

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

duben 2014
číslo 4 • ročník 14



téma čísla

Dětská gynekologie



- Poskytovatelé zdravotních služeb formou s.r.o.
- Jak hodnotit bolestné a ztížení společenského uplatnění
- Prodej lékařských praxí
- Dětská gynekologie
- Syndrom úplné androgenní insenzitivity
- Onemocnění nadledvin
- Hygiena genitálu malých děvčat
- Ošetrovatelská péče v dětské gynekologii
- 8. kongres primární péče



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



Časopis je pravidelně podporován:



**STOP
zácpě**

Efektivní řešení zácpy, které Vás příjemně překvapí

**Trápí Vaše malé pacienty zácpa?
Vyzkoušejte Nutrilon Comfort.**

- Změkčuje stolicí a zmírňuje zácpu díky unikátní směsi tuků Betapol
- Lehce stravitelný díky obsahu částečně hydrolyzované bílkoviny
- Prebiotická směs scGOS/lcFOS (9 : 1) podporuje rozvoj pozitivní střevní mikroflóry

**ÚČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY^{1,2}**



NUTRILON JE JEN JEDEN

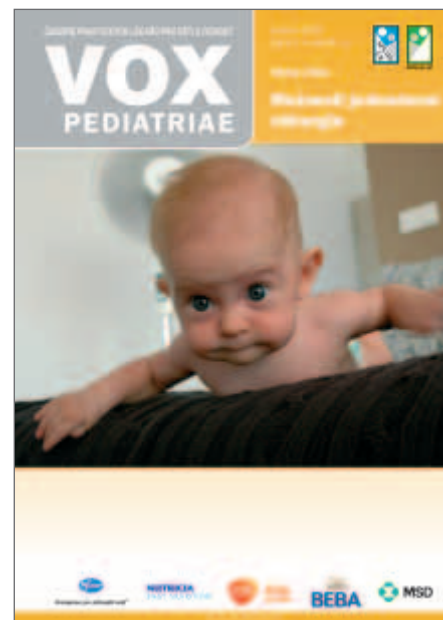


¹ Bongers ME et al., The clinical effect of a new infant formula in term infants with constipation: a double-blind, randomized cross-over trial. Nutrition Journal (2007); 6: 8.

² Savino F et al., „Minor“ feeding problems during the first months of life: effect of a partially hydrolysed milk formula containing fructo- and galacto-oligosaccharides. Acta Paediatrica (2003); Suppl 441: 86-90.

Kojení je nejvhodnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na obalech a webových stránkách www.nutrklub.cz.
Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely. BF310991.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	Ing. František Elis	9
	Poskytovatelé zdravotních služeb formou s.r.o.	
	JUDr. Jan Mach	
	Jak hodnotit bolestné a ztížení společenského uplatnění po zrušení vyhlášky č. 440/2001 Sb.	10
	Mgr. Aleš Buriánek	11
	Prodej lékařských prací – stále aktuální téma	
	Informace OSPDL ČLS JEP	14
	MUDr. Drahoslava Krhounková	15
	Dětská gynekologie	
	MUDr. Eliška Hrdonková	17
	Syndrom úplné androgenní insenzitivity	
	MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D.	19
	Onemocnění nadledvin	
	MUDr. Mgr. Jana Sudková	
	Hygiena genitálu malých děvčat a její význam při prevenci onemocnění zevních rodidel	22
	Bc. Martina Romanová	23
	Ošetrovatelská péče v dětské gynekologii	
	MUDr. Peter Szitányi	25
	Role enterální výživy u nespecifických střevních zánětů v pediatrii	
	8. kongres primární péče	
	Prevence infekčních onemocnění u dětí a dospělých – quo vadis?	28
	Očkování v zrcadle faktů, příklad první: HPV	
	Ze světa odborné literatury	33
	Aktuality	34
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Kašel, respirační onemocnění	38
	Postup poskytovatelů zdravotních služeb při propouštění novorozenců do vlastního sociálního prostředí	-
	Příloha č. 2 – upravená pro potřeby PLDD	



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ABBOTT

GSK

MSD

NUTRICIA

ORION

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

Titulní strana: Nelinka, foto Jiří Prokeš.

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 inzercí 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 inzery
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:

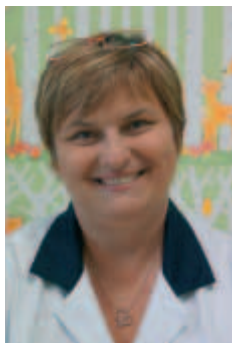
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:

telefon: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekar.cz



Vážení kolegové,

čas běží jako bláznivý a ve víru událostí, pracovních jednání a problémů, které se na nás hrnou, je těžké se zastavit a popřemýšlet nad tím, co je prioritou pro nás – zástupce praktických lékařů pro děti a dorost. Určitě je to zachování oboru praktický lékař pro děti a dorost. Roky jsme usilovali o jeho legislativní zakotvení. Roky se budoval systém vzdělávání a je naší snahou společně s OSPDL udržet a zvyšovat jak kvalitu vzdělávání nových PLDD, tak i kvalitu péče v ordinacích PLDD stávajících. Náplň práce v ordinacích se s postupem doby mění a přicházejí nové požadavky na výkon naší práce, jsou časově náročnější a zejména náročnější administrativně. Dnes nestačí rozdělit harmonogram naší činnosti na kurativu, návštěvní službu a prevenci. Stále více času nám zabírá posudková činnost, která se kvalitativně mění a také jí přibývá. Nová legislativa, která nařizuje, co je podkladem posudku, jak má vypadat, jak se má předat a evidovat, nám vymezuje další hodiny práce, které bychom měli věnovat

této činnosti. Od 1. 1. 2014 nově i posudkům o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu. To vše je provázáno spoustou otazníků, které nejsou uspokojivě zodpovězeny. PLDD se tak stává kromě své tradiční činnosti lékaře první volby (kde se rozvíjí zavádění rychlé diagnostiky, účinná ambulantní léčba, uplatňují se individuální očkovací kalendáře u dětí na přání rodičů atd.) i lékařem posudkovým. PLDD se stává stále více manažerem, který musí zvládnout logistiku zajištění očkování, jsou na něj kladeny požadavky na znalost zdravotnické legislativy (nutná znalost právního minima v oblasti zdravotnictví), na znalost práce s počítačem. Nemohu vynechat stále rostoucí nároky na správnou komunikaci s rodiči a jejich dětmi. Nový občanský zákoník posiluje jejich práva a my se k tomu musíme umět postavit. To vše při stagnaci příjmů, neboť kapitační platba se od roku 2009 nezměnila. Naše krásná práce se stává pro některé kolegy břemenem, které je s přibývajícím věkem stále těžší. Lépe se možná cítí ti z nás, kteří žijí v blažené neznalosti. Některé praxe mají finanční problém, neboť se určité oblasti vylidňují a děti se tam nerodí. Proto se domnívám, že naším úkolem je upozornit příslušné instituce, že nakládáním dalších břemen na naše bedra mohou ohrozit dostupnost péče praktických lékařů pro děti a dorost. Upozornit, že náš obor zasluhuje všestrannou podporu, a to včetně odpovídajícího financování. Neboť poptávka ze strany veřejnosti po praktickém lékaři pro děti a dorost vždy byla, je a bude. My se budeme snažit, abychom ji uspokojili, ale bez příslušné podpory to nepůjde.

V úctě MUDr. Ilona Hülleová,
předsedkyně SPLDD

11. Český pediatrický kongres s mezinárodní účastí



18. - 20. září 2014

Academia centrum UTB Zlín

POZVÁNKA

Více informací a přihláška on-line na



www.pediatricie2014.cz

generální partner
NUTRICIA



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Ve druhé polovině února jsme řešili problematiku posudků k tělesné výchově a sportu, proběhlo jednání na MZ ČR a zdá se, že bude nutné jednat i na MŠMT, neboť naplnit dikci nové vyhlášky č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, nebude úplně jednoduché a v praxi to činí potíže. Pokračovala také jednání nad aktualizací Metodiky očkování a zavedením dvoudávkového schématu očkování vakcínou Cervarix u dívek, kterým je očkování hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Na přelomu měsíce února a března proběhl úspěšně již 8. kongres primární péče. Ve Sněmovně se 6. 3. 2014 konala konference ČLK s názvem „24hodinová dostupnost lékařské péče“. V měsíci březnu se rozběhly regionální konference SPLDD.

18. 2. 2014 proběhlo na půdě Svazu zdravotních pojišťoven další jednání, tentokrát i se zástupcem VZP. Navázalo se na předchozí jednání, projednala se problematika metodiky očkování pro rok 2014. ZP vytvořily pracovní skupinu, která navrhla aktualizovanou podobu Metodiky očkování. Opětovně bylo upozorněno na problémy přeregistrace a registrace pacientů, pokračovalo se v projednávání změn v souboru výkonů odbornosti 002.

V podvečer téhož dne se konalo zasedání Koalice soukromých lékařů. Podrobnosti najdete na dalších stránkách. Převzala jsem funkci mluvčí Koalice pro další půlrok.

25. 2. 2014 se na půdě MZ ČR na náš podnět konalo pracovní jednání, které se zabývalo posudkovou činností ke sportu. Jednání se zúčastnili i zástupci tělovýchovného lékařství a také náš právník Mgr. Uher.

Předmětem bylo zejména aplikování nové vyhlášky v praxi, problémy s tím spojené a nevyjasněná kategorizace sportu. Výstupem byl požadavek na další jednání se zástupci MŠMT, v jehož kompetenci je i chybějící zákon o sportu a tudíž neprovázanost legislativních kroků MZ a MŠMT.

26. 2. 2014 v dopoledních hodinách proběhlo jednání aktualizované Pracovní skupiny pro prevenci násilí na dětech. Tématem bylo násilí na dětech v rodinách se zaměřením na součinnost státních i nestátních institucí při asistovaném styku dítěte s rodičem.

28. 2.–1. 3. 2014 proběhl 8. kongres primární péče v TOP Hotelu v Praze, jehož mottem bylo: Lékař první volby. Kongres byl úspěšný, návštěvnost byla nejvyšší v jeho historii a ohlasy nejen našich kolegů byly kladné. Poděkování patří organizačnímu vý-

boru, který připravil velmi zajímavý program. Více o kongresu se dočtete na stránkách našeho časopisu.

6. 3. 2014 proběhla na půdě Poslanecké sněmovny konference ČLK nazvaná „24hodinová dostupnost lékařské péče“. Za SPLDD jsem prezentovala výstupy k lékařské pohotovostní službě, personální problematiku našeho oboru a také stagnující úhrady a ohrožení dostupnosti PLDD v budoucnosti. Jednoznačně zaznělo, že praktičtí lékaři nemohou pro své registrované pacienty zajišťovat dostupnost 24 hodin denně. Prezentace je na webu SPLDD (www.detskylekar.cz).

12. 3. 2014 proběhla první z regionálních konferencí, konference Západočeského regionu, tentokrát v Tachově.

Elektronické recepty nakonec od roku 2015 povinné nebudou

Elektronické recepty, které měly být od roku 2015 povinné a nahradit dosavadní papírové recepty, fungovat nezačnou. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) chce tuto povinnost zcela zrušit nebo alespoň účinnost zákona o několik let odsunout. Řekl to Mladé frontě Dnes.

„Já jsem vůbec nepochopil, co to vlastně má přinést. Kromě toho, že Státní ústav pro kontrolu léčiv by si jistě zdůvodnil, proč si má vybudovat poměrně robustní a drahý informační systém,“ řekl deníku ministr. Ústav na zajištění provozu systému vypsál zakázku na 120 milionů korun. Podle Němečka se ale systém ani nedá v termínu připravit.

Novelu zákona o léčivech, která povinnost psát elektronické recepty od příštího roku pro lékaře a lékárníky zavádí, podepsal

Ioni v březnu tehdejší prezident Václav Klaus. Elektronický recept ovšem mohou lékaři vystavovat po dohodě s pacientem už několik let. Drtivá většina receptů je přesto stále papírová.

Němeček si myslí, že kromě náhrady papíru počítačovými daty nemá elektronický recept žádné jiné výhody. Už dnes se podle něj například u lékového úřadu shromažďují data o tom, jaké léky pacient dostal, jen se prý nevyužívají.

Předkladatelé z řad tehdejší koalice si Ioni od povinných elektronických receptů slibovali úspory až dvě miliardy korun ročně. Měly podle nich také zmizet falešné recepty.

Zdroj: ČTK, 21. 2. 2014



Informace SPLDD

I. Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 18. února 2014

1. Jednání s MUDr. Miloslavem Janulíkem

- Poslanec dr. Janulík se z plánovaného setkání Koalice z důvodu prodlouženého jednání schůze PSP ČR omluvil.

