.

■ 2. Paralytický (inkomitantní) strabismus:

Tento typ strabismu se v dětském věku vyskytuje méně často, proto o této specifické problematice jen několik poznámek. Základním znakem je omezení pohyblivosti oka, měnící se úhel šilhání v pohledových směrech očí, diplopie (u větších dětí) a kompenzační poloha hlavy nebo pootočení obličeje.

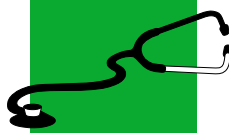
U dětí diagnostikujeme parezy okohybných svalů při nádorových, infekčních nebo celkových onemocněních, vyskytují se obrny svalů i na kongenitálním podkladě. Nejčastěji jsou postiženy hlavové nervy n. III, n. VI, vzácněji n. IV.

Diagnostika: je obdobná jako u konkomitující strabismu, ortoptické přístroje pomáhají k přesnější detekci postiženého svalu a rozboru diplopie.

Terapie: konservativní a chirurgický postup.

Konservativní léčba je primární a spočívá v okluzi vedoucího oka ve snaze zabránit vzniku amblyopie (pareza n. III je spojena i s poklesem víčka). Cíleným cvičením pak rehabilitujeme motilitu postiženého svalu. Výcvikem lze u 50% pacientů dosáhnout zlepšení, u některých případů dochází ke spontánní regresi. Velmi záleží na terapii a průběhu základního onemocnění.

Operaci indikujeme při přetrvávající diplopii, náklonu hlavy a poruše hybnosti okohybného svalu. Zákroky spočívají v uvolnění nebo zpevnění okohybných svalů, v některých případech provádíme poměrně složité transpoziční výkony svalů. Operační řešení by mělo být indikováno s ohledem na celkový stav pacienta a vlastní výkon je vhodné provést s určitým časovým odstupem (cca půl roku po vzniku obrny).



Katarakta u dětí

Doc. MUDr. Aleš Filouš, CSc.

Oční klinika, FN Motol, Praha

Incidence vrozené katarakty činí kolem 1:4000 narozených dětí a má různé příčiny: asi z 1/3 familiální výskyt (většinou AD přenos), z další třetiny výskyt vázaný na syndromy s chromozomální aberací, na metabolické vady a některé vrozené oční anomálie. Zbývající katarakty jsou označovány za idiopatické, často asi následek intrauterinně proběhlého nitroočního zánětu. Rubeolová etiologie u nás prakticky vymizela po zavedení vakcinace. Pokud je čočka sytě zkalená a zákal brání ostrému obrazu na sítnici, vzniká již v průběhu prvních měsíců života u postiženého dítěte **těžká deprivací amblyopie**, kterou lze později jen velmi obtížně ovlivnit. Při oboustranném výskytu zákalu a opožděné léčbě bývá vliv trvale snížen do pásma těžké slabozrakosti až praktické slepoty. I při jednostranném výskytu zákalu a zanedbané terapii však může mít pozdější poranění nebo choroba druhého oka fatální následky pro vidění postiženého.

Zdravý vývoj zrakových funkcí je podmíněn normální zrakovou stimulací zejména v prvních měsících života (nejcitlivější fáze kritické periody), kdy v průběhu zrakové dráhy teprve dochází k dotváření anatomických struktur nezbytných pro normální rozvoj vidění. Léčba zákalu má být proto zahájena do 4. – 6. týdne života, představuje však dlouhodobý proces, jehož výsledkem dnes může být, za optimálních podmínek, téměř normální vidění.

Opožděné detekci a léčbu zákalu by měl předejít **screening vrozené katarakty** vybavením červeného reflexu v zornici novorozence, který v současné době provádí neonatologové v 80 porodnicích a od roku 2004 bude zaveden celoplošně. Při totálním zkalení čočky je zornička šedobělavá, a tak i rodiče mohou sami upozornit na nezvyklý nález. Pokud je však zákal v zadním korteksu či v jádře čočky, pupila bývá normálního vzhledu a pouze prosvícením lze zákal snadno detekovat. (Můžeme tak zachytit i jiné vývojové

anomálie bránící odrazu světla od sítnice). Od 2. – 3. měsíce se v důsledku zhoršeného vidění objevuje šilhání (jednostranný zákal) nebo nystagmus (oboustranný zákal).

Po vyloučení metabolické příčiny zákalu (např. galaktosemie) spočívá zahájení léčby v **chirurgickém odstranění zkalené čočky** a její dioptrické náhradě. Extrakce čočky může být komplikována sdruženými anomáliemi, které nejsou nijak vzácné, např. persistující vazivové cévní struktura ve sklivci a na zadní ploše čočky, mikroftalmus, fibroza čočkového pouzdra a jeho srůsty s duhovkou a kalcifikace. Již 3. – 4. den po operaci jsou rodiče zacvičeni v **aplikaci kontaktní čočky** (většinou +25 až +30 D), která zaostří obraz na sítnici při pohledu kojence do blízké vzdálenosti. Čočka se na noc vyjímá a její dioptrická hodnota zejména v průběhu prvních 2 let života spolu s růstem oka klesá. Při oboustranné afakii je asi od jednoho roku alternativou brýlová korekce a zohlednění různého zaostření na dálku a do blízka. Jinou možností je implantace umělé **nitrooční čočky**, která se provádí většinou až po prvním či spíše druhém roce života, ale za příznivých okolností (normální velikost oka, nekomplikovaný zákal) i dříve. Průběžné změny v refrakci oka se pak dokorigovávají brýlemi. Hledání optimálních postupů pro implantaci i u nejmenších dětí je předmětem intenzivního výzkumu. Dítě je **trvale dispenzarizováno** a zhruba do tří let věku je pro přesné změření refrakce, nitroočního tlaku a biomikroskopické vyšetření zpravidla nutná krátká narkóza. Zároveň lze tak ošetřit i **sekundární kataraktu** (dodatečné zkalení ponechaného zadního pouzdra čočky), která je u dětí ještě častější než u dospělých pacientů. Mimořádný význam dále má pravidelné měření zrakové ostrosti obou očí (u dětí do tří let vyžaduje speciální postupy) a **výcvik tupožrakosti** zakrýváním lépe vidoucího oka v určitém režimu, závislém na stupni amblyopie spolu se zrakovou stimulací. Zejména v předškolním

věku tak lze výrazně zlepšit zrakovou ostrost, nejlépe při **spolupráci se Středisky ranné péče** o zrakově postižené v jednotlivých krajích a **Centrem zrakových vad** v Praze Motole. Trvalé sledování pacienta po operaci vrozené katarakty umožňuje také včas zachytit a léčit možné komplikace jako sekundární glaukom, šilhání a odchlípení sítnice. Pro zdárný průběh léčby a dobré funkční výsledky má pochopitelně velký význam spolupráce rodičů – hlavně při aplikaci kontaktních čoček a okluzní léčbě tupožrakosti.

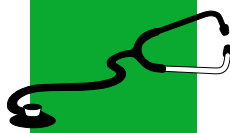
Poněkud jiná situace nastává při výskytu **parciálního vrozeného zákalku**, který nebrání relativně kvalitnímu zobrazení na sítnici (zpravidla centrální zákalky do průměru 2,5 mm, které ani očnímu lékaři nebrání v dobrém výhledu na fundus při vyšetření). V takovém případě výraznější amblyopizace nehrozí a je výhodnější dítě sledovat a zasáhnout teprve při progresi zákalu.

Traumatické katarakty v důsledky penetrujícího poranění nebo kontuze bulbu u větších dětí mají prognózu dobrou, pokud není poškození oka rozsáhlejší. Většinou se implantuje umělá nitrooční čočka a často se dosahuje normálního vlivu, protože vývoj zrakových funkcí v nejcitlivějším období probíhal v těchto případech zpravidla nerušeně.

Takzvanou **komplikovanou kataraktu** vídáme nejčastěji u dětí s chronickou uveitidou a operace zákalu je zde spojena se zvýšeným rizikem místní zánětlivé odezvy i přes použití silných antiflogistik.

Steroidní katarakta vzniká u dětí s dlouhodobou systémovou medikací kortikosteroidy. Typicky se postupně vytváří plstovitý zákal pod zadním pouzdem a pokud nelze léčbu upravit a zákal progreduje, implantuje se časem umělá nitrooční čočka s dobrým výsledkem. Pravidelné oční kontroly v průběhu léčby steroidními hormony jsou proto velmi důležité.

Literatura u autora



Glaukom u dětí

Doc. MUDr. Aleš Filouš, CSc.

Oční klinika, FN Motol, Praha

Zelený zákal je v dětském věku vzácný, ale představuje pro zrakové funkce ještě větší hrozbu než u dospělých pacientů, protože svého nositele provází mnohem déle a časový faktor hraje v rozsahu poškození oka významnou roli. Fyzikální a biologické vlastnosti tkání dětského oka činí navíc léčbu glaukomu obtížnější. Principiálně dochází k poškození nervových vláken sítnice a zrakového nervu chronickou hypoxií, související zpravidla se zvýšeným nitroočním tlakem. Přesný patogenetický mechanismus je stále intenzivně zkoumán a důležitá role v rozvoji glaukomových změn se přisuzuje také nervovým a humorálním faktorům ovlivňujícím krevní průtok. U vrozeného glaukomu se zvětšeným bulbem bývají zrakové funkce sníženy také sekundárními základy rohovky a vysokou myopií. Význam nitroočního tlaku jako dominantního faktoru v problematice glaukomu souvisí také se skutečností, že jej můžeme relativně snadno měřit a nejsnáze ovlivnit léčbou. Přesto, že za normu pokládáme nitrooční tlak mezi 10 a 21 torry, víme dnes, že jeho kritická hodnota, kdy začíná poškození nitroočních struktur je individuální a pro některé osoby ještě v rozsahu „normálních hodnot.“ (tzv. **normotenzní glaukom**). Na druhé straně ani trvale zvýšený nitrooční tlak nemusí způsobit glaukomové poškození oka (**nitrooční hypertenze**). Proto je nezbytné detekovat a sledovat i další kvality související s glaukomových poškozením, jako změny na očním pozadí a v zorném poli. Ke zhoršení centrální zrakové ostrosti dochází většinou až v pokročilých stádiích onemocnění.

Incidence **primárního vrozeného a infantilního glaukomu** (manifestace v prvních třech měsících resp. letech života) je asi 1:10000. V některých oblastech (Střední východ), ale také například u romské populace je častější (příbuzenské sňatky) včetně familiálního výskytu s AR přenosem a těžší formou postižení. Příčinou je **vývojová porucha trabekulární trámčiny** a ztížený odtok komorové tekutiny. Asi ve dvou třetinách případů jsou postiženy obě oči. Typickým příznakem je slzení spolu se světloplachostí (dítě odvrací obličej od světla nebo si zakrývá oči) a blefarospasmem. Tato **trias** je i důležitou klinickou známkou při posuzování léčebného efektu, kdy ustupuje, avšak při dekompenzaci glaukomu se znovu objeví. V prvních třech letech života vede zvýšený nitrooční tlak k distenzi pružné stěny bulbu, který se zvětšuje (**hydroftalmus**) a stává se

myopickým. Rohovka bývá lehce zašedlá edémem epitelu s jemnými trhlinami Descemetovy membrány, hlavně na výrazně zvětšené rohovce (megakornea). Při vyšetření můžeme najít patologický nále v komorovém úhlu a na fundu více či méně typický nále glaukomové papily (rozšíření a prohloubení exkavace s posunem cévní branky nazálně), který však, na rozdíl od dospělých, při úspěšné terapii částečně regreduje. Nitrooční tlak bývá nejčastěji kolem 30 torrů, ale jeho měření u nespolupracujících dětí je obtížné a i v narkóze je zatíženo metodickou chybou pro nestandardní podmínky na změněné rohovce a vliv anestetika.

Jednostranný hydroftalmus či výrazné symptomy umožňují snadnou diagnózu, někdy ji však můžeme definitivně potvrdit teprve po opakovaných vyšetřeních v celkové anestezii. Při oboustranném symetrickém zvětšení bulbů bez zašednutí rohovky mohou být „krásné velké oči“ dokonce předmětem obdivu!

Léčba je primárně chirurgická (zlepšení odtoku komorové tekutiny do Schlemmova kanálu), mnohdy posléze **doplňená antiglaukomovou medikací**, kdy i u malých dětí jsou používána farmaka ve stejném dávkování jako pro dospělé. Preparáty ze skupiny betablokátorů jsou kontraindikovány u astmatu, celkovému podání inhibitorů karboanhydrázy (acetazolamid) se vyhýbáme pro nebezpečí metabolické acidózy. V některých případech vyžaduje kompenzace glaukomu opakované operace, ale asi v 10–15 % případů se ani pak nedaří dosáhnout trvale uspokojivého snížení nitroočního tlaku. **Trvalá dispenzarizace** je nezbytná. Do tří let života umožňují spolehlivé sledování opakované kontroly v krátké narkóze. Stupeň poklesu zrakových funkcí záleží na rozsahu poškození v době diagnózy (důležitost včasného odhalení choroby!), na úspěšnosti léčby a podílu amblyopie (zejména při rozdílné refrakci obou očí). Prognóza quoad visum je nejistá, asi polovina dětí navštěvuje školy pro slabozraké nebo děti se zbytky zraku. Prognosticky nepříznivým faktorem je manifestace choroby hned po porodu a excesivní hydroftalmus. Komplexní péče o tyto pacienty zahrnuje také kontakt se **Středisky rané péče a Centrem zrakových vad FN Motol**, kde rodiče získají potřebné znalosti v péči o zrakově postižené, vhodné kompenzační pomůcky a představu optimálního školního zařazení dítěte.

