

RŮSTOVÉ GRAFY V ORDINACI PLDD

MUDr. Helena Letáková

Ordinace PLDD, Turnov

Čtyřmi kazuistikami chce autorka zdůraznit, že růstové grafy lze využívat nejenom ke stanovování růstové diagnózy, ale že jejich využití je mnohem širší.

Pediatr. pro Praxi, 2006; 2: 106–108

„Růst je indikátor zdraví jedince i zdraví populace a růstová problematika je svého druhu pilířem pediatrie“, tolik citace z úvodní kapitoly příručky Růst 2, programu pro sledování růstu dětí od autorů Petra Lesného a Hany Krásničanové. Program Růst 2 ve své ordinaci denně využívám již řadu let. Při první návštěvě novorozence, současně s rodinnou anamnézou, zaznamenávám i výšku matky a otce. Zdravotní dokumentace dítěte obsahuje i papírové percentilové grafy, s kterými běžně, vždy při JPP (jednotné preventivní prohlídce) a dle potřeby při vyšetřování dítěte, pracuji. Od tří let věku dítěte procházím hodnoty v programu Růst 2 současně s rodiči. Veškeré údaje o dítěti zadává do programu sestra již od jeho narození. Že růstové grafy nemusí sloužit jenom k stanovení tzv. růstové diagnózy, ale jejich využití v ordinaci je daleko širší, se pokusím ukázat na čtyřech kazuistikách z mé ordinace.

Kazuistika 1:

Matěj, narozen 11/2001, první dítě zdravých rodičů

OA: Porod v termínu, spontánně záhlavím, Apgarové skóre 9, 10, 10, porodní hmotnost 3600 g/délka 49 cm, OH 35 cm (obvod hlavy). V poporodním období mírný ikterus, plně kojený, ortopedické vyšetření, neurologický screening v normě, provedena BCG vakcinace a dítě propuštěno domů jako fyziologický novorozenec. Tuto diagnózu i já potvrzuji při převzetí dítěte do péče po propuštění z porodnice. Chlapec je dále plně kojen, vitamin K+D, kyčle v normě, očkován dle kalendáře, sledován v rámci JPP, PMV (psychomotorický vývoj) odpovídá věku, léčen pro ekzém.

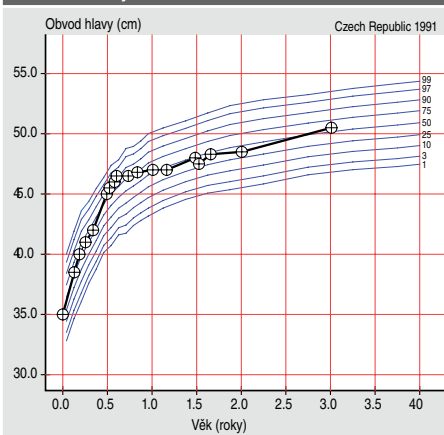
JPP ve 4 měsících: 5500 g/62 cm, OH 42 cm

JPP v 6 měsících: 6270 g/64 cm, OH 45 cm, matka na dítěti nic patologického nepozorovala. Významná SDS odchylka na grafu OH mě opravňuje objednat neurologické vyšetření, i když se zdá dítě klinicky zdravé. Závěr neurologického vyšetření z 06/2002: hyporesorpční komunikující hydrocefalus, na USG mozků mírná symetrická dilatace obou postranních komor, ostatní nálezy přiměřené, PMV v normě, doporučena konzervativní terapie. Chlapec na konzervativní terapii vydržel ještě měsíc a v 7/2002 byla provedena operace-

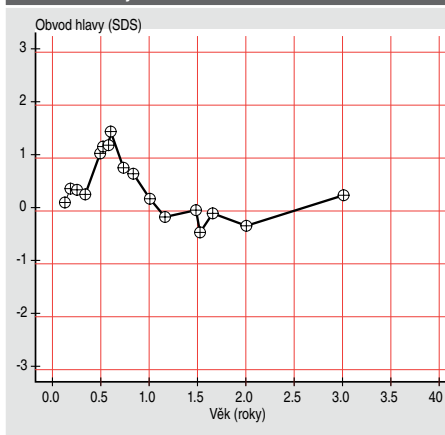
aplikace ventrikuloperitoneálního shuntu cestou frontálního rohu pravé komory, ventilový me-

chanismus nastaven na 110 mm H₂O. JPP ve 3 letech, 11/2004: 12600 g/91 cm, OH 50,5 cm, PMV