2. Změna mluvčího Koalice

- Mluvčí Koalice soukromých lékařů se pro dalšího půl roku stala dr. Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost. Z důvodu nepřítomnosti dr. Chrze převzala vedení jednání.

3. Dopis novému ministru zdravotnictví

- Obsah dopisu novému ministru zdravotnictví může být koncipován ve stejném duchu jako dopis jeho předchůdci. Mgr. Sladkovská připraví návrh textu na hlavičkový papír s podpisem mluvčí Koalice dr. Hülleové a zašle členům KSL k připomínkování (poznámka: dopis byl odeslán e-mailem a poštou 21. 2. 2014).
- Součástí dopisu je žádost o setkání; členové Koalice se dohodli na bodech, které považují za důležité na schůzce s dr. Němečkem projednat:
 - Seznam výkonů s bodovými hodnotami
 - Úhrady zdravotní péče
 - Regulační poplatky – jejich plánované zrušení
 - E-health a e-recepty
 - Smlouvy po roce 2015

4. Úhrady zdravotní péče v roce 2014

- SSG se individuálně dohodlo se zdravotními pojišťovnami na úhradách ve stejné výši jako v loňském roce. Podle dostupných informací budou bonifikace na základě dohody uzavřené mezi ČLK a VZP poskytnuty lékařům pracujícím v ZZ s více nositeli výkonů pouze v případě, že podmínky dohody splní všichni lékaři daného zdravotnického zařízení.
- SPL se zdravotními pojišťovnami vyjednálo úhrady, které jsou pro členy sdružení akceptovatelné. K dohodě mezi ČLK a VZP dr. Šmatlák doplnil informaci, že se podařilo prosadit uznávání vzdělávacích akcí organizovaných jednotlivými sdruženími.
- U SPLDD přetrvává problém s očkováním. Z důvodů změny očkovacího schématu

došlo k výpadku tří očkovacích kódů, a tím k propadu úhrad.

- SAS se podařilo vyjednat navýšení úhrad u VZP na 1,03 Kč/bod všem lékařům, a těm, kteří se celoživotně vzdělávají, na 1,04 Kč/bod. Ostatní pojišťovny na toto ujednání také přistoupily. U všech zdravotních pojišťoven tedy došlo k navýšení úhrad a podařilo se prosadit nižší regulace. Důležité budou regulace za léky.
- Zubní lékaři dohodli se zdravotními pojišťovnami navýšení úhrady za amalgámové výplně.

5. Různé

- Zástupci KSL diskutovali o výhodách a nevýhodách smluv uzavíraných na dobu určitou a neurčitou.

V Praze dne 26. 2. 2014

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Usnesení konference Západočeského regionu SPLDD konané dne 12. 3. 2014 v Tachově

Konference:

I. schválila:

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
Mandátová komise: MUDr. Králová, MUDr. Osičková, MUDr. Brožová
Návrhová komise: MUDr. Volšíková, MUDr. Nejedlá, MUDr. Martínek
Obě komise byly v uvedeném složení schváleny shodným počtem hlasů: 26 – pro, 3 – zdrželi se
- rozpočet na rok 2014 byl schválen všemi hlasy

II. bere na vědomí:

- zprávu o činnosti regionu za rok 2013 přednesenou regionální předsedkyní MUDr. Zdeňkou Růžičkovou
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2013 přednesenou reg. pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou

III. vyslechla:

- informace Ing. Aleny Šalátové a Bc. Malgorzaty Bolvariové, vedoucí zdravotního odboru KÚ Karlovarského kraje, o základních registrech zařazených do NIZS – povinnost dodat údaje poskytovateli

zdravotních služeb; platné od 1. 4. 2014 – nutné dodat údaje do 180 dní

- informaci o nové plně tekuté vakcíně – hexavakcíně HEXACIMA firmy Sanofi Pasteur
- informaci o rotavirové infekci RVGE a možnost prevence díky očkování firmy GSK
- informaci přednesenou ředitelkou Léčebných lázní Lázně Kynžvart Ing. Bc. Valentovou o změnách legislativy v lázeňské léčbě, nový indikační seznam lázeňské léčby
- informaci „Bezpečnost a ochrana při práci“ přednesenou Milanem Jandourkem, Dis.
- informace předsedkyně OSPDL MUDr. Aleny Šebkové
- informace člena Výkoného výboru SPLDD ČR MUDr. Ctirada Kozderky

IV. ukládá:

- Výkonému výboru SPLDD nadále usilovat o kultivaci SZV v oboru PLDD
- všem členům regionu aktivně se zapojit do procesu novelizace Stanov a navazujících předpisů SPLDD a podávat pozměňovací návrhy
- všem členům regionu aktivně se zapojit do činnosti SPLDD
- Výkonému výboru nadále jednat o navrácení kompetence PLDD vystavovat pracovnílékařské posudky pro své registrované pacienty
- Výkonému výboru jednat o kompenzaci zrušených regulačních poplatků za děti a dorost, v souladu s jinými segmenty
- Výkonému výboru jednat o navýšení kapacity
- Výkonému výboru dále jednat o zrušení automatického ukončení registrace pacientů v 19 letech u PLDD, možnost proaktivní registrace v 18 letech až do doby ukončení přípravy k výkonu povolání či přeregistrace k PL
- okresním zástupcům projednat se svými členy formu konání příští regionální konference do regionální rady, tzn. do 12. 4. 2014

V. odmítá

- povinné vystavování elektronických receptů plánované od r. 2015 pro nepřipravenost technické podpory, zajištění ochrany dat, ovládání systému poskyto-

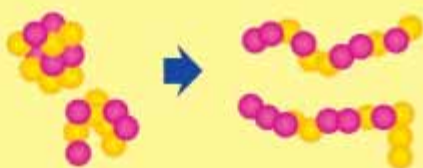
Novinka



Kojenecké mléko Hami Citlivé bříško při nadýmání

- Unikátní kojenecká formule s obsahem fermentovaného (zakysaného) mléka
- Díky procesu fermentace Hami Citlivé bříško při nadýmání obsahuje:
 - snadno stravitelnou bílkovinu¹, která omezuje nadměrnou tvorbu plynů²
 - laktázu pro lepší stravitelnost laktózy^{3,4}
- Poskytuje tak úlevu dětem trpícím nadýmáním²

Změna struktury bílkoviny



Laktáza pro štěpení laktózy



REFERENCE:

1. Huybers, S., et al., A Fermented Infant Milk Formula reduces Ileal Proteolytic Activity, in ESPR 2011, 2011; Newcastle, UK, OCT 14-17.
2. Roy, P., et al., Benefits of a thickened infant formula with lactase activity in the management of benign digestive disorders in newborns. Arch Pediatr, 2004, 11(12): p. 1546-54.
3. Kearney, P.J., et al., A trial of lactase in the management of infantile colic. Journal of Human Nutrition and Dietetics 1998, 11: p. 281-285.
4. Kanabar, D., M. Randhawa, and P. Clayton, Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. J Hum Nutr Diet, 2001, 14(5): p. 359-63.

www.klub-maminek.cz / info@klub-maminek.cz / Infolinka: 800 500 700 (po-pá 8.30-16.00)

KOJENÍ JE NEJPŘIROZENĚJŠÍ ZPŮSOBEM VÝŽIVY KOJENCŮ. KOJENECKÁ VÝŽIVA BY MĚLA BÝT POUŽÍVÁNA NA DOPORUČENÍ LÉKAŘE.

ZPŮSOB POUŽITÍ A DALŠÍ INFO NA OBALECH A WEBOVÝCH STRÁNKÁCH: POTRAVINA PRO ZVLÁŠTNÍ VÝŽIVU – POTRAVINA PRO ZVLÁŠTNÍ LÉKAŘSKÉ ÚČELY.

URČENO PRO ODBORNOU VEŘEJNOST. BF312276.

Hami
Speciální mléka



vateli zdravotní péče a velmi pravděpodobnou neochotu pacientů tuto formu receptu akceptovat

VI. doporučuje

- členům využívat webové stránky SPLDD a OSPDL
- Předsednictvu SPLDD ČR dále organizovat cykly vzdělávacích seminářů s aktuální profesní problematikou

VII. vyjadřuje

- nesouhlas s postupy a proklamací vedení ČPS ČLS JEP s tendencí podkopávat PLDD a žádá o konstruktivní dialog mezi oběma organizacemi za účelem vypracování jednotné strategie péče o dítě a dorost v ČR na vysoké úrovni se zachováním obou stávajících základních pediatrických oborů (DL a PLDD).
- poděkování všem členům VV SPLDD a OSPDL ČLS JEP
- poděkování sponzorujícím firmám a zaměstnancům vzdělávacího střediska Tachov REVIS za možnost uspořádat konferenci.

Za návrhovou komisi: MUDr. Volšíková, MUDr. Nejedlá, MUDr. Jiří Martínek
Za mandátovou komisi MUDr. Králová, MUDr. Osíčková, MUDr. Brožová

Konference se zúčastnilo celkem 29 členů, z toho 1 mimořádný člen.
Usnesení schváleno všemi přítomnými členy.

■ Spalničky u našich jižních sousedů

Dne 7.2.2014 rakouské ministerstvo zdravotnictví oznámilo, že se v zemi zvýšil výskyt spalniček. Od začátku roku 2014 bylo zaznamenáno již 36 nových případů onemocnění. Za rok 2013 to bylo celkem 79 případů, z toho 7 byl import ze zahraničí.

Z letošních 36 nemocných muselo být 12 hospitalizováno, 3 případy byly u zdravotnických pracovníků. 10 případů se vyskytlo v antroposofické škole, není uvedeno, kolik dětí v této škole bylo očkováno, ale dá se předpokládat, že málo nebo žádné. Celkově v Rakousku poklesla proočkovanost proti morbillám. Proto rakouské MZ chystá akci Masern Awareness Initiative a byl již vydán poster pro laiky upozorňující na to, že spalničky mohou působit závažné komplikace. Dále byla rakouská veřejnost informována,

že jedinci do 45 let, kteří nebyli očkováni nebo vakcinace není v dokumentaci prokazatelná, mohou být zdarma očkováni.

Zdroj: Informační bulletin ČPS při ČLS JEP



ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ
SPOLEČNOST ČLS JEP

■ Doporučení České vakcino- logické společnosti pro očkování kontaktů se spalničkami

(13. března 2014)

Spalničky jsou akutní vysoce nakažlivé exantémové onemocnění vyvolané virem ze skupiny paramyxovirů s inkubační dobou 8–21 dnů. Onemocnění se přenáší kapénkovou infekcí. V první, katarální fázi, která začíná obvykle 10. den po nákaze a trvá přibližně 4 dny, je přítomna horečka, rýma, kašel a konjunktivitida. Na konci první fáze nemoci se mohou na sliznicích dutiny ústní v oblasti molárů objevit drobné bělavé tečky – Koplikovy skvrny. Poté následuje exantémové stadium – výsev makulopapulózního exantému za bolty, na krku a na týle se šířením na obličej, trup a končetiny.

V obličeji a na zádech exantém často splývá. Izolace nemocného je nutná od zjištění onemocnění do 7 dnů po objevení se exantému. Součástí nekomplikovaných spalniček je také bronchitida. Onemocnění v graviditě nezpůsobuje kongenitální malformace plodu. Prodělané onemocnění zanechává celoživotní imunitu. Komplikace mohou být primární, vyvolané virem spalniček, nebo sekundární – bakteriální superinfekce. Po dobu 6 týdnů je významně snižena buněčná imunita.

V České republice bylo zavedeno povinné očkování proti spalničkám v roce 1969, nejprve jednou dávkou živé atenuované vakcíny, od roku 1975 se očkování provádí dvěma dávkami vakcíny. V tomto období byly očkovány děti po dovršení 12 měsíců života.