Sekundární glaukomy souvisejí primárně s ji-

nou oční patologií (iridokorneální dysgeneze, ROP, retinoblastom, uveitida, aniridie, Sturgeův-Weberův syndrom, xantogranulom aj.) a projevují se u nejmenších dětí podobně jako primární vrozený a infantilní glaukom včetně vzniku hydroftalmu. Jejich léčba bývá někdy velmi svízelná.

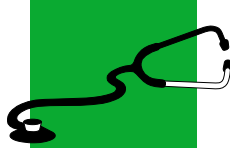
Zvláštním případem je **steroidní glaukom** jako možný důsledek dlouhodobého vkapávání kortikoidů (min. 2 týdny) do oka bez dostatečné kontroly. **Existují případy hydroftalmu po léčbě konjunktivitid kojenců s poruchou odtoku slzné tekutiny antibiotickými preparáty obsahujícími též steroidy namísto včasné sondáže.** Také systémová dlouhodobá terapie kortikosteroidy může vyvolat těžký steroidní glaukom a je třeba tyto pacienty pravidelně sledovat.

Po těžších kontuzích oka, většinou s krvácením do přední komory, se setkáváme s **traumatickým glaukomem**, který je důsledkem mechanického poškození struktur trabekulární trámčiny. **Proto je důležité po každém těžším zhmoždění oka (úder pěstí, náraz míčku, sněhové koule, klacku) s odstupem 2–3 týdnů vyšetřit gonioskopicky komorový úhel a změřit nitrooční tlak.** Medikamentózní léčba většinou postačuje.

Juvenilní glaukom bývá diagnostikován u větších dětí a dospívajících, když se zpravidla náhodně zachytí vyšší hodnoty nitroočního tlaku nebo podezřelý nále na papile zrakového nervu při vyšetření očního pozadí. Nápadnější obtíže subjektivně nejsou a klinicky se průběh onemocnění podobá glaukomu s otevřeným úhlem u dospělých. Najdeme-li však v komorovém úhlu nále připomínající vrozený glaukom, pokládáme takový případ zeleného zákalu za opožděnou manifestaci trabekulární dysgeneze. Přibližně od 10 let věku již můžeme získat věrohodné výsledky při vyšetření zorného pole počítačovou perimetrií, velkým přínosem je pak možnost objektivního hodnocení stavu nervových vláken sítnice a zrakového nervu moderními zobrazovacími technikami. V některých případech nám jen dlouhodobé sledování pomůže odlišit glaukom od nitrooční hypertenze. Léčba je primárně medikamentózní, při nedostatečném efektu pak chirurgická. Trvalá dispenzarizace se nezbytná.

Literatura u autora

Omneo



Nádory oka a očnice v dětském věku

MUDr. Pavel Pochop

Oční klinika, FN Motol, Praha

■ Úvod

Nejvýznamnějším zhoubným nitroočním nádorem v dětském věku je retinoblastom. Jedná se vlastně o jediný nitrooční nádor významný z hlediska frekvence výskytu a závažnosti onemocnění, jiné nitrooční tumory (benigní i maligní) zde proto pouze zmíníme. Nitrooční lymfom se vyskytuje poměrně vzácně a to ve dvou klinických variantách – vitreo-retinální a uveální. Jako vitreo-retinální se zpravidla asociuje s lymfomem centrálního nervového systému. Dále lze zmínit i raritní nitrooční zhoubné nádory (adenokarcinom pigmentového epitelu, adenokarcinom nepigmentového epitelu, meduloepiteliom, a rhabdomyosarkom). Přesnou diagnózu v těchto případech často stanoví až patolog. Nejvýznamnější nezhoubný nádor oka – pigmentový névus, je vzhledem k častému výskytu důležitý pro diferenciální diagnostiku, spíše však u dospělých pacientů. Uveální melanom je totiž v dětství raritou. Z dalších nezhoubných nádorů oka je třeba jmenovat retinální kapilární hemangiom, retinální astrocytom a choroidální hemangiom, které vidíme zpravidla u fakomatóz. Juvenilní xantogranulom se projeví u malých dětí spontánním krvácením do přední komory oka. Leiomyom může být zaměněn vzhledem ke svému chování (extrasklerální šíření) se zhoubným nádorem. Od jiných amelanotických vřetenobuněčných nádorů (neurofibromu, neurilemomu, amelanotického a pigmentového névu) ho mnohdy spolehlivě odliší pouze elektronová mikroskopie.

■ Retinoblastom

Jedná se o vysoce maligní nitrooční nádor dětského věku vycházející z retinoblastů s variabilním stupněm zralosti. Frekvence výskytu činí jeden případ na 15 000 – 18 000 živě narozených dětí. Bilaterální postižení nacházíme u 25 – 35 procent postižených. V průměru se setkáváme s tímto nádorovým onemocněním nejčastěji v osmnáctém měsíci života dítěte, vzácně se onemocnění projevuje již při narození, ve druhé dekádě či dokonce v dospělosti. Asi u čtyřiceti procent pacientů se jedná o dědičné onemocnění. Vzhledem k autozomálně dominantní dědič-

nosti s osmdesátiprocentní penetrací genu činí riziko vzniku onemocnění u dědičné formy pro každé další dítě postiženého jedince čtyřicet procent. **Prvním příznakem onemocnění může být náhle vzniklý strabismus nebo leukokorie.** Někdy si rodiče povšimnou zvláštního bělavého reflexu od očního pozadí na barevné fotografii. Občas se podaří onemocnění odhalit již krátce po porodu, zejména u dědičné formy, kde se po onemocnění cíleně pátrá. Vzácně se onemocnění projeví spontánní hyphémou, heterochromií, preseptální celulitidou, pseudohypopyem nebo exoftalmem. Z klinického hlediska můžeme rozlišit dvě odlišné formy růstu tumoru – exofytickou a endofytickou. V prvním případě roste nádor subretinálně, ve druhém se šíří do sklivcového prostoru. Často však nacházíme nádory kombinované. Vzácná a zrádná je forma difúzní infiltrativního růstu, kde bývá stanovení diagnózy zpravidla pozdní. Šíření tumoru je možné per continuitatem, a to transsklerálně do očnice a případně subkonjunktiválně, nebo do optiku a touto cestou pak intrakraniálně. Vzdálené metastázy jsou zpravidla spojeny s angioinvasí. U dříve popisovaných solitárních intrakraniálních metastáz se zřejmě jednalo o pinealom (tzv. trilaterální retinoblastom).

Diagnóza se často může opřít o přítomnost kalcifikací v tumoru, které jsou téměř pravidlem. Z četných diagnostických metod, které lze ke stanovení diagnózy využít, můžeme jmenovat oftalmoskopii, ultrasonografii, fluorescenční angiografii, počítačovou tomografii, magnetickou rezonanci a u zvláště diagnosticky obtížných případů aspirační transkorneální jehlovou biopsii.

Léčba retinoblastomu se řídí lateralitou a rozsahem nádoru či nádorů. Jedná-li se o jednostranné onemocnění postihující více než polovinu sítnice lze doporučit enukleaci bulbu, u bilaterálního pokročilého onemocnění enukleujeme bulbus s horší prognózou, pokud se nález nemění po chemoredukci. Je-li prokázána přítomnost nádoru v očnici, nezbyvá, než provést její exenteraci. V ostatních případech se snažíme a zachovnou léčbu. Využíváme zpravidla individuálně volené kombinace léčebných metod. Léčbu zahaju-

jeme chemoredukci, kterou pak podle odezvy a konkrétního nálezu kombinujeme s kryoterapií, transpupilární termoterapií, brachyterapií a jinými typy radioterapie. Pouze u malých a příznivě lokalizovaných nádorů od chemoredukce upouštíme a používáme lokálně destruktivní léčbu. Prognóza quod vitam je zpravidla příznivá. Mortalita představuje méně než 5 procent a dokonce i generalizované onemocnění lze v některých případech vyléčit. Ke stanovení prognózy quod visum užíváme několika klasifikací (Reeseho – Ellsworthova, Essenská), podle nichž je onemocnění děleno do pěti stádií. Pro první stádium je zachování dobrých funkcí téměř jisté, pro páté velmi nepravděpodobné. Komplikace při zachovné terapii závisí do značné míry na rozsahu a lokalizaci tumoru či tumorů. Může se jednat například o kataraktu, poradiační retinopatii, neuropatii, trakční amoce a hemoftalmus. Z pozdních následků jsou nejzávažnější radiogenní tumory (sarkomy, lymfomy, meningeomy očné).

■ Nádory očnice a očních adnex

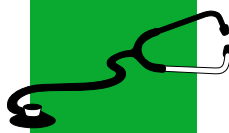
Nádory víček

Bazocelulární karcinom (bazaliom), nejčastější zhoubný nádor víček u dospělých pacientů, se u dětí prakticky nevyskytuje a stejně tak i spinocelulární karcinom, melanom a adenokarcinom. V podkoží víčka a obočí se občas setkáváme s metastázami neuroblastomu, které bývají v této lokalizaci mnohdy prvním projevem onemocnění. Nezhoubné nádory svou skladbou až na výjimky odpovídají výskytu nezhoubných nádorů jinde na kůži. Terapeuticky problém někdy představuje hemangiom horního víčka. **Léčebně zasahujeme** při mechanické ptóze horního víčka, kdy hrozí amblyopie. Zpravidla aplikujeme depotní steroidy do léze, v některých vybraných případech volíme chirurgickou léčbu. Zmínit lze dále nevus flameus, který bývá součástí Sturge-Weberova syndromu.

Nádory spojivky

Pigmentový névus, papilom, bazální dermoid a lipodermoid jsou nejčastějšími nezhoubnými nádory spojivky. Léčba je zpravidla chirurgická. Lymfangiom očnice často dosahuje až subkonjunktiválně, kde ho mů-

Hamilon



žeme pozorovat ve spojivkovém vaku jako shluk cystických útvarů. S lymfomem se v podobné lokalizaci setkáváme vzácněji. Jiné zhoubné nádory spojivky jsou v dětském věku naprostou vzácností.

Nádory očníce

Frekvence výskytu zhoubných i nezhoubných nádorů očníce v dětství a v dospělosti

se velmi liší. **Nečastějším maligním nádorem očníce v dětství je rabdomyosarkom.** V sedmdesáti pěti procentech se jedná o embryonální typ, který postihuje zpravidla děti do deseti let věku. U větších dětí a mladých dospělých vidíme spíše typ alveolární a diferencovaný. Charakteristický je rychlý vývoj exoftalmu s edémem a zarudnutím ví-

ček. **V diferenciální diagnostice** musíme odlišit především metastázu neuroblastomu, akutní lymfatickou leukemii, krvácení do lymfangiomu, zánětlivý pseudotumor a orbitocelulitidu. **Diagnózu stanovíme** zpravidla na základě klinického nálezu a s pomocí zobrazovacích metod a biopsie (zpravidla bioptickou jehlou pod CT kontro-

lou). Díky moderní chemoterapii a radioterapii je prognóza tohoto onemocnění výrazně lepší než před lety a mortalita nepřesahuje deset procent. **Další primární maligní nádory očníce jsou v dětství vzácné.** Lymfom očníce v dětství vidíme zpravidla jako součást celkového onemocnění. Dále je třeba v očníci počítat s možností výskytu sekundárních maligních nádorů, případně i s metastázami. Z benigních nádorů je třeba zmínit plexiformní neurofibrom a gliom optiku, které často doplňují celkový obraz Recklinghausenovy neurofibromatózy. Mnohem vzácněji ve stejné souvislosti vidíme i meningeom. Značné terapeutické problémy, vzhledem k infiltrativnímu růstu, může přinášet lymfangiom očníce. Ten se někdy projeví i náhlým exoftalmem daným krvácením do nádoru. Zobrazovací metody v těchto případech odhalí četné cystické útvary naplněné krví. Hemangiom zpravidla regreduje spontánně, významný je spíše z diferenciálně diagnostického hlediska. Závěrem je třeba konstatovat, že následky léčby zhoubných nádorů očníce bývají z funkčního i kosmetického hlediska zpravidla závažné a zmenšení dopadu léčby může být obtížným oříškem pro plastického chirurga.

*Práce vznikla za podpory
výzkumného záměru
č. 11130005*

Literatura u autora

Klinika ušní, nosní a krční UK, 2. LF a FN v Motole, Centrum kochleárních implantací u dětí a Foniatrická klinika UK, 1. LF a VFN v Praze

si dovoluji pozvat Vás k účasti
na pracovním dni a formování společného postupu
v zlepšení systému časné péče o sluchově postižené děti

VČASNÁ DIAGNOSTIKA SLUCHOVÝCH PORUCH V RANÉM DĚTSKÉM VĚKU

který se bude konat
v sobotu 8. 5. 2004 v Praze
(místo bude upřesněno)

*Předběžné přihlášky a návrhy na
další potřebné téma zasílejte pro-
sím do konce listopadu na adresu:*

ORL klinika UK 2. LF a FNM

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 - Motol

Fax: 224 432 620

E-mail: petr.lesny@lfmotol.cuni.cz

*Nebo se zaregistrujte na webové
stránce:*

orl.lf2.cuni.cz/vcasnadg

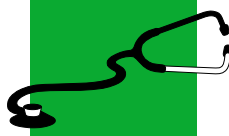
Pro účastníky pracovního dne budou
připraveny podrobné materiály
o vyšetřování poruch sluchu v raném
i pozdějším věku dítěte.