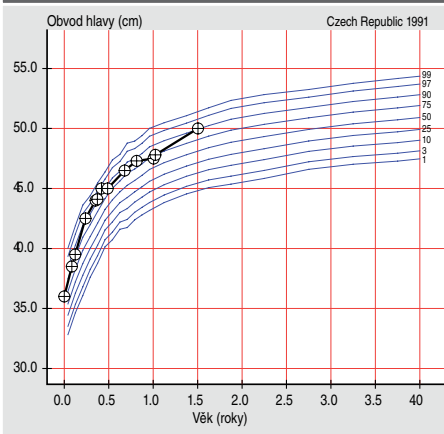
Graf 1. Matěj 11/2001



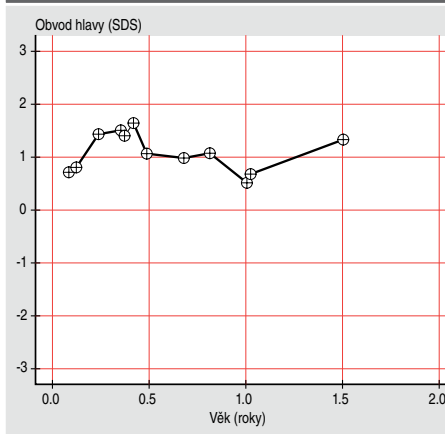
Graf 2. Matěj 11/2001



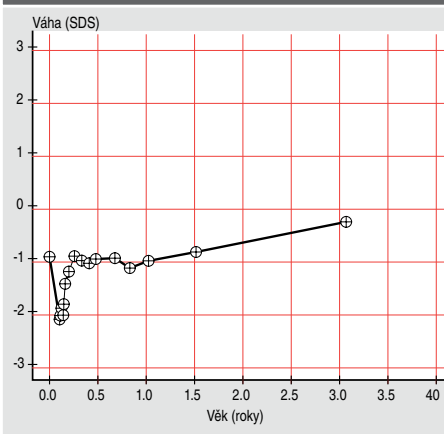
Graf 3. Filip 02/2003



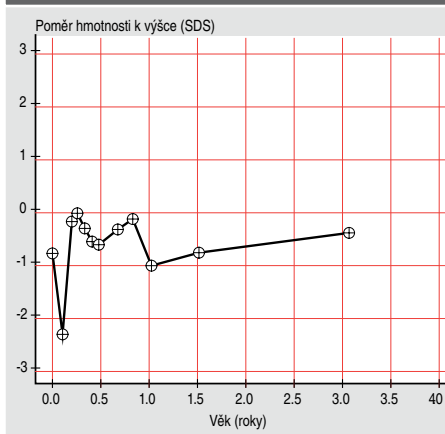
Graf 4. Filip 02/2003



Graf 5. Lenka 08/2002



Graf 6. Lenka 08/2002



odpovídá věku, neurologický nález v normě, nadále dispenzarizován.

Na problém s Matějem jsem pomalu začala zapomínat. Vždyť to přece dopadlo dobře. Ale krátce nato přišla do poradny matka s Filipem.

Kazuistika 2:

Filip, narozen 02/2003,
první dítě zdravých rodičů

OA: p. h. 3 050 g/49 cm, OH 36 cm

JPP v 6 týdnech: 4 700 g/57 cm, OH 39,5 cm

JPP ve 3 měsících: 6 000 g/62 cm, OH 42,5 cm.

Grafy obvodu hlavy opět ukazují významnou odchylku od normy. Tentokrát u dítěte s mírnou centrální hypotonií. Neurologické vyšetření provedené ihned druhý den konstatuje: USG mozku – normální nález, benigní makrocefalie.