V souvislosti se zvýšeným výskytem a regionálními epidemiemi spalniček v České republice doporučuje Česká vakcino-
logická společnost ČLS JEP pro osoby, které byly v kontaktu s nemocným spalničkami v období jeho infekčnosti (4 dny před a 4 dny po objevení se exantému), tento postup očkování:

- 1) nejvíce ohroženy vznikem onemocnění jsou osoby v minulosti neočkované proti spalničkám z důvodu odmítnutého/zameškaného očkování nebo osoby ročníku narození 1969 a méně (nechráněný jedinec), které dosud spalničky neprodělaly a nebyly očkovány;
- 2) ohroženy jsou také osoby ročníku narození 1970–1975, očkové v dětství pouze jednou dávkou vakcíny proti spalničkám (nedostatečně chráněný jedinec);
- 3) v riziku nákazy jsou kojenci, u kterých nebylo očkování proti spalničkám podle národního imunizačního programu dosud zahájeno (nechráněný jedinec);
- 4) mezi rizikovou skupinou osob patří zdravotníci pracovníci;
- 5) u nechráněných nebo nedostatečně chráněných jedinců se doporučuje očkování jednou dávkou vakcíny proti spalničkám (např. Priorix) do 72 hodin po kontaktu s infekcí;
- 6) očkování nechráněných jedinců lze provést u dětí od 9 měsíců věku a starších;
- 7) v případě kontraindikace očkování (těhotné ženy, jedinci s defekty imunity apod.) je možné provést stanovení morbilových protilátek. Při nízkém nebo neznámém titru protilátek lze dle individuálního zvážení podat preventivně imunoglobulin do 7 dnů po kontaktu, např. Igamplia dle doporučené dávky v SPC (Igamplia 160 mg/1 ml) „K prevenci nebo ke zmírnění průběhu onemocnění spalničkami je možné podat neimunizovaným osobám vystaveným infekci, včetně dětí mladších 9 měsíců věku, 0,25 ml/kg tělesné hmotnosti do jednoho týdne po expozici infekci. Dětem se sníženou imunitou, vnímavým k infekčním onemocněním, které přišly do kontaktu se spalničkami, se doporučuje dávka 0,5 ml/kg tělesné hmotnosti.“

V případě, že není vyhlášeno mimořádné očkování pro oblast se zvýšeným výskytem spalniček nebo se nejedná o pravidelné očkování v rámci národního imunizačního programu, očkování není hrazeno a očkováný jedinec si musí sám zaplatit.

red



Poskytovatelé zdravotních služeb formou s.r.o.

Ing. František Elis
daňový poradce

■ Upozornění pro ty, kteří poskytují zdravotní služby formou s.r.o.

Dnem 1. ledna 2014 nabyl účinnosti zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích). Některá jeho ustanovení se dotknou těch poskytovatelů zdravotních služeb, kteří provozují svoji praxi formou společnosti s ručením omezeným.

Dovoluji si proto upozornit, že:

1. Obchodní korporace, mezi něž patří i společnost s ručením omezeným, je povinna přizpůsobit do 6 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona o obchodních korporacích ujednání společenských smluv úpravě tohoto zákona a doručit je do sbírky listin.
2. Neučiní-li tak, rejstříkový soud je k tomu vyzve a stanoví ve výzvě dodatečnou přiměřenou lhůtu ke splnění této povinnosti; uplyne-li dodatečná lhůta marně, soud na návrh rejstříkového soudu nebo osoby, která na tom osvědčí právní zájem, zruší obchodní korporaci a nařídí její likvidaci.
3. Ujednání smluv o výkonu funkce (jednatele) a o odměně je nutné uzpůsobit tomuto zákonu do 6 měsíců ode dne nabytí jeho účinnosti, jinak platí, že je výkon funkce bezplatný.
4. Má se za to, že obsahem společenských smluv obchodních korporací, které vznikly před účinností tohoto zákona, jsou i dosavadní ustanovení obchodního zákoníku, která upravovala práva a povinnosti společníků, pokud nejsou v rozporu s donucujícími ustanoveními tohoto zákona nebo se od nich společníci neodchýlili ve společenské smlouvě.
5. Obchodní korporace uvedené v odst. 4 se mohou nejpozději do 2 let ode dne účinnosti tohoto zákona změnou svých společenských smluv podřídit tomuto zákonu jako celku. Údaj o tom zapíše

obchodní korporace do obchodního rejstříku. Změna společenské smlouvy nabývá v tomto případě účinnosti až zveřejněním zápisu o podřízení se tomuto zákonu jako celku v obchodním rejstříku.

■ Informace pro ty, kteří poskytují zdravotní služby formou s.r.o.

Při transformacích poskytovatelů zdravotních služeb (PZS) z fyzické osoby na osobu právnickou je nutné vyřešit mj. i převod vybavení a zařízení ordinace. Situace je taková, že nový PZS má sice převedeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami o poskytování a úhradě zdravotních služeb na s.r.o., ale vybavení a zařízení ordinace zůstává ve vlastnictví fyzické osoby. Dle mého názoru není zcela výjimečná situace, kdy PZS, nově vzniklá právnická osoba, vykazuje zdravotním pojišťovnám výkony, k nimž potřebuje přístrojové vybavení, ale toto potřebné přístrojové vybavení oficiálně vlastně nemá k dispozici.

Hlavním důvodem je, či přesněji řečeno byla skutečnost, že situaci převodu (prodej) majetku mezi s.r.o. a fyzickou osobou komplikoval § 196a obchodního zákoníku platného do 31. 12. 2013. Dle tohoto paragrafu, pokud společnost nabývá majetek od zakladatele za protihodnotu ve výši alespoň jedné desetiny upsaného základního kapitálu ke dni nabytí (tj. 20 000 Kč při hodnotě základního kapitálu 200 000 Kč), musí být hodnota tohoto majetku stanovena na základě posudku znalce jmenovaného soudem. Jestliže k nabytí dochází do 3 let od vzniku společnosti, musí je schválit valná hromada. Následkem porušení povinnosti vyhotovení znaleckého posudku stanoveného v ustanovení § 196a odst. 3 ObchZ je absolutní neplatnost právního úkonu.

Nový zákon o obchodních korporacích č. 90/2012 Sb., jenž vstoupil v účinnost dnem 1. 1. 2014, řeší transakce uvnitř společnosti s konfliktem zájmů (do 31. 12. 2013 upravené ustanovením § 196a odst. 3 a 4

ObchZ) ve svém § 255, který se však vztahuje pouze na akciovou společnost. Z toho jednoznačně vyplývá, že pro prodej vybavení a zařízení ordinace nově vzniklé s.r.o. již není nutný znalecký posudek znalce zvlášť pro tento účel jmenovaného soudem.

To je jistě pozitivní zjištění, nelze však než doporučit, aby v případech převodů majetku, který tvoří vybavení a zařízení ordinace, z fyzické osoby na s.r.o. byla, alespoň zjednodušenou formou, hodnota převáděného majetku znaleckým oceněním zjištěna.

Důvodem je § 23 odstavce 7 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, dle kterého:

- Liší-li se ceny sjednané mezi spojenými osobami od cen, které by byly sjednány mezi nespojenými osobami v běžných obchodních vztazích za stejných nebo obdobných podmínek, a není-li tento rozdíl uspokojivě doložitelný, upraví se základ daně poplatníka o zjištěný rozdíl.
- Nelze-li určit cenu, která by byla sjednávána mezi nespojenými osobami v běžných obchodních vztazích za stejných nebo obdobných podmínek, použije se cena určená podle právního předpisu upravujícího oceňování majetku.
- spojené osoby jsou mj. osoby, kdy se jedna osoba přímo podílí na kapitálu druhé osoby a přitom tento podíl představuje alespoň 25 % základního kapitálu.

Zpracování ocenění převáděného majetku by ve všech případech mělo být zadáno takovému zpracovateli, který by, výstupy vzešlé z jeho znaleckého posudku byl v případě potřeby ochoten a schopen obhájit před správcem daně při případné daňové kontrole.



Právní poradna

Jak hodnotit bolestné a ztížení společenského uplatnění po zrušení vyhlášky č. 440/2001 Sb.

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK

Ač jsme na toto téma v právní rubrice našeho časopisu lékaře již informovali, množí se stále dotazy, jak by měl lékař postupovat, když pacient žádá o ohodnocení bolestného a ztížení společenského uplatnění, často nikoli pro soud, ale pro pojišťovnu, sociální úřad nebo jiné orgány, za situace, kdy vyhláška č. 440/2001 Sb., o bodovém ohodnocení bolestného a ztížení společenského uplatnění, byla novým občanským zákoníkem zrušena.

Je pravdou, že existuje řada situací, kdy nebude o výši odškodnění újmy na zdraví v první fázi rozhodovat soud, ale kdy se předpokládá dobrovolné plnění ze strany pojišťovny či jiné instituce, ať již v souvislosti s dopravní nehodou, pracovním úrazem nebo jinou událostí, přičemž ten, kdo odškodnění dobrovolně a bez soudního rozhodnutí chce poskytnout, musí mít nějaké vodítko, podle kterého se výše odškodnění stanoví. Není také tajemstvím, že některé pojišťovny a jiné instituce se dohodly, že budou uznávat bodové ohodnocení bolestného a ztížení společenského uplatnění podle již zrušené vyhlášky číslo 440/2001 Sb., a to nikoli proto, že to stanoví tato vyhláška, ale proto, že to považují v současné době za přiměřené odškodnění odpovídající zásadám slušnosti. Pokud poškozený, kterému bude poskytnuta náhrada podle zrušené vyhlášky, nebude spokojen a bude žádat odškodnění vyšší, může samozřejmě podat žalobu u soudu a o jeho nároku bude rozhodnuto již nikoli podle zrušené vyhlášky, ale podle volné úvahy soudu.

■ Ohodnocení na žádost pacienta

Již jsme se zmínili, že podle informace z Nejvyššího soudu ČR pracuje skupina lékařů a právníků za účasti vědecké rady České lékařské komory a odborných společností na společném dokumentu vycházejícím z klasifikace stanovené Světovou zdravotnickou organizací (WHO), podle které by bylo možno klasifikovat určitá poškození zdraví a stanovit je jistým procentním ohodnocením omezení člověka v běžné činnosti. Tato pomůcka však

dosud vydána nebyla a není, kromě již zrušené vyhlášky, čeho se přidržet při hodnocení bolestného a ztížení společenského uplatnění, které často pacienti od lékaře požadují. Jak bylo již uvedeno v časopise Tempus medicorum, na semináři České lékařské komory k problematice nového občanského zákoníku a zdravotnictví tato otázka opakovaně padla a odpověď na ni zněla tak, že lékaři, kterého o to pacient žádá, nic nebrání v tom, aby provedl ohodnocení bolesti a ztížení společenského uplatnění podle zrušené vyhlášky č. 440/2001 Sb. s tím, že je ovšem nutno výslovně do zprávy pro pacienta uvést, že hodnocení bylo provedeno na žádost pacienta, dle kritérií stanovených již zrušenou vyhláškou č. 440/2001 Sb., o bodovém ohodnocení bolestného a ztížení společenského uplatnění.

Pokud by si pacient takové bodové ohodnocení nepřál, nezbyvá než popsat co nejkonkrétněji, v čem byl postižen, jakou bolest utrpěl, v čem bude do budoucna omezen při výkonu obvyklých funkcí a v obvyklém způsobu života, zda trvale či dočasně, případně na jak dlouho.

Pokud naopak pacient žádá, aby lékař provedl bodové ohodnocení podle zrušené vyhlášky s tím, že příslušná pojišťovna nebo jiná instituce bude z tohoto bodového ohodnocení vycházet, nic nebrání tomu, aby tak lékař učinil. Nebude si počínat nijak nezákonně, neboť pacient výslovně žádá, aby se lékař při hodnocení přidržel zrušeného právního předpisu, který příslušná instituce vezme za základ pro stanovení odměny podle zásad slušnosti ve smyslu nového občanského zákoníku.

■ Jak na to

Lze doporučit, aby lékař uvedl bodové ohodnocení podle zrušené vyhlášky takto:

Lékařská zpráva:

Na základě výslovné žádosti pacienta lékař provedl posouzení jeho újmy na zdraví podle kritérií stanovených již zrušenou vyhláškou č. 440/2001 Sb. Podle této zrušené

vyhlášky by pacientovi náleželo bolestné podle následujících položek:

Dále by podle této zrušené vyhlášky náleželo pacientovi náhrada za ztížení společenského uplatnění podle těchto položek:

Pacient byl výslovně upozorněn na skutečnost, že vyhláška č. 440/2001 Sb. byla zrušena a není v současné době platným a účinným právním předpisem.

Na jeho žádost však lékař provedl výpočet bodového ohodnocení tak, jak by byl proveden v době účinnosti příslušné vyhlášky č. 440/2001 Sb.

Datum:

Podpis lékaře:

Tím lékař dává jasně najevo, že si je vědom, že vypracoval bodové ohodnocení bolestného a ztížení společenského uplatnění podle již zrušeného právního předpisu, ale učinil tak na výslovnou žádost pacienta, který byl současně na skutečnost, že vyhláška je již zrušena, upozorněn, a přesto si přál provést bodové ohodnocení bolestného a ztížení společenského uplatnění podle ní. Podle Ústavy České republiky platí, že co není zákonem zakázáno, je dovoleno. Zákon nezakazuje lékařovi, aby, požádá-li jej o to pacient, provedl ohodnocení jeho bolestného a ztížení společenského uplatnění podle zrušeného právního předpisu, ani nezakazuje, aby jiné subjekty vycházely z tohoto zrušeného právního předpisu jako z vodítka při stanovení spravedlivé náhrady škody na zdraví podle nového právního předpisu, který způsob určení této odměny nijak konkrétně nespecifikuje. Za provedení tohoto bodového ohodnocení, ale i za lékařskou zprávu, která bez bodového ohodnocení pouze popíše rozsah zranění či nemoci, utrpěnou bolest a ztížení společenského uplatnění, může lékař pochopitelně požadovat přiměřenou odměnu, neboť jde o zdravotní službu, která není hrazena ze zdravotního pojištění.