Z programu pracovního dne:

- Vyšetřování sluchu v ordinaci pediatra v raném i pozdějším věku dítěte.
- Psychologický přístup k rodičům dítěte se sluchovou vadou.
- Historie a prognóza screeningu sluchu v ČR.
- Genetické příčiny poruch sluchu a jejich diagnostika v ČR.
- Moderní elektrofyziologické metody pro vyšetřování poruch sluchu a jejich přínos.
- Téma podle Vašich potřeb, které můžete poslat s přihláškou.

Pracovní den se koná v rámci mezinárodního sympózia

**HEARING DISORDERS IN EARLY CHILDHOOD:
ETIOLOGY, SCREENING, DIAGNOSTICS and REHABILITATION.**



Je enzymoterapie účinná?

Vedle způsobu propagace přípravků systémové enzymoterapie Wobenzym a Phlogenzym (viz článek **Enzymoterapie – příběh s otevřeným koncem**) napadá komise pro zkoumání alternativní medicíny vědecké rady České lékařské komory také věrohodnost jejich proklamovaných léčebných účinků. Stejně jako u reklamy na enzymoterapii ale zůstává i její samotná účinnost nezodpovězenou otázkou.

S žádostí, aby se tímto problémem zabývaly, se komise obrátila na **vědecké rady České lékařské komory (ČLK) a ministerstva zdravotnictví, představenstvo ČLK, předsednictvo České lékařské společnosti JEP, výbory pro zdravotnictví a sociální politiku poslanecké sněmovny i senátu a samozřejmě Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL)**. Posledně jmenovaná instituce se podnětem, podle svého vlastního vyjádření, už zabývá (tedy nezávisle na prošetřování obsahu reklamy na enzymoterapii). Ostatní, pokud vůbec reagovaly, se odvolávají na stanovisko **České společnosti pro experimentální a klinickou farmakologii a toxikologii**, které bylo vypracováno pro vědeckou radu ČLK loni v říjnu. Letos v červnu na žádost ČLS JEP společnost potvrdila, že za ním nadále stojí.

■ Terapie odborná...

Podle odborné společnosti farmakologů vychází systémová enzymoterapie z předpokladu, že perorálně aplikované proteolytické enzymy vyvolávají systémové působení. Předpokládané mechanismy účinnosti zahrnují ovlivnění poruchy funkcí imunitního systému, protizánětlivé účinky, ovlivnění krevní viskozity a mikrocirkulace. „Tyto předpoklady ale nejsou obecně přijímány,“ tvrdí se ve stanovisku. Další výhrady se týkají zejména úrovně klinického ověření účinnosti (viz rastr). Nicméně autoři stanoviska se v jeho závěru přimlouvají za to, aby přípravky systémové enzymoterapie přehodnotil SÚKL. To je v souladu se závěrem vědecké rady lékařské komory, která navíc zdůrazňuje, že Wobenzym a Phlogenzym jsou řádně registrovanými léčivými přípravky, a jsou tudíž v rukách lékaře legitimním léčebným postupem. Vědecká rada také vyslovila pochybnosti o účinnosti z pozice medicíny založené na důkazech, ale současně i názor, že tytéž pochybnosti je možné vyjádřit „vůči stovkám, či dokonce tisícům dalších přípravků ve všech či jen několika používaných indikacích“. Poukázala přitom na vitamíny, dietetika či podpůrné přípravky při onemocněních pohybového aparátu. Komise pro alternativní medi-

cínu ČLK se nevzdává a odborné diskusi předkládá další odborná vyjádření, tentokrát ze zahraničí – zejména z Německa, kde se přípravky systémové enzymoterapie poněkud více používají. Jsou to články z odborných časopisů, stanoviska odborných společností, rozsudky soudů i vyjádření amerického úřadu Food and Drug Administration. Podrobný rozbor těchto zdrojů, které jsou velmi kritické k účinkům přípravků firmy Mucos, ovšem přesahuje možnosti tohoto článku.

■ ...a parlamentní

Na oslovení komisí reagovala vstřícně také předsedkyně sněmovního výboru pro sociální politiku a zdravotnictví Milada Emmerová, která se následně obrátila na Českou lékařskou společnost JEP se žádostí o odborný posudek. Poskytnuto jí pak bylo stanovisko farmakologické společnosti. Podle informací ZDN se měly vyjádřit i některé další společnosti – revmatologická, pneumologická a onkologická. Prof. J. Boguszaková, k níž se měla tato stanoviska v ČLS JEP soustřeďovat, však žádné další neobdržela a, jak sdělila ZDN, je v tomto směru skeptická.

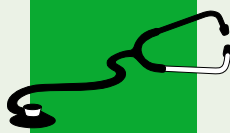
M. Emmerová je v současnosti vůči enzymoterapii už vstřícnější. ZDN řekla, že měla k enzymoterapii dříve nedůvěru, ale mezitím si vyslechla přednášky renomovaných lidí na půdě parlamentu, kteří tuto léčbu doporučovali. Podle poslankyň a lékařky v jedné osobě se velice dobře uplatňuje po radikální operaci prsu s odstraněním uzlin v podpaží a následným lymfédemem. Na semináři se prý rovněž dozvěděla o protizánětlivých účincích dotyčných přípravků. Ale vzhledem k tomu, že jde o patogenetickou léčbu, kterou by měl doporučovat a aplikovat pouze odborník, reklamu na tyto přípravky považuje M. Emmerová za nepatřičnou. Předsedkyně výboru sice připouští, že neví o klinických studiích, které by jednoznačně prokázaly účinnost preparátů, ale přirovnává tuto situaci ke kortikoidům. „Kortikoidy se také podávají, přestože jejich působení není vždycky úplně jasné, a přesto je jejich patogenetické působení na mnoha místech velice prospěšné,“ tvrdí M. Emmerová. Rozdíl ale vidí v tom, že „s kortikoidy existuje osvědčená zkušenost a několik desítek let se o nich nepochybuje“. Co udělá SÚKL? Firma Mucos Pharma CZ, která přípravky Wobenzym a Phlogenzym vyrábí, si za nimi pochopitelně stojí. Má v ruce pádný argument – registraci přípravků Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL), a dokud bude jejich účinnost zpochybňována ojedinelými hlasy v odborných kruzích, aniž by pro-

nikly do širší veřejnosti, nemusí se znepokojovat. Další osud systémové enzymoterapie tak má plně v rukou SÚKL. Může udělit pokutu za nevhodnou reklamu, ale také zahájit řízení o zrušení registrace anebo alespoň požadovat změnu indikačního spektra. Může ale také rozhodnout, že vše je v pořádku. Nakonec v odborném lékařském bulletinu Farmakoterapeutické informace, který vydává sám SÚKL, vyšel v čísle 9/2000 hlavní přehledový článek „Systémová enzymoterapie“, který se pokusil odpovědět na některé otázky (průkaznost základních indikací, širší terapeutických indikací) „podle zásad medicíny založené na důkazech“. Dospěl k velmi pozitivním závěrům, které jsou v některých bodech v kontradiktu se závěry České společnosti pro experimentální a klinickou farmakologii a toxikologii, s nimiž vyjádřila souhlas vědecká rada ČLK. Texty jsou údajně recenzovány, autor (u článku není uveden, jak je prý v lékařských bulletinech zvykem) má možnost kritického pohledu, ale články reprezentují i názor redakční rady. Jejím členem je mimo jiné ředitel SÚKL Milan Šmíd.

■ Ze stanoviska České společnosti pro experimentální a klinickou farmakologii a toxikologii

Dosavadní výsledky klinického hodnocení jsou velmi heterogenní. Je to způsobeno kompozitním složením přípravku a široce deklarovanou indikační oblastí. Objektivní zhodnocení deklarovaných preventivních a léčebných účinků systémové enzymoterapie, ve smyslu vědecky ověřených kritérií medicíny založené na důkazech, je proto velmi obtížné. Souvisí to s velmi omezeným počtem randomizovaných, prospektivně plánovaných klinických studií. Problémy se týkají též stanovení relevantních klinických ukazatelů, které je možné použít jako cílové parametry. Dosavadní publikace neobsahují často potřebné detaily, jako jsou například podrobná charakteristika souborů, variabilita pozorování. Výsledky se někdy opírají pouze o klinické pozorování bez dodržování zásad správné klinické praxe, které je současnou normou objektivního klinického hodnocení. Dalším problémem je skutečnost, že se v průběhu posledních deseti let několikrát změnilo složení jednotlivých přípravků používaných při enzymoterapii. Tyto okolnosti značně stěžují sumarizaci výsledků i metaanalýzu.

Zdroj: Zdravotnické noviny



Kazuistiky: Systémová enzymoterapie

MUDr. Parvine Gricová

PLDD, Uherské Hradiště

Stejně jako řadu dalších lékařů přede mnou, přivedla i mne k bližšímu zájmu o systémovou enzymoterapii zmínka jednoho z rodičů o Wobenzymu asi před 5 lety. Začala jsem shromažďovat další informace (hodně mi jich poskytla populárně naučná brožura „Enzymy – stavební kameny života“) a Wobenzym (WE) se mi začal jevit jako možná alternativa pro děti s vysokou nemocností, kde už nevím kudy kam. Všichni známe tyto pacienty, kteří se objevují v našich ordinacích s železnou pravidelností, někdy i každý měsíc s horečna-

dobí 12 měsíců před zahájením léčby Wobenzymem a v následujících 12 měsících po zahájení této léčby. Věkové rozvrstvení pacientů a jejich nemocnost a spotřebu antibiotik ve srovnávaných obdobích léčby ukazují tabulky. Pochopitelně se nejedná o žádnou klinickou studii, jde o pouhé zpětné vyhodnocení údajů z mé kartotéky. Počet dětí ve věku nad 7 let je sice menší, ale efekt v početnější skupině předškolních dětí je efekt velmi dobrý a potvrzuje závěry kolegyně Hubkové.

chloridy v potu a imunoglobuliny – v normě, testace základní řady alergenové negativní. Zahájena antiastmatická terapie: inhalační kortikoidy, bronchodilatancia, antihistaminika (Salbutamol, Ventolin, Zaditen).

I na této medikaci stále velká frekvence infekcí horních i dolních cest dýchacích. Opakovaně imunomodulační terapie: Luivac 1998, 1999, Bronchovaxom 1999, Luivac 2001. Ve 4 letech další hospitalizace pro spastickou bronchitidu s následnou bronchopneumonií. Znovu komplet-

tab. č. 1

**Průměrný počet onemocnění a podávaných antibiotik na jednoho pacienta
v roce před léčbou a po zahájení léčby Wobenzymem**

věk a počet pacientů (n)	3-6 let (n = 20)		7-10 let (n = 5)		nad 10 let (n = 5)	
	infekty	atb	infekty	atb	infekty	atb
před léčbou	10	6	7	4	5	4
po zahájení léčby	6	4	4	3	3	2
pokles	o 40 %	o 37 %	o 43 %	o 25 %	o 40 %	o 50 %

tým infektem dýchacích cest. Někdy ani podrobné imunologické vyšetření na specializovaném pracovišti neodhalí závažnou patologii, výrazné zlepšení nepřináší léčba bakteriálními imunomodulátory, hospitalizace nejsou výjimkou. I když každou aplikaci antibiotika pečlivě zvažuji, u těchto dětí se jí mnohdy nelze vyhnout. Nepomáhají lázně, ozdravovny ani vyřazení z kolektivu. Nemluví ani o vitamínech a nejrůznějších přírodních dietních doplňcích. Děti stůňou stále a rodiče to někdy berou jako selhání lékaře a často také z těchto důvodů ošetřujícího lékaře mění. A právě u těchto dětí mi léčba Wobenzymem přináší velmi dobré výsledky.

První pacient, u kterého jsem systémovou enzymoterapii použila, reagoval velmi rychle snížením nemocnosti, a to již po měsíci užívání. Po tomto prvním úspěchu začalo v mé ordinaci pacientů léčených Wobenzymem přibývat. Jejich největší část tvoří opakovaně nemocné děti v předškolním věku od 3 do 6 let. Práce Dr. Hubkové mne inspirovala k obdobnému vyhodnocení úspěšnosti léčby u mých pacientů. Vybrala jsem si děti, které zahajovaly léčbu v letech 2000 – 2001 a vždy jsem porovnávala výskyt recidivujících respiračních infekcí a počet použitých antibiotik v ob-

Pro dokreslení přidávám několik kazuistik, kde byl dobrý efekt léčby Wobenzymem úlevou nejen pro dítě, ale i pro celou rodinu, kde časté stonání dítěte vždy přináší permanentní stres a nervozitu a někdy i existenční starosti, když matka nemůže chodit do práce. A musím přiznat, že zlepšení stavu dítěte bylo vždy velkou úlevou a radostí i pro mne.

■ I. Darja N., nar. 18.9.1996

RA: bratr (nar. 1992) má nemocnost v normě, alergická anamnéza je negativní

OA: z II. fyziologické gravidity, porod ve 40 týdnů per s.c. pro KP, PH 3500 g/ 49 cm, AS 10/10. V poporodním průběhu jen transitorní hypokalcemie a lehký novorozenecký icterus. S dokrmem kojená 3,5 měs. RPMV v normě.

