

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

leden 2014
číslo 1 • ročník 14



téma čísla

Výchovné problémy u dětí



- Elektronická komunikace s OSSZ, datové schránky
- Sdělování údajů pro potřeby orgánů sociálně-právní ochrany dětí
- Farmakoterapie v pedopsychiatrii
- Co rodiče dětem dluží ve výchově?
- Proč dobré rady nefungují?
- Možnosti praktických lékařů v péči o závislého pacienta
- Rizikovní rodiče, rizikové děti
- Vychovávat i těžce postižené dítě?



NUTRICIA
Nutrilon

pokračovací a batolecí mléka



Správná volba pro úspěšný rozvoj dítěte

- Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9:1)
podporuje imunitní systém*
- Optimální zastoupení LCPUFA pro **rozvoj kognitivních funkcí**
- Inspirováno 30 lety výzkumu mateřského mléka



Kojení je nejvhodnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace jsou uvedeny na obalech a webových stránkách www.nutrikub.cz. Potravina pro zvláštní výživu - potravina pro zvláštní lékařské účely. Určeno pro odbornou veřejnost.

NUTRICIA a. s., Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 PRAHA 4. Infolinka: 800 110 000.

* Bruzesse E et al., A formula containing galacto- and fructo-oligosaccharides prevents intestinal and extra-intestinal infections: An observational study. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2009; 28: 156-161.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	MUDr. Ctirad Kozderka	9
	Elektronická komunikace s OSSZ, datové schránky	
	Mgr. Jakub Uher	11
	Sdělování údajů pro potřeby orgánů sociálně-právní ochrany dětí	
	MUDr. Lucie Chaloupková	12
	Hradecké vakcinologické dny 2013	
	Informace OSPDL ČLS JEP	13
	Prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.	14
	Farmakoterapie v pedopsychiatrii	
	MUDr. Josef Štolfa	16
	Možnosti praktických lékařů v péči o závislého pacienta	
	Doc. PhDr. Ilona Gillernová, CSc.	20
	Co rodiče dětem dluží ve výchově?	
	Mgr. Květa Sluková, Ph.D.	22
	Rizikovní rodiče, rizikové děti	
	PhDr. Jan Pičman	27
	Vychovávat i těžce postižené dítě?	
	PhDr. David Čáp	28
	Proč dobré rady nefungují?	
	MUDr. Petra Paterová	29
	Obezita a diabetes mellitus 2. typu u dětí	
	Ze světa odborné literatury	31
	Aktuality	32
	Řádková inzerce	33
	Autodidaktický test, Posuzování zdravotní způsobilosti ke sportu	34
	Nařízení vlády č. 211/2010 Sb. ze dne 31. května 2010, o soustavě oborů vzdělání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK

MEDAC

MSD

NUTRICIA

SANOFI PASTEUR

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

Tisk a distribuce: Casus Direct Mail, a.s., držitel certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a ISO 27001, Žilinská 5, 141 00 Praha 4, www.casus.cz

Narodila se Nelinka, foto na titulní straně Ateliér Nadi Rehové.

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzerce a vložených tiskovin.

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

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc.,
MUDr. Jana Sudková, MUDr. Ctirad Kozderka

Inzerce: Ing. Veronika Drahovzalová
GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty
veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

Pondělí 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Úterý 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Středa 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Čtvrtek 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Pátek 10⁰⁰ – 13⁰⁰ hod.

Sekretariát:

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:

telefon: 267 184 065
e-mail: centrum@detskylekar.cz



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

nejdříve mi dovoluji hned na počátku popřát vám vše dobré a především pevné zdraví v novém roce 2014.

Je to neuvěřitelné, ale již před rokem se ujal své činnosti nový výbor OSPDL ČLS JEP. Vzhledem k tomu, že až na kolegu Milana Rytíře prakticky všichni členové výboru byli „nováčky“, vpravit se do výkonu funkcí nebylo vůbec jednoduché. Všichni kolegové se ale do práce pustili s velkou aktivitou, která je naštěstí zatím neopouští, za což jim velmi děkuji. Stejně tak kolegové z předchozího výboru pracují v různých oblastech činnosti OSPDL a zapojují se i regionální zástupci, což vnímám velmi pozitivně. Pokusím se trochu zabilancovat.

To, co bylo velmi důležité a předsevzali jsme si na počátku našeho funkčního období, bylo zlepšení „vztahů“ a spolupráce s profesní organizací. Troufám si říci, že se nám to podařilo. Komunikace mezi vedením obou našich společností je nastavena, konaly se a budou se nadále konat společná zasedání, vznikají společné pracovní skupiny, mnohá jednání absolvuji společně zástupci obou organizací.

Jako velmi důležitou ale vidím i spolupráci obou našich organizací s Českou pediatrikou společností. Na jaře došlo k setkání zástupců všech tří společností, došlo k vytvoření dohody o spolupráci, k jejímu schválení všemi třemi stranami pod názvem „Májová dohoda“. Vzhledem k neočekávanému úmrtí předsedy ČPS docenta Pozlera došlo sice na podzim k pozdržení dalších domluvených společných aktivit, nicméně předpokládáme, že i přes některé zatím rozdílné názory dokážeme najít rozumná řešení tak, aby byla zachována kvalitní péče o dítě od primární péče po specializovanou pracoviště.

Na podzim byl také schválen návrh Metodiky rezidenčních míst pro obor praktické lékařství pro děti a dorost na rok 2014. Na základě opakovaných jednání na odboru vzdělávání MZ návrh počítá pro obor PLDD s 25 rezidenčními místy, měla by být mírně navýšena dotace na jeden měsíc. Tato výše by měla být po celou dobu specializačního vzdělávání, tedy po 4 roky. Celkově řečeno, je to určitě posun. Přiznání rezidenčních míst a čerpání finančních prostředků je samozřejmě podmíněno schválením státního rozpočtu na rok 2014.

V průběhu roku pracovala naše akreditační komise na změnách vzdělávacího programu pro obor PLDD. Došlo ke změně zakončení pediatrického kmene, místo testu předvede školenec kazuistiku z mateřského pracoviště. Upraveny byly i některé požadavky na akreditované pracoviště. Na podzim se finalizoval nový předatestační kurs „Posudkové lékařství“, který, jak věříme, pomůže iniciovat změny týkající se posudkové péče v našich ordinacích. Do kursu očkovaní byly přidány některé kapitoly z infekce a epidemiologie navazující na mezinárodní předpisy.

Velmi závažným tématem, které nás rozhodně bude provázet dalším obdobím a budeme se muset s ním vypořádat, je odmítání očkovaní.

Objevuje se stále více rodičů, kteří nechtějí nechat své děti očkovat, případně chtějí vakcíny rozdělovat či posouvat očkování do pozdějšího věku dítěte. Dosud převážně na našich bedrech leží vysvětlování a argumentování ve prospěch tohoto preventivního nástroje, a proto se OSPDL snaží všem kolegům tuto časově i psychicky náročnou práci ulehčit. Nadále budou probíhat očkovací semináře, vydali jsme první z řady brožur, které mají pomoci lékařům v argumentaci, byla zahájena spolupráce s ministerstvem zdravotnictví, bude více využit web naší společnosti, na kterém již teď je možné nalézt souhrn dostupných informací.

V oblasti vzdělávání pokračujeme organizováním páteřních seminářů. Snažíme se hledat témata, která buď dlouho či ještě vůbec nebyla přednášena, tak aby byla zajímavá a přínosná. Pokračujeme v setkávání školitelů. V oblasti vzdělávání chceme a budeme spolupracovat se SPLDD. Chceme vytvářet odborné pracovní skupiny, které by se měly zabývat nejrozličnějšími odbornými tématy a ze kterých by měla vycházet doporučení pro práci v našich ordinacích.

O činnosti OSPDL pravidelně a myslím, že velmi podrobně informuji na stránkách časopisu VOX. Další informace nalézáte na webových stránkách. Snažíme se zhostit našich úkolů se ctí. Chceme být pokračovatelem toho, co začali naši předchůdci – chceme garantovat kvalitu našeho oboru, chceme ho nadále rozvíjet, chceme, aby se stal atraktivním pro naše mladé kolegy.

Pokud nám v tomto chce být kdokoli nápomocen, je vítán.

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

přejme si, aby ten nadcházející rok byl lepší a radostnější než ten předchozí.

I když práce nás čeká mnoho a mnoho...

MUDr. Alena Šebková



Dětský lékař.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Během listopadu a prosince se řešila zejména problematika úhradové vyhlášky pro rok 2014. Dá se předpokládat, že pokud nedojde k dalšímu narovnání úhrad pro PLDD, dojde k reálnému poklesu v příjmech našich ordinací. Příčin je více, nicméně stagnace v úhradách, redukce očkování u dětí, porodnost v ČR a nevykompenzované zrušené regulační poplatky se na tom podílejí nejvíce. Snažili jsme se přesvědčit VZP a MZ, aby v úhradách pro příští rok tyto argumenty byly zohledněny. Bohužel úhradová vyhláška vydaná MZ sice zmírnila regulace, ale v úhradách nerespektovala ani dohodu ZP a zástupců praktických lékařů z dohodovacího řízení pro náš segment. Čekají nás další jednání se zástupci ZP.

20. 11. se uskutečnila tisková konference Koalice soukromých lékařů k návrhu úhradové vyhlášky vytvořené MZ ČR pro rok 2014. V prezentaci pro novináře byly uvedeny také naše zásadní připomínky k předloženému návrhu. Ty byly řádně zaslány na MZ ČR a zveřejněny také na našich webových stránkách. Stanovisko Koalice k této vyhlášce bylo otištěno v minulém čísle časopisu.

4. 12. jsem se s regionálním zástupcem pro SM MUDr. Pukovcem zúčastnila jednání s RBP v Ostravě, jednali jsme o úhradách pro rok 2014 a možných bonifikacích.

6. 12. se konalo společné zasedání Předsednictva SPLDD, Výboru OSPDL a regionálních zástupců OSPDL. Ukázalo se, že

řada problému je řešena společně zástupci obou organizací, a shodli jsme se pokračovat v tomto duchu i v roce 2014. Předsednictvo SPLDD vytvořilo a odsouhlasilo dopis ministrovi zdravotnictví MUDr. Holcátovi, ve kterém upozorňujeme, že vydáním úhradové vyhlášky se podílí na prohloubení ekonomicko-personální krize v primární péči o děti. *Text dopisu najdete na dalších stránkách časopisu.*

12. 12. jsem se společně s prof. Jandou zúčastnila schůzky s ministrem zdravotnictví Holcátem. Předmětem jednání byl Zdravotní očkovací průkaz, jeho další podoba, financování, případné úpravy. Panu ministrovi jsem se snažila také vysvětlit náš generační problém a nedostatečné úhrady pro PLDD.

Téhož dne v odpoledních hodinách jsme se s předsedkyní OSPDL Alenou Šebkovou zúčastnily jednání s hlavním hygienikem MUDr. Valentou. Předmětem jednání byla posudková činnost PLDD ke studiu, k pracovnímu vyučování a krátkodobým brigádám, sílící antivakcinační aktivity, očkování TBC, činnost clearingového centra při NRC a opět problematika Zdravotního očkovacího průkazu. Zdá se, že jsme téměř ve všech oblastech došli ke shodnému názoru. Se zápisem z jednání budete seznámeni následně.

Kongres primární péče

Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP
si vás dovolují pozvat na

8. kongres primární péče s mezinárodní účastí
28. 2.–1. 3. 2014

TOP HOTEL Praha, Congress Hall, Blažimská 1781/4, 149 00 Praha 4

Registrační formulář najdete na internetových stránkách www.splcr.cz, www.detskylekar.cz a www.ahou.cz. Akce je určena pro lékaře a sestry v primární péči a je zařazena do kreditovaného systému celoživotního vzdělávání.



Informace SPLDD

■ Dopis ministrové zdravotnictví

MUDr. Martin Holcát, MBA
ministr zdravotnictví ČR
Palackého nám. 4
128 01 Praha 2

v Praze dne 6. 12. 2013

Vážený pane ministře v demisi,
jménem Předsednictva Sdružení lékařů pro
děti a dorost ČR se na Vás obrácíme s nále-
havou výzvou.

Z vyjádření Vašeho ministerstva (tisková
zpráva ze dne 12. 11. 2013) i z Vašeho
osobního prohlášení zaznává pro laickou
i odbornou zdravotnickou veřejnost jedno-
značná informace, že připravovaná úhra-
dová vyhláška pro rok 2014 je prorůstová ve
všech segmentech poskytovatelů zdravotní
péče. Ve svých vyjádřeních používejte pouze
fakta založená na reálných analýzách a ne
na virtuálních tvrzeních a dohadách.

Z námi provedených propočtů však jed-
noznačně vyplývá, že v segmentu PLDD
dojde k nezanedbatelnému poklesu ob-
jemu finančních prostředků (viz příloha).
K zásadním důvodům vedoucím k tomuto
nepříznivému trendu patří zejména pokles
příjmů o jednu třetinu v souvislosti se sní-
žením počtu výkonů očkování dle nového
schématu pravidelného očkování. Tento
významný finanční propad bohužel opravdu
nevykompenzuje ani avizované navýšení
hodnoty bodu u očkovacích kódů o 2 (slovy
„dva“) haléře. Při počtu 2100 praxí PLDD
v ČR jde v roce 2014 o snížení úhrad ve výši
cca 79 mil. Kč.

Musíme také připomenout fakt, že od r. 2009
nedošlo k valorizaci našich příjmů, která by
alespoň kopírovala inflaci a změny DPH.
Demografická skladba dětské populace
v mnoha regionech je nepříznivá, hrozí ne-
bezpečí nedostupnosti péče též pro pokles
personálního zabezpečení v těchto nelukra-
tivních lokalitách. Dále několik let čekáme
na plnou kompenzaci za zrušené regulační
poplatky u dětí a upozorňujeme, že jsme tak
proti ostatním odbornostem znevýhodnění.
Je nám známo, že systém zdravotní péče byl
posílen o cca 10 miliard korun. Jsou nám
také známy Vaše neproporcionální priority

dislokace těchto prostředků do lůžkové
péče. Uvědomte si, že vydáním vyhlášky
ve stávajícím navrhovaném znění ponese-
te osobní odpovědnost za prohloubení ekono-
micko-personální krize v primární péči o dítě
v následujícím roce i se všemi důsledky
z toho vyplývajících.

Žádáme, aby stát nepoškozoval a nelik-
vidoval svými rozhodnutími náš segment
a budoucnost našich praxí a neohrožoval
tak péči o dětské pacienty. Vyzýváme Vás
proto jménem praktických lékařů pro děti
a dorost k navýšení prostředků do našeho
segmentu.

V úctě

MUDr. Ilona Hülleová,
předsedkyně SPLDD ČR

■ Tisková zpráva České pneumo- logické a ftizeologické spole- čnosti k pořadu ČT 1 „Reportéři“ odvysílanému dne 9. 12. 2013

Česká pneumologická a ftizeologická spo-
lečnost ČLS JEP (ČPFS) je odborná lékařská
společnost, která v naší republice řeší pro-
blematiku plicních nemocí včetně tuberku-
lózy. Tato společnost cítí povinnost vyjádřit
se k reportáži vysílané v rámci výše uvede-
ného pořadu, která se týkala problémů s do-
stupností očkovací látky proti tuberkulóze
v ČR.

Uvedený pořad byl z odborného hlediska za-
měřen směrem k populaci značně tendenč-
ním až poplašným dojmem. Nebyl zmíněn
úspěšný trend výskytu TBC na našem území
ani všechna opatření, která jsou činěna, aby
tuberkulóza byla i nadále pod kontrolou.

Tuberkulóza je infekční onemocnění, jehož
výskyt v jednotlivých zemích značně kolísá
a přetrvává zásadní rozdíl mezi rozvojovým
a rozvinutým světem. Česká republika patří
mezi země s nejnižším výskytem TBC na
světě vůbec. V roce 2012 bylo hlášeno cel-
kem 611 nových případů TBC všech forem
a lokalizací, což představuje 5,8 případu
TBC na 100 000 obyvatel.

Epidemiologické trendy ukazují, že pokles
výskytu není přechodným jevem, ale dlou-
hodobým trendem. Nejčastěji jsou nemocí
postižení starší lidé (nad 75 let). U dětí do

14 let bylo v loňském roce hlášeno 5 případů
TBC, z nichž některé děti byly a některé ne-
byly proti TBC očkovány. Pravidelné očkování
proti TBC stanoví vyhláška č. 537/2006 Sb.,
o očkování proti infekčním nemocem. Podle
této vyhlášky jsou očkovány děti, které jsou
v reálném riziku tuberkulózy, vyhodnoceném
na základě odborných kritérií, podobně jako
v jiných civilizovaných zemích.

Změnou očkovacího systému došlo k po-
klesu spotřeby vakcíny (BCG SSI Kodaň),
což si vynutilo zavést specifický léčebný pro-
gram. Při zrušení registrace výrobcem byla
řešena celá řada problémů, aby dostupnost
vakcíny byla pro děti rizikových skupin za-
chována. Dovoz vakcíny však nebyl zastaven
a dováží se formou specifického léčeb-
ného programu uděleného Ministerstvem
zdravotnictví. V případě žádosti zákonných
zástupců dětí, které nemají podle vyhlášky
č. 537/2006 Sb. indikaci k BCG vakcinaci,
je možné použít vakcínu určenou pro selek-
tivní BCG vakcinaci za úhradu. I tato forma
očkování na přání je možná. Je velmi žádoucí
a etické, aby očkující lékař důrazně upozor-
nil zákonné zástupce dítěte na rizika, která
mohou toto očkování provázet, protože jde
o živou vakcínu, která má více komplikací
než jiná očkování. Jde např. o hnisavé pro-
cesy na kůži, o postižení podpažních uzlin
a vzácně i kostí.

Proto je třeba zvažovat přínos a negativa
očkování dětí, které nejsou v riziku tuber-
kulózy, a očkovat uvážlivě, nejlépe podle
platné vyhlášky. Současně je vhodné zdů-
raznit, že očkování spolehlivě nechrání před
onemocněním tuberkulózou, ale pouze sni-
žuje riziko jejich vzniku a výskytu závažných
klinických forem TBC. Lze tedy onemocnět
i po očkování a v budoucnu se budeme
s TBC nadále setkávat. S tím je třeba přístu-
povat k této problematice a zaměřit se na
rychlé vyhledávání všech nemocných a je-
jich včasnou léčbu. Jde o onemocnění léči-
telné, léky se podávají dlouhodobě a jsou
poměrně dobře snášeny. Léčba i prevence
tuberkulózy v České republice probíhá na
základě doporučení Světové zdravotnické
organizace a řady odborných společností, je
tedy správná a účinná.

Zmíněná reportáž poukázala na závažný pro-
blém, kterým tuberkulóza nepochybně je,



nicméně ukázala význam vakcinace ve zcela nesprávném světle a významu. Je smutné, že se autoři nedotázali odborné společnosti na podstatu řady mylných tvrzení, která se v reportáži objevila.

Pokles výskytu TBC v civilizovaných zemích nastal bez většího vlivu vakcinace, hlavním faktorem byla a je léčba antituberkulotiky a izolace nemocných s tuberkulózou stanovená zákonem normou. K poklesu došlo i v zemích, kde plošné očkování již řadu let neprobíhá nebo nikdy neprobíhalo (např. USA). Největším epidemiologickým problémem je přechodná či dlouhodobá migrace mezi rozvojovým světem a zeměmi s nízkým výskytem TBC. Na příkladu dítěte autoři jen prokázali, že mimo jiné nepochopili smysl tzv. profylaktického (preventivního) podávání jednoho léku dítěti, které se dostalo do kontaktu s nakaženým TBC, ale samo aktivní TBC neonemocnělo! V tomto ohledu bylo uvedení případu **nemocného** dítěte zjevně manipulativní. Očkování proti tuberkulóze nemění přístup k takto ohroženému dítěti. Rozhodování, zda bude nebo nebude muset užívat léky, se řídí jinými kritérii. BCG vakcinace nechrání před nákazou TBC a malé děti po styku s osobami nemocnými TBC musejí užívat preventivní léčbu Nidrazidem, i pokud byly očkovány.

Je škoda, že závažný problém tuberkulózy byl zneužit s cílenou snahou strhnout pozornost a vzbudit neklid mezi rodiči, kteří pečují o své děti a měli by dát na rady odborníků.

Česká pneumologická
a ftizeologická společnost
Česká lékařská společnost
J. E. Purkyně

■ Změny v porodnictví v roce 2014: porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod



TISKOVÁ ZPRÁVA
12. 12. 2013

Od ledna příštího roku bude možné v českých porodnicích родit bez přítomnosti lékaře, pouze za pomoci porodní asistentky. Druhou novinkou je tzv. ambulantní porod, který by měl řešit předčasné odchody matek s novorozenci z porodnice.

Porod pouze za přítomnosti porodní asistentky je kompromisním řešením, které

připravila pracovní skupina při ministerstvu zdravotnictví zabývající se alternativními možnostmi ke klasickému porodu. „**Porod pouze za přítomnosti porodní asistentky může z bezpečnostních důvodů probíhat stejně jako jakýkoli jiný porod pouze v zařízeních k tomu určených – tedy v řádně vybavených porodnicích. Rozdíl oproti současnému stavu je v tom, že lékař bude k porodu přivolán až v případě nenadálých komplikací. Toto řešení garantuje rodičkám, které si z osobních důvodů nepřejí mít při porodu lékaře, žádanou míru soukromí. Na straně druhé bude možné poskytnout rodičům ženě i novorozenci v případě nutnosti okamžitou lékařskou péči,**“ vysvětluje náměstek pro zdravotní péči Ferdinand Polák, který vedl jednání pracovní skupiny. Tento způsob porodu bude možný pouze v tom případě, kdy jej schválí ošetřující porodník. Ten provede vstupní vyšetření, zkontroluje dokumentaci o průběhu těhotenství, a pokud nebude předpokládat komplikovaný porod, předá rodičku do péče porodní asistentky. Porod pouze za pomoci porodní asistentky byl již promítnut do návrhu vyhlášky – Seznamu zdravotních výkonů, která začne platit od ledna 2014. I nadále je však všem ženám v České republice zaručena možnost родit pod přímým dohledem kvalifikovaného lékaře-porodníka.

Novinkou v českých porodnicích bude také tzv. ambulantní porod. Ten je určen těm matkám, které chtějí opustit brány zařízení již několik hodin po porodu, resp. dříve než po doporučených 72 hodinách. „**Zůstat s novorozencem v porodnici tři dny po porodu jednoznačně doporučuji. Během této doby se provádí řada potřebných vyšetření, provádí se novorozenecký screening a řeší se případné komplikace, jako je například novorozenecká žloutenka. Pokud už se ale žena i přes doporučení lékařů rozhodne porodnici opustit dříve, snažili jsme se připravit takové podmínky, abychom veškerá rizika s tím spojená eliminovali na minimum,**“ vysvětluje náměstek Polák. Ministerstvo proto vypracovalo metodický návod, jak v případě předčasného odchodu z porodnice postupovat. Maminka bude mít možnost druhý den po propuštění přivést novorozence do porodnice nebo na dětské oddělení na ambulantní kontrolu. Pokud nebude chtít na tuto kontrolu znovu cestovat, může miminko zkontrolovat praktický pediatr v místě bydliště. Ten dítě vyšetří, ale nebude mít povinnost novorozence zaregistrovat

do své ambulance. Ovšem v případě, že při vyšetření vysloví podezření na neadekvátní vývoj či neprospívání dítěte, doporučí rodičům okamžitý návrat do porodnice, respektive na neonatologii. „**Už dnes se stává, že matka odchází z porodnice s dítětem tzv. na reverz dříve než po doporučených 72 hodinách. V takovém okamžiku se ocitá v jakémsi vakuu, kdy systém přesně neví, jak s tímto jejím rozhodnutím naložit, kdo má například kontrolovat zdravotní stav novorozence v prvních hodinách po porodu mimo porodnici,**“ vysvětluje Ferdinand Polák důvody k přijetí metodického návodu, který právě tyto situace řeší.

Pro více informací kontaktujte Ministerstvo zdravotnictví ČR, tel.: 224 972 166
Odbor komunikace s veřejností,
e-mail: tis@mzcr.cz

■ Zápis z jednání se zástupci Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost

Datum: 13. 11. 2013

Místo: Ústředí VZP ČR
Za SPLDD: MUDr. Hülleová,
MUDr. Dvořáková, MUDr. Kozderka,
MUDr. Kulhánková.
Za VZP ČR: Ing. Mrázek, MBA,
MUDr. Macháčková, Ing. Maštalíř.

Úhradový dodatek 2014

- 1) Ing. Mrázek informoval, že úhradové dotázky pro rok 2014 budou předloženy v duchu uzavřené dohody v rámci dohodovacího řízení.
- 2) Zástupci SPLDD souhlasí s akceptací dosažené dohody a požádali o zaslání návrhu úhradového dodatku.
- 3) VZP předpokládá rozeslání základních úhradových dodatků zároveň s dodatky na Akord 2014 během prosince 2013.

Akord 2014

- 1) Ing. Mrázek uvedl, že s ohledem na aktuální finanční situaci bude Akord i přesto pokračovat, ale nelze očekávat navýšení finančních prostředků na tento program.
- 2) Zástupci SPLDD požadují navýšení bonifikace za dodržování metodiky pravidelného očkování – bylo dohodnuto, že v rámci kvalitativních ukazatelů ovlivňující výši roční bonifikace bude odebráno kritérium „Nárůst pojištěnců“ a bude



posílen ukazatel „Dodržování metodiky pravidelného očkování“.

- 3) Pro rok 2014 VZP bude předkládat pouze jeden dodatek pro vstup do Akordu – bude se jednat o sloučení vstupního i bonifikačního do jednoho.