Převzato z Tempus Medicorum 3/2014



Prodej lékařských praxí – stále aktuální téma

Mgr. Aleš Buriánek

zástupce ředitele právní kanceláře ČLK

Prodeji lékařských praxí se na stránkách právní poradny věnujeme opakovaně. Jedná se o stále aktuální téma, jež je konstantně předmětem řady dotazů, které právní kancelář ČLK řeší. Z tohoto důvodu považujeme za žádoucí některé zásadní principy, jimiž se převody řídí, našim čtenářům tímto článkem připomenout a ušetřit je tak možných nepříjemných překvapení, pokud by se sami rozhodli svou praxi prodat.

Přestože v oblasti právní úpravy dispozice s lékařskými praxemi došlo v posledních letech k bezpočtu dílčích změn, základní formy převodů zůstaly zachovány. Tak jako dříve se i dnes úplatný převod praxe realizuje v zásadě dvojím způsobem, a to buď

- jednostupňově, tedy přímým převedením z jedné fyzické osoby na druhou fyzickou osobu, nebo
- dvoustupňově, tedy nejprve převedením praxe provozované fyzickou osobou na právnickou osobu (v drtivé většině případů na společnost s ručením omezeným) a následně prodejem podílu v této právnické osobě zájemci o praxi.

■ Prodej praxe mezi fyzickými osobami

Tento způsob převodu praxe jsme na stránkách Tempus medicorum již velmi podrobně rozebírali v jednom z minulých vydání, v němž jsme uveřejnili i vzor smlouvy, na jejímž základě lze převod praxe bez zřízení právnické osoby realizovat. Přesto považujeme za nutné zopakovat alespoň stručně základní pravidla, která je třeba respektovat, aby prodej lékařské praxe touto formou proběhl bez zbytečných komplikací. I po shora zmíněných změnách právní úpravy zůstává v případě prodeje praxe mezi lékaři-fyzickými osobami zásadním problémem to, že při něm nedochází k automatickému převodu oprávnění k poskytování zdravotních služeb ani k převedení smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavíraných se zdravotními pojišťovnami. Tuto skutečnost musejí účastníci převodu praxe v rámci svého postupu zohlednit. Do smlouvy o prodeji praxe, kterou je možno koncipovat buď jako tzv. nepojmenovanou smlouvu, jíž se prodávají hmotné a nehmotné součásti lékařské praxe, nebo jako smlouvu o prodeji závodu (dle § 2175 občanského zákoníku), je tak vždy nutné z hlediska právní jistoty

stran zahrnout ustanovení, že tato smlouva nabude účinnosti až po současném splnění dvou podmínek.

První z těchto podmínek je vydání zmíněného oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, novému nabyvateli praxe, a to ve stejném rozsahu, v němž tyto služby poskytoval původní provozovatel praxe. S touto podmínkou zpravidla nebývá žádný problém, neboť na vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb (v terminologii předchozí právní úpravy se jednalo o tzv. „registraci“) vzniká po splnění zákonných požadavků právní nárok. I zde je však potřebná souinnost obou stran, zejména vzhledem k tomu, že má být zachován jak původní prostor praxe, tak její vybavení, což je třeba mezi stranami převodu smluvně upravit. Smluvní úprava se naopak nevyžaduje u práv a povinností z pracovněprávních vztahů, které na nového provozovatele praxe přecházejí přímo ze zákona (ex lege), tj. bez nutnosti měnit pracovní smlouvy zaměstnanců.

Druhou podmínkou, daleko problematičtější, je uzavření smluv mezi novým provozovatelem praxe a zdravotními pojišťovnami. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, s touto formou převodu praxe spojuje povinnost absolvování výběrového řízení, které kromě časové prodlevy (již jen lhůta pro podávání nabídek uchazeči je 30 pracovních dní) vnáší do procesu převodu praxe značnou nejistotu. Pojišťovny totiž nejsou výsledkem výběrového řízení nijak vázány a ani v případě úspěchu ve výběrovém řízení nemusejí se zájemcem o praxi smlouvu uzavřít. Pověstným kamenem úrazu při realizaci tohoto druhu prodeje lékařské praxe je i to, že proces navazování nových smluv s pojišťovnami často neprobíhá synchronizovaně. Nepříjemně dlouho tak může trvat nežádoucí stav, kdy ještě před uvolněním kupní ceny má na sebe kupující

převedeny jen některé smlouvy se zdravotními pojišťovnami, přičemž není zřejmé, zda k uzavření i zbývajících smluv vůbec dojde.

Další komplikací při prodeji lékařských praxí mezi fyzickými osobami, s níž je třeba počítat, je specifický režim nakládání se zdravotnickou dokumentací. Vzhledem k tomu, že nový provozovatel praxe zpravidla ještě neměl pacienty prodávajícího ve své péči, je ve vztahu ke zdravotnické dokumentaci nutná domluva nejen s prodávajícím, ale i s orgánem, který vydává oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jemuž by měl původní poskytovatel v souvislosti s ukončením své činnosti zdravotnickou dokumentaci předat. Ač v praxi běžně dochází k tomu, že příslušný zdravotní rada nového provozovatele pověří správou zdravotnické dokumentace do doby, než se od něj daný pacient nechá přijmout do péče, nárok na takto benevolentní přístup správního orgánu samozřejmě dán není, a tak nelze vyloučit ani situaci, kdy lékař sice praxi koupí, ovšem bez toho, aby měl od počátku bezproblémový oprávněný přístup ke kartám pacientů.

Právě vzhledem k popsáním komplikacím se od převodů praxe mezi fyzickými osobami v poslední době upouští a na „popularitě“ naopak nabývají převody praxe se současným zřízením společnosti s ručením omezeným.

■ Prodej lékařské praxe prostřednictvím jejího převodu na společnost s ručením omezeným (s.r.o.)

Za nebývalý rozmach této formy převodu lékařských praxí lze nepochybně vděčit novele ustanovení § 46 zákona o veřejném zdravotním pojištění. V novém odstavci 3 tohoto ustanovení se totiž doslova uvádí: „V případě změny právní formy poskytovatele, který má



uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a v případě, je-li zakladatelem společnosti s ručením omezeným fyzická osoba, která má uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, jejíž oprávnění k poskytování zdravotních služeb jako fyzické osoby zanikne při udělení oprávnění k poskytování těchto zdravotních služeb jako společnosti s ručením omezeným, se výběrové řízení koná pouze tehdy, dochází-li k rozšíření rozsahu poskytovaných hrazených služeb.“

Právě toto ustanovení umožňuje hojně využívaný postup, kdy si lékař, který hodlá svou praxi prodat, nejprve tuto praxi převede do formy s.r.o., jejímž je zakladatelem a jediným společníkem, příp. jednatelem, a až poté, kdy jsou na s.r.o. navázány smlouvy s pojišťovnami, tuto společnost (přesněji svůj 100% podíl v ní) prodá zájemci o další provozování praxe. Vzhledem k tomu, že citované ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění zakládá právní nárok na automatické „překlopení“ smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb z lékaře jako fyzické osoby na jím založenou s.r.o., odpadá shora popsaný prvek nejistoty ohledně toho, zda pojišťovny budou převedení smluv akceptovat, či nikoli. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že ačkoli bezprostředně po přijetí § 46 odst. 3 zákona panovala i mezi pojišťovnami určitá výkladová nejednotnost, což snad mohlo v některých ojedinělých případech vést k vyžadování výběrového řízení i u těchto typů převodů, v současné době se již výkladová praxe ustálila a podle zkušeností autora jsou smlouvy na s.r.o. převáděny automaticky bez výběrových řízení.

Pro kupujícího lékaře má prodej praxe formou převodu podílu v s.r.o. dvě zásadní výhody, které spočívají v tom, že takový převod jej ušetří jak nutnosti si sám zajišťovat oprávnění k poskytování zdravotních služeb (toto oprávnění bude i po prodeji podílu ve společnosti zachováno), tak nejistoty související s nezaručeným převáděním smluv se zdravotními pojišťovnami. Takto realizovaný prodej na druhé straně kryje i prodávajícího, neboť se nemusí obávat toho, že by došlo ke zmaření smlouvy ve fázi, kdy by již měl kupující některé smlouvy na sebe navázány. Pozitivní je jistě i to, že vedle smluv s pojišťovnami zůstanou v tomto případě nedotčeny i všechny další závazky a práva společnosti, včetně nájemních smluv, pojistných smluv, smluv s dodavateli léků a mate-

riálu atd. Řešena je i otázka zdravotnické dokumentace zmiňovaná shora. Protože poskytovatelem zdravotních služeb zůstává i po změně vlastníka převáděná společnost, není nabyvatel ve vztahu k dokumentaci pacientů v žádném ohledu omezen.

Postup při převodu lékařské praxe formou zřízení s.r.o. je ve stručnosti následující (pro jednoduchost je uvažována situace, kdy bude zřizována společnost s jedním společníkem, který bude současně jediným jednatelem):

- lékař (prodávající) nejprve zajistí sepsání zakladatelské listiny společnosti, a to formou notářského zápisu; předtím je především třeba si dobře rozmyslet název společnosti tak, aby se neshodoval s názvem již existující společnosti (to je možno ověřit v elektronické verzi obchodního rejstříku na portálu www.justice.cz),
- po pořízení uvedené zakladatelské listiny lze již v této fázi začít vyjednávat se zdravotními pojišťovnami o uzavření nových smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb pro s.r.o.; tyto smlouvy by v zásadě měly zcela kopírovat původní smlouvy uzavřené lékařem-fyzickou osobou, v optimálním případě je možné uzavřít stručnou smlouvu s tím, že s.r.o. vstupuje v plném rozsahu do práv a povinností poskytovatele vyplývajících ze smlouvy uzavřené mezi lékařem jako fyzickou osobou a pojišťovnou; důležité rovněž je, aby lékař v této fázi ještě nijak neukončoval svou původní smlouvu, ale aby toto ukončení bylo navázáno až na nabytí účinnosti nové smlouvy mezi s.r.o. a pojišťovnou,
- se zakladatelskou listinou lékař navštíví banku, která pro s.r.o. zřídí účet, na nějž je složen základní kapitál společnosti, o čemž banka vystaví lékaři potvrzení (od 1. 1. 2014 je minimální vklad jednoho společníka 1 Kč),
- lékař dále s notářským zápisem navštíví orgán, který uděluje oprávnění k poskytování zdravotních služeb (krajský úřad, příp. magistrát), kde požádá o toto oprávnění pro nově založenou společnost; v rámci řízení o udělení oprávnění dle zákona o zdravotních službách úřad obvykle plně vychází z dokladů, které již má založeny u praxe lékaře vykonávané formou fyzické osoby, pouze si může vyžádat doplnění dokladů, které dříve nebylo nutné zakládat (to se týká zejména provozního řádu, který schvalují orgány ochrany veřejného zdraví a který musí být v souladu s novými

hygienickými požadavky na provoz zdravotnických zařízení); v tomto řízení také může být požadováno doložení užívacího titulu společnosti k prostorům, kde má být praxe provozována (obvykle nájemní, příp. podnájemní smlouva) – autor se v praxi opakovaně setkal s případy, kdy paradoxně právě opatření této nájemní smlouvy bylo největší překážkou, neboť pronajímatel – obec – požadoval i v tomto případě konání výběrového řízení, což celý proces převodu praxe prodloužilo o řadu týdnů,