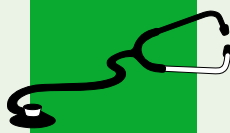
První onemocnění již ve 2 měsících, ve 4. měsíci první spastická bronchitida. Během I. roku života celkem 5x nemocná – vždy vysoké horečky, dlouho trvající kašel, vysoce pozitivní zánětlivé markery v krevních odběrech, ATB v I. roce celkem 3x. Ve 2. roce hospitalizována pro dušnost při bronchopneumonii – zpočátku nutná péče na JIP – infúzní terapie s kortikoidy, bronchodilatancii a ATB. Při této hospitalizaci kompletně vyšetřena:

ně vyšetřena. Provedeno i kontrastní rtg jícnu – reflux ani tracheoesophageální komunikace neprokázána. Později doplněná pH-metrie a bronchoskopie bez patol. nálezu. Odeslána k imunologickému vyšetření do Brna (Ústav klinické imunologie a alergologie, FN U sv. Anny) – vyšetřena humorální i buněčná imunita, imunodefekt neprokázán. Opakováno alergologické vyšetření – rovněž bez reakce na základní alergenovou řadu. Uzavřeno jako astma bronchiale – pokračováno v léčbě inhalačními kortikoidy (v útočné dávce), bronchodilatancii, antihistaminiky. (Beclomet forte, Ventolin, Zaditen + Claritin) Z kolektivu krátce po nástupu ve 3 letech vyřazena.

Léčba Wobenzymem zahájena 1/2002 – po dobu 6 měsíců 1 drg/6 kg/ den, zpočátku problémy s polykáním, podařilo se rychle zvládnout.

Res.: 1/2001 – 12/2001 – rok před zahájením podávání Wobenzymu: infekce dýchacích cest (horních i dolních) celkem 14x, z toho 1 x byla hospitalizována pro bronchopneumonii s dušností, přechodně nutný pobyt na JIP. 2 měsíce pobývala v lázních. Celkem 6x užívala ATB. Ordinaci navštívila celkem 26x. Průběhy onemocnění byly vždy provleklé s dlouho trvajícím kašlem a dušností.

Nutrilon



1/ 2002 – 12/ 2002 – rok po nasazení Wobenzymu: záněty dýchacích cest celkem 8x, hospitalizována nebyla, ATB užívala pouze 2x. Průběhy onemocnění byly lehčí – byla kratší období febrilií, které nebyly tam vysoké, stavy dušnosti byly velmi krátké. Celková doba léčby jednotlivých infekcí se výrazně zkrátila.

Léčba Wobenzymem zopakována v zimě od 1/ 2003 po dobu 3 měsíců plná dávka (léčba ukončena z finančních důvodů). Byla opět 2 měsíce v láních. Do konce 7/2003 stonala 2x, ATB užívala 1x. Alergolog na letošní léto zkusmo přerušil podávání inhalačních kortikoidů. Do MŠ chodí v době menší nemoci dětí, nyní se připravuje na nástup do I. třídy základní školy – plánujeme enzymoterapii od září 2003. Matka chodí už rok do práce.

■ II. Monika J., nar. 11.4.1996

RA: rodiče i bratr zdraví, alergická anamnesa negativní.

OA: dítě z I.fyziol. gravidity, porod spontánní, záhlavím v terminu PH 3300 g/ 5l cm, AS 9/9. Kojená 7 měsíců. RPMV byl v normě.

Již od kojeneckého věku opakovaně anginy – vždy průběh s hyperpyrexii a výraznou zánětlivou odezvou – FW nad 100, CRP i nad 200, výrazná leukocytosa. Teploty vždy vysoké až 10 dnů, provázené profúzním zvracením a dehydratací s rozvrtem vnitřního prostředí.

Opakovaně nutná hospitalizace s rehydratací a úpravou vnitřního prostředí.

Dítě je v mé péči od 4 let (od r. 2000) – to už měla za sebou 6x hospitalizaci pro výše uvedené problémy, opakovaně ATB. Těsně před registrací v mé ordinaci měla v průběhu jednoho měsíce 4x ATB (Berlocid, Ceclor, gentamycin v infúzi – při

hospitalizaci a Summamed). V opakovaných stěrech z tonsil bývala různá flora patogenní i nepatogenní, často i negativní bakteriologický nálezy. V laboratorních hodnotách však vždy výrazné nálezy svědčící pro těžký infek – často až charakteru sepse. Opakovaně kompletní imunologické vyšetření (Ústav klinické imunologie a alergologie, FN U sv. Anny, Brno) – 2001 a 2003. Při prvním vyšetření jen lehce snížená hladina protilátek proti kapsulárnímu antigenu pneumokoků (doočkována proto vakcínou Pneumo 23) V r. 2003 vyšetření nevykázalo patologii ani v oblasti humorální ani buněčné imunity.

Pro vysokou nemocnost zákaz návštěvy kolektivu, opakovaně imunomodulace – 2000, 2001 – Bronchovaxom. Od r. 2001 se k opakovaným anginám přidaly laryngitidy – 2x nutná hospitalizace s venosní aplikací kortikoidů.

Léčba Wobenzymem zahájená 1/2002 – 6 měsíců dávka 1 drg/6 kg/den, pak dávka snížena na polovinu a tu užívá doposud. Po nasazení Wobenzymu velmi promptní efekt – průběh nemocí celkově kratší a mírnější, bez úporného zvracení. Teploty nižší a kratší dobu, nebyla již nutná hospitalizace z důvodu dehydratace. Zánětlivé markery v počátku onemocnění nižší a rychleji klesají normě

Res.: 1/2001 – 12/ 2001 – rok před nasazením Wobenzymu: infekce 10x (angíny, laryngitidy, tracheitidy), ATB 6x, hospitalizace 4x. Celkem vyšetřena 28x – v ordinaci 21x, doma 7x.

1/ 2002 – 12/ 2002 – rok po nasazení Wobenzymu: infekce 6x, ATB 4x, hospitalizace 1x (laryngitida). V ordinaci celkem 21x. Hodnoty FW a CRP při onemocněních významně sníženy a rychleji klesají k normě. V průběhu letošního léta zvládla 2x pobyt u moře – bez nemoci. Pokraču-

jeme v léčbě Wobenzymem. V září by měla nastoupit do I.třídy základní školy.

■ III. Tereza H., nar. 2.10.1995

RA: rodiče a dva starší sourozenci zdraví, starší sestra dítěte v ústavní péči pro DMO neznámé etiologie.

OA: dítě z V. fyziologické gravidity, IV. porod (lx spont. AB), z indikace matky per s.c., PH 3450 g/ 49 cm, AS 9/9. Kojená plně 8 měsíců. Do 3 let bez zdravotních problémů, nemocnost v normě. Po nástupu do MŠ opakovaně záněty dýchacích cest – faryngitidy, laryngitidy, tracheitidy, bronchitidy – vždy s protrahovaným kašlem. Kompletním vyšetřením za hospitalizace (1999) vyloučena mukoviscidosa a imunodeficit. Prokázán duodenogastriční reflux – nasazen Prepuksid, Ribomunyl a Claritin dlouhodobě. Vyřazená z kolektivu pro trvající zvýšenou nemocnost.

12/ 2001 nasazen Wobenzym 1 drg/6 kg/den – celkem 1/2 roku s pauzou v letním období. V dalším roce opět pokryta zimní sezóna půlroční plnou dávkou.

Res: 11/ 2000 – 11/ 2001 –rok před nasazením Wobenzymu: opakované záněty dýchacích cest (tracheitidy, bronchitidy, lx bronchopneumonie) – celkem 10x, ATB užívala 3x, v ordinaci pro infekty vyšetřena 30x.

12/ 2001 – 12/ 2002 po zahájení podávání Wobenzymu záněty dýchacích cest pouze 3x, zvládla je bez ATB, v ordinaci vyšetřena 18x. V letošním roce nemocná 3x – vždy jen velmi lehký infekce, bez T, léčba symptomatická a vitaminoterapie.

Vzhledem k tomu, že jsem pracovala dlouhá léta jako infekcionista (od r. 1976 do r. 1990 infekční odd. nemocnice Uherské Hradiště), snažím se i jako terénní pediatr co nejvíce vyhýbat neúčelnému předepisování antibiotik. Všichni ale víme, jak je někdy toto rozhodování těžké. Proto si velice cením všechny prostředky, které mi v racionálním rozhodování pomáhají. Přínos rychlého vyšetření CRP v ordinaci přístrojem CRP QuickRead (firmy Orion Diagnostica) pro účelnou antibiotickou terapii už ocenila řada z nás. Přínos systémové enzymoterapie je jiný – dítě méně stůně, omezuje se počet a závažnost onemocnění a tím ubývá situací, kdy stojíme před rozhodnutím, „zda dát či nedat...“ Systémová enzymoterapie tedy pro mne už představuje běžnou část terapeutického spektra, které používám u svých dětských pacientů. Její účinnost mám už ověřenou i u dospělých. Jsou to nejčastěji rodiče mých pacientů, přátelé a známí, stranou nezůstala ani moje rodina. U těchto pacientů doporučuji Wobenzym a někdy Phlogenzym hlavně po sportovních a jiných úrazech, po operacích nebo u chronických a recidivujících zánětech.

Literatura u autorů

V pražském nakladatelství H&H Vyšehradská, s.r.o. vychází na podzim letošního roku monografie Nevala a kol.:

Výživa v dětském věku

Jedná se o první publikaci tohoto druhu v češtině. Kolektiv 24 autorů na 428 stranách v 31 kapitolách zpracoval problematiku výživy dítěte ve zdraví i nemoci. První kapitoly se zabývají hodnocením stavu výživy, výživou ženy v těhotenství a během kojení, výživou kojenců, dětí s nízkou porodní hmotností, výživou batolat a školních dětí. Pozornost je věnována rovněž alternativní výživě, prebiotikům a probiotikům. Další kapitoly jsou zaměřeny na léčebnou enterální výživu, parenterální výživu a výživu u různých onemocnění jako je diabetes mellitus, potravinová alergie, onemocnění jater a pankreatu, cystická fibróza, onemocnění ledvin, arteriální hypertenze a poruchy příjmu potravy. Ostatní kapitoly pojednávají o výživě u akutních průjemových onemocnění a malabsorpčního syndromu. Čtenář se seznámí rovněž s výživou u dědičných metabolických onemocnění, dyslipidemií a obesity. Závěrečná část publikace je věnována nemocničním dietám a doporučeným dávkám živin.

Monografie je doplněna rejstříkem a její předběžná cena je 220 Kč.

Objednávky je možno zasílat na adresu:

Nakladatelství H&H Vyšehradská, s.r.o., Vyšehradská 53, 128 00 Praha 2,

telefon: 221 669 100, fax: 221 669 110,

e-mail: hnidak@nakladatelstvihh.cz, <http://www.nakladatelstvihh.cz>.

Nestlé

První mezinárodní konference o použití ibuprofenu v dětském lékařství

(The First International Conference on Ibuprofen use in Paediatrics – IPIC)

MUDr. Milan Kudyn

Praktický dětský lékař, Praha 10

Souhrn

V loňském roce jsem se v Praze zúčastnil jako reprezentant za Českou republiku první mezinárodní konference o použití ibuprofenu v dětském lékařství. Ta se konala u příležitosti výročí 40–ti let od objevu účinné látky ibuprofenu. Objevitel ibuprofenu, společnost Boots Healthcare International, pozvala dětské lékaře z 18 zemí, aby diskutovali o úloze ibuprofenu při léčbě horečky a bolesti u dětí. Mezi nejvýznamnější hosty konference patřil Dr. Stewart Adams, který vyvinul ibuprofen během svého působení ve společnosti Boots Pure Drug Company před 40 lety. Cílem konference bylo zorganizovat mezinárodní fórum pro předání poznatků a zkušeností o použití ibuprofenu v dětském lékařství a diskutovat jeho výhody i nevýhody. Mezi jednotlivá témata patřily léčba různých stavů – horečky, bolesti, migrény atd. a bezpečnost ibuprofenu u novorozenců a dětí. Firma Boots Healthcare v současnosti disponuje vhodným lékem „Nurofen pro děti“ jehož léčebný efekt je založen na této účinné látce a je vhodný též pro děti od 3 měsíců věku. Protože se domnívám, že čeští dětské lékaři, stejně jako lékaři na celém světě s rostoucí měrou předepisují a doporučují ibuprofen u dětí, považuji za účelné, abyste i vy měli možnost se seznámit formou výběru některých zajímavých příspěvků z této konference na stránkách Voxu.