Různé

- 1) Zástupci SPLDD uvedli, že pravidelné měsíční sestavy s vyúčtováním zdravotní péče a vyhodnocením nově registrovaných pojištěnců od VZP jsou příliš komplikované na rozdíl od jiných zdravotních pojišťoven. Slíbili zaslat vzor od jiné ZP a vyjádřili ochotu na spolupráci při zjednodušení zasílaných sestav.
- 2) Přeregistrace registrovaných pojištěnců k jiným ZP k 1.1.2014 – MUDr. Macháčková uvedla, že sestavy již byly na regionální pobočky odeslány, slíbila prověřit, zda všechny RP sestavy zaslaly a případně jakým způsobem (portál, poštou atd.).

Zapsal: Ing. Ivan Maštalíř

Ověřil:
za VZP – Ing. Jiří Mrázek, MBA
za SPLDD – MUDr. Ilona Hülleová

■ MZ informuje o stěžejních změnách a novinkách ve zdravotnictví v roce 2014

S příchodem roku 2014 nastanou v českém zdravotnictví některé změny a budou zavedeny novinky, které se dotknou prakticky každého obyvatele České republiky. Ministerstvo zdravotnictví tedy před koncem roku vydává přehled těch nejdůležitějších.

- Od 1. 1. 2014 se nebudou platit poplatky za pobyt v lůžkových zařízeních (nemocnice, psychiatrické léčebny, lázně nebo léčebny dlouhodobě nemocných). Tyto poplatky byly zrušeny nálezem Ústavního soudu z července letošního roku. (Pozn.: Ministerstvo zdravotnictví podalo návrh

na jejich snížení na 60 Kč za den bez časového omezení s tím, že by od platby byly osvobozeny děti do 18 let věku. Tento návrh byl přijat vládou, avšak nová Poslanecká sněmovna zamítla jeho přijetí ve zkráceném projednávání. Další osud regulačních poplatků u lékařů, v lékárnách či na pohotovosti je tedy otázkou, kterou se bude zabývat až příští vládní koalice.)

- Poplatky, které od 1. 1. 2014 **zůstávají**, jsou poplatek za návštěvu pohotovosti bez omezení věku – 90 Kč, dále poplatek za návštěvu lékaře od 18 let věku – 30 Kč a také poplatek za výdej léků na předpis – 30 Kč za recept (nikoli za položku na receptu).
- V příštím roce by také měla být plně transponována směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2011/24/EU týkající se přeshraniční zdravotní péče. V praxi to bude znamenat, že pojištěnec může čerpat péči v jiném členském státě Evropské unie, a to nejen péči akutní, ale také péči plánovanou. Česká republika měla směrnici transponovat již k 25. 10. 2013, vzhledem k politické situaci se tak ale nestalo. Příslušná směrnice je schvalována v rámci novely zákona o veřejném zdravotním pojištění a v současné době prošla v Poslanecké sněmovně již 2. čtením. Odkdy začne v praxi platit, není zatím jisté.
- Od ledna příštího roku bude v českých porodnicích umožněno rodit bez přítomnosti lékaře, pouze za pomoci porodní asistentky. A to za předpokladu, že po vyšetření porodníkem bude konstatováno, že s vysokou pravděpodobností půjde o nekomplikovaný porod hlavičkou. Druhou novinkou je aktualizované metodické doporučení Postup poskytovatelů zdravotních služeb při propouštění novorozenců do vlastního sociálního prostředí, které se mj. týká i propuštění fyziologického novorozence do jeho vlastního sociálního prostředí před uplynutím 72 hodin od

jeho narození. Ministerstvo zdravotnictví přesto důrazně doporučuje matkám setrvat s novorozenci v porodnici 72 hodin. Pokud tak neučiní, dostanou matky na odchodu přesný „návod“, jak po propuštění postupovat, jelikož novorozenec musí v prvních 72 hodinách života absolvovat různá důležitá lékařská vyšetření.

- V polovině ledna 2014 začnou pojišťovny zvat své klienty na preventivní screenigová vyšetření. Tato vyšetření se zaměřují na tři konkrétní typy zhoubných nádorů – karcinom prsu, karcinom děložního hrdla a karcinom tlustého střeva. Pojištěnci, kterých se to týká, budou počínaje polovinou ledna nacházet ve schránkách poštovku na bezplatné preventivní vyšetření.
- V platnost také vstupuje úhradová vyhláška na rok 2014, která stanovuje výši úhrad od zdravotních pojišťoven a hodnoty bodu za lékařský výkon a která se připravuje vždy na 1 rok. Na rok 2014 jsme se snažili přistupovat k jednotlivým segmentům co nejspravedlivěji, museli jsme například zohlednit fakt, že letošní vyhláškou nejvíce trpěl segment nemocniční a pro příští rok tedy zde zasáhnout podporou větší než jinde. Lůžkovým zařízením (psychiatrickým léčebnám, lázním, léčebnám dlouhodobě nemocných apod.) bude také částečně kompenzován výpadek v podobě zrušení poplatku za pobyt.
- Navýšení plateb za státní pojištěnce (podařilo se nám prosadit již od 1. 11. 2013). Díky němu získá systém v příštím roce 4,7 miliardy korun navíc oproti roku letošnímu.

Pro více informací: Ministerstvo zdravotnictví ČR, tel.: 224 972 166, Odbor komunikace s veřejností, e-mail: tis@mzcr.cz

XIII. setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli na zámku. Alergeny a alergie v praxi.

Datum: 16. a 17. května 2014

Doporučeno pro alergology, pediatri, praktické lékaře pro děti a dorost. Účast sester možná.

Ohodnocení 12 kreditů.

Garantují české a slovenské odborné společnosti.

Vyřizuje: **Leona Janovská, tel. 604 483 022;**

e-mail: **info@astmalitomysl.cz; lea.janov@gmail.com**

Informace, přihlášky, platby, ubytování: **www.astmalitomysl.cz**



Elektronická komunikace s OSSZ, datové schránky

Novela zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v § 162 a **novela zákona č. 582/1991 Sb.**, o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v § 123e stanovuje formu komunikace s orgány nemocenského pojištění (OSSZ). Povinnost komunikovat ve stanovených případech s Českou správou sociálního zabezpečení (ČSSZ), resp. OSSZ výhradně elektronicky ukládá zaměstnavatelům, stejně jako lékařům a OSVČ, **zákon č. 470/2011 Sb.**, kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb.

Všechny subjekty (tedy i PLDD), které jsou povinny předávat OSSZ údaje na předepsaných tiskopisech, jsou povinny je **předávat od 1.1.2013 pouze elektronicky**, pokud Česká správa sociálního zabezpečení nestanoví, že některý tiskopis je možno podávat i písemně. **Pro rok 2013** umožnila podávat **všechny tiskopisy i písemně, pro rok 2014** již byla dána **výjimka** pro všechny tiskopisy, které předkládají **OSVČ**, a **pro roky 2014 a 2015** byla dána výjimka pro všechny tiskopisy, které předkládají **lékaři**. Dne 4. 12. 2013 byla na poslední chvíli udělena roční výjimka (tedy **pro rok 2014**) vztahující se na všechny tiskopisy podávané ze zákona **zaměstnavateli**.

Vůči orgánům nemocenského pojištění vystupujeme jako fyzické podnikající osoby ve třech rolích:

1. **role zaměstnavatele**, pokud zaměstnáváme zaměstnance (zdravotní sestru, uklízečku, jiného lékaře apod.)
2. **role OSVČ**
3. **role lékaře**

Pro nás to tedy znamená, že **v roli zaměstnavatele** (což je většina z nás) budeme na základě udělené výjimky předávat výhradně v elektronické podobě tyto formuláře až **od 1. 1. 2015:**

- Evidenční list důchodového pojištění
- Potvrzení o studiu (o teoretické a praktické přípravě) pro účely důchodového pojištění
- Přehled o výši pojistného
- Oznámení o nástupu do zaměstnání (skončení zaměstnání)
- Přihláška do registru zaměstnavatelů
- Odhláška z registru zaměstnavatelů
- Příloha k žádosti o dávku nemocenského pojištění

- Potvrzení pro účely výplat vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství

Od 1.1.2015 budeme povinni předávat elektronicky údaje také o sobě, tedy **v roli OSVČ:**

- Přehled o příjmech a výdajích OSVČ
- Oznámení o zahájení (opětovném zahájení) samostatné výdělečné činnosti
- Přihláška OSVČ k účasti na důchodovém pojištění
- Přihláška OSVČ k účasti na nemocenském pojištění

Od 1.1.2016 nás pak totéž čeká i **v roli lékaře**, tedy:

- Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti
- Hlášení ošetřujícího lékaře ve smyslu § 61 zákona o nemocenském pojištění

Dle informací MPSV ČR se neuvažuje o povinnosti vystavování elektronického Ošetřování člena rodiny.

■ Jak to vše zrealizovat?

Informace o tom, že i OSVČ jsou povinny si zřídit nejpozději k 1. 1. 2014 tzv. datové schránky, se nezakládají zcela na pravdě. Samozřejmě nás to nemine, ale zatím jsou povinné jen pro právnické osoby, nikoliv pro fyzické podnikající osoby.

V právní úpravě je přesně upraveno, **jak se může realizovat elektronický přenos údajů**, a to datovou zprávou

- a) podepsanou **uznávaným elektronickým podpisem**
- b) odeslanou prostřednictvím **datové schránky**
- c) **s ověřenou identitou podatele** způsobem, kterým se lze přihlásit do jeho datové schránky, pokud tuto možnost orgán nemocenského pojištění zajistil

K podpisu podání lze tedy použít jakýkoliv **uznávaný elektronický podpis**. Nevyhne se povinnosti pořídit si **elektronický podpis založený na kvalifikovaném certifikátu** vydaném akreditovaným poskytovatelem certifikačních služeb. V současnosti zde existují tři poskytovatelé této služby: společnost I.CA = První certifikační autorita, a.s., Česká pošta, s.p. a eidentity a.s. Kvalifikovaný certifikát k elektronickému podpisu něco

stojí, pohybuje se cca kolem 500 Kč na rok a je nutné ho každoročně obnovovat. Navíc budeme muset předem OSSZ oznámit, jaký kvalifikovaný certifikát v komunikaci s ní využijeme – jinak se totiž může stát, že nepozná, s kým vlastně komunikuje, a hrozí tak sankce za nesplnění povinnosti předat vyplněný formulář.

Pokud se rozhodnete si rovnou pořídit **datovou schránku**, informace lze získat na adrese <http://www.datoveschranky.info/>. O zřízení datové schránky musíme požádat. Můžeme využít některý z níže uvedených způsobů:

1. Žádost podat osobně na libovolném kontaktním místě veřejné správy Czech POINT. Tento úkon je bezplatný a navíc podpis ověří rovnou na místě.
2. Žádost v elektronické podobě opatřenou zaručeným elektronickým podpisem založeným na kvalifikovaném certifikátu vydaném akreditovaným poskytovatelem certifikačních služeb odešleme na e-podatelnu Ministerstva vnitra (posta@mvcz.cz).
3. Žádost v listinné podobě opatřenou úředně ověřeným podpisem odešleme na kontaktní adresu: Ministerstvo vnitra České republiky, Sekce rozvoje a proj. řízení ICT v oblasti veřejné správy, nám. Hrdinů 1634/3, 140 21 Praha 4.

Pokud jsme zadali **vedení účetnictví, respektive mzdové agendy, odborné firmě**, jistě si tato firma poradí s elektronickým přenosem údajů. Je totiž možné, aby tato firma za nás lékaře v roli zaměstnavatele vyplňovala tiskopisy a zaslala je přímo OSSZ i elektronicky.

Pro úplnost je nutné ještě vědět, že **za neoznámení údajů na předepsaném tiskopise může OSSZ uložit pokutu až 20 000 Kč**. Například v zákoně o nemocenském pojištění je uvedena výše pokuty za jednotlivá porušení příslušných ustanovení zákona v § 127 až § 141.

Níže ještě uvádím část zákonné normy ve zkrácené podobě.

§ 162

(1) Nestanoví-li tento zákon jinak, lze podání nebo jiný úkon podle tohoto zákona učinit



písemně nebo ústně do protokolu anebo v elektronické podobě podepsané **uznávaným elektronickým podpisem**.

(2) Je-li podle tohoto zákona pro podání nebo jiný úkon předepsán tiskopis, lze podání nebo jiný úkon učinit pouze

a) v elektronické podobě **zasláním na určenou elektronickou adresu** podatelny orgánu nemocenského pojištění nebo do určené datové schránky orgánu nemocenského pojištění; podání nebo jiný úkon lze v elektronické podobě učinit pouze ve formě datové zprávy, a to ve formátu, struktuře a tvaru určeném příslušným orgánem nemocenského pojištění. Nesplňuje-li podání nebo jiný úkon tyto podmínky, nepřihlíží se k němu; orgán nemocenského pojištění je povinen upozornit toho, kdo učinil podání nebo jiný úkon v elektronické podobě, které nesplňuje tyto podmínky, na

tuto skutečnost a na to, že se k tomuto podání nebo jinému úkonu nepřihlíží,

...

(3) Ten, kdo činí podání v elektronické podobě podle odstavce 1 nebo podle odstavce 2 písm. a), uvede současně akreditovaného poskytovatele certifikačních služeb, který jeho kvalifikovaný certifikát vydal a vede jeho evidenci, nebo certifikát připojí k podání.

(4) Orgány nemocenského pojištění, s výjimkou zpravodajských služeb, jsou povinny zveřejnit na své úřední desce a způsobem umožňujícím dálkový přístup

...

b) elektronickou adresu své podatelny, a elektronickou adresu své podatelny určené k předkládání tiskopisů v elektronické podobě ve formě datové zprávy a identifikátor své datové schránky určené k předkládání tiskopisů v elektronické podobě ve formě datové zprávy,

...

e) tiskopisy, které se podle odstavce 2 písm. a) předkládají v elektronické podobě, a podmínky, za nichž se tiskopisy v této podobě předkládají.

f) podání a jiné úkony, které lze učinit způsobem uvedeným v odstavci 5 větě druhé.

(5) Zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné, ošetřující lékaři a zdravotnická zařízení činí podání nebo jiné úkony, pro které je předepsán tiskopis podle tohoto zákona, pouze způsobem uvedeným v odstavci 2 písm. a). Příslušný orgán nemocenského pojištění však může určit, která podání nebo jiné úkony, pro které je předepsán tiskopis podle tohoto zákona, lze učinit též způsobem uvedeným v odstavci 2 písm. b).

Pro VOX zpracoval:
MUDr. Ctirad Kozderka

Termínový kalendář akcí SPLDD a OSPDL na rok 2014

Omlouváme se za chybu v termínovém kalendáři akcí SPLDD a OSPDL na rok 2014 a otiskujeme již správně. Redakce.

28.2.–1.3.	Celorepubliková	Kongres primární péče	Praha, Hotel TOP
12.3.	Západočeský	konference SPLDD	Tachov, Regionální vzdělávací středisko
15.3.	Středočeský + Praha	vzdělávací seminář	Praha, hotel Krystal
22.3.	Jihomoravský	konference SPLDD	hotel ALLVET, Vyškov
29.3.	Jihočeský	konference SPLDD	Zvůkov
29.3.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
29.3.	Východočeský	vzdělávací seminář	Pardubice, hotel Labe
2.4.	Středočeský + Praha	konference SPLDD	Hotel Olympik
5.4.	Severočeský	konference SPLDD	Ústí nad Labem, Masarykova nemocnice
12.4.	Severomoravský	konference SPLDD + vzdělávací seminář	hotel ABÁCIE, Nový Jičín
12.4.	Západočeský	vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon
26.4.	Severočeský	vzdělávací seminář	Děčín, hotel Česká koruna
26.4.	Východočeský	konference SPLDD	hotel Jezerka, Seč
17.–18.5.	Celorepubliková	Sněm	Bystřice nad Pernštejnem, hotel Skalský Dvůr
24.5.	Jihočeský	vzdělávací seminář	Hluboká nad Vltavou, Parkhotel
7.–8.6.	Celorepubliková	Školitelé	hotel Jezerka, Seč
11.10.	Severomoravský	vzdělávací seminář	Ostrava, hotel Imperial
11.10.	Západočeský	vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon
18.10.	Jihočeský	vzdělávací seminář	Hluboká nad Vltavou, Parkhotel
18.10.	Středočeský + Praha	vzdělávací seminář	Praha, hotel Krystal
1.11.	Celorepubliková	Celostátní konference	Praha, hotel Floret, Průhonice
8.11.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
8.11.	Severočeský	vzdělávací seminář	Děčín, hotel Česká koruna
29.11.	Východočeský	vzdělávací seminář	Hradec Králové, krajský úřad



Právní rubrika: Sdělování údajů pro potřeby orgánů sociálně-právní ochrany dětí

Mgr. Jakub Uher
právník SPLDD ČR

Spolupráce orgánů sociálně-právní ochrany dětí a praktických lékařů pro děti a dorost je poměrně častá. Dotazy ohledně konkrétních dožadání ze strany těchto orgánů vůči lékařům jsou často kladeny. V tomto textu jsem se pokusil shrnout, kdy je lékař (resp. poskytovatel zdravotních služeb) povinen aktivně oznamovat, případně vyhovět žádosti o sdělení údajů, a kdy je naopak namístě s odkazem na povinnou mlčenlivost sdělení informací odmítnout.

Právní úpravu nalezneme především v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Aktivní oznamovací povinnost upravuje ustanovení § 10 odst. 4, které uvádí, že poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6, a to bez zbytečného odkladu poté, kdy se o takové skutečnosti dozvědí.

Zde je na místě uvést definici pojmu „děti uvedené v § 6“ – jedná se o děti, na které se zaměřuje sociálně-právní ochrana. Podle § 6 zákona č. 359/1999 Sb. se jedná o děti:

- jejichž rodiče zemřeli, jejichž rodiče neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti, nebo jejichž rodiče nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti;
- které byly svěřeny do výchovy jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěření dítěte do její výchovy;
- které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženy závislostí, živí se prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trest-

ným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití;

- které se opakovaně dopouštějí útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte;
- na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezřeni ze spáchání takového činu;
- které jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umísťovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;
- které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;
- které jsou žadateli o udělení mezinárodní ochrany, azylanty nebo osobami požívajícími doplňkové ochrany, a které se na území České republiky nacházejí bez doprovodu rodičů nebo jiných osob odpovědných za jejich výchovu;

pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.

V praxi lékaře půjde zpravidla o dvě skupiny dětí – buď je zanedbávána péče o dítě, nebo je dítě týráno. V těchto případech má lékař aktivní povinnost podezření na ohrožení dítěte oznámit. Nelze zde argumentovat povinnou mlčenlivostí dle zákona o zdravotních službách. Druhou častou situací je, že o informace žádá lékaře orgán sociálně-právní ochrany dětí. Zde upravuje zákon o sociálně-právní ochraně dětí v ustanovení § 53 odst. 1 písmena c) a d) takto:

„Na výzvu orgánů sociálně-právní ochrany jsou poskytovatelé zdravotních služeb povinni sdělit bezplatně údaje potřebné podle tohoto zákona pro poskytnutí sociálně-právní ochrany nebo pro účely rozhodování o vydání pověření, nebrání-li tomu zvláštní právní předpis. Povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj.“

Upozornil bych na to, že toto ustanovení již odmítnutí z důvodů povinné mlčenlivosti upravuje. Odmítnutí poskytnutí informací s odvoláním na povinnou mlčenlivost nelze pouze v případě podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj. Zde podle mého názoru dostačuje, aby podezření na zanedbávání měl daný orgán sociálně-právní ochrany dětí (tedy nemusí ho mít sám lékař), ale tato skutečnost musí být ze žádosti zřejmá.

V případě, který je podle mne poměrně častý, kdy je žádost formulována způsobem: „žádáme o zaslání zprávy k dítěti, vyjádřete se prosím k těmto bodům: dlouhodobý zdravotní stav, aktuální zdravotní stav atd.“, a není nijak vyjádřeno podezření výše uvedené, je namístě sdělení informací odmítnout s odkazem na povinnou mlčenlivost dle ustanovení § 51 zákona č. 372/2011 Sb.

Shrnu-li tedy: Aktivně oznamuji podezření nezanedbávání či týrání. Pokud jsem žádán o informace orgánem sociálně-právní ochrany dětí a ze žádosti vyplývá, že jde o podezření na zanedbávání či týrání, tak žádosti vyhovím. V ostatních případech je namístě sdělení informací odmítnout s odkazem na povinnou mlčenlivost.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR Praha a Střední Čechy a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

si Vás dovoluji pozvat na cyklus odborných seminářů pořádaných tradičně v Lékařském domě ČLS JEP v Praze, Sokolská 32, Praha 2 vždy první čtvrtek v měsíci v 16.30 hod.

6. 2. 2014

Mimořádné situace v očkování

MUDr. Hana Cabrnachová



OSPDL ČLS JEP



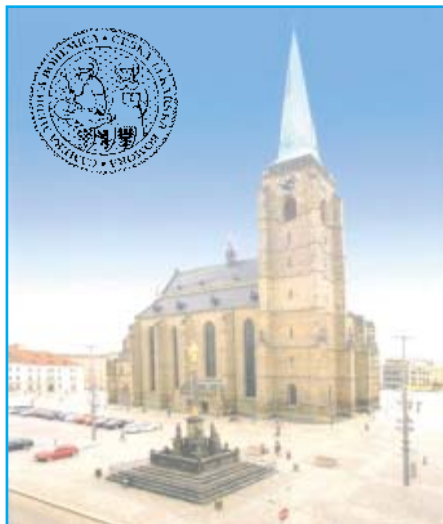
Hradecké vakcinologické dny 2013

MUDr. Lucie Chaloupková, MUDr. Jana Janečková

Ve dnech 3. až 5. 10. proběhly v Hradci Králové tradiční Vakcinologické dny. Jejich součástí bylo i satelitní sympozium Víceoborový pohled na prevenci invazivních meningokokových onemocnění v praxi PLDD. Dr. Marešovou byl zopakován složitý klinický obraz, úskalí diagnostiky a časové omezení v léčbě ovlivňující výsledky léčby. Dr. Křížová informovala přítomné o aktuálních epidatech v ČR. Prof. Prymula seznámil účastníky sympozia s novou vakcínou proti menB – Bexsero a jejím uvedením na trh s ČR v roce 2014. Při pátečním setkání prof. Prymula nastínil problémy současné vakcinologie – jsou nové úspěchy ve výrobě malarické vakcíny i posun ve výrobě vakcíny na lymfskou boreliózu pod taktovkou firmy Baxter. V Číně úspěchy s vakcínou proti enteroviru 71. Na druhé straně stoupá počet odpíračů očkování, který se projevuje poklesem proočkovanosti, a to i v ČR. Je nebezpečí, že budeme mít čím, ale nebudeme mít koho očkovat. Dr. Cabrnová upozornila, že vývoj v oblasti očkování je ovlivněn i změnou financování a problémy s evidencí. Narůstají aktivity odpůrců očkování, stupňují se požadavky na individuální očkovací schémata. Vzhledem k situaci je nutná spolupráce i MZ a ZP k zabezpečení ochrany zdraví. Dr. Křišťáková seznámila přítomné s očkováním v SR. Profesor Beran referuje o současných poznatcích v očkování proti pneumokokům. Pneumokoková vakcína má největší úspěch ve věkové kohortě do 2 let (pokles z 300 na 80 pří-

padů ročně). Očkování seniorů, ještě více ohrožených pneumokokovými infekcemi, se stále diskutuje. Dr. Kozáková potvrzuje předchozí přednášku: klesá nemocnost pod 5 let díky očkování, ale stoupá nemocnost seniorů. Dr. Vavrková informuje o problematice klíšťové encefalitidy. V České republice pozorujeme kontinuální vzestup incidence onemocnění klíšťovou encefalitidou. V dětském věku dominuje klinický obraz meningoencefalitidy. Až dvě třetiny dětí vyjadřují deficit v kognitivních funkcích a problémy s pamětí po prodělaném onemocnění. Prof. Chlíbek seznámil účastníky s očkovacím kalendářem jednotlivých zemí EU a okolních států. Schémata očkování jsou obdobná, nejsou výrazné rozdíly ani ve schématech, ani v používaných vakcínách. Dr. Boštík referuje o epidemiích spalničkových onemocnění v Evropě v posledních letech, protože mnoho dětí v Evropě není bohužel imunizováno nebo jsou očkovány pozdě. K problematice tetanu zazněly informace o možnosti prodloužení intervalu mezi jednotlivými dávkami na 10–15 let, což doporučila i NIKO. V případě imunosuprimovaných pacientů bylo doporučeno dodržet interval 10 let. Těhotenství a kojení není kontraindikací očkování. Při překročení maximálního intervalu mezi jednotlivými dávkami je doporučena aplikace jedné dávky vakcíny a za jeden měsíc kontrola hladiny sérových specifických protilátek IgG proti tetanickému toxinu. Optimální je hladina 0,1 IU/ml a více. Pokud bude hladina

nižší, je doporučeno doočkovat 2. dávku za 6–10 týdnů a 3. dávku za 6–10 měsíců. Vše bude podkladem pro novelizaci vyhlášky o očkování proti tetanu. Dalším tématem byla invazivní meningokoková onemocnění, která navzdory moderní terapii vedou stále k úmrtí v 10–15 % všech případů a 15–20 % pacientů přežívá s trvalými následky – kožními defekty, amputacemi prstů a končetin, poruchami sluchu, křečemi a poškozením mozku. Bylo poukázáno na výskyt neisseriové meningitidy typu W135 a Y, která v ČR nepůsobí vysokou nemocnost, ale velmi vysokou smrtnost. Dále byla připomenuta i meningitida vyvolaná typem *Neisseria meningitidis B*, kde se nejvyšší nemocnost vyskytuje v prvním půlroce života dítěte. Bylo připomenuta možnost očkování kombinovanou vakcínou proti meningokokům A, C, W135 a Y, kde máme k dispozici vakcíny Menveo od 2 let věku dítěte a Nimenrix od 12 měsíců věku dítěte. Vakcína Bexsero, jak již bylo uvedeno, bude k dispozici snad po 1. čtvrtletí roku 2014. K problematice rotavirových gastroenteritid byla uvedena data z ČR za období 2003–2012, celkem bylo nahlášeno 40 991 případů onemocnění, z toho 49,6 % u dětí do 3 let, 64,9 % u dětí do 5 let. Ročně je s touto diagnózou hospitalizováno průměrně 3596 dětí do 5 let. Během sledovaného období zemřelo celkem 16 pacientů, z toho 3 byly děti do 3 let. Ačkoliv se s vakcinací začalo již v roce 2007, v roce 2012 bylo proočkováno jen 16 % nově narozených dětí.