- dále je třeba opatřit další standardní dokumenty, které se přikládají k návrhu na zápis s.r.o. do obchodního rejstříku (zejména čestné prohlášení jednatele o výkonu jeho funkce, prohlášení správce vkladu, výpis z trestního rejstříku jednatele, výpis z katastru nemovitostí a souhlas vlastníka nemovitosti, v níž se praxe nachází, s umístěním sídla společnosti),
- po získání všech výše uvedených dokladů je třeba podat návrh na zápis společnosti do obchodního rejstříku a tyto doklady k němu přiložit; v rámci návrhu je ještě třeba určit si datum, k němuž má být společnost do rejstříku zapsána (z účetního hlediska ideálně k 1. 1. daného roku); podání návrhu na zápis je spojeno s povinností uhradit poplatek ve výši 6000 Kč,
- se „svou“ společností s ručením omezeným by měl lékař uzavřít smlouvu, na jejímž základě na společnost ze svého vlastnictví převede vybavení ordinace, dále smlouvu o výkonu funkce jednatele a konečně, bude-li v s.r.o. pracovat jako lékař, i pracovní smlouvu, na jejímž základě si bude ze zřejmých důvodů zpravidla vyplácet minimální mzdu,
- má-li lékař již k datu zápisu společnosti do obchodního rejstříku zajištěného kupce své ordinace, může bezprostředně po tomto datu a poté, kdy má již společnost uzavřeny nové smlouvy se zdravotními pojišťovnami, s tímto zájemcem uzavřít smlouvu o prodeji 100 % jeho podílu ve společnosti; mechanismy úhrady kupní ceny jsou různé a závisí především na preferenci stran; autor článku se nejčastěji setkal s domluvou spočívající ve svěření kupní ceny do úschovy třetímu autorizovanému subjektu (notáři, advokátovi, bance) a v jejím vyplacení až poté, kdy dojde k zápisu převodu podílu do obchodního rejstříku; v této fázi zpravidla dochází i k odvolání původního jednatele a jmenování jednatele nového, jakož i ke změně



názvu společnosti (např. z MUDr. X s.r.o. na MUDr. Y s.r.o.),

- změnu v osobě společníka (jednatel, název) je konečně opět třeba nechat zapsat do obchodního rejstříku; poplatek je v tomto případě 2000 Kč za všechny měněné údaje. Jen jako drobné odbočení a reakci na opakované dotazy lékařů-provozovatelů praxí ve formě s.r.o. je v závěru této části článku vhodné zmínit, že byť nás média i odborná právnícká veřejnost vytrvale přesvědčují o opaku, neměla nedávná rekodifikace občanského a obchodního práva provedená zejména novým občanským zákoníkem (č. 89/2012 Sb.) a zákonem o obchodních korporacích (č. 90/2012 Sb.) na postavení těchto provozovatelů (jedinych společníků svých s.r.o.) žádný zásadní dopad. Snad jedinou významnější změnu, s výjimkou výše zmíněného snížení minimálního základního kapitálu z 200 000 Kč na 1 Kč, bylo možno zaznamenat v postavení a odpovědnosti jednatele s.r.o. Nově je totiž možné, aby soud za určitých okolností rozhodl, že jednatel, který si při vedení společnosti nepočínal s péčí řádného hospodáře, například tím, že nepodal na společnost návrh na insolventci, ač to bylo na místě, může odpovídat za dluhy společnosti v neomezené výši. Ostatní novinky v této oblasti lze považovat spíše za „kosmetické“ záležitosti, a to včetně nové povinnosti uveřejňovat na svých www stránkách (má-li je společnost vůbec zřízeny) aktuální název, sídlo a údaje o zápisu do obchodního rejstříku.

■ Jak nepřijít o praxi

Vzhledem k tomu, že se i sám autor opakovaně setkal se smutnými příběhy lékařů, kteří z čiré nevědomosti přišli o celou hodnotu své soukromé praxe, když právní aspekty jejího prodeje podcenili, je nanejvýš žádoucí podat na tomto místě stručný výčet základních pravidel, která by měl mít lékař na paměti, pokud se svou praxí rozhodne prodat:

- smlouvu o prodeji lékařské praxe, příp. jakékoli související smlouvy, je třeba uzavřít v písemné podobě nejlépe po poradě s právníkem (uvedení požadavku na písemnou formu by se sice mohlo zdát nadbytečné, pokud by ovšem v některých autorech známých případech v minulosti

neprobíhaly i prodeje na tzv. dobré slovo s „překvapivě“ špatným koncem),

- realizuje-li se prodej mezi fyzickými osobami (bez zřízení s.r.o.), nevzdávat se svého původního oprávnění k poskytování zdravotních služeb do doby, kdy bude prodej praxe ukončen (u prodeje prostřednictvím s.r.o. – dokud nebudou navázány smlouvy se zapsanou s.r.o. založenou za účelem prodeje praxe),
- nevypovídat původní smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb do doby, než bude prodej ukončen (jak je uvedeno výše, standardně dochází ke smluvní návaznosti, kdy nové smlouvy začnou platit až po zániku smluv původních).

■ Jak nekoupit „zajíce v pytli“

I na straně zájemce o koupi praxe je samozřejmě žádoucí respektovat určitá bezpečnostní opatření tak, aby často milionová cena za soukromou praxi nebyla vynaložena zbytečně, tedy:

- smlouvu o prodeji lékařské praxe, příp. jakékoli související smlouvy, uzavřít v písemné podobě nejlépe po poradě s právníkem,
- uzavření nových smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb v případě převodů mezi fyzickými osobami předem společně předjednat se smluvními zdravotními pojišťovnami,
- v případě jakýchkoli pochybností trvat na postupu, kdy kupní cena bude složena do úschovy, z níž bude uvolněna až poté, co dojde k převodu praxe, tj. dnem zápisu do obchodního rejstříku (u převodu pomocí s.r.o.), a po uzavření všech nových smluv s pojišťovnami,
- důkladně se seznámit před realizací koupě praxe s jejím hospodářským stavem (předložení daňového přiznání apod.).

Pevně věříme, že tento náš stručný odborný exkurs do oblasti převodů lékařských praxí, které jsou pro lékaře právem zdrojem mnoha otazníků, přispěl alespoň částečně k lepšímu pochopení principů, jimiž se tyto převody řídí, a pomohl tak zvýšit potenciální počet spokojených lékařů na obou stranách kupních smluv.

Převzato z Tempus Medicorum 3/2014

■ Nemocnice dostanou v červenci první miliardu za zrušené poplatky

Stát pošle v červenci nemocnicím miliardu korun jako kompenzaci za zrušené regulační poplatky. Stejnou částku dostanou i v říjnu. Po jednání grémia ČSSD to v pátek uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. „Nemocnice i za situace, kdy úhradová vyhláška pro letošní rok přinesla jisté zlepšení, nejsou na tom úplně dobře. A já jsem proto velmi rád, že jsme mohli připravit a do vnějšího připomínkového řízení odeslat materiál ekonomické stabilizaci českých nemocnic,“ řekl ministr. Podle návrhu, který ještě bude projednáván vládou, předpokládá Němeček, že od pololetí stoupnou platby státu za děti, důchodce či nezaměstnané tak, aby v průběhu druhého pololetí byly celkově navýšeny příjmy zdravotního pojištění o dvě miliardy. V materiálu bude také přesně určeno, jakým způsobem se tyto peníze dostanou do nemocnic. „Naše představa je taková, že bychom to chtěli udělat ve dvou krocích, aby nemocnice dostaly finance rychle – první polovina sumy by byla hned v červenci, druhá potom někdy v říjnu,“ shrnul Němeček. Jeho návrh už podpořila Česká lékařská komora i hejtmani. V pátek bude ministr jednat s Asociací nemocnic sdružující velká zařízení a Asociací českých a moravských nemocnic zastřešující menší subjekty. Ta tento týden varovala, že nemocnice nemohou čekat až do půlky roku. Změnou úhradové vyhlášky by prý mohly peníze dostat hned.

Vláda zruší poplatky u lékaře a za recept od příštího roku

Od začátku letošního roku se po verdiktu Ústavního soudu neplatí stokorunový poplatek za den pobytu v nemocnici. Nemocnice kvůli jeho zrušení přicházejí podle zjištění iDNES.cz o stovky tisíc až milióny korun měsíčně. Celkový roční výpadek ministr odhaduje právě na zhruba dvě miliardy. Hospodaření státních nemocnic navíc loni skončilo s miliardovou ztrátou, krajské nemocnice zaznamenaly ztrátu zhruba 1,6 miliardy. Vláda se dohodla, že od roku 2015 skončí i placení třiceti korun u lékaře a za recept a zůstane zachován jen devadesátikorunový poplatek na pohotovosti. Okamžité zrušení poplatků u lékaře, které navrhla KSČM, poslanci před třemi týdny nepodpořili.

Zdroj: čtk, jj, idnes.cz, 7. 3. 2014



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

12. 2. proběhlo zasedání akreditační komise – dotahuje se podoba vzdělávacího programu, který bude předán ke schválení na MZ. Změny doznala náplň ve smyslu přidání předatestačního kursu „Posudkové lékařství“, k dalším úpravám došlo v rámci kursu „Očkování“ – přidána tematika infekčních nákaz, MUDr. Marek navrhl doplnění „antibiotického kursu“, což si žádá rozšíření poznatků. Dopilovávají se i požadavky na akreditované pracoviště. Pro letošní rok bylo přiděleno pro náš obor 25 rezidenčních míst, akreditovaná pracoviště dostala potřebné informace. První akreditovaná pracoviště, kterým letos končí akreditace, žádají o prodloužení. Další termín akreditační komise je stanoven na květen.

20. 2. Výbor OSPDL – vybraná témata, která byla probírána a následně rozpracovávána:

- schůzka předsedkyně OSPDL a SPLDD – řešena především oblast vzdělávání – nutná koordinace odborných témat, tak aby nedocházelo k dublování, otázka kreditací pro Certifikát SPLDD – bude započítávána i část kreditů přes ČLS – především páteční témata, probírán vznik pracovních skupin, aktivní účast PLDD na pediatrickém kongresu ve Zlíně, dále řešena další spolupráce s ČPS
- pracovní skupiny – začínají pracovat Gastrologie a výživa a Seznam výkonů. Dále navrhovány skupiny Očkování, Koncepce péče o dítě a vzdělávání, ZOP, Doporučené postupy, Respirace a alergologie. V současné době probíhá e-mailová diskuse o ev. dalších potřebných skupinách. Po jejich nastavení dojde k oslovení kolegů, kteří budou mít zájem spolupracovat
- akreditační komise – v současném složení bude pracovat do března roku 2015, nutné přemýšlet o nástupcích dosavadních členů

- metodický pokyn pro předčasné propouštění novorozenců – výborem OSPDL vytvořen materiál, který by měl podepisovat rodič/zákonný zástupce v ordinacích PLDD, materiál doplněn právním rozkladem + odstavcem doporučeným právníkem Mgr. Uhrem, předán předsednictvu SPLDD, po schválení vedením obou společností půjde materiál v kompletní formě do VOXu

- Pediatrický kongres – Zlín 2014: PLDD budou mít samostatný blok Očkování. Dále se budou PLDD podílet kazuistikami na jednotlivých odborných blocích. Témata předána regionálním zástupcům obou společností k distribuci zájemcům z řad členů. V případě zájmu je možné se hlásit předsedkyni OSPDL

- gynekologická konference 2.–4. 4. 2014 – jako zástupce OSPDL k mezioborové diskusi delegován vědecký sekretář OSPDL MUDr. Rytíř. Pro zájemce nadále trvá možnost přihlášení – kontakt visí na webu OSPDL. Témata jsou pro nás zajímavá

- studie Výživa dětí časněho věku, která probíhala ve spolupráci se Společností pro výživu, jmenovitě prim. MUDr. Tláskalem, byla ukončena. Děkuji všem lékařům, kteří se jí aktivně zúčastnili. První výstupy vypadají velmi zajímavě. V návaznosti na tuto studii vyjde brožura s doporučeným postupem, bude k dispozici do ordinací PLDD. Na studii bude navazovat konference a semináře pro PLDD

- očkování – vzniká doporučení odborných společností pro očkování proti rotaviróvým střevním infekcím

- v řešení je dvoudávkové schéma očkování proti HPV vakcínou Cervarix – jednání na MZ a pojišťovnách vzhledem k rozporu SPC a zákona – dr. Šebková, dr. Hülleová

21. 2. – SZÚ – dr. Šebková – v rámci jednání navázána spolupráce, v plánu další schůzka, možnost materiálů atp.

26. 2. – MZ – skupina Prevence násilí na dětech – nově vytvořená pracovní skupina na MZ, účast dr. Šebková, dr. Hülleová – měla by se zabývat vším kolem násilí na dětech, nejen fyzického, řešení porozvodových situací, asistované styky s rodiči atp.

27. 2.–1. 3. se konal již 8. kongres primární péče. Jako již tradičně se vyznačoval vysokou účastí lékařů z primární péče, a to již od předkongresového sympozia, které mělo nejvyšší účast za poslední léta, výbornou odbornou náplní, vysokou úroveň organizace. V rámci kongresu se konaly kulaté stoly „Výživa“ a „Předoperační vyšetření“. Na oba stoly budou navazovat další jednání s cílem uvedení doporučených postupů do praxe.

4. 3. – dr. Šebková se zúčastnila semináře na podporu očkování na půdě parlamentu ČR – vystoupil zde náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Valenta s představením podpory očkování ministerstvem – přednesený program naprosto odpovídá i podnětům OSPDL, které byly předneseny v několika předchozích jednáních, dále vystoupili s odborným sdělením zástupci České vakcinologické společnosti – prof. Prymula, MUDr. Dražan. V diskusi vystoupila na podporu očkování i žena, která prodělala závažnou meningokokovou infekci s trvalými následky. Toto vystoupení bylo všemi přítomnými velmi oceněno.