■ Vývoj ibuprofenu

Před více než 40 lety Dr. Stewart Adams, jako mladý britský vědec, který pracoval ve společnosti Boots Pure Drug Company, došel k názoru, že musí být možné vyvinout lék, který u pacientů s revmatickými chorobami tlumí bolest i zánět. V roce 1957 začal s Dr. Adamsem spolupracovat chemik Dr. John Nicholson a společně začali prozkoumávat skupinu látek příbuzných s kyselinou fenylpropionovou. V roce 1962 připravili sloučeninu „BTS 13621“, která je dnes označována jako ibuprofen. Lék prokázal dobrou účinnost, dobrou snášenlivost a způsoboval méně nežádoucích účinků v zažívacím ústrojí než kyselina acetylsalicylová. Tyto vlastnosti ibuprofenu prokázalo a potvrdilo velké množství klinických studií. Patentová přihláška byla registrována 12. ledna 1962 britským patentním úřadem pod označením Brufen™. Nejprve byl uveden do klinické praxe jako lék vázaný na lékařský předpis, určený pro léčbu revmatoidní artritidy. Posléze byl uveden na trh ve Spojených státech v roce 1974 jako lék vázaný na lékařský předpis pod obchodním jménem Motrin™. Jako volně prodejný lék začal být ibuprofen k dispozici ve Velké Británii v roce 1983 pod názvem Nurofen™ a ve Spojených státech v roce 1984 pod názvem Advil™.

V současné době je dostupný v mnoha přípravech a řadě lékových forem a používá

se pro léčbu bolesti a horečky jak u dospělých, tak u dětí. Vrcholem života ibuprofenu bylo v roce 1985 udělení královského vyznamenání za technologický pokrok společnosti Boots, jako uznání za vědeckou a technickou odbornost při vývoji léku. V dnešní době se Nurofen™ prodává a předepisuje ve více než 30 zemích na celém světě.

Ibuprofen je arylpropionová kyselina. Je tvořen dvěma enantiomery – formami R a S. Účinným lékem je S forma. Podobně jako všechna ostatní nesteroidní antirevmatika, ibuprofen inhibuje syntézu prostaglandinů neselektivnímablokováním aktivního místa COX v izoformách cyklooxygenázy COX1 a COX2. Léčebné účinky ibuprofenu závisejí na dávkování. Pro dosažení analgetického

a antipyretického účinku je zapotřebí 30 mg/kg tělesné hmotnosti denně a pro dosažení protizánětlivého účinku 40 mg/kg tělesné hmotnosti denně. Minimální účinná koncentrace je přibližně 5 µg/ml. Vztah mezi plazmatickou koncentrací a terapeutickým účinkem se nejlépe popisuje jako exponenciálně rostoucí křivka.

■ Ibuprofen – lék volby

Odborníci přítomní na konferenci se společně shodli na základě publikovaných výsledků klinických studií, přednášek a následných diskusí, že ibuprofen je velice účinný, rychle působící lék s dlouhodobým antipyretickým, analgetickým i protizánětlivým účinkem. Zkušenosti odborníků s užíváním

tab. č. 1

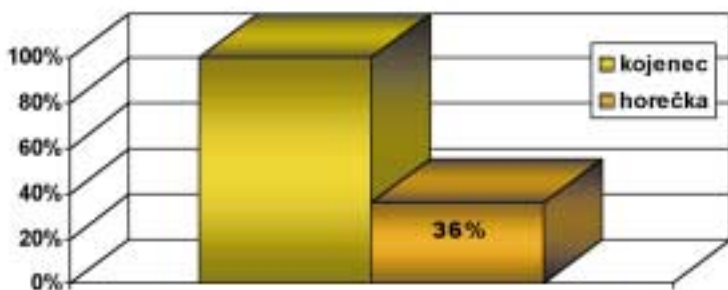
Dávkování ibuprofenu u dětí mladších 6 – ti měsíců

Horečka	5 – 10 mg / kg / rozděleno do 3 dávek denně – celková dávka = 15– 30 mg / kg / den
Proti bolesti při zánětech	10 mg / kg / rozděleno do 4 dávek denně – celková dávka = 40 mg / kg / den
Horečka a bolestivá reakce po očkování	2.5 ml (50 mg), v případě nutnosti opakovat po 6–ti hodinách – celková dávka = 5 ml (100 mg) / den
Otevřená tepenná dučej	10 mg/kg, s pokračovací dávkou 5 mg/kg po 24 a 48 hod během 15 minut

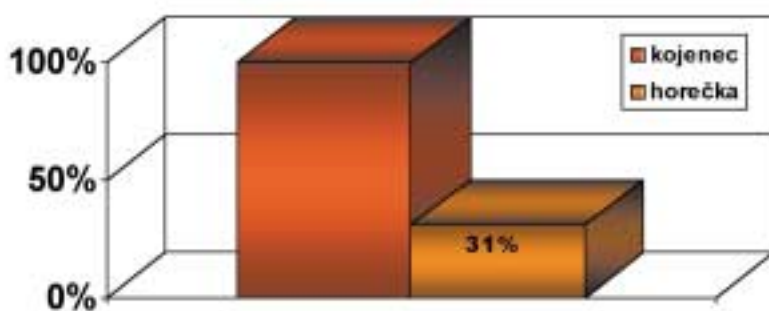
Nurofen pro děti je již v ČR a SR oficiálně schválen SUKlem k aplikaci již od 3 měsíců věku.

obr. č. 1 - Aplikace ibuprofenu u dětí mladších 6 – ti měsíců v Institutu matky a dítě – Bukurešť při hospitalizaci a ambulantním ošetření v roce 2001

Horečnaté příznaky u dětských ambulantních pacientů



Horečnatý stav u dětí hospitalizovaných



ibuprofenu jsou v souladu s publikovanými údaji, které ukazují, že ibuprofen je při určitém dávkování účinnější, má delší trvání účinku a je nejméně stejně dobře snášen jako paracetamol. Odborníci se také shodli, že bezpečnostní profil ibuprofenu při možnosti předávkování je příznivější než u paracetamolu nebo aspirinu.

Ibuprofen je oficiálně schválen jako lék první volby při bolesti a horečce v akutních stavech ve Francii a je lékem volby při migrenózním záchvatu u dětí. Během konference byly prezentovány vědecké údaje a klinické zkušenosti, které potvrzují, že ibuprofen nabízí vynikající poměr mezi účinností a bezpečností. Díky tomuto celosvětově příznivému hodnocení lékaři se zvyšující měrou předepisují a doporučují ibuprofen i v dětské populaci. Ibuprofen se považuje za vhodný lék i u dětí mladších 3 měsíců. Většina odborníků se shodla, že ibuprofen by v případě použití v dětském lékařství měl být zařazen na seznam základních léků Světové zdravotnické organizace (WHO). Ibuprofen je účinný lék obzvláště v případech, kdy teplota přesahuje 38,8 °C a ve Francii byl schválen jako lék první volby pro léčbu bolesti a horečky u akutních stavů (Autret-Leca). V pediatrické praxi je lékem první volby pro léčbu migrenózního záchvatu také ibuprofen

(Annequin). Ibuprofen je účinný při léčbě pacientů s juvenilní idiopatickou artritidou. Považujeme jej za lék první volby u oligoartritické (pauciartritické) a polyartritické juvenilní idiopatické artritidy (Mouy). Na základě vědeckých údajů a klinické zkušenosti nabízí ibuprofen vynikající poměr mezi účinností, bezpečností a snášenlivostí a lze jej považovat za vhodný lék i u dětí mladších než 6 měsíců (Anca).

Klinické údaje ukazují, že ibuprofen se jeví jako účinný lék pro perorální podání (ve formě suspence nebo mikrogranulí) pro léčbu bolesti při zánětu středního ucha, faryngitidě nebo tonsilitidě u dětí ve věku 2 – 12 let, a je stejně dobře účinný při léčbě horečky u dětí (Pons, Autret – Leca).

Podle současných poznatků v neonatologii je ibuprofen stejně účinný jako indometacin pro léčbu otevřené tepenné dučeje, stejně tak jako pro léčbu mírné pooperační bolesti, jako například bolesti po tonsilektomii. Ibuprofenu dáváme přednost před kombinací paracetamolu s kodeinem, ve srovnání s kterou je nejméně stejně účinný (Gaedicke, van Overmeire). Ibuprofen je bezpečný, protože má nezávažné a minimální nežádoucí účinky, dobré terapeutické rozpětí a podle klinických studií nezvyšuje ibuprofen celkové riziko nutnosti hospitalizace (ve srovnání s paracetamolem) u dětí mladších než 2 roky (Lesko, Anca).

nání s paracetamolem) u dětí mladších než 2 roky (Lesko, Anca).

Bezpečnostní rozpětí ibuprofenu se zdá být vyšší (než u paracetamolu) jak v případě akutní otravy, tak chronického předávkování. I terapeutické rozpětí ibuprofenu je větší a tím nejméně stejně účinný a stejně dobře snášený jako paracetamol (Pearn, van den Anker).

Pokračování v dalším čísle VOX PEDIATRIAE.

Kouření ovlivňuje vnímání času

Lidem, kteří přestanou kouřit, ubíhá čas až dvakrát pomaleji než nekuřákům, tvrdí vědci. Změna ve vnímání času má jak psychologické, tak biologické příčiny. Jednou z nich jsou pravděpodobně hormonální změny.

Minuty se nekonečně vlečou, stěžuje si řada lidí, kteří přestanou s kouřením. Američtí vědci nyní přišli se zjištěním, že tento pocit má reálný základ. Ze studie provedené na Pensylvánské státní univerzitě totiž vyplývá, že u kuřáků, kteří se zbavují svého návyku, dochází ke změně ve vnímání času. Ten jim totiž ve srovnání s ostatními lidmi připadá až dvakrát delší. Ve svém nejnovějším čísle to napsal časopis New Scientist. Podle vědců jsou za tím psychologické i biologické příčiny. Jednou z nich jsou například hormonální změny, k nimž v těle „odnaučeného“ kuřáka dochází. „Lidé, kteří abstinují, jsou silně vznětliví a zdá se jim, že čas ubíhá mnohem pomaleji, než je tomu ve skutečnosti,“ říká Laura Kleinová, psychologka z pensylvánské univerzity a jedna z autorů výzkumu. „Je to, jako když jedete do práce a připadá vám, že na semaforu svítí červená snad celou věčnost,“ dodává. Kleinová a její kolegové zkoumali 20 pravidelných kuřáků a 22 nekuřáků. Ti za stejných podmínek v laboratoři odhadovali dobu trvání určitého časového úseku (45 sekund). Bylo jim řečeno, kdy tento interval začíná a kdy končí. Potom měli odhadnout, kolik sekund uběhlo. Odhady lidí v obou skupinách byly zpočátku přibližně stejné. Kuřáci potom museli vydržet den bez cigarety a pokus byl zopakován. Nyní se už ale odhady značně lišily – milovníci nikotinu obdobný časový úsek považovali průměrně o asi polovinu delší.

Milovníci nikotinu a hormonální změny

Kleinová tvrdí, že s odvykáním kouření jsou spojeny výrazné hormonální změny, což může mít vliv na vnímání času. To se týká například hormonu kortizolu. Vědkyně ale zároveň dodává, že názory na spojitost mezi kouřením, odvykáním a hormonálními změnami se značně liší. Vědecký tým se proto nyní zaměřil na studium toho, jak se hladina těchto hormonů mění při kouření a stresu. Vědci také chtějí pozorovat, jaké účinky má na lidský organismus, když kuřák na delší dobu odloží cigarety.



Aktuality

Zdravotníkům by nyní stačily tři miliardy

Ministryně zdravotnictví Marie Součková plánovala, že do konce září dostane od státu 12 miliard, které měla státní pokladna vyplatit za pohledávky, které od roku 1993 shromáždily zdravotní pojišťovny a nemocnice. „Byla bych nejraději, kdyby peníze byly do konce září,“ řekla Marie Součková Hospodářským novinám v polovině srpna. Dodnes však nic nedostala. „Peníze nedáme, dokud ministryně nepředloží návrh na změnu systému,“ řekl koncem září mluvčí ministra financí Jaroslav Dědič. Součková tvrdí, že koncepce reformy bude v nejbližší době předložena vládě a sněmovně. Všechno prý zdržují kraje, se kterými měla ministryně podle zadání sněmovny na přípravě reformy spolupracovat. „Některé však dosud koncepci neschválily,“ říká Součková. Kraje se k tomu ani nechystají. „Nemyslím si, že bychom ministryni dali koncepci,“ říká například náměstek hejtmána Jihomoravského kraje Lubomír Šmíd. Není to podle něho ani možné, dokud Součková neoznámí, jaký druh péče pokryjí velké státní nemocnice. Také není možné vymýšlet plány, dokud ministerstvo neřekne, jestli uhradí aspoň část dluhů nemocnic, převedených na kraje. „U nás jde o částku přes miliardu,“ upozorňuje Šmíd. Součková ještě předminulý víkend žádala premiéra Špidlu o osm miliard, které nutně potřebuje dominantní Všeobecná zdravotní pojišťovna. Dnes VZP v účtech chybí pět miliard, a proto hradí lékařům jejich výkony dvacet dnů po lhůtě splatnosti. Protože do konce roku bude muset vrátit předsumuté platby za státní pojištění, může schodek vyrůst o další tři miliardy. Tím se platby lékařům ještě zdrží. „Už jsme museli pomoci v několika ordinacích, kde kvůli zdržení neměli na platy sestřiček, na energii a na telefon,“ říká místopředsedkyně Sdružení praktických lékařů Jana Uhrová. Pokud peníze budou chodit o třicet či čtyřicet dnů později, mohou být podle ní takových případů desítky. Klidnější jsou dosud nemocnice. „Situace je složitá,“ připouští sice zástupce ředitele Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze Petr Mach, jeho ústav však bude schopen zajistit mzdy zaměstnancům, i když pojišťovny své platby ještě zdrží. S dodavateli prý bude možné domluvit splátkové kalendáře. Prezident České lékařské komory David Rath potvrzuje, že kolaps hrozí především ordinacím. „Problémy už přerostly možnosti Ministerstva zdravotnictví, měla by pomoci vláda,“ míní prezident. Upozorňuje, že nikdo nedokáže odhadnout zlomový okamžik, po kterém by nastala skutečná krize. Rath od vlády nečeká, že v nejbližší době připraví reformu, která zastaví další zadlužování systému. Předpokládá však, že se najdou dvě až tři miliardy, a tím se finanční propad pojišťoven načas zastaví. Ministr financí zatím vylučuje i takovou pomoc – dokud nebude reforma. Zdravotnické dluhy rostou, protože pojišťovny pravidelně utrácejí víc peněz, než připouštějí jejich pojistné plány. Dokazují to údaje Institutu zdravotní politiky a ekonomiky. „To se nezmění, dokud za to nebude někdo odpovědný,“ upozorňuje ředitel institutu Petr Háva. Na odpovědnosti za současné dluhy se ale nemohou domluvit pojišťovny s ministerstvem. Podle VZP schodky způsobují ministři zdravotnictví, kteří v posledních letech pravidelně vydávají takzvané úhradové vyhlášky, které nutí pojišťovny více platit nemocnicím a také za léky. „Samy můžeme ovlivnit tak dvacet procent svých výdajů,“ tvrdí mluvčí VZP Jiří Suttner. „Například letos musíme na příkaz ministerstva dávat nemocnicím o osm procent nad pojistný plán.“ Součková tvrdí, že vyhlášky nejsou jedinou příčinou zadlužení. Na zvýšení úhrad se pojišťovny samy dohodly například s ambulantními lékaři. Pojišťovny odporují s tím, že účty za nemocnice a léky tvoří tři čtvrtiny jejich výdajů.