Kongresové centrum a hotel Primavera
Lékařská fakulta UK Plzeň
OSPDL a SPLDD
Dětská klinika Fakultní nemocnice Plzeň
Česká asociace sester

pořádají

XXVI. PLZEŇSKÉ PEDIATRICKÉ DNY

21.–22. 3. 2014

V kongresovém centru hotelu Primavera
Nepomucká tř. 128, Plzeň

Témata kongresu:

- Nové terapeutické postupy v pediatrii
- Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
- Varia

Organizační zajištění

Zuzana Příbylová,
Renata Kejzlarová
Sekretariát přednosta Dětské kliniky
FN Plzeň a LF UK Plzeň
Tel: 377 104 692, 377 104 693,
fax: 377 104 694
e-mail: pribylovaz@fnplzen.cz
kejzlarovar@fnplzen.cz



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Velmi závažným tématem je pro nás vzrůstající počet rodičů našich pacientů, kteří odmítají očkování, či žádají individuální kalendář či chtějí posouvat očkování do pozdějšího věku dítěte. OSPDL se snaží usnadnit práci všem kolegům v účinné argumentaci, která by měla vést k zachování vysoké proočkovanosti v naší republice. Dostupné materiály byly umístěny na web společnosti, ve finále je brožura „Očkování v otázkách a odpovědích“, která bude distribuována prostřednictvím časopisu VOX, nadále budou probíhat semináře s tematikou očkování, které budou reflektovat situaci v terénu. O jasný postoj jsme požádali Ministerstvo zdravotnictví – viz níže.

4. 12. proběhla tisková konference „Jak očkování změnilo svět“, které se zúčastnili svým sdělení doc. MUDr. Vilma Marešová, RNDr. Marek Petráš, MUDr. Alena Šebková, MUDr. Ctirad Kozderka. Konference byla určena novinářům tiskovin určených laické veřejnosti. Moderátorem byl šéfredaktor Zdravotnických novin Jan Kulhavý. Přítomní se z příspěvků dozvěděli, jak to vypadalo s výskytem preventabilních onemocnění před započatím očkování, jak tyto nemoci vypadaly, jak ohrožovaly na zdraví i životě své nositele. Byly vysvětleny některé mýty o očkování, byla diskutována pravděpodobná příčina vzniku těchto aktivit v dnešní době a možné dopady snížení proočkovanosti.

6. 12. se konalo další společné pracovní setkání Předsednictva SPLDD, a Výboru OSPDL a regionálních zástupců OSPDL. Vybraná témata z části OSPDL: Vzhledem k těžkostem při složení výboru OSPDL se výbor v současném složení MUDr. Šebková – předsedkyně, MUDr. Kubátová – místopředsedkyně, MUDr. Rytíř – vědecký sekretář, MUDr. Svobodová – pokladník, MUDr. Matoušková – členka usnesl pokračovat v práci v tomto volebním období bez doplnění dalších členů. Toto rozhodnutí bylo oznámeno vedení ČLS JEP. Počítáme se zapojením regionálních zástupců, z nichž někteří již v tomto roce aktivně pracovali, s vytvořením odborných pracovních skupin.

Došlo ke změně regionálního zástupce Jihomoravského regionu. Skončila MUDr. Zdeňka Adamová, již za dlouholetou práci velmi děkujeme, místo ní byla regionem navržena a výborem schválena MUDr. Yveta Tomanová. Změna se chystá také v Severočeském regionu.

Opět řešena problematika databáze OSPDL – všichni regionální zástupci obdrželi aktuální databázi s kontakty. Vzhledem k tomu, že průkazky ČLS nejsou specifikované dle typu společnosti, bude nutné hledat nové řešení tak, aby se daly využít na seminářích OSPDL a předešlo se nedorozuměním ve výši poplatků. Informace z průběžných setkání se zástupci firem – projednávány možnosti centrální spolupráce s OSPDL.

Metodika pravidelného očkování proti TBC – na úrovni regionů proběhla zasedání epidemiologů, zástupců PLDD, porodnic-neonatologů, kalmetizačních středisek. Očkování proti TBC je velmi různé, mnohde není dodržována vyhláška. Je nutné sjednotit postup. Dosud obdržená metodika vyvěšena na web. Zde je také k dispozici všem *Manuál drogové prevence, Vyjádření právníka k podpisu souhlasů, Postup při odmítnutí očkování zákonnými zástupci, Postup při potvrzení dotazníku do MŠ a na hromadné akce s ohledem na neúplné či odmítnuté očkování.*

CRP – OSPDL reagovala na doporučení lékárníků používat „papírkové“ CRP laiky, doporučené zejména jako výhodné pro rodiče dětí. OSPDL s tímto postupem zásadně nesouhlasí, používané testy nejsou validní a rozhodování na jejich základě nepatří do rukou laiků. Vzniká nebezpečí ohrožení dítěte na zdraví, ev. životě. Odeslán podnět k projednání Představenstvu ČLS a na vědomí České lékařské komory.

Ministerstvem zdravotnictví byl finalizován Metodický pokyn pro propouštění novorozenců, včetně předčasného propuštění. Materiál bude vyvěšen na web, je již ve Věstníku MZ. Materiál byl předán právníkovi

Sdružení s žádostí o vytvoření informačního souhlasu.

Dětská gynekologie – profesorem Hořejším jsme byli opět požádáni o stanovisko k existenci dětské gynekologie jako certifikovaného kursu. Trvá stanovisko OSPDL k nutnosti existence dostatečné sítě gynekologů erudovaných v péči o dítě.

10. 12. schůzka dr. Šebková – prof. Šedivá – probírány možnosti imunologického screeningu, situace očkovacího centra v Motole – centrum bude nyní z personálních důvodů určeno především pro očkování a konzultace ve speciálních situacích – závažně nemocné děti, na léčbě např. imunosupresivy, po transplantacích atp. „Běžné problémy s vakcinací“ žádá řešit s poradnou vakcinologické společnosti.

12. 12. schůzka na MZ – dr. Šebková, dr. Hülleová s hlavním hygienikem ČR MUDr. Valentou, přítomna byla i MUDr. Rážová, ředitelka odboru HH, MUDr. Sixtová. Projednáváná témata: Posudky – z naší strany sděleno zřízení předatestačního kursu Posudkové lékařství, které by mělo dát podklad ke změně zákona o posudcích.

Očkování – MUDr. Valenta reagoval na dopis OSPDL. Oznámil záměr vzniku Resortní pracovní skupiny pro podporu a ochranu veřejného zdraví a prevenci nemocí a pro implementaci programu Zdraví 2020 v ČR. V případě jejího schválení bude v komisi osoba pověřená právě problematikou očkování, zástupci OSPDL a SPLDD budou přizváni ke spolupráci. Diskuse splnila očekávané.

Metodika očkování TBC – viz výše, další informace budou uveřejněny po kompletizaci výstupů.

ZOP – diskuse nad možnostmi zajištění financování ZOP.



Farmakoterapie v pedopsychiatrii

Prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha

Nedílnou součástí biologické psychiatrie je i farmakoterapie dětského a dorostového věku. V následujících kapitolách shrneme nejdůležitější poznatky o jednotlivých významných klinických jednotkách v pedopsychiatrii a uvedeme přehled farmakoterapeutických možností. Jako první jsme zvolili závažnou pedopsychiatrickou poruchu infantilní autismus.

■ Infantilní autismus

Infantilní autismus se vyskytuje u 0,5 % dětí. Všechny tyto děti vyžadují komplexní pedopsychiatrickou, neurologickou, pediatrickou a genetickou péči. Základním příznakem je neschopnost vstřícných mimických projevů, vyhýbání se očnímu kontaktu, přítomny jsou také poruchy sociální komunikace, bizarní a agresivní chování a autistické odtažení od reality. Začátek je vždy po druhém až třetím roce života, často se objevují příznaky jako poruchy pozornosti, mentální retardace, depresivní poruchy a epilepsie. U dětí s infantilním autismem se jedná o časté neurovývojové postižení, které je provázeno snížením kraniálního objemu, ztrátou šedé a bílé hmoty mozku, alterací určitých oblastí mozkové kůry, redukcí počtu mozkových buněk. Časté jsou zároveň závažné poruchy, jako je mentální retardace a výrazné receptivní nebo expresivní poruchy řeči. Hrubě jsou narušeny sociální vztahy těchto dětí. Chybí radost ze sdílené činnosti s jinými dětmi nebo dospělými. Typické jsou obtíže v imitativní hře a zpomalení vývoje řeči. Při komplexním vyšetření je nutné počítat také s vyšetřením psychologickým, EEG, CT, eventuálně i MR. Biologicky jsou typické abnormity neuronů v temporálním laloku, hippocampu a amygdale. Autismus je vázán na předpokládané poruchy trans미터ů (glutamát, gaba, serotonin, noradrenalin a dopamin). Častou komplikací jsou epileptické záchvaty, které se vyskytují u 25–30 %, zatímco výskyt v populaci je 0,5 %. U dětí se záchvaty objevují zhruba ve 20 % a jejich výskyt je dvojnásobný, pokud je přítomna hrubá porucha vývoje řeči. Abnormity EEG jsou rovněž závažné, vyskytují se hypsarytmie, komplexní myoklonické záchvaty a další. Dívky mají záchvaty častěji než chlapci. Asi u 20 % dětí souvisí výskyt autismu se závažnou genetickou abnormitou. Léčba

a přístup k autistickým dětem má řadu pravidel a odlišností od populace dětí stejného věku. Děti vyžadují systematickou rehabilitaci, nácvik komunikačních dovedností, redukci úzkostného nebo agresivního chování a diferencovaný přístup, který je v případě uvedených rehabilitačních postupů často vázán nejen na odborné pracovníky, ale zejména na rodiče. Specificky je řešen také přístup k výuce těchto dětí, kterému je v ČR věnována náležitá pozornost. Rodiny vyžadují psychoterapeutickou podporu kvalifikovaným psychiatrem nebo psychologem s dlouhodobou erudicí v oblasti kognitivně-behaviorální terapie a v práci s autistickými dětmi.

V terapii je nutné zohlednit také příslušnou farmakologickou léčbu, kde jsou moderně užívána atypická neuroleptika (risperidol, ziprasidon, aripiprazol), jejichž účinek byl potvrzen v kontrolovaných studiích. Účinek aripiprazolu zahrnuje i některé příznaky základní poruchy, jako například stereotypie (verbigerace a perseverace). Dále je nutné farmakologicky léčit všechny komorbidní poruchy, zejména ADHD (stimulancia, např. methylfenidát a atomoxetin) a úzkostně-depresivní poruchy (antidepresiva typu SSRI, např. sertralin).

Vytváření kvalitního zázemí pro tyto děti nacházíme v našich podmínkách nejen v zařízeních státních, eventuálně privátních, ale také v zařízeních, která jsou financována granty nebo dobrovolnými sbírkami. Tak jako se relativně dobře rozvíjí péče o autistické děti, zůstává zatím otevřenou otázkou, kdy začnou být ve větší míře budována zařízení pro dospělé pacienty s autismem, jak bude postaráno o jejich bydlení, do jaké míry budou příslušná centra vybavena, tak aby se tyto pacienti mohli zabývat činnostmi a rehabilitací, která by byla pro ně přijatelná.

■ ADHD (hyperkinetická porucha)

Hyperkinetická porucha (ADHD = Attention Deficit Hyperactive Disorder) je typickou neurovývojovou poruchou, která je v ICD-10 rozdělena na poruchu pozornosti a hyperkinetickou poruchu chování. Příznaky se objevují již od nejútlejšího dětství a až v polovině případů mohou přetrvávat i v dospělosti. Příčinu této poruchy shledáváme mezi faktory genetickými (zejména dopaminergní a noradrenergí geny), neurobiologickými (prenatálními a perinatálními) a faktory zevního prostředí. Tyto příčiny vedou k dysfunkci zejména prefrontálního laloku, bazálních ganglií a mozečku. Pokud dítě není adekvátně léčeno, může narušit nebo úplně rozvrátit nukleární rodinu. Mění se osobnost a charakter, nápadné je sebepodceňování a sklon k úzkostným reakcím na straně jedné a agresivita na straně druhé. Charakteristický je začátek již u dětí před 3.–4. rokem života, kombinace nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Hlavním problémem v předškolním věku je nesoustředěnost, hyperaktivita, ev. agresivita, děti si neumějí hrát s ostatními, berou jim hračky, křičí, pláčou, apod. Tyto rysy chování se stávají pro postiženého významným handicapem již od prvního kontaktu s kolektivem (mateřská škola). Objevují se ve všech situacích a jsou trvalé. Mají dopad na mnoho aspektů vývoje včetně adaptace na sociální, školní a pracovní-profesní funkce. Porucha narušuje školní výkonnost dětí s normálním intelektovým potenciálem. Jejich špatné školní výsledky často neodpovídají dobré intelektové výbavě.

Syndrom se vyskytuje asi u 5–6 % dětské populace. Poměr chlapců a dívek je 3–5:1. Porucha je diagnostikována ve všech věkových kategoriích od dětství do dospělosti.



V terapii je neúčinnější kombinace farmakoterapie (ovlivnění dopaminergní a noradrenergické dysfunkce) s výchovnými – psychotherapeutickými a edukačními opatřeními. Nejčastěji užívanými léky jsou metylfenidát a atomoxetin, které jsou dále kombinovány s atypickými neuroleptiky, SSRI a tymoprofylaktiky v závislosti na výskytu četných komorbidit v 60–90 % případů. Úspěšná léčba hyperkinetických dětí má příznivý vliv na emoční klima v rodině. Zlepšením adaptace a sociálních vazeb dochází k většímu přijetí dítěte ze strany rodičů, učitelů, ale i vrstevníků.

Rodiče si všímají nepozornosti, hyperaktivity a nezdřetlivosti u svých ratolestí. Narušená pozornost a hyperaktivita jsou pro dg ADHD nutným příznakem. Jejich míra má být nepřiměřená mentálnímu věku dítěte a mají být patrné ve více než v jedné situaci (např. doma, ve škole, u lékaře). Často jsou provázeny impulsivitou, tedy jakousi nezdřetlivostí dítěte, případně jinými přidruženými abnormalitami. Porucha by měla začínat před 7. rokem věku dítěte a musí trvat nejméně 6 měsíců.

Co můžeme vidět u nepozorného dítěte?

- Neudrží pozornost při úkolu nebo při hře.
- Nesoustředí se na detail, pracuje leda byle, s chybami, zabývá se při jednom úkolu ještě jinými aktivitami.
- Neposlouchá instrukce, dělá zbrklé závěry.
- Často se zdá, že neposlouchá, když se na ně přímo hovoří.
- Neumí si naplánovat úkoly, hravé aktivity.
- Odmítá se angažovat v aktivitách, které vyžadují soustředěné duševní úsilí a trpělivost.
- Ztrácí potřebné pomůcky do školy, hračky.
- Okamžitě reaguje na vnější podněty.
- Zapomíná na denní aktivity, které má splnit.

Co můžeme vidět u hyperaktivního dítěte?

- Často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na místě.
- Opouští své místo, pobíhá po třídě v době, kdy se očekává, že bude sedět.
- Pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí

nebo dospělých se takové chování může omezit na subjektivní pocity neklidu).

- Neumí si hrát, má problém s hrami, které vyžadují klid a ticho.
- Stále se ptá, stále mluví, stále je jako na pochodu.

Co můžeme vidět u impulsivního jedince?

- Nezdřetlivě mnohomluvný, často vyhrkne odpověď dříve, než byla dokončena otázka.
- Mívá problém vyčkat, až na ně přijde řada.
- Často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru.

K diagnóze u předškolních dětí by měl vést závažný stupeň poruchy.

Projevy hyperkinetického syndromu v jednotlivých věkových kategoriích:

Kojenecké období – porucha základních biorytmů, problémy s usínáním, inverzní typ spánku, nepravdělná a častá potřeba jídla, neklidné, dráždivé dítě

Batolecí a předškolní věk – dezinhibované chování, záchvaty vzteku, divoké, neukázněné, snížená frustrační tolerance

Školní věk – mimointelektové selhávání v prospěchu, kárání za nekázeň, zapomínání úkolů, nedbalost a vyrušování, pocity neúspěšnosti a selhávání

Adolescence – sociální izolace, poruchy sebehodnocení, poruchy chování spojené s impulsivitou, experimentování s návykovými látkami, šikana

Časná dospělost – poruchy pozornosti, kognitivní poruchy, kriminalita, sociální maladaptace

■ Závěrem

Je třeba, aby rodiče konzultovali problematiku s dětským lékařem a následně zahájili léčbu u dětského psychiatra, ev. ve spolupráci s dětským psychologem. Není nutné obávat se nasazení příslušných léků, jejichž účinek vychází z biologické podstaty onemocnění a jsou proto nezbytné. Zlepšují nejen chování dítěte, ale i jeho sebehodnocení a možnost komunikace ve skupině vrstevníků. V terapii řečových poruch a poruch učení u dětí s ADHD je velmi často nutná spolupráce dětského psychiatra a ostatních odborníků s možností zavedení farmakoterapie.

Ochranný limit překročilo u VZP 74 tisíc lidí, o třetinu méně než loni

Lidem, kteří na regulačních platbách u lékařů a v lékárnách překročili zákonem stanovený limit, Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) vrátila za první tři čtvrtletí 63 milionů korun. Limit překročilo 74 tisíc pacientů, což je proti loňskému roku snížení o 33 procent.

Ochranný limit je ze zákona pět tisíc korun, u pojištěnců do 18 let a nad 65 let 2500 korun.

„S průměrnou vrácenou částkou 929 korun je na prvním místě Praha, druhé jsou s odstupem střední Čechy (883 Kč). Naopak nejméně lidé platí (a nejméně proto dostávají vráceno) v Jihočeském kraji (789 Kč) a na Zlínsku (792 Kč),“ konstatoval mluvčí pojišťovny Oldřich Tichý.

Pojišťovna analyzuje, co stojí za poklesem počtu osob, které letos ochranný limit překročily. Jako jednu z možných příčin uvádí seznamy léků, které jsou pro pacienty bez doplatku. Tyto seznamy dostali lékaři s doporučením, aby k nim přihlíželi při určování medikace.

Přeplatky vrácené klientům VZP za první tři čtvrtletí roku 2013

Kraj	Přeplatky	
	počet	v mil. Kč
Hlavní město Praha	12 113	11,257
Jihočeský kraj	3 832	3,022
Jihomoravský kraj	8 598	7,018
Karlovarský kraj	1 803	1,545
Kraj Vysočina	4 164	3,627
Královéhradecký kraj	3 292	2,718
Liberecký kraj	3 496	2,995
Moravskoslezský kraj	6 497	5,322
Olomoucký kraj	3 966	3,223
Pardubický kraj	4 159	3,654
Plzeňský kraj	3 737	3,055
Středočeský kraj	8 930	7,887
Ústecký kraj	5 444	4,525
Zlínský kraj	3 935	3,118
Celkem	73 966	62,973

Zdroj: VZP, 21. 11. 2013



Možnosti praktických lékařů v péči o závislého pacienta

MUDr. Josef Štolfa

IPVZ, Katedra všeobecného lékařství, vedoucí katedry, 2. LF UK, Praha, PL Praha

V České republice, na rozdíl od většiny zemí Evropské unie, není běžná péče všeobecných praktických lékařů (VPL) a praktických dětských lékařů (PDL) o osoby závislé na návykových látkách. Jediný výzkum zaměřený na postoje všeobecných praktických lékařů (VPL) k osobám závislým na návykových látkách (NL) byl prováděn v roce 2004 Úřadem vlády ČR (V. Mravčík) v Dotazníkové studii mezi praktickými lékaři, zaměřené na zkušenosti a postoje k substituční léčbě. Katedra všeobecného lékařství IPVZ v letech 2011 a 2012 realizovala retrospektivní dotazníkovou studii zaměřenou na lékaře oboru VPL, jejich zkušenosti a možnosti péče o závislé osoby, resp. možnosti poskytování substituční léčby

Cílem dotazníkového průzkumu, jehož výsledky k dané problematice v tomto článku prezentujeme, bylo získat data o informovanosti všeobecných praktických lékařů (VPL) v problematice drogových závislostí, o jejich vlastních zkušenostech s poskytováním péče osobám závislým na NL a jejich zkušenostech s poskytováním substituční léčby.

Metodika: Strukturovaný dotazník o rozsahu 19 stran, rozesílaný akreditovaným VPL, kteří aktivně školí mladé lékaře do oboru, obyčejnou poštou. K oslovení aktivně školících praxí bylo využito dat Katedry všeobecného lékařství IPVZ. Zesláno bylo 195 dotazníků. Vráceno bylo 133 vyplněných dotazníků. Míra response je 68,2%.

Výsledky: Zkušenosti s poskytováním péče osobám závislým na NL regionálně odpovídají rozložení údajů o míře konzumace NL v jednotlivých krajích. Největší procento respondentů je v krajích Středočeském, Moravskoslezském, hlavním městě Praze, Ústeckém a Libereckém kraji. Průměrný věk respondentů je 55 let. Portfolio zneužívaných NL je v jednotlivých krajích různé. Zkušenosti s poskytováním substituční péče má pouze 8 % respondentů. Z lékařů, kteří mají zkušenost se substituční léčbou, jich má 64 % negativní nebo spíše negativní zkušenost s poskytováním této péče. Rovněž jsme se zajímali o hlavní důvody, které vedou VPL k tomu, že neposkytují péči osobám závislým na NL.

■ Úvod

Primární péče, reprezentovaná v ČR všeobecnými praktickými lékaři (VPL) a praktickými dětskými lékaři (PDL), v mírné míře poskytuje péči osobám závislým na návykových látkách, ať už se jedná o způsoby léčby závislosti na NL v rovině dispensarizace a psychoterapie, nebo zejména v rámci substituční léčby, přestože je zřejmé, že první kontakt s návykovou látkou, resp. drogou, získává potenciálně ohrožený jedinec zejména v adolescentním věku, někdy i před dosažením tohoto věku. Přitom dispensarizace těchto osob v primární péči, potažmo substituční léčba, je jak zdravotně, tak socio-ekonomicky výhodnější než model oddělené péče o závislé osoby specializovanými pracovišti. Substituční léčba je terapeutický postup, kdy osobě závislé na NL opiátového typu je pod lékařským dohledem, resp. v rámci lékařem vedené péče, poskytován jiný opiat. Tento náhradní opiat má bezpečnější profil, a to jak pro osobu toxikomana, tak pro jeho okolí, resp. pro společnost. Podávaný opiat má většinou delší poločas, menší toxicitu a hlavně způsob jeho podání je, na rozdíl od nelegálně distribuovaných opiátů, perorální, resp. sublinguální. Tím je akcentována preventivní složka, zaměřená na ochranu společnosti. Nelegálně užívané opiáty jsou aplikovány nejčastěji intravenózně. S touto formou aplikace jsou spojena zdravotní rizika. Jednak ve smyslu možné intoxikace nesprávně dávkovanou látkou nebo koncentrovanější substancí, ale také intoxikací například z příměsí, jimiž je aktivní opiátová substance naředěna.

Významným rizikem jsou pak infekční onemocnění, spojená s intravenózní aplikací NL za non lege artis podmínek, což u osob zneužívajících NL je prakticky vždy. Jde zejména o přenos virových infekcí typu hepatitidy B a C, ale i HIV. Z bakteriálních agens komplikujících zneužívání NL se uplatňuje běžná flora jako *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pyogenes*. Vegetace těchto mikrobiálních agens vedou k poškození struktur myokardu, zejména trikuspidální chlopně. Jediná radikální terapie pak spočívá v náročném zákroku spojeném s náhradou chlopně, což značně prodražuje náklady na zdravotní péči o takto poškozenou osobu. Související otázkou pak je i otázka špatné compliance těchto osob při následné nutné antikoagulační, resp. antiagregační léčbě. Zřídka jde i o přenos tuberkulózy. Úkolem substituční léčby je zejména zachování co nejlepšího zdravotního stavu uživatele, optimálně dovést jej ze stavu závislosti na nelegálním opiátu prostřednictvím substituce až k trvalé abstinenci, případně alespoň ke dlouhodobému užívání substituční terapie. Ta ve svém důsledku vede ke zlepšení kontaktů substituované osoby se zdravotnickými službami a minimalizaci komplikujících stavů. Setrvání na substituční léčbě, případně až k abstinenci, vede rovněž ke snížení kriminálního jednání uživatele, který se touto kriminální činností snaží získat finanční prostředky na nelegální NL. Užíváním perorální formy je zároveň minimalizováno riziko přenosu infekčních nemocí vlivem intravenózní aplikace. Preparáty užívané k substituční léčbě jsou především metadon a buprenorfin. Užívání



metadonu je omezeno na kontrolované podávání ve specializovaných centrech. Nevýhodou je i jeho liquidní forma, obtížné jej lze klientovi poskytnout na delší období. Buprenorfin existuje v perorální formě sublinguální tablety, jednak v preparátu Subutex, jednak v preparátu Subuxone. Subuxone je kombinovaná perorální tableta obsahující kromě buprenorfinu ještě antagonistu opioidních receptorů naloxone. K zavedení této kombinované formy vedla zkušenost s několikaletým podáváním preparátu Subutex, který byl užívateli ilegálně zpracováván do solubilní formy a aplikován intravenózně. Stal se tak čtvrtou nejneužívanější substancí na české drogové scéně. Kombinovaná tableta buprenorfinu a naloxonu se po převodu do solubilní formy po následné intravenózní aplikaci projeví především efektem naloxonu, tedy zvýrazněním příznaků abstinčního syndromu. Právě pro tento efekt není Subuxone mezi užívateli opiátů oblíben a více rozšířen. Metadon není vhodnou substancí, která by mohla být rozšířena k ambulantnímu používání v primární péči, přestože se o to např. v USA substituční centra snaží. Perorální forma buprenorfinu však je pro rozšíření do ambulantní péče VPL vhodná. Širší zavedení substituční péče do lékařských praxí v primární péči, ať už do ordinací PDL nebo VPL, by ve svém důsledku mělo vést ke zlepšení compliance mezi toxikomanem a lékařem a ke snížení zdravotních i společenských komplikací. Kontakt mezi PDL nebo VPL a jeho pacientem – klientem na substituční léčbě – je výrazně osobnější a snáze lze kontrolovat efekt léčby a dodržování léčebného režimu.