Přínos růstových grafů u těchto dvou dětí: rychlá diagnostika.

Kazuistika 3:

Lenka, narozena 08/2002

Matka dítěte je od 25 let léčena na neurologii pro RS, otec zdravý, bratr matky také RS.

OA: dítě z I. rizikové gravidity, matka hospitalizována pro hypotrofii plodu. Porod císařským řezem ve 40. týdnu pro neúplný konec pánevní a nepostupující porod, p. h. 2 800 g/48 cm, OH 34 cm, Apgarové skóre 8, 8, 10, ortopedické vyšetření, neurologický screening – normální nález, BCG vakcinace, plně kojena, váha při propuštění 2 700 g.

Provedla jsem první návštěvu v rodině ihned po propuštění, za týden druhou. Matka plně kojí, podává vitamin K+D, dítě prospívá, další kontrola doporučena na 6 týdnů již v poradně, v případě problémů kontaktovat lékaře. Nekontaktovali mě. JPP v 6 týdnech: 2 820 g/52 cm, OH 35,8 cm. Na dítěti je znát nedostatek potravy, přestože maminka tvrdí, že dítě je klidné a vůbec nepláče. V ordinaci provedena zkouška kojení, dítě vypilo 20 ml. Rodičům je vysvětlen problém nedostatku potravy, doporučen příkrm. Následovaly mnou doma opakované kontroly váhy. Po příkrmu začíná dítě přibývat na váze, proto doporučuji další kontrolu v ordinaci za 14 dní. Rodiče se ale rozhodli, že příkrmovat nebudou, a matka znovu pouze kojí. Dítě je při plánované kontrole zjevně dystrofické. Na otázku, proč trápí dítě hlad, mi tátník odpovídá, že dítě močí a dle grafu ve

zdravotním průkazu i roste, takže nebudou mé rady respektovat, nemám prý pravdu. Ale mé stanovisko je v danou chvíli nekompromisní. Postavila jsem je před kompletní program Růst 2 jejich dítěte a zdůraznila, že trvám na svém doporučení. Buď mne budou respektovat, nebo si najdou jiného lékaře a dítě do té doby odešlu na dětské oddělení. Rozhodli se spolupracovat. JPP ve 3 letech: 10 080 g/81 cm, OH 48 cm, PMV odpovídá věku, komunikace s rodiči nyní bez problémů.

Přínos růstových grafů v tomto případě: argumentace a následné dosažení konstruktivní komunikace s rodiči.

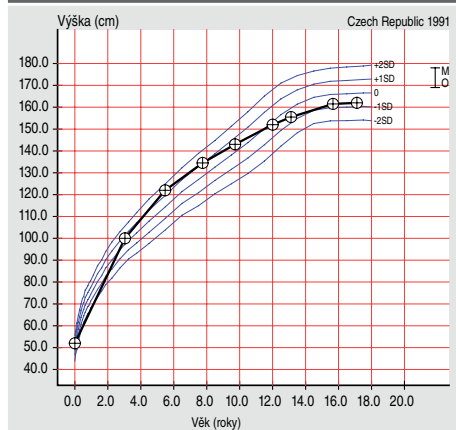
Kazuistika 4:

Dita, narozena 09/1987

U matky a sestry obezita, otec zdravý, u matčiny matky karcinom prsu.

OA: ze III. rizikové gravidity fyziologického průběhu, porod spontánně záhlavím, p. h. 3 850 g/42 cm, Apgarové skóre 9, 10, 10, kojena 1 měsíc, pro dysplazii kyčlí vpravo široké balení, sledována ortopedem, očkována řádně, PMV odpovídá věku. Nemocnost minimální, dispenzarizována pro obezitu a dyslipidemii, atopickou dermatitidu a vadu zraku s korekcí. Operace 0, úrazy 0. V letech 1997, 1998, 2001 lázně a ozdravné pobyty pro obezitu. V 01/1999

Graf 7. Dita 09/1987



kompletní neurologické vyšetření pro bolesti hlavy; CT mozku, EEG a neurologický nález v normě, neurologem doporučena rehabilitace pro vadné držení těla, terapie Clavigreninem dle rozpisu, pravidelné kontroly k dnešnímu dni. Později si na bolesti hlavy již nestěžuje.