Jak vznikají zdravotnické dluhy

Růst výdajů zdravotních pojišťoven 1998–2002 (v procentech): 35,4

z toho:

Nemocnice: 38,3

Ambulance: 33,6

Léky na recept: 29,8

Růst HDP v běžných cenách 1998–2002 (v procentech): 23,7

Výdaje zdravotních pojišťoven rostou rychleji než příjmy, které jsou závislé na růstu HDP. Rozdíly dorovnává státní rozpočet.

Stát zaplatí za pojištění o osm korun víc

Ministryně zdravotnictví Marie Součková

razantnější zvýšení příjmů ze státní kasy zatím neprosadila

Finanční stabilitu slíbila do tří let českému zdravotnictví ministryně Marie Součková.

První z navržených kroků jí ale příliš nevyšel. Radikálně se uskovnit v představách o posílení přísunu peněz do zdravotnictví ze státního rozpočtu se zatím musí ministryně zdravotnictví Marie Součková. Po ministru financí Bohuslavu Sobotkovi chtěla, aby zvýšil dávky, které stát odvádí do zdravotního pojištění za své pojištěnce (důchodce, nezaměstnané, děti atd.) o sedm procent. S tím nepochodila a neprošel ani kompromisní návrh na čtyřprocentní zvýšení. Spokojit se musí jen s necelými dvěma procenty navíc. V reálných číslech tak stát zaplatí za své pojištěnce, kteří ale tvoří podle údajů Českého statistického úřadu více než polovinu občanů ČR (5,5 milionu), jen o osm korun měsíčně více. Příští rok tedy dostanou zdravotní pojišťovny z tohoto zdroje o 700 milionů korun více. „Další možné zvýšení vyměřovacího základu za tyto osoby, o které žádala paní ministryně v září, nebylo ministerstvem financí akceptováno,“ konstatoval mluvčí resortu zdravotnictví Mario Böhme. „S tím se nespokojíme a o dalším navýšení budeme dál jednat.“ Šance na změnu postoje ministerstva financí jsou ale mizivé. „Další zvýšení nepředpokládáme. Domníváme se totiž, že je napřed nutné provést jasné systémové změny v celém zdravotnictví, a teprve pak se o této otázce můžeme bavit dál,“ tlumočil názor svého resortu Marek Zeman z tiskového odboru ministerstva financí. Systémové změny by měly především zabránit plýtvání penězi, k němuž ve zdravotnictví dochází.

Je to směšná částka

Pouhých osm korun měsíčně navíc je při vysokých částkách, které právě tato skupina obyvatel ze zdravotního pojištění pravidelně odčerpá (statistické údaje hovoří o 80 procentech z celého objemu), směšná částka. Alespoň to tvrdí mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny, největšího správce pojistného v zemi, Jiří Suttner. „Pro financování zdravotnictví to neznamena vůbec nic, změnit je třeba celý systém,“ míní Suttner. Ani on nepředpokládá, že by ministryně s dalšími pokusy o zvýšení této částky uspěla. Podobný názor mají i zástupci menších zdravotních pojišťoven. Nedostatečnou platbu státu za své pojištěnce považuje výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven Jaromír Gajdáček jen za jednu ze sedmi příčin finanční nerovnováhy. Za jednu z hlavních označuje extrémně nízkou motivaci občanů šetřit na výdajích za zdravotní péči. Řešením, jak ji zvýšit, by bylo zavedení větší finanční spoluúčasti pacientů. To ale vládní ČSSD odmítá. Ministryně Součková má připraveny i další kroky, které by měly zdravotnictví zajistit více peněz. Přínos ve výši asi 1,5 miliardy si slibuje od zvýšení minimálního vyměřovacího základu pro osoby samostatně výdělečně činné, a to na polovinu průměrné letošní měsíční mzdy (7850 korun). Zhruba dvě miliardy by mělo přinést zavedení platby pojistného i za dobu pracovní neschopnosti. Součková ale odhaduje, že ve zdravotnictví bude příští rok chybět okolo 16 miliard korun.



Kojenecké plavání miminka otuží

Praha nabízí mnoho kurzů dětského plavání, ceny však jsou velmi odlišné. Jak vybírat?

Bránit miminka před chřipkou není jednoduché. Účinnou pomocí může být i plavání, které umí zdravě ochránit děti před nemocemi ze sychravého počasí.

Na kojenecké plavání se v hlavním městě specializuje zhruba desítky klubů. Většina z nich k tomu využívá bazény školních zařízení a hotelů. Od toho se pak odvíjí cena jednotlivých kurzů. Zatímco díky Studiu Kytka lze v Satalicích absolvovat deset lekcí za 1100 korun, prostřednictvím BC Keny stojí 20 lekcí dvakrát týdně v hotelu Inter-Continental 6080 korun. Pokud se rodiče rozhodnou plavat se svým miminkem, pak je určitě dobré porovnat ceny a nabídku jednotlivých kurzů. Na internetové stránce www.rodina.cz je seznam všech klubů zabývajících se touto činností. Jejich nabídka je opravdu široká. Od klasických kurzů až po týdenní plavecké pobyty na horách. Stačí si jen vybrat. Začít plavat s miminkem lze už od jeho šesti týdnů, i když ne všechny kluby tuto možnost nabízejí. „Naše instruktorky chodí do rodin, ve vaně zvykají miminko na vodu a učí rodiče, jak nejlépe rozvíjet psychomotorický vývoj dítěte,“ říká vedoucí Studia Kytka Markéta Machková. Když dítě dovrší půl roku života, přejde z vaničky do bazénu. Samozřejmě spolu s maminkou nebo tatínkem. A tady je první úskalí jednotlivých kurzů. Některé bazény nemají oddělené šatny a sprchy, a tatínkové to proto mají výrazně těžší. Ve vodě jsou děti 20–30 minut. Počet dětí je dán velikostí bazénu, většinou je tu 4 až 12 maminek s dětmi. „Využívá se toho, že je miminko nadlehčováno vodou a může snadno trénovat správné pohyby, které vedou k důkladnému posilování potřebných svalů. Dechová cvičení pak zvyšují odolnost proti respiračním chorobám,“ prozrazuje klady kojeneckého plavání Věra Šejhlová z Aqua baby klubu.

Všichni zřizovatelé kurzů jsou povinni pravidelně odebírat vzorky vody v bazénu. Dodržování hygieny je také základní podmínkou pro účast v kurzech. Dospělí i děti jsou povinni se před vstupem do bazénu osprchovat a umýt, samozřejmě jsou plavky i pro úplně malinkaté děti. Někde musí mít dokonce i koupací čepici.

Voda v bazénu má kolem 30°C a je pro děti velmi příjemná. „Na doporučení kamarádky jsme poprvé přišly, když bylo Zuzance osm měsíců. Teď jsou jí tři roky, skáče šipku, ze dna bazénu vyloví kytičku a už má základy plaveckých stylů. Navíc díky plavání nebývá tolik nemocná, a hlavně se naučila být v kolektivu, takže teď ve školce nemá žádné problémy,“ pochvaluje si Radka Urbančíková, jedna z maminek navštěvujících studio Kytka v Satalicích.

S tím souhlasí také dětská lékařka Hana Peregrinová z Prahy 4. „Děti, které co by kojenci chodily plavat, bývají obecně méně náchylné na rýmy a podobně. Jejich psychomotorický vývoj bývá rychlejší a zdá se mi, že jsou i veselejší.“ Během půlročního kurzu kojeneckého plavání určitě přijde nějaká absence. A proto je při výběru kurzu důležitá možnost náhrad. Někde nahrazovat zameškané hodiny nelze a to se pak při nemoci dítěte může jedna lekce pořádně prodražit. Většinou však platí dvě zameškané, jedna nahrazená. Ale existují i kluby, kde umožňují nahradit vše.

Je dobré zjistit i možnost příchodu a odchodu na lekce, někde je na to přesně vymezený čas (nejčastěji v hotelových bazénech). Zhruba 20 minut je však v zimě málo. Jinde si dítě může se svými vrstevníky hrát třeba celé dopoledne.

V Jilemnici léčí ekzém ementálskou syrovátkou

Netradiční, ale účinnou zbraň proti atopickému dětskému ekzému používají zdravotníci v Masarykově městské nemocnici v Jilemnici. Malé pacienty tu s úspěchem koupají v ementálské syrovátce. Na tuto metodu je přivedly zcela náhodně informace od pracovníků nedaleké mlékárny. Ti pozorovali, že po delší práci se syrovátkou je jejich pokožka neuvěřitelně jemná a vláčná. Násled-

ná zkoumání ukázala, že syrovátka má pro léčbu ekzému optimální složení – obsahuje síru, bílkoviny a tuky. Vyhovuje i její konzistence a pH. Syrovátka se z mlékárny dováží ve sterilních nádobách. Po ohřátí se v ní děti koupají dvakrát denně. Po koupeli se syrovátka nechá na kůži zaschnout. Poté se kůže důkladně promastí. Celá terapie obvykle trvá jeden až dva týdny. Na oddělení mohou být děti hospitalizovány i s matkami. U 14,5 % pacientů došlo po třech měsících k úplnému zhojení, u 42 % se ekzém výrazně zlepšil, u 23,5 % se zlepšil a jen 20 % udává opětovné zhoršení. Zájemci o tuto léčbu se mohou hlásit na telefonním čísle 481 551 399 u vrchní sestry Věry Janouškové. Na nákup, dopravu a ohřev syrovátky rodiče připlácí 100 Kč denně.

Londýn: vědci sestavili lék na nemoci po padesátce

Lék, který by mohl u osob starších 55 let eliminovat některé důsledky sedavého způsobu života, vysoké hladiny cholesterolu a západního životního stylu, připravili britští vědci. Podle lékařů lze očekávat, že by až o více než 80 procent snížil počet infarktů a mozkových příhod. Lék polypill se skládá ze šesti složek: aspirínu, kyseliny listové a látek snižujících množství cholesterolu v krvi a krevní tlak. Podle odborného časopisu British Medical Journal by měl mít „v západním světě větší vliv na prevenci nemocí, než jakýkoli dosud známý prostředek“. Lék prý umožní pětapadesátiletým dalších jedenáct let života bez infarktu nebo mozkové příhody a má být dostupný na lékařský předpis. Téhož účinku lze ovšem dosáhnout konzumací ovoce a zeleniny, cvičením a nekouřením. Naprosto měnit stravu lidí by však podle profesora Walda nebylo úplně rozumné.

Od vynálezu EKG uplyne sto let

Zrodu elektrokardiografu, přístroje pro záznam činnosti srdce, napomohla i trpělivost psa britského lékaře Wallera.

Elektrokardiograf dnes najdeme i v ordinacích praktických lékařů. Všichni známe laikovi nesrozumitelnou motanici vlnovek, kterou přístroj ze sebe souká. Díky těmto křivkám lékař vidí naše srdce takřka jako na dlani. Nebylo tomu tak ale vždy. I odborníci se v křivkách museli naučit číst. Nejprve je ale popohitelně museli získat.

Hodný Jimie!