19. 3. proběhne první z dalšího cyklu seminářů Očkování, kde opět lze načerpat argumenty proti odmítačům očkování. Pozvánky byly jako obvykle distribuovány ve VOXu, doporučuji účast.



Dětský lékař.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Dětská gynekologie

MUDr. Drahoslava Krhounková

Ambulance dětské gynekologie, Most

Dětská gynekologie není mechanickou aplikací oboru na dětský věk, ale speciální nastavbovou disciplínou. Světově uznávaným zakladatelem oboru je pražský profesor Rudolf Peter. Specializace je zaměřená na prevenci a léčbu poruch reprodukčních orgánů dětí. Dětský gynekolog musí brát ohled na věk a fáze pohlavního vývoje. Dětskému věku je přizpůsobeno získávání anamnézy, vyšetřování i léčba.

Klasifikace období dětského věku z hormonálního „gynekologického“ hlediska:

• Novorozenecké – neonatální období

Trvá 6–8 týdnů. Je charakteristické estrogením působením – zduření mléčných žláz, fluor z rodidel a někdy i zakrvácení. Původ estrogenů – přechodná stimulace ovarii gonadotropiny placenty a transplacentární přechod estrogenů matky.

• Klidové – infantilní období

Trvá do 8. roku věku. Hormonálně – funkční klidové období. V pochvě je mikrobiální obraz poševní nulový, není výtok ani vývoj sexuálních znaků. V případě výskytu těchto poruch je nutné vyšetření dětským gynekologem.

• Pohlavní dospívání

9. až 15. rok věku. Pohlavní zrání vlivem ovarálních hormonů. Období zahajuje gonadarche – zahájení produkce hypotalamického gonadoliberinu.

■ Reprodukční soustava dětí a dospívajících

Zevní rodidla – přechodná estrogenizace po porodu přechází v klidové období (nepatrná labia minora, suchost sliznice), pak pubertální změny.

Hymen – „zrcadlo estrogenů“ – anu/semilunární blanka se mění v řasnatý hymen *fimbriatus*.

Pochva – vyhlazený jednovrstevný epitel bez laktobacilu, kolem 7. roku reaguje na estrogeny růstem vrstev, osídlením laktobacilem a změnou chemismu pochvy. Objevuje se tzv. *fluor pubertalis purus* – mléčně zkalený sekret s čirým hlenem.

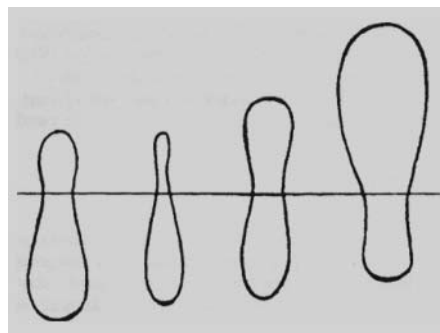
Děloha – mění se poměr objemu hrdla a těla (postupně 2:1, 1:1 a 1:2). *Typus uteri: neonatalis, infantilis, pubertalis a adultae. Menarche.*

Sekundární pohlavní znaky – prsa, *pubes*, axily, růst a zrání těla, kostry, psychiky.

Vyšetřovací metody

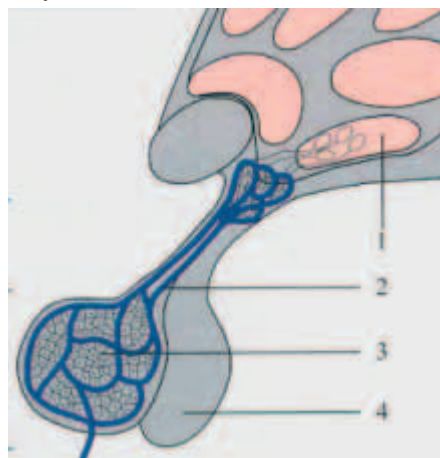
Vyšetření je modifikováno věkem pacientky.

- Anamnéza, somatické vyšetření a gynekologické vyšetření – vyšetření *per vaginam* nahrazuje vyšetření přes břicho a *per rectum*.
- Vaginoskopie, ultrazvuk, hormonální a genetické vyšetření.
- Konziliární vyšetření podle poruchy (urolog, onkolog, endokrinolog).
- Dětský gynekolog spolupracuje s dětským lékařem, chirurgem, onkologem...
- CT, MR.



Puberta

Hormonálně podmíněný proces fyzického zrání a růstového urychlení estrogen-dependentních tkání a orgánů. Výsledkem je schopnost reprodukce. Vývoj má svůj časový sled.



Adrenarche (6.–8. rok věku) – zrání adrenálních hormonů (DHEA, DHEAS)

Gonadarche (9.–13. rok věku) – začátek produkce GnRH se zráním HHO osy. Odráží se hypotalamické sexuální centrum a aktivuje se pulsní tvorba GnRH. Výsledkem je aktivace hypofýzy, produkce FSH, LH – sti-

mulace ovarii a zahájení tvorby estrogenů. Rostoucí hladiny estrogenů ovlivňují reprodukční orgány, somatické znaky a psychiku.

Menarche nastupuje při:

- osifikaci sezamské kůstky palce
- výšce 158 cm
- hmotnosti 47,8 kg
- 22 % tělesného tuku

Ovaria zvýší hmotnost z 0,5 na 7,5 gramu. Zvláště nápadný je vývoj sekundárních pohlavních znaků. Zásadní změny prodělávají vnitřní a zevní genitálie.

Vývoj sekundárních pohlavních znaků

Vývoj je stupňovitý: M – *mammae* (M1–M5), P – *pubes* (P1–P5), A – axily

Časový rozvoj změn má fyziologický rozptyl.

Věk	Hlavní znak
7–9	Estrogenizace vagíny , <i>Lactobacillus</i> , pH
10–11	Telarche , postupný rozvoj prsu, pokračující vaginální změny, začátek ochlupení axil a <i>pubes</i>
11–12	Pubarche, axilarche , řídké pubické a axilární ochlupení, pokračuje rozvoj prsů, akcelerace růstu
12–13	Dokončení vývoje prsů a ochlupení , přibývá hmotnost a podíl tělesného tuku
13	Menarche
14–15	Stabilizace cyklu – ovulace, reprodukční orgány , dozrávání reprodukčních orgánů – děloha, ovaria, pochva, zevní genitálie
15–18	Adolescence , dokončení somatického (kostra, svaly, tuk), pohlavního a psychosociálního vývoje

Stupeň vývoje puberty se klasifikuje podle Jennera nebo Tannera.

Endokrinní změny

Hladiny hormonů narůstají, dozrává typický ovulační reprodukční vzorec.

■ Rozdělení chorob dětské gynekologie

1. Poruchy vývoje – vrozené vývojové vady

- Ageneze, aplazie, dysgeneze – orgán se nevyvine; např. ovaria – Turnerův sy., vagina a děloha – Rokitanského sy



- II. Hypoplazie – orgán nedozraje, např. vagina, děloha
- III. Poruchy kanalizace – např. atrezie hymenu – *hematocolpos*, *hematometra*, septum vagíny
- IV. Poruchy spojení Müllerových vývodů – zdvojení dělohy a pochvy různého stupně
- V. Poruchy zevních rodidel – např. intersexuální stavy a malformace zevních rodidel

2. Poruchy zrání – poruchy puberty

Závažnější poruchy synchronizace puberty a poruchy začátku bývají projevem choroby.

• *Pubertas praecox* – předčasná puberta

Projevy puberty – alespoň jednoho znaku – **před 8. rokem věku**, předčasná puberta může být kompletní nebo inkompletní. Výsledkem zkrácení pubertálního období je ireverzibilně snížená tělesná výška.

Příčiny mohou být různé (idiopatická – vera, genetické příčiny, poškození mozku v oblasti hypotalamu a hypofýzy, nádor ovarií, zevní příjem hormonů léky nebo potravinami).

Zdroj estrogenů je buď exogenní, nebo endogenní.

Léčba – podle příčiny, farmakologická suprese analogy GnRH, chirurgická léčba – nádor.

• *Pubertas tarda* – opožděná nebo chybějící puberta

Obraz může být izolovaný nebo současně s poruchou růstu. Často je familiárně posunutý začátek jinak fyziologického vývoje. Fyziologická hranice *menarche* je dnes uznávána do 15 let. Do 13. roku věku je nutný vývoj alespoň jednoho pohlavního znaku.

• *Amenorea primaria*

- Při dobrém rozvoji sekundárních pohlavních znaků – anatomická porucha
- Při nedostatečném rozvoji sekundárních pohlavních znaků – endokrinní, genetická porucha
- Při známkách virilizace – ovariální nebo nadledvinová porucha

Formy: Normo/hyper/hypogonadotropní

Příčiny: Nejčastěji poruchy vývoje HHO osy, nízké procento tělesného tuku (mentální anorexie, intenzivní sport), ovariální – gonádové. Nejméně závažný je familiární časový posun začátku puberty.

Diagnóza: Kompletní vyšetření pacientky, genetika, karyotyp, endokrinologické vyšetření, hormony, speciální testy.

Léčba: Hormonální léčba, úprava životní správy, fyzické zátěže, chirurgie.

3. Choroby reprodukčních orgánů

Jedná se o řadu chorob různých příčin:

- **juvenilní krvácení** – dysfunkční krvácení anovulačního typu. Hyperproliferace bez sekreční transformace progesteronem. Léčba – hormonální (estrogen/gestagen) se zástavou a prevencí recidivy, antianemika, výjimečně kyretáž.
- **záněty – vulvitis, kolpitis** – bakteriální – střevní flora, mykotické, parazitární, z cizích těles; **peritonitis** – při *appendicitis*. Riziko sterility. Léčba – antibiotika, antimykotika, antivirotika... celkově nebo lokálně, extrakce *corpus alienum*, chirurgická.
- **synechia vulvae** – konglutinace/synechie malých labií. Prevence, chirurgie.
- **nádory** – dětská onkologie má řadu specifíků a centralizuje se. Nádory mohou být hormonálně aktivní (estrogenně – předčasná puberta, androgenně – virilizující). Často jsou dlouho asymptomatické, mohou se komplikovat rupturou nebo torzí. Nejčastější jsou ovariální (70 % nádorů reprodukčního systému). Dělíme je na:
 - Germinální – benigní teratomy (dermoidy), maligní dysgerminom, choriokarcinom.
 - Gonadální stromální – tekální, granulózový, fibrom aj.
 - Ostatní včetně funkčních cyst a pseudotumorů.
- **poranění** – hematomy, otevřená poranění – pády (houpačky, kola, vana, koupaliště). Vždy pečlivá diagnóza (penetrující, následkem zneužívání, mutilace...). Řešení podle rozsahu a povahy nálezu – často chirurgické.
- **sexuální zneužívání, znásilnění** – problematika s forenzními souvislostmi. Úkolem gynekologa je přesně a úplně popisovat somatický a gynekologický nálezu, zajistit vyšetření a prevenci zánětů, gravidit, poškození reprodukční funkce, laboratorní testy, respektovat povinnosti oznamovací a mlčenlivosti.
- **náhlé příhody břísni** – vedle řešení vlastní NBP je nutné respektovat a maximálně chránit reprodukční a endokrinní funkci. Častější jsou příhody – torze *adnex*, ruptura cysty. *Appendicitis* nikdy neléčíme konzervativně pro riziko indukovaného zánětu reprodukčních orgánů (dif. dg. a ev. zákrok laparoskopicky).

4. Endokrinní syndromy

A – Hypotalamické

Mentální anorexie – psychické onemocnění s poruchou v příjmu potravy. Nemoc je spojena s útlumem genitálního cyklu. Léčba je psychiatrická, doplněná hormonální substitucí.

Syndrom sportovkyň (balet, vytrvalostní sporty) – redukce % tělesného tuku, stres. Trias – anorexia, amenorea, osteoporóza.

B – Hypofyzární

Útlum nebo nadprodukce hypofyzárních hormonů (zánět, nádor, cévní porucha). Hyperprolaktinémie – hyperplazie nebo nádor.

C – Ovariální

Záleží na časovém nástupu – před pubertou, při nebo po pubertě.

Turnerův syndrom – monozomie (45, XO). Dysgenetická ovaria, bez produkce estrogenů. Anovulace, amenorea, sterilita. Somatické příznaky – malý vzrůst (135–140 cm), chybějící sekundární pohlavní znaky, sexuální infantilismus. Somatická stigmata – *pterygium coli*, gotické patro, kožní névy. Léčba – hormonální substituce.