Zkušenosti s podáváním substituční terapie ve formě perorálních tablet obsahujících buprenorfin jsou v zemích EU velmi dobré. Ve Francii poskytuje tuto péči 21 % VPL a s touto praxí vyjadřují spokojenost. Ve Francii také není zaznamenán významný únik buprenorfinu na černý trh, zatímco severské země Norsko s Švédsko tento únik zaznamenaly. Ze zemí v našem sousedství je poskytování substituční léčby lékaři primární péče realizováno zejména v Německu a Rakousku, tedy v zemích, které jsou nám kulturně blízko.

Legislativně se poskytování substituční péče osobám závislým na opiátech poskytuje podle Metodického pokynu MZ ČR. V současné době je již plně funkční a dostupný internetový registr, kde jsou vedena všechna pracoviště poskytující substituční péči, včetně ambulancí PDL a VPL, kam se

poskytování péče konkrétní osobě hlásí. Povinné hlášení do registru se nevztahuje na lékaře, kteří předepisují buprenorfin jednorázově, resp. výjimečně. (Předpis opioidních látek je v ČR vázán na recepty s modrým pruhem. Medikamenty obsahující buprenorfin nejsou hrazeny ze solidárního zdravotního pojištění. Rovněž poskytování substituční péče běžně není hrazeno jako výkon zdravotními pojišťovnami. Od roku 2011 existuje kód výkonu poskytování substituční péče, ale výhradně pro specializovaná pracoviště v oboru psychiatrie, a to za zvlášť přísně definovaných podmínek, na něž běžný PDL nebo VPL poskytující substituční péči nedosáhne, resp. kterým není schopen vyhovět. V ČR je substituční léčba dosud poskytována především prostřednictvím substitučních center, kterých je v současné době 11, včetně 2, která poskytují substituční péči ve vazební věznici v Praze–Ruzyni a ve věznici v Příbrami. Tato pracoviště jsou sice regionálně rovnoměrně rozmístěna, ale vzdálenost do těchto specializovaných pracovišť je přece jen větší než vzdálenost lékařů primární péče. PDL i VPL jsou všude dobře dostupné. Pokud by tedy ve větší míře vstoupili do systému poskytování substituční péče, byla by tato péče mnohem dostupnější, lépe kontrolovaná a ve svých důsledcích i mnohem efektivnější. Hypotézou našeho dotazníkového průzkumu tedy bylo zjistit, zda u VPL existuje potenciál pro zavedení substituční terapie. Vzorek 195 akreditovaných praxí VPL sice není početně velký, ale odpovídá regionálním i demografickým kritériím. Kromě toho akreditované školicí praxe jsou praxemi lékařů oboru VPL, kteří v regionech odborně vedou a jsou aktivní i v rámci jiných aktivit, než je jen vedení běžné praxe VPL. Navíc mají bezprostřední vliv i na výchovu nových lékařů v oboru VPL. Je předpoklad, že výsledky tohoto výzkumu bude možno využít, resp. porovnat s dalšími, které mohou proběhnout, případně že výsledky naší práce mohou přispět k nasměrování snah o rozšíření substituční péče do primární péče.

Metodika

Strukturovaný dotazník o rozsahu 19, resp. 2 a půl stránky byl z Katedry všeobecného lékařství Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (KVL IPVZ) poštou rozeslán 195 VPL, kteří jsou akreditováni a reálně poskytují vzdělávání lékařům, kteří jsou zapsáni do oboru VPL a připravují se na složení specializační atestace z tohoto

oboru. Byla využito databáze akreditovaných VPL, kterou disponuje KVL IPVZ, z té byli vybráni pouze lékaři, kteří v současné době aktivně školí mladé lékaře ve specializační přípravě do oboru VPL. Základním souborem byl počet 195 oslovených lékařů. Dotazníky byly lékařům odeslány v listopadu 2011 a jejich návrat byl forsírován v březnu 2012 na pravidelném metodickém semináři, který pro akreditované VPL 2× ročně pořádá právě KVL IPVZ. Tímto pravidelným kontaktem lze vysvětlit poměrně vysokou návratnost dotazníků. Poslední dotazníky byly doručeny do 30. 4. 2012 a tím byl jejich sběr ukončen. Navráceno bylo 133 dotazníků, což je 68,2 %.

Výsledky

Bylo analyzováno 133 vyplněných dotazníků. Průměrný počet registrovaných pacientů v praxích respondentů je 2019 osob. Z toho jako minimální počet registrovaných byl uveden počet 1000 a jako maximální byl uveden počet 4360 registrovaných pacientů. Průměrný věk lékaře–respondenta je 55 roků. To odpovídá průměrnému věku VPL v ČR. Průměrná délka praxe respondenta je 28 roků. Takto poměrně dlouhá praxe je dána charakterem školicí praxe, která musí mít významně dlouhou praxi. Odpovědělo 51 mužů, což je 42 %, a 71 žen, což je 58 %. Údaje o regionu, ve kterém provozují praxi, poskytli všichni respondenti a složení je v tabulce č. 1.

Regionální rozmístění

Hlavní město Praha	16	12,0 %
Středočeský	20	15,0 %
Jihočeský	7	5,3 %
Plzeňský	11	8,3 %
Karlovarský	5	3,8 %
Ústecký	9	6,8 %
Liberecký	9	6,8 %
Královéhradecký	2	1,5 %
Pardubický	7	5,3 %
Vysočina	10	7,5 %
Jihomoravský	11	8,3 %
Olomoucký	4	3,0 %
Zlínský	5	3,8 %
Moravskoslezský	17	12,8 %



Kam směřují VPL své registrované pacienty, kteří potřebují substituční péči, zobrazuje **tabulka č. 2.**

Specializovaná AT ambulance	32
Psychiatrická ambulance	48
Specializované substituční centrum	13
Spádové lůžkové zařízení	1
Nesměřuje nikam nebo neví	39

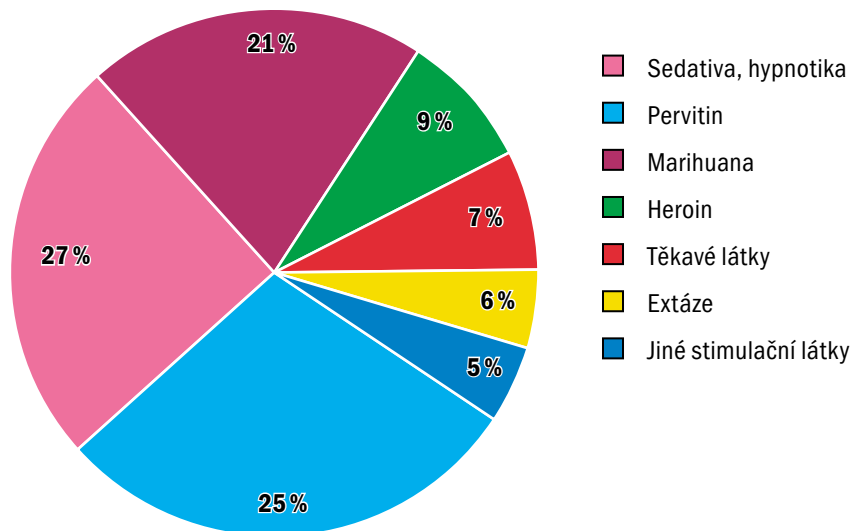
Jako nejdostupnější se respondentům jeví psychiatrické ambulance. To odpovídá předchozímu dotazníkovému výzkumu Úřadu vlády z r. 2004, autor V. Mravčík. Méně již specializované AT ambulance (ambulace pro alkoholismus a toxikomanie). Dostupnost a využitelnost specializovaného centra poskytujícího substituční péči je relativně nízká a odpovídá reálnému počtu substitučních center. Spádové lůžkové zařízení uvádí jen jeden respondent. Poměrně vysoké je číslo lékařů, kteří zřejmě substituční léčbu sporadicky poskytují, ale pacienty dále nesměřují nebo nevědí, kam je směřovat. Optimální by bylo, kdyby se tito lékaři o své pacienty, kteří potřebují substituční léčbu, v tomto směru sami starali, nicméně zřejmě tomu tak není a tento počet lékařů o závislé osoby pravidelně nepečuje, spíše poskytuje jen sporadickou péči. Skutečnost, že nejmeně je využívána lůžková sféra, odpovídá reálnému stavu, kdy lůžková zdravotnická zařízení se substituční léčbě brání, a to namnoze i při hospitalizaci závislých osob, které jsou hospitalizovány pro jiný zdravotní důvod, než je jejich závislost.

Jako nejčastěji zneužívané substance u svých registrovaných pacientů uvádějí respondenti látky, které zobrazuje graf č. 1.

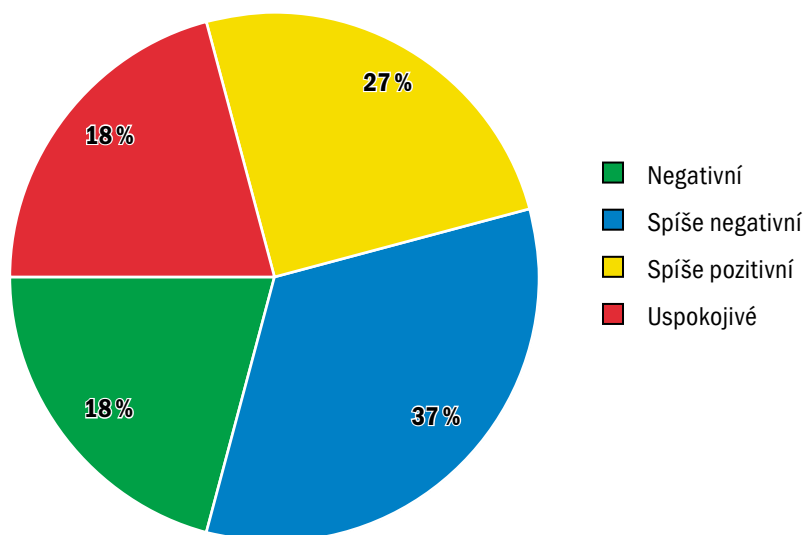
Tento graf se dále regionálně liší. Významný podíl spatřují oslovení lékaři i ve zneužívání sedativ a hypnotik, a to i přes značné omezení hypnotik benzodiazepinového typu po stažení flunitrazepamu z českého trhu. Tato skutečnost je zajímavá a měla by jí být věnována pozornost v separátní práci. Zkušenosti se substituční léčbou má pouze 8 % respondentů. Jejich zkušenosti jsou spíše negativní, viz graf č. 2.

Nejčastější důvody, proč respondenti ve větší míře neposkytují substituční terapii, jsou znázorněny v grafu č. 3.

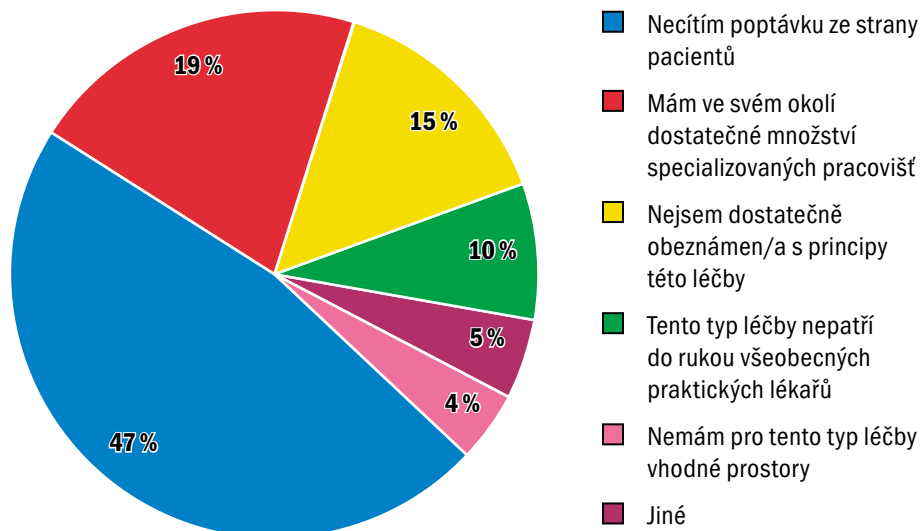
Graf č. 1

Užívané substance

Graf č. 2

Charakteristika zkušenosti s léčbou

Graf č. 3

Důvody neposkytování péče



Téměř polovina respondentů, 47 %, uvádí, že necítí poptávku ze strany pacientů. Na tomto místě je možno spatřovat rozpor v pocíťované potřebě samotných specializovaných pracovišť, která substituční péči poskytují. Otevírá se zde velký prostor pro práci s klienty, jimž by mohla a měla být nabídnuta substituční péče v primární péči, resp. jejich registrujícím PDL nebo VPL. 19 % respondentů necítí potřebu z důvodu saturace jejich okolí specializovanými pracovišti. 15 % udává, že není pro tuto práci dostatečně erudováno, resp. že nemá dostatek informací. Významná část, 10 %, se domnívá, že tato péče nepatří do rukou PDL nebo VPL, resp. do primární péče. Informovanost lékařů ve všech specializacích medicíny v ČR se bude nepochybně postupně zvyšovat, a to zejména proto, že ve vzdělávacích programech všech odborností je obsažen povinný specializační kurs „Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí“.

Diskuse

Z výzkumu vyplývá, že dostupnost specializovaných pracovišť poskytujících substituční péči není zcela uspokojivá. Většinou tuto činnost vykonávají psychiatrické ambulance, a to jako vedlejší činnost při své specializaci. Zajímavý je údaj téměř poloviny respondentů, kteří naprosto nepocítují poptávku po substituční léčbě ze strany svých pacientů. To je v rozporu s údaji ze substitučních center a pracovišť poskytujících substituční péči, která naopak tuto potřebu u svých klientů spatřují. Stejně tak je pozoruhodný rozpor ve způsobu poskytování substituční péče v České republice a okolních zemích. Německo a Rakousko má zaveden fungující systém poskytování substituční léčby v primární péči s fungujícím registrem dostupným na internetu, zatímco v Maďarsku registr nefunguje, substituční léčba v primární péči rovněž ne. V Polsku je registr zaváděn, na Slovensku rovněž. Pokud jde o regionální rozložení praxí, které mají zkušenosti se substituční terapií, pak toto odpovídá prevalenci problémového užívání heroínu v ČR, a to zejména v regionech Střední Čechy, Praha, Ústecký a Liberecký kraj.

Poměrně významné procento lékařů primární péče se domnívá, že substituční terapie nepatří do rukou PDL nebo VPL, případně nejsou přesvědčeni o efektivitě substituční terapie jako takové. Kromě toho významná

část respondentů uvádí, že nejsou pro tuto činnost dostatečně kvalifikováni a informováni. To lze vysvětlit věkovým složením respondentů (průměrný věk 55 roků, neprošli tedy v rámci specializační přípravy ani povinným kursem, viz výše). Věkové složení lékařů v primární péči, resp. zejména VPL se v posledních dvou letech přece jen mění ve směru k mladším věkovým skupinám. Mimo jiné jsou respondenti ve věkové kategorii 55+ zpětnově informováni od svých vzdělávaných lékařů-rezidentů, kteří již musejí absolvovat povinný kurs „Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí“ a kromě toho se ve významném počtu účastní i dalších kursů a seminářích akcí IPVZ zaměřených na tuto problematiku.

Závěr

Dotazníkový průzkum ukázal, že poskytování péče osobám závislým, resp. poskytování substituční péče je všeobecnými praktickými lékaři v ČR dosud vnímáno jako málo důvodné a poptávané. Praxe, které mají zkušenosti se substituční léčbou, je uvádějí v mírné většině jako spíše negativní. Informovanost a připravenost lékařů na případné poskytování substituční terapie se bude zlepšovat zejména u mladých lékařů, kteří vstupují do oboru VPL (ale i PDL) po roce 2009, od zavedení povinného kursu „Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí“ do vzdělávacích programů obou specializací. Většina běžných praxí VPL v ČR, která je ve vyšší věkové kategorii, stejně tak jako většina respondentů, však své postoje vůči substituční terapii, resp. postoje vůči komunitě osob zneužívajících NL, s největší pravděpodobností nezmění.

Pro odbornou veřejnost na straně specializovaných pracovišť poskytujících substituční léčbu, resp. pro odborníky v oboru adiktologie, se otevírá prostor k aktivnímu oslovování jejich klientů ve smyslu možného přesunu jejich substituční péče do rukou PDL nebo VPL. To bude vyžadovat vypracování systematického přístupu, na němž je třeba začít pracovat co nejdříve.

Autoři děkují všem lékařům, kteří vyplnili a odeslali vyplněné dotazníky. Zvláštní dík patří panu Lukášovi Vejražkovi.

Nové možnosti magistraliter receptury, účinný lék k terapii vši

Vzhledem k nedostatku přípravku na terapii svrabu byl permetrin zařazen do vyhlášky č. 270/2013 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek a pomocných látek, které lze použít pro přípravu léčivých přípravků, a lze ho již používat v magistraliter receptuře.

Permetrin je antiparazitikum, které je indikováno jak u léčby svrabu, tak u léčby vši. U léčby svrabu i vši je v současnosti 5% permetrin nejúčinnějším lékem. Při předepisování permetrinových magistraliter stačí na recept uvést níže uvedené formulace.

Rozpisy receptů:

Terapie svrabu:

Permetrini 5% krém 100,0
D.S. nanést na celý povrch těla min. na 8 hodin, po týdnu zopakovat.

Terapie vši:

Permetrini 5% emulze 100,0
D.S. vetřít do vlhkých vlasů a nechat působit 8 hodin, po týdnu zopakovat.

Obě magistraliter jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, jejich cena je cca 250 Kč. Obě magistraliter jsou dostupné ve většině lékáren.

MUDr. Pavel Konrád,
kožní ambulance Dobruška



Co rodiče dětem dluží ve výchově?

Doc. PhDr. Ilona Gillernová, CSc.
vedoucí katedry psychologie FF UK v Praze

Když jsem před lety chodila s dcerou do ordinací dětských lékařů, často jsem v čekárnách pozorovala, jak se rodiče právě v takových situacích chovají k dětem a proč asi, jak probíhá komunikace mezi nimi, jak matka či otec dítě uklidňují před lékařským výkonem, jak dítě chválí, když v ordinaci neplakalo, apod. Domnívám se, že tak nějak podobně se mohou na různé interakce rodičů a dětí případně dívat právě lékaři samotní. Do jejich ordinací přichází množství rodičů a dětí a tím i různých stylů výchovy a navíc zpravidla v situacích určitého většího či menšího zdravotního diskomfortu. Dovedu si tedy představit, že pediatři či praktičtí lékaři mohou velmi efektivně podpořit rodiče v tom, aby ve výchově svých dětí neopomněli to či ono. A je dobře, když tak činí, protože aktuální praktické zkušenosti i výsledky dlouho realizovaných výzkumů naznačují, že existují rozdíly mezi tím, co děti očekávají, a tím, co od rodičů v edukačních interakcích dostávají. V následujících řádcích to zkusím konkretizovat.

Obecně **edukační působení rodičů** respektujeme jako složitý a individualizovaný jev, protože stejný výchovný postup otce nebo matky může působením odlišných podmínek mít různé účinky na chování i prožívání dítěte a není možné ani říci, že jeho příznivé efekty jsou totožné s maximem či minimem určitého postupu. Prakticky jde o to nalézt adekvátní míru a formu výchovného působení, a to jak s ohledem na individuální zvláštnosti konkrétního dítěte, otce či matky, tak vzhledem k podmínkám, ve kterých k výchovné interakci dochází. Jistě však takové hledání mohou podpořit výsledky výzkumů.

Co vyjadřuje pojem **styl rodičovské výchovy**? Jednoduše – je určitou charakteristikou klíčových momentů vzájemné interakce a komunikace dospělých s dětmi. Jistě je, že v rodičovských stylech výchovy lze reflektovat dvě základní dimenze, které se v rodičovském chování vždy projevují – jde o **emoční vztah** a **výchovné vedení** (řízení). Rodiče v různé míře dítěti projevují lásku a kladné citové vztahy, ale také mohou projevovat ci-

tový odstup, odměřenost až odmítání dítěte. Podle míry převažujících projevů pak lze vyvodit základní formy emočního vztahu. Na jedné straně tak stojí kladný emoční vztah, ve kterém rodiče dítě převážně oceňují, prožívají s ním radost, berou vážně jeho starosti; na straně druhé záporný emoční vztah, ve kterém dítě necítí emoční podporu a porozumění rodičů. Výchovné řízení souvisí s kladením požadavků, jejich kontrolou a mírou volnosti, která je dětem poskytována. Každá výchovná situace předpokládá, že na dítě jsou kladeny určité nároky, požadavky, a zároveň je dospělými určeno, zda a jak budou tyto požadavky kontrolovány. Míra a rozsah požadavků, způsob jejich kladení a stupeň kontroly či volnosti vytvářejí základní formy výchovného řízení v rodině. Silné výchovné vedení tvoří množství úkolů a požadavků s jejich důslednou kontrolou. Střední vedení charakterizuje přiměřená míra nároků a požadavků i jejich přiměřená kontrola. Slabé vedení je typické minimem požadavků a úkolů bez důslednější kontroly. Rozporné řízení zahrnuje spíše vyšší množství požadavků, ale bez příslušné kontroly nebo jen s kontrolou nahodilou. Rovněž lze říci, že jednotlivé styly výchovy ovlivňují volbu výchovných prostředků a metod – jeden a týž výchovný postup může mít odlišné účinky právě v závislosti na stylu výchovy otce či matky v příslušné rodině.

Sledování **emočních vztahů a výchovného vedení** opakovanými výzkumy umožňuje poznat jejich **změny a trendy**. To je výzkumně i prakticky dosti lákavé. Na katedře psychologie FF UK v Praze realizujeme výzkumy od 70. let minulého století (Čáp, 1996) dosud a zaměřujeme se na to, jak děti ve věku zhruba od 11 do 18 let vnímají edukační působení svých rodičů (Gillernová, 2009). Zatímco průběžně zjišťovaná kvalita emočního vztahu rodičů a dětí se příliš nemění, **výrazné změny konstatujeme v dimenzi výchovného vedení**. Dospívající vnímají zhruba v polovině případů emoční vztah matky a otce jako příznivý, ostatní vypovídají o méně příznivém až záporném vztahu. Avšak v rodičovských stylech vý-

chovy přibývá volnosti, což se projevuje ve zvyšujícím se počtu rodičů, jejichž děti označují vedení otce a matky jako slabé či rozporné. Pro ilustraci lze uvést souhrnný výsledek vyjadřující tento trend ve výzkumech z roku 1991, 2002 a 2013 (viz tabulku).

Údaje v tabulce dokládají (statisticky významně), že výrazně přibývá slabého výchovného vedení a zvyšuje se podíl rozporného vedení. Zejména mezi lety 1991 a 2002 skokově ubylo silného a středního řízení. Takto dospívající vnímají vedení svých rodičů. Ubývá požadavků, které rodiče dětem ukládají, ubývá nároků, které na děti mají, a ubývá kontroly ukládaných úkolů.

Co to prakticky znamená? Tento fenomén má několik rovin, z nichž některé krátce zmíním:

- Zájem rodičů o dítě, úvahy o tom, jak má např. trávit volný čas, které jeho dovednosti rozvíjet a jak, jak podpořit jeho školní úspěšnost apod., rozhodně stojí rodiče čas a energii, množství energie, jejíž výsledky málokdy vidíme hned. Bez patosu podotýkám, že se to vyplatí, protože děti si to zaslouží a rodiče také.
- Naučit se přijímat přiměřené (věku, schopnostem a možnostem dítěte) požadavky a plnit je je cenný vklad do života dítěte – je využíván ve vzdělávání, profesi, mezilidských vztazích. Ubývajících nároků na dítě si zpravidla hned na začátku školní docházky všimají učitelé a často s velkou trpělivostí dohánějí to, co děti v rodině nezažily, protože ve výkonově orientovaném edukačním prostředí školy to ani jinak není možné.
- Je nepochybně rozdíl, když slabé výchovné vedení otce či matky je spojeno s kladným emočním vztahem nebo se vztahem záporným. Slabé vedení a záporný emoční vztah děti vnímají jako nezáměr rodičů (neprojevují jim vřelost, podporu, lásku, nekladou nároky...); slabé vedení s kladným vztahem je dospívajícími reflektováno příznivěji. V našich výzkumech konstatuje mírnou převahu právě této kombinace.
- Styly výchovy rodičů zjišťujeme v konkrétních společenských, kulturních i eko-



nomických podmínkách, které se v nich velmi specifickým způsobem odrážejí.