Na souvislost mezi živou hmotou a elektřinou upozornil před více než dvěma staletími Luigi Galvani – to je onen známý příběh cukajících se žabích stehýnek. A i když se slavný boloňský anatom ve vysvětlení tohoto jevu mýlil, v hlavách učenců se natrvalo uchytila myšlenka, že i živá tkáň může produkovat elektřinu, ba že snad dokonce tato elektřina může být jedním z projevů života. Před sto padesáti lety změřili dva němečtí lékaři poprvé elektrický potenciál srdce žaby. A když se pak měřicí technika zlepšila natolik, že se daly registrovat i nepatrné proudové impulsy, mohl roku 1887 londýnský lékař Augustus D. Waller provést pokus, který vstoupil do historie: Postavil svého psa Jimieho tlapkami do čtyř nádob se slanou vodou (to kvůli lepší vodivosti). Nádoby pak propojil s nejcitlivějším galvanometrem. Jimie musel být svému pánčkovu asi hodně oddán, když vydržel v klidu aspoň tak dlouho, aby galvanoměr stačil ukázat rytmické proudy. Záznam mimo jiné dokazoval dost důležitou věc: totiž že jsou elektrické impulsy srdce vedeny až do končetin. Pohyb „ručičky“ galvanometru (byla jí rtuť pohybuující se v tenké trubičce) badatel dokonce zkusil zaznamenat na fotografickou desku posunovanou dětským vláčkem (pan doktor měl v té době čtyři malé děti).

Matematika srdce

Vznikl tak náznak časové křivky, kterou Waller nazval elektrokardiogram (EKG). Jenže – postup byl příliš nepohodlný, křivka nesrozumitelná a jakýkoli další výzkum jen z lásky k poznání rušili pacienti, kterým bylo třeba pomoci a pak od nich vyinkasovat honorář na obživu. Člověkem, který EKG vypíplal k praktické použitelnosti, byl profesor leidské univerzity Willem Einthoven.



Proti praktiku Wallerovi měl dvě výhody: vědu dělal profesionálně a uměl skvěle i fyziku a matematiku. Fyziku využil při konstrukci mimořádně citlivého galvanometru (byla to strunka mezi póly silného magnetu, která pod proudovými impulsy kmitala), matematiku pak při analýze sejmutých křivek. Einthoven spustil první použitelný elektrokardiograf před sto lety, 3. srpna 1903. Nejtěžší práce tím však teprve začala: v nesčetných experimentech musel vědec optimalizovat měřicí podmínky, nalézt nejvhodnější místa pro elektrody, a hlavně pak – jako u každé exaktní vědy – najít vztah mezi zkoumaným jevem a jeho měřitelným obrazem; zkrátka dešifrovat význam tvaru a časového posunu křivek pro informaci o zdraví a nemoci srdce. Za svůj život Einthoven sejmul a vyhodnotil na 5000 elektrokardiogramů! Od roku 1906 pak začal svůj přístroj využívat nejen k výzkumu, ale i k diagnostice. Trvalo však ještě dvacet let, než se EKG ve světě trochu prosadil. Hlavní zásluhu na tom zřejmě měla Nobelova cena, kterou Einthoven dostal v roce 1924, tři roky před smrtí.

Mastodont v drátěné kleci

První elektrokardiograf pro klinické účely se u nás objevil roku 1913. Darem od jednoho šlechtice jej dostala česká poliklinika v Myslíkově ulici v Praze. Využíval ho pak docent Václav Libenský. Zakladatelem české a jedním z průkopníků světové elektrokardiografie byl profesor František Herles, který v roce 1929 zřejmě první na světě diagnostikoval neznámý infarkt myokardu pouze pomocí EKG. Ve třicátých letech Herles prováděl, rovněž jako první, nepřerušovaný dlouhodobý záznam EKG u nemocných v kritickém stavu, dnes běžný na jednotkách intenzivní péče. Ovšem na rozdíl od dnešních kufříčků tehdejší EKG vážil kolem tří metrů. Spolu s pacientem byl umístěn v drátěné kleci, která odstíňovala elektromagnetické impulsy z okolí... Další velký čin si Herles připsal na konto v polovině 30. let minulého století. Předpověděl, že smrtelné nebezpečné kmitání srdečních komor bude možné odstranit vhodným elektrickým výbojem, což dnes běžně dělají lékařské přístroje zvané defibrilátory. V roce 1953, tedy přesně půl století po Einthovenovi, sestrojil vynikající český fyziolog Vilém Laufberger spaciokardiograf, přístroj znázorňující elektrické pole srdce prostorově. Hodí se například pro chirurgickou úpravu srdečních arytmií. Na závěr kápneme do dnešní přeinstrumentalizované medicíny trochu lidské skepse: známý ruskoamerický odborník na elektrokardiografii Eugene Lepeschkin v roce 1970 napsal, že „špatná diagnóza vyslovená pouze podle elektrokardiogramu poškodila víc lidí, než kolik jich zahynulo v první světové válce“.

Tuky jsou pro zdravý život nezbytné

Podle odborníků by měl být poměr živočišných a rostlinných tuků ve stravě 1:3

Mnoho lidí si myslí, že nejlepší je jíst potraviny bez tuku. Bez tuku ale naše tělo není schopno fungovat. Rozhodně neplatí, že co je tučné, to je špatné – záleží jen na tom, jaké tuky potravina obsahuje. Obecně platí, že lepší (a tím pádem i zdravější) jsou tuky rostlinné než tuky živočišné – ovšem i tady najdeme výjimky.

Kdo maže, ten jede – taková je zjednodušená úloha tuků v našem těle. Kdybychom ze své potravy vymýtili tuk, nejen že by nám nechutnalo, ale postupem doby by se zhroutil náš imunitní systém, nabourala by se hladina důležitých hormonů, stěny buněčných membrán by se ztenčily a mozek by začal vypovídat službu. Takže – jíst pouze a jen potraviny, kde je „nula procent tuku“, není ta nejlepší cesta k pevnému zdraví. Tuky bychom tedy v potravě neměli vynechávat. To je ta dobrá zpráva. Po dobré ale následuje i špatná zpráva: velmi záleží na tom, jaký druh tuků do těla dostáváme. Chutná vám vepřové sádlo, škvarky, pečená husa, bůček, mozeček nebo vnitřnosti? Namažete si rádi chleba s máslem a obložíte jej vařenými vejci? Pokud si podobné jídlo dopřejete pouze občas, nic se neděje. Máte-li talíř s podobným pokrmem na stole denně, pak už jste na nejlepší cestě k tomu stát se pravidelnými návštěvníky obezitologické, či dokonce kardiologické poradny. Nej-

prve trochu chemie. Tuky, které konzumujeme v oblíbených i méně oblíbených dobrůtkách, jsou tvořeny jednak tzv. glycerolem, jednak mastnými kyselinami. Základem chemické struktury tuků jsou pak řetězově seřazené atomy uhlíku, jichž může být různý počet a mezi nimiž jsou také různé typy vazeb. Jsou-li všechny spojnice mezi jednotlivými uhlíkovými atomy obsazeny atomy vodíku, jsou-li tedy všechny vazby „nasyceny“, jde o mastné kyseliny nasycené. Jestliže však na jedné nebo několika spojnicích atom chybí, vzniká mastná kyselina nenasyčená. Ta je podle počtu takto osiřelých vazeb nenasyčená buď jednoduše, nebo vícenásobně. Hlavní zrada spočívá v tom, že zatímco nasycené a jednoduše nenasyčené kyseliny si náš organismus dokáže vyrobit, s vícenásobně nenasyčenými to prostě nedovede, i když je potřebuje. Proto se jim říká esenciální neboli základní. Tolik tedy k hlavní složce tuků, které se podle původu dělí na dva druhy: živočišné a rostlinné. Jak již sám název napovídá, živočišné tuky najdeme v potravinách živočišného původu – kromě výše jmenovaných je to například i máslo či smetana. „Živočišné tuky obsahují cholesterol, a navíc jsou složeny z mastných kyselin, které hladinu cholesterolu zvyšují,“ upozorňuje odborník na výživu z pražského IKEM Mgr. Pavel Suchánek. Cholesterol je látka podobná tuku, která se nalézá ve všech buňkách lidského organismu. Díky cholesterolu mají buňky potřebný ochranný obal, tzv. membránu. Bez cholesterolu by žádná buňka těla nemohla žít.

Cholesterol potřebuje nosiče

A jak naše tělo cholesterol získává? Dvojím způsobem: vyrábí si ho samo v játrech a dostává ho v potravě. V těle je pak cholesterol přenášen krví. Cholesterol je nerozpustný ve vodě. Aby tedy mohl být přenášen krví (která je vodním prostředím), musí se navázat na nosič, který je rozpustný ve vodě. K tomu slouží bílkovinné částice, tzv. proteiny. Když se spojí cholesterol s bílkovinou, vznikne nová částice, která se nazývá lipoprotein (obsahuje lipidy – tuky a bílkoviny – proteiny). Podle nosiče cholesterolu se rozlišují dva druhy cholesterolu: tzv. LDL (špatný) a HDL (dobrý) cholesterol. Špatný cholesterol (LDL) je v krvi přenášen malými nosiči. Ty díky své velikosti dokážou proniknout téměř všude, tedy jak do buněk, tak do stěny cévy. Pokud je LDL nadbytek, ukládá se ve stěnách cév, a tak je poškozuje. „LDL cholesterol, jehož koncentraci zvyšují právě živočišné tuky, a cholesterol ve stravě poškozuje cévy a zvyšuje rizika vzniku cévních chorob,“ upozorňuje Mgr. Suchánek a dodává: „Na tyto choroby v ČR umírá ročně kolem 50 procent lidí – tedy každý druhý.“ Dobrý (HDL) cholesterol je naopak přenášen velkými nosiči. Ty nedokážou kvůli své velikosti proniknout do stěny cévy. V těle naopak slouží jako „uklízeči“ – váží na sebe špatný cholesterol a odnesou ho do jater, kde je odbouráván. „Mononenasyčené mastné kyseliny, které jsou složkou rostlinných olejů a tuků, působí na hladinu cholesterolu neutrálně. Pokud jimi nahradíme živočišné tuky, hladinu cholesterolu snižují,“ říká Mgr. Suchánek. V rostlinných tucích najdeme také vícenenasycené mastné kyseliny (omega 3 a omega 6). „Obě skupiny snižují hladinu špatného cholesterolu a můžeme je najít třeba v řepkovém nebo pupalkovém oleji,“ říká Mgr. Suchánek. Všechny omega-3 mastné kyseliny snižují rizika vzniku krevních sraženin, a brání tak vzniku infarktu myokardu. Omega-3 mají dva hlavní zdroje. Jedním je lněný olej. Druhým pak jsou mořské ryby. Obyvatelé Grónska a Eskymáci, u kterých tvoří ryby hlavní součást jídelníčku, onemocní srdečním infarktem 400krát méně než ostatní „civilizované“ společnosti.

Dejte přednost margarínu

Mnoho lidí je přesvědčeno, že margarín je stále jen taková náhražka másla. Není tomu tak. Dnešní rostlinné tuky se s těmi před šedesáti lety nedají vůbec srovnávat. „Dnešní výrobky nelze ale srovnávat ani s těmi, které se vyráběly před deseti lety vědecké poznatky stále odhalují nové možnosti a výroba je v těsném závěsu za nimi,“ říká doc. ing. Jiří Brát, vedoucí úseku kontroly řízení jakosti PTZ v Nelahozevsi. Stejně jako máslo je současný margarín vyráběn z přírodních zdrojů – rostlinných olejů. V másle se ale na rozdíl od rostlinných tuků nachází tzv. transmastné kyseliny (zvyšují hladinu špatného



a snižují hladinu dobrého cholesterolu). „Transmastné kyseliny vznikaly dříve v margarínech jako produkt ztužování. Dnes, s přechodem na nové technologie, byly z rostlinných tuků odstraněny,“ vysvětluje Mgr. Suchánek. „Rostlinné tuky by měly tvořit dvě třetiny z celkově přijatých tuků za den,“ uzavírá Mgr. Suchánek.

■ **Vědci radí: Pijte kávu – napomáhá hubnutí!**

Chystáte-li se zrovna cvičit, dejte si šálek lahodné kávy a zvýšíte tím nejen svou energii, ale urychlíte také spalování tělesných tuků, napsal britský deník The Times. Káva představuje nejrozšířenější návykovou drogu na světě! ozývají se varovné hlasy. Vědci z Australského sportovního institutu (AIS) určitě potěší nejen milovníky kávy, ale i sportovce a ty, kteří neúspěšně bojují s nadváhou – atletům podávali malé množství kofeinu a zjistili, že jejich vytrvalost se oproti těm, kteří si povzbuzující prostředek nevzali, zvedla o 30 procent a kvalita podaného výkonu se zvýšila o tři a půl procenta. Za normálních okolností používá tělo jako paliva při pohybové námaze uhlohydráty, které jsou v podobě glykogenu uloženy v játrech. Když dojde k vyčerpání zásob uhlohydrátů (zhruba po hodině a půl aerobiku), začne se konečně nežádoucí tuk přeměňovat na energii a tělo štíhlí. Vědci z AIS zjistili, že po požití kofeinu začínají svaly odčerpávat energii namísto z uhlohydrátových zásob přímo z tuku. Cyklisté, kteří při jízdě upijeli coca-colu nebo kávu, jeli rychleji a s větší výdrží než ti, kteří se občerstvovali čistou vodou. Podle jiného výzkumu, provedeného na Univerzitě v Jižní Karolíně, pomáhá šálek kávy před cvičením oddálit tělesnou únavu a vyčerpání o 60 procent. „Výsledky testů jsou dobrou zprávou pro všechny, kdo pravidelně sportují,“ připustila Jane Griffinová, poradkyně pro stravu britského olympijského týmu. „Lidé, kteří si pravidelně dopřávají hrneček kávy, nepocítují tolik fyzické námahy a jsou schopni pracovat déle,“ potvrdil Richard Godfrey, vedoucí fyziolog z britského Olympijského zdravotního institutu. Je známo, že kofein podporuje duševní činnost a zvyšuje bdělost. Jeho působením svaly sílí a zlepšuje se práce dýchacího systému. Nová vědecká zjištění patrně přispějí k rozpoutání diskuse o kofeinu, který může být ve vrcholovém sportu považován za doping. Vypitím pěti a více šálků kávy během dvou hodin se v moči objeví 12 mikrogramů kofeinu na jeden mililitr, což je impuls pro Mezinárodní olympijský výbor k diskvalifikaci sportovce. Rozšířený názor, že pití kávy během sportovního výkonu způsobuje dehydrataci organismu, označili australscí vědci za mylný.