Syndrom polycystických ovarií (PCO) – porucha řízení HHO osy s hyperandrogenií, hirsutismem, anovulací a sterilitou. Ovaria jsou perlově bílá s malocystickou degenerací a jsou zvětšená. Léčba – hormonální substituce, indukce ovulace při léčbě sterility.

Hyperandrogenní poruchy. Hypertrichóza, hirsutismus, virilizace. Kromě funkčních poruch se může jednat o nádor. Léčba – podle příčiny, antiandrogeny, operace.

Tyreopatie, poruchy nadledvinky

D – Poruchy pohlavní diferenciaci

Hermafroditismus – pravý – *verus* (ovaria i testes), nepravý – pseudo (ovaria).

Syndrom testikulární feminizace (46XY)

– mužský karyotyp s varlaty a ženský fenotyp. Jedná se o totální *nečitlivost na androgeny*. Zevní genitál je ženský, vnitřní genitál je však nevyvinutý, somatotyp je ženský, často atraktivní. Chybí ochlupení – *hairless women*. Klinickým problémem je primární amenorea, sterilita, sexuální dysfunkce. Varlata bývají často v tříselné kýle. Hrozí vznik maligního dysgerminomu, proto je indikováno odstranění gonád.

Všechny poruchy a nemoci, se kterými se má maminka s holčičkou dostavit na vyšetření k dětskému gynekologovi, jsou laicky popsány na stránkách www.detska-gynekologie.cz.



Syndrom úplné androgenní insenzitivity

MUDr. Eliška Hrdonková¹, MUDr. Simona Khollová¹, MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D.²

1 Gynekologicko-porodnická klinika LF UK a FN Plzeň, 2 Dětská klinika LF UK a FN Plzeň

Syndrom androgenní insenzitivity je řazen mezi nejčastější mužské pseudohermafroditismy. Jedná se o geneticky přenosné onemocnění vázané na chromozom X s poruchou androgenních receptorů. Incidence je běžně uváděna 1:20 000 narozených chlapců. Podle stupně závažnosti genitální maskulinizace lze AIS dělit do tří stupňů:

- 1) MAIS, čili Mild Androgen Insensitivity Syndrome – s normálním mužským genitálem a s infertilitou v důsledku azoospermie nebo těžké oligozoospermie. Více nebo méně je vyznačena též gynekomastie.
- 2) PAIS, čili Partial Androgen Insensitivity Syndrome – s pestrout šálou obojetného zevního genitálu.

3) CAIS, tedy Complete Androgen Insensitivity Syndrome – s ženským fenotypem u genotypických mužů.

V tomto sdělení se budeme věnovat pouze CAIS.

Během intrauterinního vývoje u pacienta se syndromem úplné androgenní insenzitivity varlata produkují MIF (Müllerian inhibiting factor), což vede k potlačení vývoje parametonefrického Müllera vývodu. V důsledku toho nejsou vyvinuty vejcovody, děloha a proximální část pochvy. Zevní genitál je typicky ženský. V dospělosti dochází k normálnímu vývoji prsů, ale chybí axilární ochlupení, pubické ochlupení je redukováno či rovněž chybí (hairless women), často bývají velmi atraktivního vzhledu, mají pěknou pleť.

Necitlivost androgenního receptoru na testosteron a dihydrotestosteron způsobuje agenezi nadvarlete a *ductus deferens*, dále pak poruchu diferenciacie prostaty, semenných váčků, penisu a skrota. Dihydrotestosteron zároveň ovlivňuje sestup varlat, ta jsou pak uložena v pánvi, v tříselném kanálu (někdy i před ním) nebo přímo ve velkých labiích. Obsahují sice Leydigovy buňky, nicméně spermatogeneze v nich je narušena, protože některé její fáze jsou závislé na androgenech. Varlata jsou dysgenetická, při histologickém vyšetření jsou běžně popisovány adenomy, častěji ze Sertolliho buněk, méně často z Leydigových buněk, hrozí jejich malignizace v seminom

QuikRead go®
Váš pomocník při rozhodnutí o léčbě

- Spolehlivost a vysoká kvalita
- Rychlost a snadné použití
- S možností připojení

Modernizujte svoji ordinaci!

ORION
DIAGNOSTICA

Více informací na:
www.oriondiagnostica.cz, nebo na tel. čísle: +420 602 647 793



či dysgerminom. (V minulosti se doporučovalo varlata ponechat jako zdroj estrogenů, v pubertě pak došlo k rozvoji typického ženského fenotypu s velkými prsy a ženským typem postavy. Průměrná výška pacientek s tímto syndromem byla v dospělosti vyšší než u srovnatelné skupiny zdravých žen.) V dětství se riziko malignizace pohybuje mezi 2 % až 5 %, v pubertě toto riziko vzrůstá až ke 20 %, proto je odstranění gonád indikováno co nejdříve po stanovení diagnózy. Nález varlat v tříselném kanálu je někdy překvapivým nálezem při plastikách tříselných kýl u dívek. Chybným postupem je pokus o repozici gonád do dutiny břišní, v tomto případě má být provedena gonadektomie. Z tohoto důvodu je vhodné vyšetřit karyotyp u každé dívky před plánovanou plastikou tříselné kýly a při zjištění karyotypu 46, XY pak současně při operaci gonády odstranit. Léčit CAIS (popř. lehčí formy androgenní necitlivosti) nelze, fenotypické ženy s karyotypem 46, XY jsou vychovávány jako ženy, cítí se být ženami, nejsou však fertilní. V pubertě je nutná hormonální substituce, a to kontinuální podávání estrogenů. Gestageny nejsou indikovány vzhledem k absenci dělohy. V některých případech je nutná úprava délky pochvy. Další nezbytnou součástí léčby je adekvátní psychologická podpora nejen samotné pacientky, ale i celé rodiny.

■ Kazuistika

Nyní dvanáctiletá pacientka byla v 9 letech věku odeslána svým pediatrem k endokrinologickému vyšetření pro malý vzrůst: 120 cm / 19,6 kg. Porod proběhl ve 36. týdnu (2070 g / 45 cm), novorozenec hraničně splňoval kritéria pro intrauterinní růstovou retardaci, zjištěna syndaktylie 2. a 3. prstu obou DK. Po porodu nebyla kříšena, prodělala novorozeneckou klebsiellovou sepsi. V 8 měsících byla hospitalizována pro neprospívání a hepatopatii, výsledky vyšetření bez závažnějšího nálezu, hepatitidy nebyly potvrzeny, postupně došlo k úpravě jaterních testů. Ve škole prospívá bez problémů. Dle růstové křivky lineární růst trvale pod 3. percentilem.

Rodinná anamnéza bez pozoruhodností – otec zdravý, měří 177 cm, matka rovněž zdravá, měří 159 cm. Maternální babička léčena pro tyreopatii, maternální dědeček pro DM 2. typu na inzulinu. Dodatečně zjištěno, že sestra matky prodělala ve 13 letech

odstranění gonád pro syndrom úplné androgenní insenzitivity.

Pacientka je subjektivně dlouhodobě bez potíží. Objektivně je bez známek nitrolební hypertenze, gastrointestinální obtíže nemá, anamnesticky popisováno občasné vyklenování suspektní tříselné kýly vlevo. Postavu má proporcionální, bez charakteru kostní dysplazie, bez strumy, pulsově klidná. Z laboratorního nálezu: hormony štítné žlázy v normě, celiakie neprokázána, hladiny gonadotropinů nízké, ACTH v normě, kortizol rovněž v normě, chloridy v potu normální hodnoty, růstový hormon v normě. Kostní zrání opožděné o přibližně 2,3 roku. Při USG vyšetření nalezen v levém tříslu (resp. na přechodu dutiny břišní a třísla) útvar vzhledově podobný varleti velikosti 9 × 4 mm, vpravo ve stejné lokalizaci nalezen útvar do 5 mm (ten však nelze spolehlivě odlišit od okolních uzlin). Proveden test androgenní senzitivity (Sustanon), který potvrzuje insenzitivitu k androgenům. Odeslána ke genetickému vyšetření, zjištěn karyotyp 46, XY, molekulárněgeneticky potvrzen syndrom úplné androgenní insenzitivity s mutací v genu pro androgenní receptor na X chromozomu. Při gynekologickém vyšetření zjištěn normální zevní ženský genitál odpovídající věku, vaginoskopie neprovedena, ale skrz hymenální otvor patrná část pochvy cca v délce 20 mm, sekundární pohlavní znaky nevyvinuty. Při transabdominálním sonografickém vyšetření nejsou děloha a ovaria patrná, v tříslech uzliny do 10 mm.

Pacientka byla odeslána na dětskou gynekologii FN Motol, kde na základě diagnózy provedeno laparoskopické odstranění gonád oboustranně. Během provedených vyšetření nebyla zjištěna příčina menšího vzrůstu, jedná se zřejmě o postnatální růstové selhání navazující na intrauterinní růstovou retardaci.

Pacientka dochází na pravidelné kontroly do ambulance dětské gynekologie, kde již zahájena hormonální substituce (Estrofem) k navozování puberty, nadále je v péči ambulance dětské endokrinologie.

Paralelně se starší sestrou byla vyšetřována i mladší sestra – nyní sedmiletá pacientka, rovněž s růstovou křivkou trvale pod 3. percentilem. První vyšetření endokrinologem proběhlo ve věku 5 let a 10 měsíců, zjištěna výška 102,8 cm, hmotnost 12 kg (BMI 11,3).

Pacientka se narodila ve 37. týdnu gestace, při porodních mírách 2040 g / 43 cm splňovala kritéria pro intrauterinní růstovou retardaci. Je u ní popsána mírná psychomotorická retardace, je v péči logopeda.

Subjektivně je bez potíží, trávicí obtíže nemá. Objektivní nález zahrnuje dystrofii, postava je proporcionální, nemá charakter kostní dysplazie. Kostní věk je opožděný, v době prvního vyšetření odpovídal cca třem rokům. Laboratorně byla vyloučena snížená funkce štítné žlázy, vyloučen též nedostatek růstového hormonu, celiakie neprokázána. Gynekologické vyšetření ve shodě s vyšetřením starší sestry. Rovněž potvrzen karyotyp 46, XY. Po stanovení diagnózy společně se sestrou prodělala odstranění gonád laparoskopicky. Hormonální substituce vzhledem k věku zatím nezahájena. Další sourozence obě sestry nemají.

Zajímavostí v této kazuistice je i pozitivní rodinná anamnéza, kdy syndrom úplné androgenní insenzitivity byl diagnostikován i u tety obou pacientek, tento údaj byl však v rodině zamlčován. Pokud by gynekolog měl k dispozici informaci o postižení tety, mohla být matka molekulárněgeneticky vyšetřena a při průkazu přenašečství jí mohlo být nabídnuto využití asistované reprodukce s preimplantační diagnostikou, v úvahu by pak přicházel embryotransfer pouze 46, XX embryí (tedy pouze přenašeček, nikoliv postižených). Nebo mohlo být v průběhu těhotenství provedeno určení pohlaví plodu z choriových klků nebo z plodové vody a na základě výsledků eventuálně těhotné nabídnout zvažení ukončení těhotenství z genetické indikace.

Diagnóza úplné androgenní insenzitivity byla v tomto případě stanovena „náhodně“ při vyšetřování pro malý vzrůst. Častěji bývá tento syndrom diagnostikován v dětství v souvislosti s operací tříselné kýly, v období dospívání pak při vyšetřování pro primární amenoreu nebo pro potíže při pohlavním styku (krátká pochva). Výjimkou nejsou v současnosti ani případy, kdy je diagnóza stanovena již prenatálně při rozdílu mezi ultrasonograficky diagnostikovaným pohlavím a výsledkem karyotypu z odběru plodové vody.



Onemocnění nadledvin

(1. část)

MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D.

Dětská klinika FN a LF UK v Plzni

■ Obecné poznatky

V kůře nadledvin jsou produkovány glukokortikoidy (kortizol), adrenální androgeny (androstendion, dehydroepiandrosteron, dehydroepiandrosteronsulfát) a mineralokortikoidy (aldosteron). Sekrece glukokortikoidů a adrenálních androgenů je řízena z adenohipofýzy prostřednictvím ACTH (adrenokortikotropní hormon) a CRH (kortikoliberin) z hypotalamu. Sekrece mineralokortikoidů je řízena především z ledvin systémem renin-angiotenzin. Ve dření nadledvin jsou produkovány katecholaminy (adrenalin, noradrenalin, dopamin).

■ Rozdělení onemocnění nadledvin

Adrenální insuficience (AI) je primární s příčinou v nadledvině a sekundární s příčinou v hypofýze nebo v hypotalamu. Může být vrozená nebo získaná.