Co vlastně **volnost (přílišná volnost) znamená pro děti**? Možná si myslíte, že děti volnost jednoznačně oceňují, že nemají rády, když jim rodiče přikazují, co mají a co nemají dělat. Rozhodně rovněž záleží na tom, v jaké emoční atmosféře jsou požadavky stanoveny a zda berou ohled na možnosti dětí. V posledním realizovaném výzkumu v roce 2013 dospívající (n = 215) vyplnili dotazník o způsobu výchovy v rodině, který zjišťuje rodičovské styly výchovy, a potom jsme jim položili otázku, který styl výchovy se jim nejvíce líbí, který preferují. Výsledky byly vcelku překvapivé:

- **Nejžádanější styl výchovy** je charakterizován středním nebo silným řízením a kladným emočním vztahem. Tento styl výchovy však reálně uvedla v uvedeném souboru jen 4 % chlapců a dívek.
- **Nejméně oceňovaný způsob rodičovské výchovy** se vyznačuje záporným emočním vztahem a rozporným řízením (volilo ho sotva 1 % respondentů), avšak jako reálně probíhající rodičovský styl jej označila celá čtvrtina respondentů.

Z poradenské praxe víme, že rodiče mohou svůj styl výchovy popisovat vcelku výstižně („jsem přísnější, víc po dětech chci, ale jejich matka jim nechává hodně volnosti...“), ale také neúplně a zkresleně. Důležité je vědět, že styly rodičovské výchovy jsou relativně upevněné postupy, „strategie“ chování a jednání, proto jejich změny vyžadují aktivní přístup rodičů a představu cíle, ke kterému směřují. Jednou z efektivních cest je „společné děláni“. Společné činnosti poskytují dospělým i dětem prostor pro vzájemné vyjadřování zájmu, porozumění, přijetí, akceptace. Společné aktivity vyplývají z přirozeného chování rodiny, z jejího životního stylu. Např. v některých rodinách je

běžné, že rodiče společně s dětmi tráví volný čas zájmovými činnostmi různého obsahu (často jde o různé sporty, kulturní aktivity, činnosti ve vztahu k přírodě, cestování) a způsob jejich realizace se přizpůsobuje věku dítěte. Jiné rodiny společně převážně „relaxují“, účastní se společných akcí spojených s rodinnými rituály (oslavy narozenin, různých svátků apod.). Společné činnosti jsou příležitostí, při níž dítě poznává otce, matku či sourozence v konkrétní situaci, zároveň se zcela spontánně učí obsahu činnosti i různým formám její realizace. Společně se zabývat určitou aktivitou umožňuje a podporuje vznik „psychologického společenství“ i společné radosti z ní samotné. Společná činnost rodičů a dětí je efektivním výchovným prostředkem, který rozvíjí příznivé emoční vztahy mezi rodiči a dětmi a umožňuje snáze „trefit“ adekvátní míru požadavků.

Už asi víte, co rodiče dětem „dluží“: především zájem o to, co dělají, čím se zabývají a jak to prožívají, jejich bezpodmínečné přijetí, více společných aktivit a zcela nepochybně i předkládání požadavků a úkolů a jejich laskavou kontrolu. Je to jedna věta, přesto může být její naplnění pro mnoho rodičů obtížné. Proto potřebují podporu, aby se na takovou cestu vydali, protože se to vyplatí! A nabízí se využít společných činností jako přirozeného výchovného prostředku, který v sobě zahrnuje přesně to, co děti oceňují a z psychologického hlediska se jeví, že to je v jejich prospěch. Pokud pediatři či praktičtí lékaři budou podporovat rodiče v tom, že je užitečné předkládat dětem požadavky a laskavě je kontrolovat, bude to velká a cenná pomoc pro prezentaci psychologických poznatků o výchově v rodině u nás.

Informace SÚKL pro pacienty a zdravotnické pracovníky – D.T.VAX

Státní ústav pro kontrolu léčiv informuje o povolení distribuce, výdeje a používání neregistrovaného humánního léčivého přípravku D.T.VAX a narušení celistvosti balení léčivého přípravku D.T.VAX

Ministerstvo zdravotnictví České republiky v zájmu ochrany veřejného zdraví a za účelem zajištění dostupnosti léčivých přípravků významných pro poskytování zdravotní péče, v souladu s § 8 odst. 6 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů, **povolilo distribuci, výdej a používání neregistrovaného humánního léčivého přípravku D.T.VAX** (vakcína proti záškrtu a tetanu), injekční suspenze, 10 × 10 dávek (držitel rozhodnutí o registraci: Sanofi Pasteur SA, avenue Pont Pasteur 2, 69007 Lyon, Francie) v počtu 2,1 balení (tj. 210 dávek), a dále **povolilo narušení celistvosti balení** uvedeného léčivého přípravku D.T.VAX tak, aby do ordinací lékařů byly dodávány jednotlivé ampule přípravku s připojenými kopiemi příbalové informace v českém jazyce. Při distribuci, výdeji a používání uvedených léčivých přípravků musejí být splněny požadavky právních předpisů České republiky. Dodávka léčivého přípravku bude přepravována v souladu se správnou distribuční praxí. **Vakcína musí být uchovávána v původním vnitřním obalu, aby byla chráněna před světlem, a přepravována při teplotě +2 °C až +8 °C.**

Vzhledem k nutnosti zajistit dostupnost tohoto přípravku na českém trhu a vzhledem k tomu, že pokud by byl uvedený léčivý přípravek distribuován lékařům v celém balení, které nevypotřebují a které nemůže být dále redistribuováno, vznikl by nedostatek uvedené očkovací látky pro ostatní lékaře, a tím by mohlo dojít ke vzniku nebezpečí onemocnění, proti nimž vakcína chrání, přijalo Ministerstvo zdravotnictví ČR toto opatření k ochraně veřejného zdraví.

Příloha: Rozhodnutí MZ ČR z 31. 12. 2013, D.T.VAX.pdf

Zdroj: web SÚKL, 2. 1. 2014

Tabulka: Distribuce kategorií výchovného řízení v rodině

Výchovné vedení/řízení v rodině	Chlapci			Dívky		
	1991	2002	2013	1991	2002	2013
Slabé vedení	25 %	43 %	45 %	22 %	47 %	49 %
Rozporné vedení	36 %	44 %	40 %	23 %	35 %	35 %
Silné a střední řízení	39 %	13 %	15 %	55 %	18 %	16 %



Rizikovní rodiče, rizikové děti

Mgr. Květa Sluková, Ph.D.
psycholog

Problematika rizikových rodičů je v poslední době diskutována v odborné i laické veřejnosti. Nese s sebou vysoký emoční náboj spojený s bezbranností dítěte. Bezproblémovým rodičům evokuje jejich emoční prožitky spojené s rodičovstvím. Krásné, neopakovatelné chvíle radosti, ale také starosti a úzkosti v případě nepohody dítěte.

Zamýšlíme se a hledáme příčiny neadekvátního chování, jednání rodičů, nakládání s dětmi nebo naopak jejich nečinnosti vůči dítěti. („Doma byla zima, tak jsem ji asi dva dny nepřebalovala, aby nenastydla...“ – vyjádření matky čtyřtýdenní holčičky, která byla odeslána k hospitalizaci pro rozsáhlé zánětlivé procesy na kůži, opruzeniny, impetigo, nález na průduškách, váhový úbytek). Do popředí vystupuje otázka, proč se někteří rodiče o své děti nestarají, zanedbávají je nebo je dokonce týrají či sexuálně zneužívají. Do popředí zájmu se tak dostává mimo jiné osobnost rodičů, jejich rodina a osobnost dítěte.

Mnohdy se jedná o rodiče, kteří nemají pro rodičovskou roli **dostatečné kompetence** (mentálně retardovaní, somaticky či psychicky nemocní, lidé zdevastovaní abúzem alkoholu, drog, ale také ti, kteří mají vlastní zkušenost s citovou deprivací).

Rodiče, kteří nemají **dostatečnou motivaci**. Ti jsou plně zaujati svými zájmy, zálibami, nebo to jsou rodiče mladí, nevyzrálí, rodiče, kteří žijí v tíživé hmotné sociální situaci, ale také ti, kteří jsou zaujati profesní kariérou a té vše podřizují.

Mezi **rizikové děti** jsou uváděny děti pasivní, apatické, nevýrazné, neúspěšné (nešikovné), děti, které jsou nějakým způsobem znevýhodněné (ADHD, ADD) a proto méně žádoucí, děti, které zklamaly očekávání rodičů („Teď se na ni nedívejte, to je taková ošklivka... v 18 letech necháme dceři udělat plastiku nosu, uší a potom uvidíme, domluvíme se s doktorem. Uděláme z ní úplně jiného člověka.“ – vyjádření úspěšné paní podnikatelky před její 12letou dcerou, která podle ní měla velké uši a ošklivý nos). Dále sem patří děti se zdravotním nebo kombinovaným postižením, děti chronicky nemocné.

Rizikové chování a jednání rodičů vůči dítěti častěji probíhá za zavřenými dveřmi domácnosti. Vykazuje vysokou latenci. K odhalení dochází nikoliv v ojedinělých případech s odstupem i několika let, zejména v případě intrafamiliárního sexuálního násilí nebo zneužívání. Tomu zpravidla předchází domácí násilí páchané na dalších členech rodiny. Domácí násilí eskaluje a mnohdy je odhaleno až tehdy, když se dotýká nejslabšího článku rodiny. Tím je v naprosté většině případů dítě, což je důvod, že špatné zachá-

zení s ním bývá objeveno pracovníky v pomáhajících profesích, lékaři nebo učiteli.

Níže pojednáme o specifických domácích násilí, násilí páchaném na dítěti (syndrom CAN) a některých dalších specifických zneužívání dětí, včetně nejčastějších, pozornému známému člověku pozorovatelných odchylek ve vývoji dítěte, projevů v chování, jednání, navazování sociálních vztahů dítěte s dalším okolím.

Důležitým aspektem při posuzování možného rizikového rodiče je způsob vyjadřování o dítěti. („Přece mě nebude v noci budit, že chce na nočník, to by rozčílilo každého normálního člověka, ne? Tak jsem mu jednu dal.“ – vyjádření biologického otce tříletého dítěte, který dítěti způsobil otřes mozku s podezřením na intrakraniální krvácení. Nebo další otec se o pětiměsíčním kojenci vyjádřil slovy: „Řval při zprávách a nedal pokoj, tak jsem na něj hodil deku a polštář, abych slyšel zprávy.“ Matka dítěte nezasáhla, protože se bála partnera, že by ji zase zbil, protože ho provokuje a je neschopná něco s „klukem“ udělat.)

■ Syndrom CAN – vymezení pojmu

„Týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, označované jako syndrom CAN, je jakékoli nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.“ (Dunovský et al., 1995, s. 24) Na vzniku syndromu CAN se podílejí nejrůznější

faktory. Jsou to např. osobnost pachatele, osobnost oběti, sociální a ekonomický status rodiny, vztahové krize atd.

Obvykle rozlišujeme tyto skupiny působících faktorů:

1. na straně dítěte

- postižení – mentální, fyzické, smyslové;
- ADHD nebo ADD;
- pohlaví dítěte – podmiňuje míru pravděpodobnosti určité formy CAN;
- dítě je nechtěné;
- zvláštní vlastnosti dítěte, pro které se snáze stává objektem ubližování.

2. na straně rodiče nebo pečovatelů

- zvláštní vlastnosti nebo struktura osobnosti (poruchy osobnosti apod.);
- snížená mentální úroveň;
- nízká sociokulturní úroveň, pseudooligofrenie;
- nezrálá osobnost – např. velmi mladí rodiče, rodiče s opožděným nebo disharmonickým duševním vývojem apod.;
- závislost na alkoholu, drogách, patologické hráčství, nově závislost na PC, internetu atd.;
- osobnosti psychicky nevyrovnané, s negativními vzory a zážitky z dětství.

3. zvláštnosti rodinné či sociální situace

- prvky CAN, násilí či kriminalita ve vlastní anamnéze pachatele;
- stresové situace (v důsledku nemoci, postižení, partnerského nesouladu);
- izolovanost prostředí a rodiny (např. rodina odříznutá od příbuzenstva nebo vyznávající odlišné sociokulturní hodnoty, členství v některých sektách);
- nekompetentní rodina (primitivní rodič, nevzdělaný, lhostejný, hostilní);



- sociální problémy rodiny (nezaměstnanost, chudoba), neúplná rodina.

Týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte je ze strany původců nenáhodné. Vzniknout může akcí (bití, psychické trýznění, pohlavní zneužívání atd.) nebo neakcí (zanedbáváním, nedostatečnou výživou apod.).

■ Formy a druhy syndromu CAN

1. týrání:

- a) tělesné;
 - aktivní povahy;
 - pasivní povahy;
- b) psychické (duševní, citové);

2. zneužívání sexuální

3. zanedbávání péče

4. zvláštní formy:

- Münchhausenův syndrom by proxy;
- systémové týrání a zneužívání;
- organizované týrání a zneužívání;
- rituální týrání a zneužívání.

■ Tělesné týrání

Za tělesné týrání považujeme následující úmyslné jednání vůči dítěti:

- jakýkoli tělesný kontakt, který zanechává škrábance, podlitiny nebo zlomeniny;
- bití pěstmi, zvláště tehdy, když zanechává jizvy, podlitiny nebo rozsáhlé pohmožděniny;
- popáleniny a opařeniny;
- silné třesení, hlavně s malým dítětem (shaken infant syndrom);
- škracení a dušení;
- smýkání dítětem;
- sražení dítěte na zem;
- dítě je přinuceno stát nebo sedět v nepohodlné pozici;
- dítě je nuceno setrávat na místě, které v něm vyvolává strach;
- svazování, připoutávání;
- dítěti je za trest odírán spánek nebo potrava;
- dítě je za trest nuceno podstoupit nějaké fyzické utrpení, například jít v mrazu někam daleko nebo vykonat nějaký zbytečně špinavý nebo nebezpečný úkol.

Tělesné týrání pasivní povahy

Tělesné týrání pasivní povahy je „nedostatečné uspokojení těch nejdůležitějších tělesných potřeb dětí, a to i v návaznosti na psychické a sociální potřeby“ (Dunovský et al., 1995, s. 59), např.:

- neposkytnutí nebo odmítání zdravotní péče;
- nedostatečná hygiena;

- nedostatky ve výchově a vzdělávání;
- nevyhovující bydlení;
- nevyhovující ošacení;
- nedostatek jídla a pití;
- dětská práce (včetně zneužívání dětí k žebrání);
- úkoly pro dítě, které se vymykají jeho fyzickým možnostem nebo jsou nebezpečné.

■ Psychické týrání

Psychické (citové) týrání má velmi negativní vliv na vývoj celé psychiky dítěte i jeho chování.

Podobami psychického týrání jsou např.:

- slovní napadání;
- výhrůžky;
- zesměšňování;
- snižování sebevědomí;
- opakované ponižování dítěte;
- odmítání dítěte;
- vystavování dítěte násilí nebo vážným konfliktům doma (Médein komplex)¹;
- násilná izolace (např. zavírání do sklepa apod.);
- omezování dítěte (např. bránění ve hře, styku s kamarády apod.);
- vyvolávání atmosféry strachu;
- nároky vymykající se psychickým schopnostem nebo vyzrálosti dítěte.

Psychické týrání může mít v některých ohledech ještě vážnější následky než týrání fyzické (i když fyzické týrání má samozřejmě vždy psychologický doprovod). Tyto následky mohou rozhodujícím způsobem ovlivnit psychiku dítěte po jeho celý budoucí život.

Psychické týrání je velmi těžko prokazatelné. Má podobu nejen aktivní (nadávky, projevy nedůvěry, zesměšňování, slova opovržení, výčitky), ale i pasivní (nevšímavost, nezáměr).

■ Zneužívání sexuální

Sexuální zneužívání dítěte je podle Zdravotní komise Rady Evropy (1992) „nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmoli, komu bylo dítě svěřeno do péče anebo kdo se s dítětem dostal do styku. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.“ (Vaníčková, Provazník, Hadj-Moussová, II. díl, 1997, s. 12)

Bývá většinou skryté a najevo vyjde obvykle v souvislosti s fyzickým, resp. psychickým týráním. Dítě se obvykle někomu svěří, někdy na zneužívání přijde lékař při prohlídce dítěte. Častějšími oběťmi jsou děvčata než chlapci. Psychické následky sexuálního zneužívání

jsou velmi hluboké, mohou být rovněž velmi dlouhodobé nebo dokonce ovlivnit celý život oběti. Není vůbec výjimkou, že se sexuálním zneužíváním se oběť svěří až po dlouhé době nebo dokonce až v dospělosti (Gillernová et al., 2011, s. 79).²

Sexuální zneužívání dělíme na:

Dotykové zneužívání

Při dotykovém zneužití dochází k tělesnému kontaktu (osahávání, laskání, pohlavní styk, orální sex apod.).

Bezdotykové zneužívání

Tato forma zahrnuje dívání se na sexuální aktivity, pornografii, setkání s exhibicionistou apod. Nově sem lze zařadit i oplzlé telefonáty (skatologie) apod.

Intrafamiliární zneužívání

Probíhá uvnitř rodiny, dítě je zneužíváno obvykle členem rodiny, na kterého je citově vázáno.

Extrafamiliární zneužívání

Zneužívající osobou je člověk mimo rodinu, který však má obvykle k dítěti rovněž bližší vztah než druzí (soused, známý rodičů, vychovatel). Patří sem i případy lidí, kteří dítě osloví náhodně, umějí s nimi specificky komunikovat, zaujmout je. Do této kategorie spadají např. pedofilové.

Sexuální zneužívání je pro dítě velmi trýznivé. Dítě prožívá nejčastěji pocity strachu, obav a bolesti. Nerozumí a nechápe, co se s ním děje. Umocněno je to zejména tím, že pachatel většinou pochází z nejbližšího sociálního okolí dítěte.

Traumatizace obětí zejména sexuálního zneužívání je mnohonásobná. V první řadě je to samozřejmě samotný trestný čin, to, jak pachatel zachází s obětí. Nutno dodat, že řada případů sexuálního zneužívání je opakovaná a trvá i dlouhou dobu, v krajních případech i několik let. I při zachování nejvyšší profese-
sionality jsou pro dětskou oběť psychicky náročné výsledky vyšetřovatelů, znalců, chování okolí atd. I když existují snahy a zákonné normy na ochranu dětských obětí, nelze tyto viktimologické aspekty podcenit.

Dětské oběti sexuálního zneužívání

Děti jsou nepoměrně více než dospělí ohroženy dlouhodobými fyzickými a zejména psychickými následky, které mívají podobu depresí nebo PTSD.

„Podobně je známo, že děti, které vyrůstají v prostředí viktimizace v rodině (domácí násilí, sexuální zneužívání apod.), přijímají takové chování jako normu. V důsledku toho, že dítě nemá s čím srovnávat, se samo sobě jeví jako „divné“, dostává se do izolace a nikoli



zřídka klade vinu samo sobě. Tyto skutečnosti mají vpravdě devastující vliv na sebevědomí dítěte.“ (Gillernová, 2006, s. 153)

Čím je dítě mladší, tím více se při zločinech na nich spáchaných stírají rozdíly obou pohlaví (tzv. genderové rozdíly); zároveň platí, že čím je dítě mladší, tím častěji se stává obětí přímo ve své rodině.

Poškození dítěte:

- fyzické – zejména při aktivních nebo brutálnějších způsobech sexuálního zneužití;
- poruchy v psychickém, zejména emotivním vývoji dítěte;
- mladší děti reagují tak, že se jakoby „vracejí“ ve svém vývoji zpět (např. se začínou znovu pomočovat);
- starší děti reagují sociálně deviantním chováním – útky z domova, alkohol, drogy, poruchy chování.

Nápadnosti v projevech a chování sexuálně zneužívaného dítěte:

- onemocnění v urogenitální oblasti;
- dítě se začne znovu pomočovat ve věku, kdy již to není obvyklé, nebo když se již předtím nepomočovalo;
- nápadné změny v chování;
- nápadně časté zavádění hovorů na sexuální oblast, nebo naopak nepřiměřené utlumení sexuality;
- přesunutí přirozeného objektu sexuálního zájmu;
- poruchy v oblasti emočního chování, narušená sebevědomí nebo naopak bezohledné chování k okolí (volně Gillernová, 2006, s. 154).

Systémové týrání

I při dobré snaze o pomoc oběti vždy dochází při opakovaném sdělování zážitků spojených s násilím k druhotnému zraňování, které je označováno jako sekundární viktimizace. Dítě jako oběť trestného činu (nebo při diagnostikování syndromu CAN) se stává ještě „obětí“ vyšetřování.

K systémovému týrání dochází v případech, kdy:

- je věrohodnost výpovědi dítěte zpochybňována a dítě je označeno za lháře;
- je nařizována opakovaná výpověď;
- dochází k ponižování dítěte komunikací i vztahem pracovníků pomáhajících profesí;
- dojde k umístění pachatele do vězení a dítěte do dětského domova a rodina je ponechána bez intervenčního zásahu;

- dítě má nedostatek informací k respektování svých práv a osobnosti, nebo jsou mu podány nepřiměřené jeho věku.

Zanedbávání

Zanedbávání³ je jakékoliv i neúmyslné chování rodiče nebo jiné osoby, která o dítě pečuje, jehož důsledkem je **nedostatek péče o dítě**, což vede k **závažnému ohrožení nebo závažné újmě** na jeho přiměřeném tělesném a duševním vývoji.

„Je to jakýkoliv nedostatek péče, který způsobuje závažnou újmu vývoji dítěte anebo ohrožuje dítě.“ (Mühlbacher, 2009, s. 145)

Tělesné zanedbávání

- dítěti není poskytován dostatek přiměřeného jídla a pití;
- dítě žije v nevyhovujících prostorách a hygienických podmínkách;
- dítěti se nedostává nebo zcela chybí oblečení, které je všeobecně přijatelné pro jeho věk a pohlaví, pro dané počasí a prostředí;
- dítě je nuceno zastávat nepřiměřené množství domácích prací, zejména prací, které jsou nepřiměřené k jeho věku, těžké nebo nebezpečné, kde hrozí újma na zdraví;
- ponechání malých dětí bez dozoru člověka, který je schopen plně zajistit jeho potřeby (dát najíst, hygienicky ošetřit apod.);
- nevěnování náležité pozornosti zdravotnímu stavu dítěte včetně případného úmyslného nedodržování léčebného režimu.

Psychické (emoční) zanedbávání

- po dítěti se vyžaduje, aby trávilo dlouhé hodiny hlídáním mladších sourozenců;
- rodiče nebo pečující osoby s dítětem nekomunikují;
- rodiče se nezajímají o psychické potřeby dítěte, nejsou rozvíjeny zejména kognitivní a emoční složky psychiky; je zanedbávána školní docházka;
- rodiče nahrazují psychické potřeby dítěte materiálními hodnotami (dítě má vše kromě přízné rodiny);
- dítěti není poskytován pocit zázemí, bezpečí a jistoty.

Mnozí autoři upozorňují i na relativně nový fenomén v oblasti zanedbávání psychických potřeb dětí. Jde o děti z dobře situovaných, úplných rodin s vysokou kulturní a životní úrovní. Jejich rodiče bývají většinou pracovně vytížení, méně často se o své děti nezajímají z jiných důvodů. Tyto děti jsou

zahrnovány přepychem, svůj čas tráví před počítači, televizí atd.

Zvláštní formy týrání a zneužívání dětí

Systémové týrání je přibližně totéž co sekundární viktimizace. Např. k výpovědi dítěte je přístupováno s nedůvěrou, jeho tvrzení zpochybňováno atd.

Organizované zneužívání – zvláštní forma zpravidla organizovaného zločinu ve formě dětské prostituce, dětské pornografie, ale i obchodu s dětmi, dětská práce až otroctví.

Rituální zneužívání – symbolické zacházení s dětmi v rámci náboženských nebo magických rituálů. V podmínkách našeho kulturního prostoru se může odehrávat např. v některých sektách.

Münchhausenův syndrom (by proxy) – spočívá ve vymýšlení nebo zveličování příznaků somatického nebo psychického onemocnění nebo potíží. Rodič se opakovaně dožaduje vyšetření a léčení dítěte, vymýšlí si stále nové a nové příznaky a obtíže, poškozuje vzorky krve, moči apod.

Incest – v trestním zákoníku definovaný jako soulož mezi příbuznými v pokolení přímém nebo sourozenci; je vážným deliktem, jehož důsledkem je dlouhodobá až celoživotní psychická traumatizace oběti. Těmi bývají v naprosté většině případů děvčata, stejně jako pachatelé bývají v naprosté většině muži.

Rodiny, kde k incestu dochází, vykazují zpravidla několik typických znaků:

- uzavřenost rodiny před okolím;
- dítě si nemůže domů zvát spolužáky ani kamarády (zvláště na delší pobyt nebo přenocování);
- dítě nemá kontakty se sousedy;
- zpravidla nenavštěvuje mimoškolní aktivity ani aktivity v okolí (hry s dětmi venku);
- rodiny bývají silně nábožensky založené;
- autorita otce je extrémní;
- rodina má pevně vymezené hodnoty a normy;
- kontrola chování dítěte je realizována pomocí strachu (Čech et al., 2005, s. 520).

Podle citovaného autora pochází většina pachatelů ze středních vrstev s nadprůměrnými příjmy a nadprůměrnou inteligencí.

Dětské oběti incestu vykazují obvykle (ne vždy a ne všechny!) tyto znaky:

- jsou plaché a uzavřené;
- vyznačují se nepřátelstvím a odporem k rodičům a dalším dospělým;



- mají problémy s koncentrací ve škole;
- projevují nevhodný zájem o druhé pohlaví;
- jejich chování je sexuálně agresivní a provokativní.