■ **Spánek pomáhá proti rakovině, říkají vědci**

Spánek nejen zkrášluje, jak se všeobecně tvrdí, ale podle amerických vědců je rovněž účinný v boji s rakovinou. Spánek udržuje hormonální rovnováhu v těle a spolu s bděním uvádí do plynulého oběhu dva hormony – melatonin a kortizol. Melatonin vzniká v mozku při spánku. Patří k takzvaným antioxidačním látkám a v těle působí jako houba vůči zdravě škodlivým molekulám označovaným jako volné radikály. Ty útočí na dědičnou informaci v DNA tělesných buněk, a mohou tak vyvolat rakovinotvornou mutaci. Melatonin navíc brzdí produkci hormonu estrogenu ve vaječnících. Existují náznaky, že estrogen může za určitých okolností rakovinné bujení podporovat. U žen pracujících v noci je podle vědců produkce melatoninu v mozku omezena, a tím se zvyšuje produkce škodlivého estrogenu. Druhou spojitost mezi rakovinou a nedostatkem spánku vidí vědci v kortizolu. Ten reguluje obranyschopnost těla, zejména povzbuzujícím vlivem na činnost molekul známých jako „přirozeně usmrcující buňky“. Kortizol je vylučován zejména brzy ráno a jeho produkce během dne postupně klesá. Narušením tohoto cyklu by tělo přišlo o schopnost bránit se proti zhoubným nádorům, píše se ve stati amerického týmu.

■ **Odborníci vytvořili „mapu mozku“**

Neurochirurgové budou díky novému objevu schopni provádět složité operace s daleko menším rizikem než dosud.

Tajemství toho, jak mozek kontroluje celé naše chování od řeči po pohyb, pomůže vysvětlit „mapa“, kterou vytvořil mezinárodní tým vědců, napsal deník Independent. Rozsáhlá databáze byla složena na základě informací získaných při analýze více než sedmi tisíc mozků lidí nejrůznějšího věku. Na jejich sběru se přitom podíleli vědci ze šesti zemí po dobu devíti let. Ve své práci však hodlají pokračovat i nadále. Zpráva o vytvoření unikátního atlasu se rychle rozšířila mezi neurology po celém světě. Kliniky tak nyní samy zasílají autorům databáze další informace a obrázky, jimiž je možno atlas obohatit. Projekt mapování lidského mozku je neurologickou obdobou projektu výzkumu lidského genomu. Jde totiž o první pokus o vytvoření celkového obrazu fungování „normálního“ mozku. Předcházející pokusy byly založeny pouze na jednom až dvou vzorcích. Vedoucí současného projektu se však pokusili vyrovnat s odlišností mezi jednotlivými mozky tím, že zvolili co možná početnější vzorek. „Žádné dva mozky nejsou shodné. Jejich tvar, velikost, způsob organizace, to vše se liší,“ říká vedoucí projektu John Mazziota. Vědci tvrdí, že právě díky velkému počtu mozků, které zkoumali, se jim pravděpodobně podaří vytvořit celkový obraz průměrné mysli. Kromě toho získali jasnější představu o neustále se měnících sítích neuronů v různých částech mozku, které společně ovlivňují jednotlivé lidské schopnosti. „Nemůžete jen ukázat na nějakou oblast a říct, to je centrum jazyka. Mozek zpracovává jednotlivé části procesu řeči odděleně, a zapojuje se do nich mnoho různých částí mozku,“ vysvětluje Mazziota. Při výzkumu vědci pořídili tisíce skenů mozku a přitom sledovali, jak reaguje na různé podněty. Výsledná data přenesli do počítače, který z nich vytvořil podrobnou mapu. Každý sken může být přitom překryt obrázkem, který znázorňuje, kde se u dotyčného nacházejí nejdůležitější mozkové centra. To je podle odborníků velmi užitečné při operacích mozku. „Když odstraňujeme mozkový nádor, musíme si být jisti, že jej můžeme odstranit, aniž bychom poškodili pacientovu schopnost mluvit, rozumět či se pohybovat,“ říká neurochirurg Neil Martin.

■ **Mozek prý ovlivňuje pocíty hladu**

Vědci zjistili, že člověk dostane hlad při pouhém pohledu na abstraktní obrázek, se kterým si jídlo spojí

Podmíněné reflexy ovládají chutě lidí k jídlu stejně jako například u psů. Skupina britských vědců provedla pokus, který ukázal, že lidský mozek může být „vytrénován“ tak, že člověk dostane hlad poté, co uvidí libovolné abstraktní obrázky, které si spojí s vůní určitého jídla. Tento experiment může podle vědců pomoci rozluštit nezodpovězené otázky týkající se poruch příjmu potravy. Výzkum britských odborníků vycházel ze známého pokusu, který provedl ruský vědec I. P. Pavlov se psy. Prostřednictvím opakování stejného signálu, po kterém následovalo jídlo, dokázal Pavlov u psů existenci vzniku podmíněných reflexů. Britští vědci slavný pokus se psy zopakovali podobným způsobem i na lidech, na rozdíl od Pavlova však k jejich sledování použili nejmodernější techniku. K experimentu použili speciální skener a prostřednictvím metody známé jako magnetická rezonance sledovali změny v lidském mozku. Dokázali, že se lidé mohou „naučit“ podobně jako Pavlovovi psi cítit chuť na konkrétní potravinu, kterou si spojí s nějakým obrázkem. „Nejdříve jsme neustálým opakováním naučili vybrané lidi, aby si dokázali vytvořit asociaci mezi určitým obrázkem a konkrétní vůní nějakého jídla. Lidé si tak v podstatě vytvořili podmíněný reflex, o kterém však sami nevěděli, neboť se zakodoval v jejich podvědomí,“ vysvětlil pro BBC postup experimentu vedoucí výzkumného týmu, neurochirurg Jay Gottfried. Lékaři nazvali vybrané obrázky „prediktory“ a stačilo, aby je zkoumané osoby pozorovaly pouhých osm minut. Poté byli lidé podrobeni skenování mozku, při kterém jim byly znovu uká-



zány „naučené obrázky“, které si spojují s jídlem. Lékaři pomocí skeneru zaznamenali změny, které probíhaly v mozku zkoumaných osob před podáním a po podání potraviny, kterou si s obrázkem spojili. Z výzkumu podle lékařů vyplývá, že pocit nasycení je ovládán určitým centrem v mozku, jehož funkci můžeme uměle ovlivňovat podněty z vnějšku. Tímto způsobem lze ovlivnit jak pocit hladu, tak pocit nasycení. Vědecká práce podle britských lékařů pomůže odhalit příčiny rozšířených civilizačních nemocí, jako je anorexie či bulimie, a napomoci jejich léčbě.

Vědci zjistili prapůvod nemoci AIDS

Spojením dvou virů pocházejících od nižších afrických opů vznikl podle vědců virus SIV. Ten se následně přenesl prostřednictvím šimpanzů na lidi a stal se původcem viru HIV způsobujícího smrtící nemoc AIDS.

Předchůdce viru, který způsobuje epidemii AIDS, byl objeven v kombinaci dvou původních virů nalezených v tělech afrických opic. Oba viry se poté podle vědců dostaly do těla vyšších opů – šimpanzů, kteří se nakazili při požití masa z nižších opů. Dřívější studie již prokázaly, že virus HIV 1, který způsobuje neobvyklejší formu lidského AIDS, pochází od afrických lidoopů a vzniká z viru SIV. Vědci však dosud nevěděli, jakým způsobem se do těla šimpanzů virus dostal. Američtí a britští vědci nyní určili genetický vzorec z množství zkoumaných opičích SIV virů. Zjistili, že virus SIV je kombinací nejméně dvou virů nalezených v opičích zvaných mangabejové a nosatých opičích pocházejících z oblasti jižní centrální Afriky. Forma SIV, která se rozšířila do lidské populace a zabila miliony lidí na celém světě, tedy vznikla rekombinací dvou virů z nižších afrických opů. „Rekombinace těchto dvou opičích virů probíhala v těle šimpanzů a ti ji přenesli na lidi nejméně ve třech různých formách,“ řekl Frederic Bibollet-Ruche, virolog z týmu vědců, kteří opice zkoumali. Zároveň uvedl, že tři typy HIV 1, nazvané M, N a O, byly pravděpodobně přeneseny na lidi ze šimpanzů před desítkami let. Další druh nemoci AIDS, nazvaný HIV 2, byl přenesen na lidi přímo od opic mangabejů, aniž by prošel mezistádiem přes šimpanze. Lidoopi a opice podle něj představují obrovskou zásobárnu viru SIV, který se může teoreticky rozšířit mezi lidi a vytvořit další nový typ této nemoci poruchy imunity. Viry se pravděpodobně rychle rozšiřovaly z druhu na druh, když šimpanzi pojídali opičí maso a lovci zase maso šimpanzů. „Šimpanzi jsou známí tím, že snědí vše, na co přijdou. Loví ostatní opice a pojídají jejich maso. Pro lidi je proto velice nebezpečné šimpanze lovit a pojídat, jelikož se tak vystavují velkému riziku,“ vysvětlil doktor Frederic Bibollet-Ruche.

Vir se objevil již před tisíci lety

Genetické studie ukazují, že se nižší opice nakazily virem už asi před 100 tisíci lety, nebo i dříve. Virus SIV byl přenesen na šimpanze v době, kdy se zvířata rozdělovala na různé poddruhy, které žily společně ve skupinách v jižní a střední Africe. Zároveň vyšlo najevo, že mnoho šimpanzů z východní části Afriky je infikováno SIV, zatímco virus nebyl nalezen ve skupinách lidoopů na západě kontinentu. SIV může nakazit šimpanze a nižší opice a virus jim přitom nezpůsobuje žádné onemocnění a nijak neohrožuje jejich zdraví. Doktor Bibollet-Ruche říká, že virus sice u zvířat napadá bílé krvinky, ale nezpůsobuje pokles jejich množství v krvi. Naopak u lidí virus HIV nejen ničí bílé krvinky, ale dokonce někdy ochromuje schopnost lidského organismu je vytvářet. Bez těchto bojovníků proti nemocím se lidské tělo stává bezbranné vůči všem infekcím, které zdravý organismus lehce zvládá. Výzkum ukázal, že původci nákazy virem HIV nejsou přímo šimpanzi, ale opice nižšího řádu.

I N Z E R C E

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

Pediatr hledá zástup

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

Pediatr hledá místo asistenta

Pediatr, t.č. na MD, hledá místo asistenta v ordinaci praktického dětského lékaře s výhledem na odkoupení praxe v rámci programu generační výměny lékařů. Nástup možný od 10/2004, Pha 1-5, PZ.
Tel.: 251 811 616, 603 469 858

Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta s perspektivou brzkého odkoupení praxe PLDD v Praze. První atestaci a licenci mám.
Tel.: 241 760 763

Seznam telefonních čísel dětských klinik - pokračování:

Pro rychlý kontakt s dětskými klinikami uvádíme další telefonní čísla dětských klinik v ČR, na která se lze kdykoliv dovolat (24-hodinová služba) a vyjednat přijetí pacienta nebo konzultaci:

- Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK v Praze 2, Ke Karlovu 2 (Předn. Doc. MUDr. J. Hoza, CSc.): **224 967 777 - 8**
- Klinika dětí a dorostu FNKV a 3. LF UK v Praze 10, Vinohradská ul. (Předn. Prof. MUDr. J. Lébl, CSc.): **267 162 554**
- Dětská klinika IPVZ, FTN, Praha 4 - Krč, Vídeňská 800 (Předn. Doc. MUDr. I. Novák, CSc.): **261 083 396, 261 083 398**
- 1. dětská klinika FDN Brno (Předn. Prof. MUDr. H. Hrstková, CSc.): **532 234 983**
- 2. dětská klinika FDN Brno (Předn. Prof. MUDr. Z. Doležel, CSc.): **532 234 465**
- Dětská klinika FN Olomouc (Předn. Prof. MUDr. V. Mihál, CSc.): **588 444 493**
- Dětská klinika FN Hradec Králové (Předn. Doc. MUDr. E. Pařížková, CSc.): **495 833 210**
- Dětská klinika FN Plzeň (Předn. Doc. MUDr. F. Stožický, DrSc.): **377 104 690 - amb., 377 104 333 - JIRP**
- Klinika dětského lékařství FNŠP, Ostrava - Poruba (Předn. Prim. MUDr. J. Slaný, CSc.): **597 373 542**
- Dětská klinika ILF Ústí nad Labem (Předn. Doc. MUDr. J. Homola, CSc.): **477 112 391**
- Dětská klinika ILF České Budějovice (Předn. Prim. MUDr. V. Smrčka): **387 876 351**