NO: JPP v 05/2003 v 15 letech, vyšetření provedeno po termínu z důvodu rodičů. Údaje: 80,4 kg/161,5 cm, zrak v normě bez korekce, TK 100/60, genitál dívčí M3, P3, A3, ale menstruaci nemá. Pro primární amenoree odeslána ihned na gynekologické vyšetření s tím, že následně objedná endokrinologické vyšetření. Dítě se mi ale do ordinace zpět z vyšetření nevrátilo. 10/2003 přichází rozhořčená matka do ordinace a žádá růstové grafy pro lékaře endokrinologického oddělení klinického zařízení, kde byla dívka hospitalizována týden, od 15. 9. 2003, po opakovaném vyšetření na gynekologické ambulanci tohoto zařízení. Sdělila mi, že jí bylo řečeno, že je

to moje vina. Kdybych prý prováděla růstové grafy, mohla se diagnóza stanovit dříve. Připomněla jsem jí, že růstové grafy sledovala se mnou při JPP. Netvrdím, že jsem je vždy správně vyhodnotila, protože nebyly ideální, ale hodnotila jsem je v určitých souvislostech, a proto necítím vinu na pozdní diagnóze. Kompletně vytištěné grafy jsem předala a čekala na propouštěcí zprávu. Z propouštěcí zprávy: 87 kg/161 cm, TK 105/70, FW 20/42 mm, CRP 3 mg/l, FT4 12,1 pmol/l, TSH 1,23 mU/l, STH 0,05 mg/l, kortisol 241 nmol/l, prolaktin nad 1 095 mg/l (norma 2,8–16). Antropologické vyšetření: P4-růdké, M 3–4, výška v mezích širší normy. MRI mozku: patologická expanze v sellární oblasti s propagací extraselárně, v.s. adenom. Diagnóza: makroadenom hypofýzy, primární amenoree. Terapie: konzervativní, Medocryptin tbl., nahrazen v 07/2004 Dostinexem. Adenom se zmenšuje, ale nadále přetrvává amenorea.

Moje komunikace s rodinou nyní bez problémů.

Přínos růstových grafů v tomto případě: uklidnění rodičů při hledání viníka z nečekané diagnózy.

Diskuze

O používání růstových grafů v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost se hodně mluvilo, mluví i mluvit bude. Jsou mezi námi skutečně kolegové, kteří práci s růstovými grafy berou jako samozřejmost a denně s nimi pracují. Ale existují i kolegové, kteří tvrdí, že je to práce navíc, která je zdržuje. Z jistého pohledu mají obě skupiny pravdu. Domnívat se, že to lékaře nezatěžuje, neboť data ukládá sestra, je omyl. Prodlužuje to čas věnovaný JPP, ale přínos pro dítě je, dle mého názoru, nenahraditelný. Diskuze by se měla spíše zabývat výší

finančního hodnocení JPP. Jako přínosné vidím i to, že růstové grafy jsou součástí zdravotního a očkovacího průkazu, ale domnívám se, že věnujeme nedostatečnou pozornost poučení rodičů o vyhodnocování růstových grafů. Potom by se nemohlo stát, že jeden z rodičů hodnotí růst dítěte bez ostatních souvislostí. Negativem nových tištěných percentilových grafů je absence hodnocení obvodu hlavy. O důležitosti tohoto parametru vypovídají kazuistiky 1 a 2.

Závěr

Mají růstové grafy v ordinaci PLDD své místo? ANO.

Máme s nimi pravidelně pracovat? ANO.

K čemu všemu mohou sloužit?

- k diagnostice
- ke konstruktivní komunikaci s pacientem (rodiči)
- k forenzním účelům.

MUDr. Helena Letáková
Ordinace PLDD, Studentská 2039, Turnov
e-mail: mheletakova@tiscali.cz