■ Komerční sexuální zneužívání dětí

Komerční sexuální zneužívání dětí je jednou z nejhorších forem zneužívání dětí. Má nedozírné následky pro psychický a fyzický vývoj dítěte, jeho další život. Jde o jeden z nejzávažnějších sociálně patologických jevů.

Je definováno jako **použití dítěte pro sexuální účely** výměnou za peníze nebo za odměnu v naturálních mezi dítětem, zákazníkem, prostředníkem nebo agentem a jinými osobami, které vydělávají na obchodu s dětmi pro tyto účely.

Patří sem:

Dětská prostituce – zjednání nebo nabízení služeb dítěte k provádění sexuálních aktů za peníze nebo jinou odměnu.

Dětská pornografie – zobrazení dítěte při skutečné nebo simulované výslovně sexuální činnosti nebo vystavování pohlavních orgánů či zvukových prostředků simulujících dětský hlas pro sexuální uspokojování uživatele. Zahrnuje výrobu, rozšiřování nebo používání takového materiálu na obrazovém či zvukovém nosiči.

Obchodování s dětmi – všechny aktivity zahrnující získávání dětí za účelem sexuálního vykořisťování jakýmkoli prostředky, např. únos, prodej, nákup, přemístění, poskytnutí útulku, fingované domácí práce, použití síly, moci a úplatků. (Truhlářová et al., 2004, s. 72)

Příčiny komerčního sexuálního zneužívání dětí

K základním příčinám komerčního sexuálního zneužívání patří:

- špatná sociální a ekonomická situace, resp. sociální vyloučení;
- předchozí osobní zkušenost se sexuálním zneužitím;
- poptávka po sexuálním zneužívání dětí.

Následky syndromu CAN

Následky syndromu CAN se projevují řadou příznaků a reakcí, jak krátkodobých, tak dlouhodobých. To se děje bez ohledu na způsob ubližování dítěti, podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte. Reakce se liší v závislosti na věku dítěte a jeho osobnostním založení. Pokud příznaky trvají déle,

přecházejí postupně do posttraumatického syndromu.

Nejčastější projevy:

- selhávání ve škole;
- amotivační syndrom⁴;
- útky z domova;
- predelikventní, později asociální až antisociální chování;
- agrese;
- inhibiční syndrom⁵, apatie, odmítání komunikace;
- neurotické poruchy, tenze, poruchy spánku, úzkost, pocity viny, sebeobviňování, fobie, depresivní stavy, sklony k sebevraždám;
- psychosomatické reakce;
- poruchy sexuálního chování;
- poruchy v sociálních vztazích: nízké sebehodnocení, poruchy komunikace;
- poruchy interpersonálních vztahů;
- neschopnost empatie;
- zneužívání návykových látek, závislost;
- poruchy individuálního vývoje dítěte.

Psychicky a fyzicky týrané děti mají často odchylky v chování, které jsou více méně polarizované. Dvou- až tříleté děti jsou buď (přibližně v 30 %) extrémně agresivní, v určitých situacích neklidné, úzkostné, často s pseudoochranným přístupem k mladším dětem, nebo naopak (až v 60 %) jsou pasivní, celkově inhibované, apatické, bez radosti, bez schopnosti vyjadřovat emoce, bolest, nesouhlas atd. Týrané děti mají nejistý, vyhýbavý, rezistentní vztah k matce, vychovateli. Ve fyzickém přibližování je patrná ambivalence, bojí se kontaktu. U dětí do 12 let, které byly sexuálně zneužité, je nejčastějším příznakem strach, někdy až panická reakce na podněty připomínající sexuální chování. U dětí nad 12 let převažuje zevní agresivita, hostilita a antisociální chování. Ve věku 14–18 let je nejvýraznějším projevem hostilita.

V našem příspěvku jsme se pokusili nastínit některá témata závažné problematiky neadekvátního zacházení s dětmi s cílem lépe se v dané problematice orientovat, být citlivým a vnímavým pozorovatelem dětského pacienta a odborným partnerem a spolupracovníkem dalších specialistů v pomáhajících profesích, včetně Policie ČR. Nezastupitelná role při ochraně práv dítěte z titulu zákona o sociálně-právní ochraně dětí náleží sociálním pracovníkům a kurátorům. Na ty se můžeme v případech podezření na zneužívání dítěte obrátit.

Poradenstvím, pomocí a péčí o oběti se zabývá řada organizací a institucí. V podstatě je lze rozdělit na organizace **státní, soukromé a neziskové**.

1. Státní organizace pracují obvykle v oblastech:

- Sociální oblast – např. sociální odbory úřadů, rodinné poradny, azylové domy, domovy pro matky s dětmi, utajované bydlení, linky důvěry, nízkoprahová zařízení, krizová centra atd.
- Zdravotnická oblast – ambulance, nemocnice, psychoterapeutická pracoviště, AT poradny, protialkoholní a protitoxikomannické léčebny včetně záchranných stanic, krizová centra, linky důvěry atd.
- Školská oblast – výchovní poradci, učitelé, pedagogicko-psychologické poradny, dětské domovy, diagnostické ústavy, výchovné ústavy, speciálně výchovná centra atd.
- Ostatní – policie, justice, církve, charity atd.

2. Soukromá oblast – poskytují léčebnou a poradenskou činnost prakticky v celé šíři, ovšem na komerčním základě (soukromí lékaři, soukromá psychologická pracoviště, soukromé kliniky atd.).

3. Nestátní neziskové organizace – NNO⁶ – např. nadace, svépomocná sdružení, občanská sdružení atd.

Mezi největší a neznámější patří **Bílý kruh bezpečí**, Sananim, Podané ruce, Adra, Člověk v tísni a další.

Obětem se zvláště věnují různá krizová centra, která někdy fungují jako ambulantní zařízení, jiná poskytují také pobytovou, konzultační nebo i výjezdovou službu. Velmi frekventované jsou telefonické linky důvěry nebo krizové telefonní linky.

Na pomoc obětem trestných činů je orientováno občanské sdružení Bílý kruh bezpečí (BKB), které bylo založeno v roce 1991.

Posláním BKB je:

- poskytovat přímou pomoc obětem a svědkům trestných činů;
- podílet se na prevenci kriminality;
- usilovat o zlepšení práv a postavení poškozených v trestním řízení.

Služby tohoto sdružení jsou bezplatné a svou pomoc poskytuje v devíti poradnách soustředěných do velkých měst. Přímalá pomoc je postavena na osobním kontaktu s dvojicí konzultantů, právníkem a odborníkem na psychologickou pomoc. Nepřetržitě je provozována telefonická linka pro oběti domácího násilí DONA (dostupné z: <http://www.domacinasili.cz/bily-kruh-bezpeci/>).



Češi by státu nejčastěji půjčili na zdravotnictví a na boj s korupcí

Kdyby si Češi mohli půjčit peníze pro stát, nejraději by podpořili zdravotnictví, boj s korupcí a sociální systém. Naopak téměř žádné finance by neposlali na armádu. Vyplynulo to z průzkumu online banky ZUNO.

Zdravotnictví by podpořilo 29 procent lidí, boj s korupcí 17 procent, školství 14 procent lidí a na sociální systém by si půjčilo 16 procent Čechů. Pouze jedno procento oslovených by chtělo dát finanční injekci armádě.

Vlastní potřeby: hlavně úvěr na bydlení

Téměř polovina Čechů by se zadlužila kvůli vybavení nebo rekonstrukci bytu. Zahradu s bazénem by si za půjčené peníze pořídilo 16 procent lidí, kvůli koupi luxusního auta by se neváhalo zadlužit 12 procent lidí. Každý desátý Čech by si dokonce půjčil peníze na cestu do vesmíru.

Průzkum zároveň ukázal, že jen zanedbatelná část Čechů a Čechů je promiskuitní a hýřivá zároveň. Pouhá dvě procenta lidí by si chtěla půjčit peníze za účelem vydržování milanky či milence. Tajný byt nebo podnájem by si na úvěr chtěla pořídit jen čtyři procenta Čechů.

A jako věc, na kterou by si nikdy nepůjčily, uvedly tři čtvrtiny Čechů značkovou kabelku.

Úroková sazba rozhoduje o půjčce

Nejčastěji se lidé při rozhodování o půjčce zajímají o výši úrokové sazby, ta je nejvýraznějším faktorem pro více než polovinu dotázaných. Pro jednu pětinu lidí je důležité refinancování, tedy možnost spojení více úvěrů do jednoho.

„Refinancování dnes již nabízí většina bank. Lidé je využívají právě také v případech, že si v minulosti vzali nevýhodný úvěr třeba i se skrytými poplatky na něco, na co by si dnes již rozhodně nepůjčili,“ uvedl Bohdan Fedor ze ZUNO.

*Zdroj: B. Buřinská, novinky.cz,
17. 12. 2013*

Poznámky

- 1) Médein komplex – označení pro potlačené myšlenky matky na zabití vlastního dítěte. Důvodem je obvykle nenávisť k otci dítěte. Podle staré řecké báje byla Médea dcerou krále Aiéta, jehož zemi Kolchidu navštívili na své pouti za zlatým rounem Argonauti. Jejich vůdce lásón pojal Médeu, ženu obdařenou mocí kouzel, za manželku. Narodili se jim dva synové, které však Médea zabila poté, co se lásón zahleděl do Glauké, dcery krále Kreóna, a chtěl se s ní rozvést. Médea podle jedné verze žila až do své smrti v Attice jako respektovaná čarodějka, podle druhé verze se vrátila do své domoviny, do Kolchidy.
- 2) Podle Weisse uvedlo v roce 2003, že bylo dospělou osobou sexuálně zneužito do 15. roku věku, 11 % českých žen a 3 % českých mužů. V téže době uvedlo incestní zneužití 32 % mužů a 42 % žen, cizí pachatel byl u 32 % mužů a 30 % žen. Ke zneužití došlo nejčastěji mezi 12. a 13. rokem věku obětí. Policii byla oznámena 3 % zneužití dívek a 4 % zneužití chlapců. Negativní vliv na další život mělo zneužití u 47 % zneužitých žen a 27 % zneužitých mužů.
- 3) Zde narážíme na problém odlišení pojmu psychologická deprivace od zanedbávání. Odlišit deprivaci od zanedbanosti se pokusili Langmeier a Matějček, kteří deprivaci definují jako „výsledek životní situace, kdy dítěti nejsou uspokojovány jeho základní psychické potřeby v náležité míře a po určitou, dosti dlouhou dobu.“ (Dunovský et al., 1995, s. 87) Zanedbaností tito autoři míní na rozdíl od deprivace „následky nedostatku výchovy v prostředí socioekonomicky nízké úrovně.“ (tamtéž) Dítě nechodí do školy, žije v primitivním prostředí, v nevyhovujících hygienických podmínkách atd. Citovaný autor uvádí, že oba pojmy v podstatě splývají. Blíže viz citovaná publikace, s. 59–63 a 87–95.
- 4) Neschopnost donutit se k činnosti, ztráta výkonnosti, lhostejnost, nezájem, ztráta ambicí.
- 5) Inhibice = proces, který zpomaluje, zastavuje, brzdí, brání průběhu jak v oblasti biologické, tak psychologické.
- 6) Někdy je užívána i v české literatuře zkratka NGO z angl. non-government organization.

Literatura:

- Čírtková L. Forenzní psychologie. Plzeň: Aleš Čeněk, 2004. 431 s. ISBN 80-86473-86-4.
- Čírtková L, Vitoušová P et al. Pomoc obětem a svědkům trestných činů. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 197 s. ISBN 978-80-247-2014-2.
- Dalrymple T. Život na dně. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 266 s. ISBN 80-200-1337-7.
- Dunovský J et al. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1995. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.
- Dunovský J et al. Sociální pediatrie. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-254-9.
- Gillernová I, Boukalová H. Vybrané kapitoly z kriminalistické psychologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 280 s. ISBN 80-246-1293-3.
- Gillernová I et al. Psychologické aspekty změn v české společnosti. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
- Koukolík F, Dřtilová J. Vzpouza deprivantů. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1996. 303 s. ISBN 80-901776-8-9.
- Koukolík F. Mocenská posedlost. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 278 s. ISBN 978-80-246-1825-8.
- Pavlovský P et al. Soudní psychiatrie a psychologie. 3. vyd. Praha: Grada, 2009. 226 s. ISBN 80-247-0181-2.
- Sluková K. Specifické penitenciární problémy vězňů žen. Praha: PedF UK, disertační práce, 2010.
- Sochůrek J. Nástin vybraných problémů viktimologie. 1. vyd. Liberec: TU v Liberci, 2003. 81 s. ISBN 80-7083-745-4.
- Sochůrek J, Sluková K. Úvod do viktimologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Liberec: TU v Liberci, 2013. 120 s. ISBN 978-80-7372-951-6.
- Vaníčková E, Provazník K, Hadj-Mousová Z. Násilí v rodině. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 64 s. ISBN 80-7184-008-4.
- Vaníčková E, Provazník K, Hadj-Mousová Z. Sexuální zneužívání dětí. I. díl. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 82 s. ISBN 80-7184-479-9.
- Vaníčková E, Provazník K, Hadj-Mousová Z. Sexuální zneužívání dětí. II. díl. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 81 s. ISBN 80-7184-878-6.
- Vaníčková E. Dětská prostituce. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 136 s. ISBN 80-247-1138-9.



Vychovávat i těžce postižené dítě?

PhDr. Jan Pičman

Jedličkův ústav a školy, Praha

Samozřejmě. Ale předpokladem je, že rodina je schopna výchovu zvládat. Stejně samozřejmě je i to, že otázky výchovy nejsou tím primárním v ordinacích lékařů, a to ani u těch dětských či rodinných. Je však užitečné si něco málo připomenout z toho, co s výchovou dětí souvisí. Ve třech momentech může lékař rodinám hodně pomoci:

1. Rodina potřebuje sama zpracovat a přijmout situaci se svým těžce postiženým dítětem.
2. Rodina si potřebuje dobře uvědomit, co postižení dovoluje a v čem naopak skutečně omezuje.
3. Rodina potřebuje mít důvěru ve svého lékaře.

S dětmi se zdravotním postižením se setkáváte. Jak s dětmi s postižením vrozeným či časně získaným, tak s těmi, u kterých se postižení objevilo v průběhu pozdějšího života dítěte. Na postižení dítěte reaguje celá rodina, rodina jako systém. Reakce na traumatickou událost či na život ohrožující nemoc jsou v literatuře dobře popsány již víc než půl století. Práce švýcarské lékařky dr. Kübler-Rossovové jsou lékařům dobře známé. Připomeňme si proto stadia psychického vyrovnávání se s výrazným zdravotním postižením, která uvádí česká autorka psycholožka Marie Vágnerová (Vágnerová M, 1999). První stadium popisuje jako stadium šoku a popírání. Rodina nechce přijmout informaci, že jde skutečně o vážné postižení, rodiče „neslyší“, co jim lékaři sdělují. Nebo slyší jen nedostatečně. Nebo naopak může informace od lékaře vyvolat tak velké obavy a strachy, že rodina přestane být schopna situaci přiměřeně zvládat. Druhé stadium popisuje autorka jako stadium, kdy se stírá postupně přijímání stavu dítěte s tendencí „smlouvání“, že to bude brzy lepší, že se dítě uzdraví, že se postižení zmírní. K tomuto stadiu patří i časté pocity beznaděje, zoufání, depresivní reakce, ztráty naděje v další cestu. A také stud za postižení. Třetím stadiem označuje Vágnerová stav, kdy sám nemocný i jeho rodina realisticky nahlédnou situaci, omezení, jež situace přináší, a začnou hledat, co se dá i za této situace dělat. Zejména v tom počátečním stadiu rodina velmi potřebuje opakovat informace, po-

třebuje je vstřebávat po troškách. Je cenné, když si lékař najde víc času na rozhovor a nechá i pacienta samotného, respektive jeho rodinu, aby vyjádřili, co je tíží, z čeho mají největší obavy. Není nic mimořádného, když v tomto období rodině pomohou i jiní specialisté. Podpůrná léčba psychiatra či psychoterapeutická intervence je často zcela namístě a neobejdeme se bez ní. S čím však tak často nepočítáme, jsou problémy sourozenců, kteří v rodině žijí. Vedle zdravotně postiženého dítěte se dostávají na okraj pozornosti rodičů, není na ně tolik času. Zároveň si oni sami netroufnou v této chvíli rodiče „obtěžovat“ svými starostmi. Přitom mají mnoho palčivých otázek. I oni přemýšlejí o závažnosti stavu sourozence. Co čeká bratra, sestru? Kdo za to může? Je to dědičné, je to infekční? Někdy jsou otázky tak palčivé a odpovědi tak málo, že se mohou objevit i psychické problémy nejružnější podoby. Není jisté potřeba zdůrazňovat, že výše uvedený stručný popis jednotlivých stadií je schematický. U každého člověka, v každé rodině se různé fáze psychických reakcí na postižení prolínají, zesilují, mírní. Většinou ale můžeme pozorovat posun uváděným směrem. Když matka vysvětluje, že vědí, že jejich syn s postupujícím neurosvalovým onemocněním za několik let přestane sám chodit, a právě proto již v předstihu vybírají školu, v které bude schopen pohybovat se na vozíku a kde je zajištěná každodenní rehabilitace, máme před sebou rodiče, kteří první stadia překonali a je pro ně vhodný čas přemýšlet i o tom, jak své postižené dítě vychovávat. První odstavec můžeme shrnout: mluvit s rodinou opakovaně, trpělivě, být se nám může zdát, že občas pořád dokola. Každé primární postižení s sebou nese řadu postižení druhotných či sekundárních. Některá se dají kompenzovat, ovlivňovat, mírnit, ale nedá se jim zcela vyhnout. Naše dítě je však ohroženo ještě dalším – řekneme „postižením“ reagováním rodiny kolem něj. Mám tím na mysli reagování s nadměrným soucitem, s příliš ochrannými postoji, se snížením nároků na dítě, a to i v oblastech, kde by se dítě mohlo chovat normálně. Svoji negativní roli hraje už menší přirozená stimulace dítěte při jeho běžných činnostech. Takové děti se většinou nehrabou

v písku, nesbírají kamínky, papírky a klovíky ještě na cestě, nemůžou šlápnout do louže, umazat se od bláta... Všechno to ale k běžnému a přirozenému vývoji patří. A stejná omezení je čekají i v sociálním světě. Mají méně příležitostí k běžným kontaktům s vrstevníky, nemohou tak často „trénovat“ sociálně žádoucí chování. Je proto také potřeba podporovat rodinu k přirozené stimulaci postiženého dítěte a k tomu, aby se dítě chovalo co nejvíc normálně. A ještě víc to platí u dětí postižených od narození. U těch vídáme větší pasivitu, častější smíření se se situací, menší motivaci k rehabilitaci a ke změně, na rozdíl od dětí třeba po úrazech, kde je patrná větší nespokojenost se situací, větší motivace přiblížit se stavu před úrazem. Na tomto místě bychom mohli uvažovat také o hledání důvěry v sebe sama, o sebehodnocení a o vytváření si představ o sobě. Zejména starší děti a dospívající, když se začnou „stavět“ na vlastní nohy, musejí, jsou-li toho schopni, překonávat nejen vlastní handicap, ale ještě se učit přijímat problémy a překážky, které přináší okolí, stejně jako ostatní. Musejí také hledat svoje silné stránky, o které se mohou opřít. A je to pro ně nesrovnatelně těžší. A tak lze zase shrnout, že k výchově i u postiženého dítěte patří především vhodné vedení, hledání stimulů, předkládání přiměřených cílů a stanovování hranic. Nejlépe mohou vychovávat ti kolem dítěte. Aby to zvládali, musejí sami mít podporu, nesmějí se bát, musejí sami přijmout situaci. V tom jim lékař může pomoci.

Rodina potřebuje mít ve svého lékaře velkou důvěru. Zní to opět banálně, ale tam, kde chybí, si to všichni velmi silně uvědomují. Rodina totiž potřebuje svého lékaře nejen při „lěčení“ dítěte s postižením. Přichází řada dalších situací, kdy je potřeba se na lékaře spolehnout, kdy lékař může pomoci zprostředkovat další péči, může být průvodcem u jiných specialistů, při výjimečných a ne běžných výkonech. Může dítě i rodinu připravit, vysvětlit. Mít vedle sebe svého dobrého lékaře, na kterého se mohou obracet s velkou důvěrou, si přejeme všichni. Rodiny s dítětem s postižením to ale potřebují obzvlášť naléhavě.



Proč dobré rady nefungují?

PhDr. David Čáp

katedra psychologie FF UK v Praze

Problematické chování dětí je dlouhou dobu v centru pozornosti škol, poradenských a terapeutických zařízení, ale také pediatriů a pedopsychiatriů. V tom nejširším významu chápeme problematické chování jako určité projevy, které nejsou v souladu se společenskými normami či očekáváním a někdy až přáním jednotlivých vychovatelů (rodičů a pedagogů). Ve škole bychom asi nejčastěji hovořili o konfliktech s vyučujícími, o agresivním chování vůči spolužákům, odmítání spolupráce ve vyučování, záškoláctví a vyrušování. V rodinném prostředí by to byly zejména negativní vztahy s rodiči, agresivní chování k sourozenci, lhaní, krádeže, pozdní příchody, odmítání přípravy do školy či spolupráce celkově. V situaci, kdy se u dítěte problematické chování objeví, mají rodiče, pedagogové, ale také psychologové a lékaři tendenci hledat příčinu. V absolutní většině případů ale jednu konkrétní a vše vysvětlující příčinu nikdy ne nalezneme. Tedy pokud neupíráme na nic neříkajícím a obecným vysvětlením, že je to výchovou, rozvodem rodičů, velkým stresem nebo nevhodnou partou kamarádů. Z toho důvodu se zdá být výhodnější dítěti rovnou začít pomáhat a nenechat problematické chování dále rozvíjet, jelikož víme, že se problematické chování nikdy nevyskytuje rovnou v plné míře a naráz. Vždy prochází určitým vývojem a časem nabývá na intenzitě. Zde ale často narazíme na nevhodné „dobré rady“, kterými se v dobré víře snažíme dítěti vysvětlit, co je špatné a co dobré.

■ Proč „dobré rady“ nefungují?

Chovej se slušně. Tohle se nesmí. Takto je to špatně. Tohle hodná holka nedělá. Kdo lže, ten krade. Co z tebe bude, až vyrosteš, když se chováš takhle? Všimněte si, jak často dětem takové věci říkáme. Tyto rady či výchovné postupy nefungují hned z několika důvodů.

- Jsou příliš obecné. Dítěti vlastně neříkají vůbec nic. Slušné chování může znamenat pro každého něco jiného, stejně jako hodná holka nebo hodný kluk. Dítě potřebuje vědět, co konkrétního má v dané situaci dělat nebo jak má dát najevo nespokojenost.
- Jsou založené na kritice. Dítě často slyší, že udělalo něco špatně. Je hodnoceno jako zlé, špatné, zlobivé, nevychované. Eventuálně se poměrně často dozvídá,

jak v dané situaci nepostupovat, co nedělat, co je špatné, co je zakázané. Opět mu ale nikdo neřekne, jak postupovat má.

- Dítě nemá dostatek zkušeností, možností a nástrojů k tomu, aby samo dokázalo vyřešit složitější situace. Z toho důvodu volí rychlá, ale nevhodná řešení.
- Na problematickém chování se podílí také okolí dítěte. Rodiče, sourozenci, pedagogové a spolužáci jsou tímto okolím. To ale neznamená, že by nevhodné chování dítěte záměrně vyvolávali. Spíše se jedná o určité způsoby komunikace, vzorce chování, které přesahují jednotlivce a týkají se konkrétního vztahu mezi dvěma či více lidmi. Z toho logicky vyplývá, že jedinec sám nemůže určité věci změnit. Na změně se musejí podílet i ostatní.
- Problematickým chováním dítě také často něco získává. Tím může být pozornost rodičů, pedagogů, kontakt a ocenění od spolužáků, vyhnutí se nepříjemné činnosti atd. Opět se dostáváme k tomu, proč rada, aby se dítě chovalo slušně, nezafunguje.

■ Účinná pomoc

Účinná pomoc dítěti by měla být včasná, podpůrná a měla by se týkat všech zúčastněných. Znamená to, že bychom neměli otálet a co nejdříve zachytit již drobné projevy problematického chování. Tím se vyhneme potížím, které běžně nastávají, pokud začneme řešit až chování na hraně zákona. Součástí účinné pomoci je podpora. Pokud můžeme, vyhýbáme se trestům, jelikož jsou víceméně neúčinné nebo v dlouhodobém horizontu vyvolávají závažnější problémy. Spíše dítěti vysvětlujeme, jak se v dané situaci zachovat, proč je konkrétní jednání nevhodné, a oceníme, pokud situaci příště zvládne lépe. Poslední významnou součástí účinné pomoci je řešení situace v kontextu, kde vzniká. Musíme se zabývat i tím, co mohou pro správné řešení udělat ostatní. Potíže v rodině řešíme společně s rodiči a neřídka i se sourozenci. Potíže, které se objevují ve škole, je nutné řešit zase s vyučujícími a někdy i se spolužáky.

■ Co je nového ve školství

V prosinci roku 2013 MŠMT potvrdilo účinnost nového způsobu práce se žáky s problematickým chováním. Jedná se o spolu-

práci rodičů, žáka a školy, která neakcentuje trest a kritiku, ale obsahuje jasně stanovené konkrétní úkoly žáka, rodičů a vyučujících, jejichž plnění je následně opakovaně kontrolováno. Tento způsob podpory je nazýván „individuální výchovný plán“ a má podobu určité dohody či smlouvy mezi rodinou a školou. Mohli bychom říci, že určitá podoba poradenského modelu spolupráce při řešení problému se tak přesouvá z poradenských zařízení přímo na půdu školy, tedy na místo, kde problémy vznikají a kde je také můžeme účinněji řešit. Navíc právě pedagog ví, jak situace ve třídě vypadá. Individuální výchovný plán využívá přesně těch principů, kvůli kterým „dobré rady“ nefungují.

■ Jak může pomoci pediatr

Pediatr je specifickou autoritou a v mnoha věcech je jeho názor pro rodiče velmi důležitý. Nejedná se pouze o problematiku zdravotní, ale často i o oblast výchovy. Rodiče mnohokrát pediatra žádají o radu, jak mají postupovat v takové a takové situaci, nebo si mu chtějí postěžovat, že se jejich dítě nechová tak, jak by si přáli. Z toho důvodu je vhodné pediatrii podpořit v tom, aby rodiče informovali o vhodném způsobu výchovy, aby je podpořili v konkrétních výchovných situacích a aby jim také poradili, na jaké odborníky by se měli v případě potřeby obrátit. Typicky v případě problematického chování dítěte je vhodné doporučit spolupráci se střediskem výchovné péče (sítí státních školských poradenských zařízení, která se specializují na dobrovolnou preventivní péči o děti s problematickým chováním), pedagogicko-psychologickou poradnou, ale také s poradnou pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy (zvláště v situaci primárně komplikovaného vztahu mezi rodiči). Když pediatr takovou ambulantní poradenskou pomoc doporučí, tak ji rodiny rády využijí. Naopak není vhodné doporučovat jako první volbu dětskou psychiatrii (samozřejmě pokud se nejedná o primární zdravotní problém), jelikož se pravděpodobně jedná o problematiku vztahovou, kterou je nutné řešit poradensky.

Na pediatrii záleží hodně. Často je první, komu se rodiče svěří. Pokud jim doporučí pomoc, která řeší problém v jeho kontextu a ne izolovaně, tak jim opravdu pomůže.



Obezita a diabetes mellitus 2. typu u dětí

MUDr. Petra Paterová, MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D.

Dětská klinika FN Plzeň

■ Úvod

V poslední době dochází ke zvýšení výskytu diabetu mellitu 2. typu u dětské populace. Příčinou je zvyšující se incidence obezity, která je jednou z rizikových faktorů rozvoje diabetu mellitu 2. typu. Téměř 85 % dětí s touto diagnózou má nadváhu či obezitu. V následujícím textu uvedeme dvě kazuistiky dětí, u kterých jsme v loňském roce diagnostikovali právě diabetes mellitus 2. typu, v teoretické části se zaměříme na rozlišení diabetu mellitu 1. a 2. typu.

■ Kazuistika I. – Jan, *1997

Jan je v době diagnózy 15letý chlapec, který dosud vážněji nestonal. Matka pacienta je obézní diabetička 2. typu na intenzifikovaném inzulínovém režimu (rychlá inzulínová analoga + dlouhodobý inzulínový analog) a léčbě perorálními antidiabetiky (metformin). Otec pacienta je také obézní, vyšetřován pro hyperglykémii. U prarodičů pacienta byl také diagnostikován diabetes mellitus 2. typu. Pacient je z rizikové gravidity pro gestační diabetes matky, porodní hmotnost 4700 g, porodní délka 54 cm. Po porodu došlo k rozvoji RDS, který si vyžádal pětidenní distenční dechovou podporu. Při 15leté preventivní prohlídce byla u pacienta zjištěna glukosurie a následně glukometrem naměřena náhodná glykémie 20,2 mmol/l bez přítomnosti osmotických příznaků. V somatickém nálezu byla těžká obezita s BMI 34,3 kg/m². Ve vstupní laboratoři byl vysoce elevovaný glykovaný hemoglobin 94 mmol/mol (norma do 42 mmol/mol), hladina C peptidu jako ukazatele sekrece inzulínu byla v mezích normy. Zjištěna hypercholesterolémie, v moči bez nálezu mikroalbuminurie.

Vstupní glykemický profil pacienta

hod.	18–20	20–24	4 hod.	6 hod.
s-glu:	15,0	15,3	15,4	15,5

Hodnoty monitorovaných glykemií jednoznačně splňují diagnózu diabetu mellitu. Vzhledem k významným hyperglykemiím zahajujeme inzulínoterapii – intenzifikovaný inzulínový režim stejnými typy inzulínů jako u matky pacienta. Zároveň je pacient poučen o diabetickém stravování a nutnosti redukce hmotnosti. Po obdržení negativních

markerů autoimunitní inzulinidy, tj. negativita aGAD (protilátky proti dekarboxyláze kyseliny glutamové), aIA2 (anti-tyrozinové protilátky), aIRI (IAA, protilátky proti inzulínu), uzavíráme definitivně diagnózu jako diabetes mellitus 2. typu a do terapie přidáváme metformin. Při režimových opatřeních a inzulínoterapii se glykémie dostávají do uspokojivých hodnot, po 3 měsících od zahájení terapie dochází k poklesu glykovaného hemoglobinu na hodnotu 44 mmol/mol. Při kontinuálním monitoringu krevního tlaku je zjištěna významná systolická hypertenze a kardiologem je indikováno zahájení terapie inhibitorem angiotenzin konvertujícího enzymu. Bohužel se nedaří redukce hmotnosti, u pacienta vážně selfmonitoring, na změřené glykémie nereaguje adekvátní úpravou inzulínoterapie, což vede rok po stanovení diagnózy k opětovnému vzestupu glykovaného hemoglobinu na hodnotu 74 mmol/mol.

■ Kazuistika II. – Gabriela, *1995

Gabriela je v době diagnózy 17letá pacientka, která dosud vážněji nestonala. Matka pacientky je diabetička 2. typu na inzulínoterapii a léčbě perorálními antidiabetiky, její matka má také diabetes mellitus 2. typu.

Matka dceři náhodně změřila opakovaně vyšší lačnou glykémii (hodnoty 6–8 mmol/l), následně u praktického lékaře zjištěna lačná glykémie 8 mmol/l, v moči glukosurie a ketonurie, glykovaný hemoglobin zvýšen na hodnotu 65 mmol/mol. Pacientka je bez osmotických příznaků, v somatickém nálezu obezita s BMI 37,8 kg/m², přítomna acantosis nigricans na krku a v axilách, strie na bocích. Ve vstupní laboratoři je hladina C peptidu v mezích normy, nejsou přítomny komplikace obezity a diabetu mellitu (lipidogram v normě, bez mikroalbuminurie). Také u této pacientky jsou negativní markery autoimunitní inzulinidy.

Vstupní glykemický profil pacientky

hod.	07–10	10–13	13–16	16–18
s-glu:	8,7	11,3	10,9	7,3
hod.	18–20	20–24	24–07	
s-glu:	8,0	6,2	7,1	

Zahajujeme režimová opatření – pravidelný režim stravování bez rychlých cukrů, terapie metforminem. Glykémie jsou poté uspokojivé, po 3 měsících dochází k poklesu glykovaného hemoglobinu na hodnotu 52 mmol/mol. Pacientka redukuje hmotnost, glykémie jsou nadále při pravidelném selfmonitoringu uspokojivé.

Povšimněte si společných rysů u obou uvedených kazuistik – obezita u obou pacientů a pozitivní rodinná anamnéza stran diabetu mellitu 2. typu.

■ Teoretické poznatky k dané problematice

Jaká jsou diagnostická kritéria diabetu mellitu?

1. klinická symptomatologie a náhodná glykémie v žilní plazmě rovna či vyšší než 11,1 mmol/l;
2. koncentrace glukózy v žilní plazmě nalačno rovna nebo vyšší než 7,0 mmol/l po osmihodinovém lačnění;
3. nález glykémie za 2 hodiny při oGTT roven či vyšší než 11,1 mmol/l v žilní plazmě;
4. nově se k diagnostickým kritériím řadí i hodnota glykovaného hemoglobinu rovná či vyšší než 48 mmol/mol.

Rozdělení diabetu mellitu

1. Diabetes mellitus 1. typu (autoimunitní inzulinida vedoucí k absolutnímu nedostatku inzulínu)
2. Diabetes mellitus 2. typu (relativní nedostatek inzulínu, inzulínová rezistence)
3. MODY diabetes (monogenně podmíněný diabetes)
4. Gestační diabetes
5. Jiné typy diabetu mellitu
 - a) Onemocnění exokrinního pankreatu
 - b) Endokrinopatie
 - c) Diabetes indukovaný léky
 - d) Genetické syndromy spojené s dia-betem

Nejčastěji se setkáváme s diabetem mellitem 1. typu. Podstatou vzniku tohoto typu diabetu je autoimunitní zánět, který poškozuje beta buňky Langerhansových ostrůvků, což vede k inzulinopenii. Naproti tomu u diabetu mellitu 2. typu je nedosta-



Kontroly odhalily 20 tisíc nebezpečných panenek, část z nich skončila v plamenech

Během dvouměsíční celorepublikové akce zajistili celníci za přítomnosti hygieniků při kontrolách týkajících se bezpečnosti výrobků, konkrétně hraček, téměř 20 000 panenek. Bylo u nich zjištěno několikanásobné překročení povoleného množství nebezpečných látek, tzv. ftalátů. Dva tisíce z nich už skončily v malešické spalovně, uvedla mluvčí ministerstva zdravotnictví Viktorie Plíková.

„Problémem výskytu nebezpečných panenek se zabýváme již delší dobu. Prvním impulsem, že by mohly být nabízeny i na českém trhu, byla oznámení v celoevropském systému pro hlášení nebezpečných nepotravinářských výrobků RAPEX,“ sdělila Jarmila Rážová, zástupkyně hlavního hygienika.

Výskyt tohoto typu výrobků v Česku kontroly odhalily především na různých tržnicích, tržištích a obchodech s levným zbožím. „Vzhledem ke značnému rozšíření těchto panenek bylo ve spolupráci s orgány celní správy rozhodnuto o zorganizování společné kontrolní akce s cílem zachytit nevyhovující výrobky ještě před jejich propuštěním do volného oběhu,“ dodala Rážová.

Při pokračujících kontrolách krajských hygienických stanic byly zachyceny i další druhy podobných panenek, u nichž analýza potvrdila přítomnost nadlimitního obsahu ftalátů.

Riziko spočívá v tom, že při hře mohou tyto estery kyseliny ftalové přicházet do kontaktu s ústy a kůží dítěte, přecházet do slin, ulpívat na rtech a sliznici a v neposlední řadě mohou být společně se slinami konzumovány. Ve většině nebezpečných výrobků byl například odhalen ftalát, který negativně působí na reprodukční orgány dítěte.

Zdroj: novinky.cz, 5. 12. 2013

	T1DM	T2DM
Výskyt	V průběhu celého dětství	Především adolescence
Dědičnost	Nízká pozitivita rodinné anamnézy	Až 75 % s pozitivní rodinnou anamnézou
Laboratorní výsledky	Nízká hladina C peptidu, pozitivní markery autoimunitní inzulinidy (aGAD, aIRI, aIA2)	Hyperinzulinismus, negativní markery autoimunitní inzulinidy
Terapie	Inzulinoterapie, selfmonitoring, životospráva	Změna životního stylu, farmakoterapie

Základní rozdíly mezi diabetem mellitem 1. typu (T1DM) a diabetem mellitem 2. typu (T2DM)

tek inzulinu pouze relativní, podstatou je vznik inzulinorezistence a necitlivost tkání k vyplavovanému inzulinu. V poslední době se s rozvojem genetického vyšetření více setkáváme s diagnostikou MODY diabetu, který se vyskytuje zhruba u 2 % pacientů s diabetem. Tomuto typu diabetu, který vzniká na podkladě heterozygotního nosičství mutace v jednom konkrétním genu, se již dále v textu nebudeme věnovat.

Diabetes mellitus 1. typu se projevuje v období celého dětství, často se při prvním manifestaci setkáváme s přítomností osmotických příznaků (polyurie, polydipsie, hmotnostní úbytek) a rozvojem diabetické ketoacidózy, s diabetem 2. typu se setkáváme především v období adolescence. U pacientů s T1DM je nízká pozitivita v rodinné anamnéze (pokud zjistíme častý výskyt diabetu mellitu v rodině pacienta, je třeba vždy pomýšlet na některý z geneticky podmíněných diabetů, tzv. MODY – viz výše). Vzhledem k absolutnímu nedostatku inzulinu se setkáváme se snížením hladiny C peptidu. V období manifestace diabetu nemusí být hladina C peptidu snížena významně, ale postupně dochází k jejímu poklesu. Pokud se tak neděje, je třeba vždy pomýšlet na jiný typ diabetu.

Základem terapie je u T1DM inzulinoterapie s diabetickým stravováním a selfmonitoringem.

U diabetu mellitu 2. typu je častý výskyt v rodině, jak dokazují i naše kazuistiky. Diabetes mellitus 2. typu je jedním z příznaků syndromu inzulinové rezistence. U pacientů se v rámci syndromu může vyskytnout také obezita, nefropatie, dyslipidémie, hypertenze, steatóza jater a u dívek syndrom polycystických ovarií. Nezapomínejme, že právě v období adolescence se vyskytuje relativní inzulinová rezistence a vyšší riziko vzniku inzulinové rezistence mají děti s intrauterinní růstovou retardací.

Důležitým laboratorním vyšetřením, které nám pomůže v diagnostice typu diabetu, jsou markery autoimunitní inzulinidy. U diabetu mellitu 2. typu jsou tyto markery negativní.

V terapii je nejdůležitější úprava životního stylu – pravidelný režim stravování, dostatečná pohybová aktivita a s tím spojená redukce hmotnosti.

Cílem farmakoterapie je snížení inzulinové rezistence, zvýšení inzulinové sekrece a zpomalení postprandiální absorpce glukózy. Lékem první volby je metformin. Tento derivát biguanidu upravuje glykémii i bez rizika hypoglykémie (narozdíl od sulfonylurey), zároveň má také anoretický účinek a vliv na snížení hladiny triglyceridů a LDL cholesterolu v séru. K inzulinoterapii u diabetu mellitu 2. typu přistupujeme po selhání monoterapie (dle doporučení ISPAD glykovaný hemoglobin nad 70 mmol/mol, lačná glykémie nad 7,2 mmol/l, postprandiální nad 10 mmol/l), ev. již při stanovení diagnózy, pokud jsou přítomny významné hyperglykémie (viz kazuistika I.).

Základními cíli léčby u T2DM jsou tedy snížení tělesné hmotnosti, zvýšení fyzické zdatnosti, úprava glykemií, zachycení a terapie možných komplikací, tj. hypertenze, dyslipidémie, nefropatie (mikroalbuminurie).

Závěr

Počet dětských pacientů s T2DM stále stoupá. Měli bychom se zaměřit na vyhledávání a dispenzarizaci rizikových pacientů, abychom včas zachytili rozvoj diabetu mellitu 2. typu a jeho možných komplikací. Zároveň je třeba se zaměřit na prevenci dětské obezity, protože prevence dětské obezity je i prevencí rozvoje diabetu mellitu 2. typu.



Ze světa odborné literatury...

■ Koncentrace vitamínu D3 v pupečnickové krvi a riziko alergie v kojeneckém věku

Zájem o souvislost mezi koncentrací vitamínu D a následným možným vznikem alergie stoupá. Podle současných názorů hraje vitamin D imunoregulační roli zatím ne zcela jasné etiologie. Účelem práce bylo vyhodnotit asociaci mezi koncentrací vitamínu D in utero a alergickým onemocněním novorozence a kojence v prvním roce života. Pupečnicková koncentrace vitamínu D byla měřena u 231 novorozenců. 25-hydroxyvitamin D3 byl analyzován v souvislosti s přívodem vitamínu D3 matce a v relaci s možným výskytem ekzému, alergické senzibilizace a koncentrací imunoglobulinu E v souvislosti s vývojem potravinové alergie. Suplementace vitamínem D matce byla korelována s koncentrací vitamínu D3 u matky. U alergických onemocnění stále ještě není definována kauzální patologická cesta a tím zlepšení preventivní strategie. U části kojenců je zcela evidentní vliv nastupující potravinové alergie. Proto je tendence ovlivnit danou cestu již v graviditě. V mnoha pracích se dnes již uvádí, že redukce příjmu vitamínu D je rizikovým faktorem pro astma i alergickou rinitidu. Tyto studie se ale více zajímají o anamnestické údaje než o koncentrace vitamínu D. Další studie poslední doby se zabývají také sezónním vlivem porodu v závislosti na sluneční expozici a nalézají signifikantně vyšší podíl potravinové alergie u novorozenců narozených v zimě.

Na druhé straně my jsme (Liška – pozn. překl.) našli většinou vysoké hodnoty pupečnickového IgE u novorozenců narozených v pylové sezóně při pylové hereditě v rodině (Alergie 2012;14(1):25–32). Další několik prací uvádí nízké koncentrace vitamínu D3 u starších dětí ve vazbě na senzibilizaci, ekzémy a astma. Zde vyšetřovali koncentrace vitamínu D3 ve vazbě na alimentární i uměle dodávaný vitamin D3 u těhotných. Vyšetřování koncentrace vitamínu D3 jako indikátoru fetální expozice je ideální možností k posunutí tohoto problému.

Do studie bylo zahrnuto 669 matek vyšetřovaných v letech 2002–2009. Matky nesměly kouřit, gravidita musela být nekomplikovaná. V potaz brána odchylka větší než dvojnásobek odchylky směrodatné, alergie ve 12 měsících věku a alespoň heredita jednoho z rodičů. Děti s familiární historií alergie mají riziko nemoci pohybující se mezi 50–80 % oproti 20 % riziku u dětí bez alergie. Kohorta byla rekrutována

ze Západní Austrálie. V posledním trimestru těhotenství byla sledována strava z hlediska přívodu vitamínu D. Po porodu byla z 9 ml krve z umbilikální nebo placentární vény vyšetřována koncentrace vitamínu D chromatografickou metodou v laboratoři v Melbourne.

Neonatální koncentrace vitamínu D byla nižší než pupečnicková. Kontroly v roce věku byly prováděny podle kritérií SCORAD indexu atopického ekzému. Nutno podotknout, že v dnešní době jsou pod atopický ekzém zahrnovány i mnohé kontaktní dermatitidy, proto je dodržování tohoto indexu velmi důležité. Tyto omyly se objevují v dětském lékařství i u dermatologů. (Vox uveřejní v brzké budoucnosti evropskou klasifikaci tohoto indexu.)

Alergická senzibilizace byla klasifikována pomocí prick testu užitím společných alergenových extraktů. Potravinová alergie pomocí IgE byla klasifikována pomocí symptomů v 60. minutě po stravě nebo za použití kožního testu s daným potravinovým alergenem.

V této vysoce alergické populaci se zjistilo, že více než 40 % kojenců mělo deficienci vitamínu D a 40 % mělo potravinovou alergii, ekzém nebo atopii. 230 vzorků bylo detekováno na hranici významnosti 0,05. Také byla analyzována diference mezi koncentrací vitamínu D v pupečnickové krvi a koncentrací v měsíci věku daných kojenců. Střední koncentrace vitamínu D (CB 25(OH)D3) byla 58,4 nmol/l. Koncentrace byla signifikantně variabilní v měsíci po porodu, v ročních obdobích, kdy byla evidentně vyšší v létě a na podzim než na jaře. Nejvyšší hodnoty přes 75 nmol/l byly patrné na konci léta. Koncentrace byla také vyšší u bílé populace než u Asiatů. Nebyl zjištěn vztah mezi koncentrací vitamínu D a věkem matky nebo její mírou edukace. Také se zjistilo, že 85 % žen mělo přívod vitamínu D menší, než je doporučená dávka. Vitamin D však užívalo 91 % matek. Tento přívod signifikantně koreloval s koncentrací vitamínu D. Vlastní dieta u matek nehrála důležitou roli. Asociace mezi CB 25(OH)D3 a alergickými průběhy: Alergický genotyp mělo 34 % sledovaných kojenců. Koncentrace byla signifikantně nižší u kojenců, u kterých se vyvinul ekzém ve 12 měsících věku. Riziko ekzému klesalo s vyšší koncentrací vitamínu D. Koncentrace vitamínu D se nelišila u IgE vázaného a IgE nevázaného ekzému. Nebyla zjištěna vazba mezi koncentrací vitamínu D a senzibilizací. Z hlediska potravinové alergie převládaly buráky, vajíčka a mléko. Nebyla

zjištěna žádná korelace mezi koncentrací vitamínu D a recidivujícím kašlem. Speciální přívod vitamínu D matkám v době gravidity nebyl v asociaci s rizikem vývoje ekzému. Nyní je otázkou relace mezi fetálním vitamínem D a predispozicí pro alergická onemocnění. Bylo ale nalezeno jen 24 % kojenců s optimální koncentrací vitamínu D více než 75 nmol/l. Autoři mj. v jiných publikacích uvádějí vazbu mezi nízkým materiálním příjmem vitamínu D v graviditě a zvýšeným rizikem kojeneckého ekzému. Zde potvrzená sezónní variace koncentrace vitamínu D je podporou pro hypotézu nezávislé asociace s ekzémy. Je také možné, že vitamin D hraje roli na sliznicích v narušení bariérové funkce a tím i mikrobiální aktivity. Fortifikace vitamínem D v Austrálii není oficiálně prezentována. Nicméně vliv vitamínu D na stav imunity u dětí je dnes již zcela nepochybný. Deficit vitamínu D se nedostatečným pohybem dětí i dospělých na slunci a používáním krémů nadále rychle prohlubuje, jak svědčí i nedávno ve Voxu uveřejněná studie autorek z Brna.

Pediatrics 2012;130(5):1128–1135

■ Účinky dietní restrikce během laktace na alergii dětí v 10 letech

V práci byly zjišťovány účinky diety u matek během laktace na výskyt atopických symptomů, vývoj IgE protilátek a procento pozitivity kožních prick testů. Celkem bylo zahrnuto 65 dětí s atopickou anamnézou, jejichž matky dodržovaly dietu bez vajec, kravského mléka a ryb během prvních tří měsíců laktace. Porovnávány s kontrolní skupinou 50 dětí bez uvedeného ovlivňování. Děti byly sledovány od 3 měsíců do 10 let. Hodnoty IgE protilátek proti 7 potravinám a 7 inhalačním alergenům byly určovány pomocí testů. Nebyly zjištěny rozdíly mezi skupinami ohledně frekvence reakcí na chovaná domácí zvířata a následných potíží, vývoje celkového IgE, ale zjištěna vyšší míra senzibilizace dětí matek, které dietu nepraktikovaly. Celková reaktivita dětí na potraviny ve skupině dětí matek dodržujících dietu byla nižší. Senzibilita dětí na tři výše uváděné potraviny byla signifikantně nižší. Senzibilita dětí na inhalační alergeny byla obdobná v obou skupinách.

Acta paediatr. scand. 1999;88(1):7–12

*Ve spolupráci s firmou Pfizer připravil
MUDr. Jiří Liška, CSc.*



Aktuality...

Světové prvenství České republiky v certifikaci WHO-HPH (Health Promoting Hospitals & Health Services)

Ministerstvo zdravotnictví ČR považuje za prioritní oblast českého zdravotnictví kontinuální zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Proto se Česká republika účastní mezinárodního projektu pod záštitou Světové zdravotnické organizace (WHO) – HPH Recognition Project, který vede nemocnice k tomu, aby kladly větší důraz na podporu zdraví a prevenci nemocí než pouze na diagnostické a terapeutické služby. Podpora zdraví vrací do popředí slovo pacient.

V rámci tohoto projektu dosáhla ČR čestného světového prvenství tím, že 3 HPH nemocnice v prosinci 2013 ukončily práci na projektu a získaly HPH certifikát.

Jednalo se o Nemocnici Valašské Meziříčí a Nemocnici Pelhřimov, kterým gratulujeme k udělení zlatého certifikátu, a o Nemocnici Jihlava, která získala stříbrný certifikát.

Všem zástupcům HPH nemocnic děkujeme za spolupráci a těšíme se na závěrečné zhodnocení projektu ve zbývajících 5 nemocnicích, které se bude konat v červnu 2014.

Převzato z http://www.mzcr.cz/dokumenty/svetove-prvenstvi-ceske-republiky-v-certifikaci-who-hph-_8559_1.html

Konference regenerativní medicíny v Kalifornii se zúčastnilo téměř 700 odborníků z celého světa

Nedávno proběhla světová konference regenerativní medicíny v Kalifornii, kde se sešli největší lídři oboru. V letošním roce se sešlo téměř 700 odborníků z celého světa včetně lékařů, vědců a investorů i zástupců PrimeCell Therapeutics a.s.

Cílem konference je každoročně dostat odborníky z celého světa pod jednu střechu za účelem projednání aktuální situace a nejnovějších trendů v oblasti. V letošním roce se odborníci jednotně shodli, že nejlepším současným příkladem v tomto průmyslu je Japonsko, které se velmi rychle etabluje do pozice globálního lídra oblasti regenerativní medicíny. Podle The Wall Street Journal Japonsko nedávno ohlásilo investici v hodnotě 64 miliard Kč do výzkumu využívající pluripotentní kmenové buňky k léčbě vážných onemocnění, kde současné léčebné postupy pacientům nedostatečně pomáhají. Dr. Gil Van Bokkelen, předseda jedné z nejúspěšnějších společností na světě v tomto odvětví, společnosti Athersys, představil během konference novinky v léčbě a průběžné výsledky jejich současných klinických studií z oblasti regenerativní medicíny.

Jejich právě probíhající klinické studie se například zabývají léčbou cévní mozkové příhody, akutním infarktem myokardu, léčbou závažných onemocnění střev či prevencí reakce štěpu (darovaných buněk) proti hostiteli (tělu nemocného) při transplantacích (GvHD). Představitelem regenerativní medicíny v České republice je společnost PrimeCell Therapeutics a.s., která v současné době buduje největší biotechnologický park pro vývoj nových léčivých přípravků

a produktů regenerativní medicíny ve střední Evropě. Tyto produkty slibují postup v léčbě vážných onemocnění, jako jsou vážné srdeční a cévní ischemické choroby, onemocnění pohybového aparátu, post-traumatické stavy, diabetes, degenerativní onemocnění nebo revmatismus. Unikátní biotechnologický park 4MEDi současně vytvoří potřebu stovek pracovních míst vědcům a výzkumníkům z oblasti buněčné terapie, genetiky, biologie, materiálového inženýrství, nanotechnologií či farmakologie. Biotechnologický park 4MEDi, který se nachází v Ostravě, je spolufinancován EU z Evropského fondu pro regionální rozvoj v rámci programu OPPI – Prosperita.

PrimeCell Therapeutics a.s. již ve svém portfoliu vlastní Národní Centrum Tkání a Buněk a.s., které jako jediné v České republice nabízí léčbu poraněné kloubní chrupavky s využitím vlastních buněk pacienta. Tento léčivý přípravek spadá do oblasti regenerativní medicíny a je současně jediným produktem regenerativní medicíny, který je využíván v léčebné praxi v České republice. Úspěšně bylo odléčeno již přes 400 pacientů s poraněnou kloubní chrupavkou. Spoluvlastníkem Národního Centra Tkání a Buněk a.s. je Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Zdroj: novinky.cz, 25. 11. 2013

Dva lékaři získali cenu ministra za pomoc zdravotně postiženým

Profesor Jan Betka a docent Zdeněk Kabelka dostali ocenění za rozvoj kochleárních implantátů.

Cenu ministra zdravotnictví za rozvoj zdravotně sociální péče, kterou ministři udělují od roku 2006, letos získali dva lékaři. Prof. MUDr. Jan Betka, DrSc., v současnosti působí ve Fakultní nemocnici v Praze-Motole. Tamější centrum kochleárních implantátů slaví letos 20 let své činnosti. Právě profesor Betka byl jedním z duchovních otců této pomůcky, která navrácí sluch dětem i dospělým. Doc. MUDr. Zdeněk Kabelka, Ph.D., působí rovněž v Motole. Na práci profesora Betky úspěšně navázal a v současné době vede program kochleární implantace u dětí. Za 20 let trvání Centra implantoval doc. Kabelka 520 dětí a obor dále rozšířil možnostmi implantace sluchadel do spánkové kosti a posléze zavedením screeningu sluchu u novorozenců. Další cenu ministra zdravotnictví, tentokrát za práci ve prospěch zdravotně postižených občanů, si letos odnesla Mgr. Ivana Šámalová, ředitelka Svazu postižených civilizačními chorobami.

Zdroj: doktorvlach.cz, 11. 12. 2013

V kolik hodin by chtěli mít pacienti v nemocnici budíček?

Spousta z nich by snesla delší spánek. Ale ne o mnoho.

Na relativně časný začátek pracovní doby v nemocnici si zřejmě zvykli lékaři a svolní jsou k němu i hospitalizovaní pacienti, kteří jsou obvykle buzení mezi šestou a sedmou hodinou. Tato doba vyhovuje asi třetině pacientů. Necelá polovina by si radši ještě pospala, ovšem jen o pár minut, do sedmi hodin. Jen každý desátý pacient by chtěl být probuzen až později. Naznačují to zjištění z celostátního



projektu Nemocnice ČR 2013, který vyhláší nezisková organizace HealthCare Institute.

Co je pro koho ideální

Na otázku, jaká je ideální doba buzení pacientů, odpovědělo 49 085 hospitalizovaných osob. Co říkaly?

Nevím	7,8 %
6.00 h	35,4 %
7.00 h	44,7 %
8.00 h	9,9 %
9.00 h	1,4 %
10.00 h	0,9 %

Zdroj: doktorvlach.cz, 12. 12. 2013

Studovali vaši předkové na Karlově univerzitě? Podívejte se do matriky

Univerzita zpřístupňuje na webu historické záznamy o promoci svých doktorů, dá se v nich i snadno vyhledávat.

Univerzita Karlova vylepšuje internetový přístup k záznamům o doktorech (nejen medicíny), kteří na ní promovali. V současné době jsou digitalizovány záznamy o 24 tisících studentů z let 1882 až 1939. Poválečné matriky musejí na zveřejnění počkat kvůli ochraně osobních údajů.

Nově jsou na webu k vidění i naskenované matriky Německé univerzity v Praze (až do roku 1945), v nich se však zatím dá jenom „listovat“ jako v knize, vyhledávání podle jmen bude k dispozici až později. Pokud máte v rodině doktory z Karlovy univerzity, můžete se podívat, kdy promovali a s kým. Možná právě s nimi promoval třeba lékař a spisovatel MUDr. Vladislav Vančura (zápis o jeho promoci můžete vidět <https://is.cuni.cz/webapps/archiv/public/book/bo/1880468962510516/417/?lang=cs>).

Matriku i vyhledávací okno najdete na webu univerzity <http://is.cuni.cz/webapps/archiv/public/?lang=cs>.

Zdroj: doktorvlach.cz, 13. 12. 2013

Aspartam, až na jednu výjimku, není škodlivý, říká nové posouzení

Vydala je odborná skupina Evropského úřadu pro bezpečnost potravin.

Umělé sladidlo aspartam, jež je asi dvěstěkrát sladší než cukr, zůstává od svého schválení ke konzumaci lidmi před 30 lety v USA stále v podezření, že způsobuje zdravotní potíže. Sladí se jím však tisíce nápojů, cukrovinek a dalších potravin (v Evropě má kód E951). Nyní vydala odborná skupina pro potravinové přísady pracující pro Evropský úřad pro bezpečnost potravin (EFSA) stanovisko, které aspartam označuje za neškodný.

Výjimka u fenylketonurie

To neplatí jen u lidí, kteří trpí fenylketonurií (PKU). Toto dědičné metabolické onemocnění, které, když zůstane neléčeno, může způsobit vážné poškození mozku, postihuje jednoho z devíti tisíc až deseti tisíc lidí. Je obecně známo, že tito nemocní nemohou aspartam dobře metabolizovat.

Ostatním nebezpečí nehrozí

Odborná skupina informovala, že připravila zatím nejdůkladnější hodnocení rizik aspartamu. Kromě zmíněné rizikové skupiny osob s fenylketonurií však pro nikoho jiného žádné jiné nebezpečí neprokázala, za předpokladu nepřekračování denní dávky 40 mg na kilogram tělesné hmotnosti (u člověka o hmotnosti 60 kg to představuje množství 2,4 g aspartamu, což je ekvivalentem 480 gramů cukru za den).

Více informací (v angličtině) můžete najít na webu EFSA <http://www.efsa.europa.eu/en/press/news/131210.htm>.

Zdroj: doktorvlach.cz, 14. 12. 2013

INZERCE

286 10-13

Přijmu kolegu do své ordinace PLDD v Praze 9 na úvazek 0,5-1,0, plat dohodou, tel. 602 654 841.

287 10-13

Prodám dobře zavedenou ordinaci PLDD v klidném prostředí vesnice asi 30 km od Olomouce. Tel. 732 600 744.

288 10-13

Prodám zavedenou praxi PLDD v Praze. Tel.: 608 729 182.

290 11-13

Koupím praxi PLDD v Praze, telefon: 774 206 791, volejte po 19. hodině.

291 11-13

V roce 2014 přenechám zavedený obvod praktického pediatra. Jedná se o venkovský obvod v blízkosti Opavy. Telefon 736 768 994.

292 11-13

Přijmu lékaře do ordinace PLDD v okrese Kladno. Ev. praxi prodám, 1000 dětí. Tel. 774 407 530.

293 11-13

Hledám lékaře pro převzetí pediatrické praxe v okrese Brno-venkov. Tel. 544 228 359.

294-12-13

Akreditovaná ordinace PLDD v Brandýse n/L. přijme na malý úvazek lékaře. Kontakt: tel. 326 902 310, 739 202 858, e-mail: pediatrie.brandys@gmail.com

295-12-13

Přenechám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Brně. Tel. 607 950 602.

**V této rubrice je možné otisknout požadavky na zástupy, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod.
Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma.**

Autodidaktický test 1/2014

Posuzování zdravotní způsobilosti ke sportu

1. Posuzování zdravotní způsobilosti vychází ze zákona č. 373/2011 Sb. (o specifických zdravotních službách). Dle tohoto dokumentu se provádí i posuzování způsobilosti ke sportovní aktivitě.

- a) Posouzení a lékařský posudek pro vrcholový sport a přípravu na něj je oprávněn vydat registrující PL/PLDD nebo poskytovatel se specializací v oboru sportovní lékařství
- b) Posouzení a lékařský posudek pro účast na tělesné výchově v rámci vzdělávacích programů, včetně omezení, je oprávněn vydat registrující PL/PLDD
- c) Posouzení a lékařský posudek pro výkonnostní sport v organizovaných sportovních soutěžích je oprávněn vydat registrující PL/PLDD nebo poskytovatel se specializací v oboru sportovní lékařství
- d) Posouzení a lékařský posudek pro výkonnostní sport v organizovaných sportovních soutěžích je oprávněn vydat výhradně poskytovatel se specializací v oboru sportovní lékařství

2. Tři čtvrtiny českých dětí nesplňují ani minimální doporučenou dobu pohybové aktivity. Ta činí:

- a) 30 minut každý den v týdnu
- b) 45 minut každý den v týdnu
- c) 60 minut každý den v týdnu
- d) 75 minut každý den v týdnu

3. Při rozhodování ke způsobilosti ke sportovním aktivitám na úrovni školní tělesné výchovy a výkonnostního sportu by měl posuzující lékař (PLDD) provést prohlídku v rozsahu:

- a) základní anamnéza, výška, hmotnost, BMI, vizus, TK v klidu, frekvence srdeční po zátěži, frekvence dechová po zátěži, moč chemicky, KO
- b) základní anamnéza, výška, hmotnost, BMI, vizus, TK v klidu, frekvence srdeční v klidu, frekvence dechová v klidu, moč chemicky, KO, ALT, krevní skupina
- c) základní anamnéza, výška, hmotnost, BMI, vizus, TK v klidu, frekvence srdeční v klidu, frekvence dechová v klidu, moč chemicky
- d) základní anamnéza, výška, hmotnost, BMI, vizus, sluch, TK v klidu a po zátěži, frekvence srdeční po zátěži, frekvence dechová po zátěži, Hb, pulsní oxymetrie, glykémie

4. PLDD má možnost vyžádat si konzultaci tělovýchovným lékařem při rozhodování k posouzení způsobilosti žadatele pro sportovní aktivity. K tomuto vyšetření by mělo být odesláno dítě zejména v případech:

- a) vždy
- b) zjištění odchylky od fyziologických hodnot
- c) výskytu náhlé smrti v rodinné anamnéze
- d) synkopy v osobní anamnéze
- e) dispenzarizace pro chronické onemocnění
- f) na začátku sportovní aktivity a následně 1× ročně

5. Odpovědnost za absolvování prohlídky k posouzení způsobilosti pro sportovní aktivity nese:

- a) sám sportovec
- b) registrující praktický lékař (PL, PLDD)
- c) rozhodčí, pokud sportovec nemá platný posudek o provedení tělovýchovnělékařské prohlídky
- d) trenér, pokud se jedná o vrcholový sport nebo přípravu na něj
- e) organizátor sportovní soutěže, pokud sportovec nemá platný posudek o provedení tělovýchovnělékařské prohlídky



Linola®

Osvědčená kombinace pro **suchou**, citlivou a **atopickou** pokožku

Linola Fett Ölbad

- základní celotělová péče
- vstřebávání lipidů v průběhu celé koupele
- nejprodávanější olejová přísada v ČR



Linola Fett

- intenzivní péče o pokožku
- vysoký obsah lipidů – 60%
- vynikající snášenlivost

Linola Fett Ölbad

Složení: 100 g tekutého přípravku obsahuje tekutý parafin 48g, (Hexadecyltetradeceyl-2-ethylhexanoat)-nopolymerystat (Ph. Eur.363:1) 44,00g, α-Dodecyltetradecyl-α-hydroxypropylcycloethyl-5-1g, α-Dodecyl-α-hydroxypropylcycloethyl-2-6g. **Léková forma:** Přísada do koupele. Cca. 10ml nahradí olejový roztok. **Indikace:** K podpoře léčby suchých nebo šupinatých dermatit, jako například atopická dermatitida a neurodermatitida (atopická ekzém). Přípravek lze použít u dospělých, dětí i kojenců. **Kontraindikace:** Při přecitlivělosti na léčivé a pomocné látky. Při akutních formách pustulárního psoriázu, poranění kůže. Při horečnatých onemocněních, tuberkulóze, těžkých střevních vadách a poruchách krevního oběhu, jakož i vysokého tlaku by se nemělo vyvolat nejen plný lázeň, ale ani používat přípravek Linola-Fett-Ölbad. **Dávkování a způsob podání:** Pokud není lékařem předepsáno jinak, používá se takto: Pro plnou koupel 30-40ml přípravku Linola-Fett-Ölbad. Při částečné koupeli 2 ml přípravku Linola-Fett-Ölbad. Při sprchování: 20 ml přípravku Linola-Fett-Ölbad. Před nebo částečně koupele používáme po dobu 4 týdnů. Koupele je možno provádět každé 2-3 dny. Odláka koupele by neměla přesáhnout 20 minut. U kojenců a malých dětí postačí několikam minutová koupel. Při sprchování se nejprve namočí Linola-Fett-Ölbad přímo na vlhkou kůži a potom otmáčíje. Teplota lázně by neměla překročit 38°C, lázeň by měla být teplou a se silným efektem zvlhčování. Jestliže se objeví svědění, snižte teplotu lázně na 37°C nebo snižte, pokud je pro pacienta snesitelné. Po koupeli pokožku lehce osušte ručníkem. Silné osušení a tření pokožky neprospívá účinku. **Nežádoucí účinky:** Časté: (>1% - <10%) výskyt lokální (stomatitida, kožní reakce, svědění) nebo svědění kůže. Náhodné: (>0,01% - <1%) výskyt kožní reakce ve formě kontaktního ekzému, svědění a svědění kůže. Vzácné: (>0,01% - <0,1%) výskyt alergické reakce a svědění kůže. **Doba použitelnosti:** 3 roky, po prvním otevření - 12 měsíců. **Datum revize textu:** 28.4.2010. **Reg.č.:** 4510E/193-C.

Linola Fett

Složení: 100 g krému obsahuje 0,815 g nenasycených mastných kyselin (C 18:2 - mastné kyseliny). **Léková forma:** Krém. Sube naftový. Hladký krém. **Indikace:** Pomocná léčba v případech mírné až středně těžké formy atopického ekzému (neurodermatitida) v subakutním až chronickém stádiu. **Kontraindikace:** Linola - Fett není byt používána při přecitlivělosti (alergii) na nenasycené mastné kyseliny, podzemní (anatólie) nebo soju, cetylsterol, alkohol, tuk a vůň. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklé dávkování: nanáší se několikrát denně volně na suchou kůži, použít lze i denně je dostatečné. Způsob podání: Linola - Fett se rovnoměrně nanáší na suchou kůži. **Nežádoucí účinky:** Časté: (>1% - <10%) výskyt lokálních kožních reakcí (např. kožní dermatitida), se zarudnutím a pálením nebo svědění kůže. Vzácné: (>0,01% - <0,1%) může podzemní olej vyvolat těžkou alergickou reakci. **Doba použitelnosti:** neověřena - 3 roky, po prvním otevření 12 měsíců. **Datum revize textu:** 16.1.2003. **Reg.č.:** 46/112/95-C. Přípravky lze vyřadit i bez lékařského předpisu.

Podmínky úhrady - viz. Obalník VZP nebo na www.sukl.cz

**LINOLA
SLAVÍ 75 LET**



Výhradní zastoupení pro ČR a SR
Medac spol. s r.o. | Sirotkova 45 | 616 00 Brno | linola@medac.cz
www.linolaproducti.cz

InfanrixTM hexa



SPOLEČNÝ PŘÍBĚH

LÉKAŘŮ

Děti

RODIČŮ

Proověřený léty

MŮŽETE SE SPOLEHNOUT

Zkrácený Souhrn údajů o přípravku

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Infanrix hexa, prášek a suspenze pro přípravu injekční suspenze v předepsané injekční stříkačce. Vakcína proti diftérii (D), tetanu (T), pertusi (acelulární komponenta) (Pa), hepatitidě B (rDNA) (HBV), poliomylitidě (inaktivovaná) (IPV) a konjugované vakcína proti *Haemophilus influenzae* typu b (Hib), (adsorbovaná). **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Po rekonstituci jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: *Diphtheriae* anatoxinum ne méně než 30 mezinárodních jednotek (IU), tetani anatoxinum ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU), pertussis anatoxinum 25 mikrogramů, *Haemophilus influenzae* filamentosus 25 mikrogramů, pertactinum 8 mikrogramů, antigenum hemagglutininu hepatitidis B 10 mikrogramů, virus poliomylitidy (inaktivovaný) typus 1 (kmen Mahoney) 40 0 jednotek antigenu, typus 2 (kmen MEF-1) 8 D jednotek antigenu, typus 3 (kmen Sakitt) 32 D jednotek antigenu, *Haemophilus influenzae* typus b polysaccharidum 10 mikrogramů (polyborytritolní phasace) conjugata cum tetani anatoxinem jako nosným proteinem přibližně 25 mikrogramů, pomocné látky: hydroxid hlinitý, hydratedý hlinitý, 0,5 miligramů $Al(OH)_3$, 0,5 miligramů $Al(OH)_3$, fosforečnan hlinitý (NPO₃) 0,32 miligramů $AlPO_4$, bezvodé laktózy, chlorid sodný (NaCl), kultivační médium M 199 obsahující kvasinky, minerální soli a vitamíny, voda na injekci. **Indikace:** Infanrix hexa je určen pro základní očkování a přeočkování dětí proti diftérii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, poliomylitidě a onemocnění způsobeným *Haemophilus influenzae* typu b. **Dávkování a způsob podání:** Základní očkovací schéma spočívá v podání tří 0,5 ml dávek (například ve 2., 3., 4. měsíci ve 3., 4., 5. měsíci a ve 2., 4., 5. měsíci) nebo dvou dávek (například ve 3. a 5. měsíci). Mezi jednotlivými dávkami musí být interval nejméně 1 měsíc. Jestliže je při narození podána první dávka vakcíny proti hepatitidě B, může být od věku 6 týdnů k podání dalších dávek vakcíny proti hepatitidě B použita vakcína Infanrix hexa. Pokud se druhá dávka vakcíny proti hepatitidě B podává před dosažením tohoto věku, je nutné použít monovalentní vakcínu proti hepatitidě B. Po očkování 2 dávkami vakcíny Infanrix hexa (například ve 3. a 5. měsíci) se musí podat posilovací dávka nejméně 6 měsíců po podání poslední dávky základního očkování. Upřednostňuje se podání mezi 11. a 13. měsícem věku dítěte. Po očkování 3 dávkami vakcíny Infanrix hexa (například ve 2., 3., 4. měsíci ve 3., 4., 5. měsíci a ve 2., 4., 5. měsíci) se musí podat posilovací dávka nejméně 6 měsíců po podání poslední dávky základního očkování. Upřednostňuje se podání před 18. měsícem věku dítěte. Bezpečnost a účinnost vakcíny Infanrix hexa u dětí starších 36 měsíců nebyla stanovena. Infanrix hexa je určen k hluboké intramuskulární aplikaci. Další dávky je vhodné podávat vždy do opožděné končetiny, než byla podána předchozí dávka. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivé látky nebo na jakékoli pomocné látky nebo na neomycin a polymyxin. Přecitlivělost po předchozí aplikaci vakcín proti diftérii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, poliomylitidě nebo Hib. Infanrix hexa je kontraindikován u dětí, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku vyvinula anafylaktická nežádoucí reakce. V takových případech se musí očkování proti pertusi přerušit a dále se očkují jen vakcínami proti zářetku, tetanu, hepatitidě B, poliomylitidě a Hib. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace vakcíny Infanrix hexa musí být odložena u osob trpících vážným akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost slabé infekce však není považována za kontraindikaci. **Zvláštní upozornění:** Jestliže dojde v časové souvislosti s aplikací vakcíny obsahující pertusovou složku k některé z dále popsaných reakcí, je nutné řádně zvážit podání dalších dávek vakcín, které pertusovou složku obsahují. Teplota $\geq 40,0^\circ C$ během 48 hodin po očkování s naprokovazou jinou souvislostí, klopas nebo šokový stav (hypotenzní-hyporeaktivní epizoda) během 48 hodin po očkování, trvalý nevolnostný pláč trvající ≥ 3 hodiny během 48 hodin po očkování, křeče s horečkou nebo bez ní během prvních 3 dnů po očkování. Za určitých podmínek, například v případě vysokého výskytu dávivého kašle, však očekávaný přínos imunizace převládá nad možným rizikem. Podobně jako u jiného očkování by se měl pečlivě zvážit prospěch a riziko imunizace vakcínou Infanrix hexa nebo její odklad u kojenců nebo u dětí trpících nástupem nové ataky nebo progresí závažné neurologické poruchy. Stejně jako u jiných injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro případ rozvoje anafylaktického šoku okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Nemocným s trombocytopenií a s pánčnými srážlivostí krve musí být vakcína Infanrix hexa aplikována se zvýšenou opatrností, neboť po intramuskulárním podání může dojít ke krvácení. Infanrix hexa nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně. Podobně jako u jiných vakcín, nemusí být u všech očkovanych jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď. Výskyt febrilních křečí v anamnéze dítěte, výskyt febrilních křečí nebo SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) v rodinné anamnéze není kontraindikací pro použití vakcíny Infanrix hexa. Očkovávané jedince, u nichž se v anamnéze febrilní křeče vyskytly, je třeba pečlivě sledovat, protože se tyto nežádoucí účinky mohou během 2 až 3 dnů po vakcinaci objevit. Infekce HIV nepředstavuje kontraindikaci pro vakcinaci. Předčasně narozeným dětem je možné na základě zmazaných údajů získaných od 169 předčasně narozených dětí vakcínu Infanrix hexa podat. Nicméně, byla zameraná níže imunitní odpověď a 0,5 ml dávka. Infanrix hexa nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně. Podobně jako u jiných vakcín, nemusí být u všech očkovanych jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď. Výskyt febrilních křečí v anamnéze dítěte, výskyt febrilních křečí nebo SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) v rodinné anamnéze není kontraindikací pro použití vakcíny Infanrix hexa. Očkovávané jedince, u nichž se v anamnéze febrilní křeče vyskytly, je třeba pečlivě sledovat, protože se tyto nežádoucí účinky mohou během 2 až 3 dnů po vakcinaci objevit. Infekce HIV nepředstavuje kontraindikaci pro vakcinaci. Předčasně narozeným dětem je možné na základě zmazaných údajů získaných od 169 předčasně narozených dětí vakcínu Infanrix hexa podat. Nicméně, byla zameraná níže imunitní odpověď a 0,5 ml dávka. Infanrix hexa nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně. Podobně jako u jiných vakcín, nemusí být u všech očkovanych jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** O současném podání vakcíny Infanrix hexa a kombinované vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zářetkám nejsou k dispozici dostatečné údaje týkající se účinnosti a bezpečnosti, které by umožnily stanovit nejvyšší doporučení. Údaje vycházející ze současněho podání Infanrixu hexa a Prevenaru (pneumokokové sacharidová konjugovaná vakcína, adsorbovaná) neprokázaly při základní vakcinaci 3 dávkami u dětí z antigenů klinicky relevantní ovlivnění protilátkové odpovědi. **Těhotenství a kojení:** Údaje nejsou k dispozici. **Nežádoucí účinky:** Míže uvedený bezpečnostní profil je založen na údajích získaných od více než 16 000 subjektů. Nežádoucí účinky jsou seřazeny podle frekvence výskytu. Frekvence jsou hlášeny jako: velmi časté ($\geq 1/10$); nečasté, neobvyklé ploidivast, podrážděnost, neklid, horečka $\geq 39^\circ C$, lokální otok v místě vpichu (≤ 50 mm), únava, bolest, zarudnutí. Časté ($\geq 1/100$, $< 1/10$); nervozita, průjem, zvracení, horečka $> 39^\circ C$, reakce v místě vpichu, včetně indurace, lokální otok v místě vpichu (> 50 mm). Mírně časté ($\geq 1/1000$, $< 1/100$); spavost, kašel, dikční otok končetiny, do které byla vakcína aplikována, občas postihující přilehlý kloub. Vzácné ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$); vyrážka. Velmi vzácné ($< 1/10000$); křeče (s nebo bez horečky), dermatitida. "U dětí očkovanych v rámci základní imunizace vakcínami obsahujícími acelulární pertusovou složku je po přeočkování pravděpodobnější výskyt otoků v srovnání s dětmi očkovany celobuněčnými vakcínami. Tyto reakce odezní průměrně za 4 dny. **Inkompatibilita:** Infanrix hexa nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce ($2^\circ C - 8^\circ C$). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po rekonstituci se doporučuje použít vakcínu ihned. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals s. a. Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo(a):** EU/1/00/152/001-008. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 23. 10. 2000/23. 10. 2010. **Datum revize textu:** 6. 9. 2013. Lék je vložán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se prosím seřadíte s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku i na www.gsk.compendium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s. r. o., Hlávňova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPLN platná ke dni 9. 12. 2013.

Bezpečnost a účinnost vakcíny Infanrix hexa u dětí starších 36 měsíců nebyla stanovena. Podobně jako u jiných vakcín, nemusí být u všech očkovanych jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď.

GlaxoSmithKline s. r. o., Hlávňova 1734/2c, 140 00 Praha 4, Česká republika, tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz

CZ/INF/0002/13