Nejčastější příčinou vrozené primární AI, se kterou se v klinické praxi setkáváme, je vrozená adrenální hyperplazie. Mezi další příčiny patří porucha organogeneze nadledvin (např. adrenální aplazie), z metabolických poruch např. adrenoleukodystrofie, z poruch biosyntézy steroidů vedle vrozené adrenální hyperplazie může být příčinou vrozená lipidní adrenální hyperplazie nebo Wolmanova nemoc.

Nejčastější příčinou získané primární AI je autoimunitní Addisonova choroba. Mezi další příčiny patří krvácení do nadledvin (u novorozence po těžkém porodu, infekce s rozvojem DIC), nádory nadledvin, infekce (TBC, cytomegalovirová nebo mykotická u imunosuprimovaných pacientů), iatrogenní při dlouhodobém užívání glukokortikoidů, toxický účinek léků (cytostatika).

Hyperfunkce kůry nadledvin provází primární hyperaldosteronismus nejčastěji při adenomu kůry nadledvin a Cushingův syndrom s nadprodukcí kortizolu.

Hyperfunkce dřeně nadledvin provází feochromocytom.

Klinické jednotky spojené s hyperfunkcí kůry a dřeně nadledvin je třeba zvažovat u dětských pacientů s hypertenzí.

V této kapitole jsou uvedeny nejčastější příčiny primární adrenální insuficience.

■ Klinické a laboratorní příznaky primární adrenální insuficience

Kdy je třeba myslet na nadledvinovou nedostatečnost:

- Nedostatek glukokortikoidů
 - únava, slabost, nauzea, zvracení, hyperpigmentace kůže a sliznic
 - hypoglykémie, snížený sérový kortizol, zvýšený ACTH

- Nedostatek mineralokortikoidů
 - svalová slabost, únava, hypotenze, hubnutí, nauzea, zvracení, nechutenství, chuť na slané
 - hyponatrémie, hyperkalémie, metabolická acidóza
- Nedostatek adrenálních androgenů
 - snížení nebo ztráta pubického a axilárního ochlupení

■ Vrozená adrenální hyperplazie (congenital adrenal hyperplasia, CAH)

Nejčastější příčinou tohoto autozomálně recesivně dědičného onemocnění je deficit enzymu 21-hydroxylázy, který vede u klasické formy onemocnění k adrenální insuficienci s nedostatečnou produkcí kortizolu, aldosteronu a současně k nadprodukcí adrenálních androgenů způsobující u ženského pohlaví již *in utero* různý stupeň virilizace zevního genitálu od prosté hypertrofie klitoris až po klinicky mužský zevní



Novorozenec s hypertrofií klitoris při CAH



genitál s rizikem záměny za mužské pohlaví. U klasické formy CAH se solnou poruchou je deficit enzymu 21-hydroxylázy nejtěžší (aktivita enzymu 0–2 %), je proto přítomen těžký deficit aldosteronu, který vede k minerálovému rozvratu. U klasické formy bez solné poruchy (prostá virilizující forma) je aktivita enzymu vyšší, k solnému rozvratu nedochází, protože deficit aldosteronu není tak těžký. U neklasické formy onemocnění s aktivitou enzymu až 50 % je produkce aldosteronu normální a k projevům patologické nadprodukce androgenů dochází později v dětství a v pubertě.

Časná diagnóza onemocnění, novorozenecký screening

Pozdní diagnóza a léčba klasické formy CAH se solnou poruchou vedla u mužského pohlaví v novorozeneckém věku k život ohrožující akutní adrenální insuficienci s minerálovým rozvratem. Pozdní diagnózou byli ohroženi také novorozenci ženského pohlaví s vysokým stupněm virilizace zevního genitálu s možnou záměnou za mužské pohlaví. Pozdní diagnóza a léčba klasické formy bez solné poruchy (prostá virilizující forma) vedla v důsledku patologické nadprodukce adrenálních androgenů k pseudopubertě (u chlapců izosexuální se zvětšováním penisu při prepubertálních *testes*, *pubarche praecox*; u dívek heterosexuální s klitoromegalií, *pubarche praecox*), uychlenému kostnímu zrání se ztrátou dospělé výšky po přechodné růstové akceleraci.

Pozdní diagnóza a léčba neklasické formy onemocnění vede u ženského pohlaví k virilizaci, akné, poruše menstruačního cyklu a k předčasnému ukončení růstu.

Novorozenecký screening CAH je prováděn od roku 2006 a spočívá ve stanovení mezi produktu steroidogeneze v kůře nadledvin 17α -hydroxyprogesteronu (17-OHP) v kapilární krvi. Ze screeningu máme zachyceno již několik chlapců s časně zahájenou hormonální léčbou, kteří by před zavedením novorozeneckého screeningu možná unikli diagnóze.

Léčba

U klasické formy CAH podáváme substituční a současně supresní terapii hydro-

kortisonem, zpočátku 15–25 mg/m²/den ve třech denních dávkách s cílem zabránit patologické tvorbě adrenálních androgenů. Důležité je časně podávání ranní dávky v 6.00 a pozdní podávání večerní dávky ve 22 hodin, abychom předešli fyziologickému rannímu vzestupu ACTH, tím i zvýšené produkci adrenálních androgenů s příslušnými výše uvedenými nepříznivými důsledky. Celková dávka se řídí hladinou 17-OHP. Fludrokortison podáváme u klasické formy se solnou poruchou v dávce 100–200 µg/m²/den s ranní a večerní dávkou hydrokortisonu. Do 1 roku přislujeme stravu o 3–5 g NaCl denně, od 1 roku života doporučujeme běžné solení stravy, ale při nemoci a nižším perorálním příjmu je nutno stravu přisolovat. U klasické formy bez solné poruchy podáváme fludrokortison v jedné ranní dávce do 100 µg/m²/den. Dávka se řídí hladinou reninu a mineralogramem. U děvčat s lehčím stupněm virilizace se provádí plastická úprava zevního genitálu v kojeneckém/batolecím období, u těžkého stupně plastická úprava zevního genitálu v kojeneckém/batolecím období a vaginoplastika s nástupem *menarche*.

U neklasické formy CAH podáváme hydrokortison ve třech denních dávkách.

Pozor! V zátěžových situacích (nemoc, velká fyzická zátěž) se celková denní dávka hydrokortisonu zvyšuje 2–3násobně a rozděluje se do tří stejných dávek. Při zvracení nebo průjemovém onemocnění je vždy nutná hospitalizace dítěte, parenterální podávání hydrokortisonu a infuze glukózy s minerály pro riziko život ohrožující akutní adrenální insuficience! Pacienti jsou vybaveni kartičkou s doporučenými dávkami hydrokortisonu v zátěžových situacích včetně operačního zákroku. Dávka fludrokortisonu se v těchto situacích nezvyšuje.

Důležitost správné léčby onemocnění

Při nedodržívání léčby (pacientem, rodiči) hrozí vývoj život ohrožující akutní adrenální insuficience. Jsou vysoké hladiny 17-OHP s nadprodukcí adrenálních androgenů, takže se zvyšuje růstová rychlost, urychluje kostní zrání s rizikem předčasného uzávěru epifyzárních šterbin s ukončením růstu. Dochází k vývoji izosexuální pseudopuberty

u chlapců a heterosexuální pseudopuberty u dívek.

Kazuistika klasické formy CAH před zavedením novorozeneckého screeningu

26denní novorozenec mužského pohlaví byl přijat pro neprospívání, opakované zvracení a dehydrataci. V krevním biochemismu byla zjištěna hyponatrémie 123 mmol/l (norma 132–145), hyperkalémie 7 mmol/l (norma 3,8–5,2), metabolická acidóza. Vysoká hladina ACTH 293 pg/ml (norma 10–60) svědčila pro primární adrenální insuficienci, hladina kortizolu v séru 344 nmol/l (norma 200–650) byla vzhledem ke stresové situaci nízká. Vysoká hladina 17-OHP 4376 nmol/l (norma do 20) potvrdila diagnózu CAH, defekt enzymu 21-hydroxylázy. Při substituční hormonální terapii hydrokortisonem a fludrokortisonem došlo k normalizaci parametrů vnitřního prostředí a klinického stavu.

Kazuistika neklasické formy CAH

15letá dívka byla vyšetřena pro hirsutismus s rozvojem v pubertě, primární amenoreu a malý vzrůst s finální výškou 152 cm. Měla nápadně vyvinutou svalovou muskulaturu a klinicky ukončenou izosexuální pubertu. Provedená vyšetření svědčila pro hyperandrogenní stav s vysokou hladinou testosteronu 11,2 nmol/l (norma 0,5–2,6) a bazálního 17-OHP 297,7 nmol/l, bazální kortizol v séru byl normální. Při zobrazovacím vyšetření byl nález hyperplazie kůry nadledvin. Vyšetření potvrdila diagnózu neklasické formy CAH, defekt enzymu 21-hydroxylázy. Substituční a supresní terapie hydrokortisonem vedla k laboratorní a klinické regresi hyperandrogenního stavu. Růst pacientky byl předčasně ukončen v důsledku patologické nadprodukce nadledvinových androgenů. Androgeny současně vedly ke svalové hypertrofii.

Addisonova choroba

Vzniká jako důsledek destrukce kůry nadledvin autoimunitním zánětem. Autoantigenem kůry nadledvin je enzym 21-hydroxyláza. Vývoj příznaků je postupný s manifestací



v zátěžové situaci (např. interkurentní onemocnění). Mezi **varovné klinické příznaky** patří hyperpigmentace kůže a sliznic, únava, svalová slabost, nauzea, zvracení, úbytek na váze. Může být izolovaná nebo může být součástí autoimunitního polyglandulárního syndromu typu 1 a 2. Laboratorně je u manifestní choroby vysoký ACTH, snížený sérový kortizol, hyponatémie, hyperkalémie, metabolická acidóza, hypoglykémie nalačno.

Nepoznaná Addisonova choroba je život ohrožující!

Léčba

Spočívá v substituci glukokortikoidy a mineralokortikoidy. Nejvyšší dávka hydrokortisonu je podávána ráno ve shodě s fyziologickým diurnálním rytmem sekrece kortizolu, nejnižší večer. V zátěžových situacích zvyšujeme celkovou denní dávku hydrokortisonu dvoj- až trojnásobně.

Kazuistika pacienta s autoimunitním polyglandulárním syndromem typu 2

17letý chlapec byl přijat pro febrilie, zvracení a vodnaté stolice bez příměsí. Při přijetí byl dehydratovaný s hypotenzí, tachykardií, měl ukončenou izosexuální pubertu se sporým sexuálním ochlupením, kožní hyperpigmentace. V krevním biochemismu vedle vysokých zánětlivých parametrů dominovala vysoká urea 11,2 mmol/l (norma 2,5–8,3), kreatinin 136 μmol/l (norma 50–120), hyponatémie 124 mmol/l, kalémie 4,2 mmol/l. Přes infuzní terapii plným fyziologickým roztokem došlo k dalšímu poklesu natrémie na 119 mmol/l, odpady iontů do moči s vyšším odpadem natria než kalia, tzn. bez přítomnosti předpokládaného sekundárního hyperaldosteronismu při dehydrataci. Doplněné hormonální odběry potvrdily diagnózu primární adrenální insuficience – snížený ranní sérový kortizol 33 nmol/l (norma 200–650), vysoký ACTH 2000 pg/ml (norma 10–60). Podle vysoké hladiny protilátek proti 21-hydroxyláze 67,451 U/ml (norma do 1) byla etiologie primární AI autoimunitní. Při substituční terapii glukokortikoidy a mineralokortikoidy se klinický stav

pacienta a parametry vnitřního prostředí normalizovaly. Po zahájení substituční hormonální léčby glukokortikoidy se manifestoval *diabetes mellitus* 1. typu s hyperglykemií 28 mmol/l a současně byla potvrzena autoimunitní *thyreoiditis*. U pacienta byla stanovena konečná diagnóza autoimunitní polyglandulární syndrom typu 2 (Addisonova choroba, *diabetes mellitus* 1. typu, autoimunitní *thyreoiditis*). K manifestaci vedla *gastroenteritis acuta salmonelové* etiologie.

Závěrečná doporučení pro praxi

- Onemocnění nadledvin je vzácné, ale nepoznaná adrenální insuficience může vést k úmrtí. Vrozené poruchy sekrece glukokortikoidů (kromě CAH – novorozenecký screening) mohou být v raném věku příčinou hypoglykemických stavů, neprospívání, zvracení, únavy, svalové slabosti a musí se na ně v diferenciální diagnostice myslet. Při současném deficitu mineralokortikoidů se vyvíjí minerálový rozvrat.
- Autoimunitní postižení jednotlivých endokrinních orgánů, tedy i Addisonova choroba, se může vyvíjet postupně, proto je nutno na tuto klinickou jednotku myslet a při podezření vyšetřit adrenální funkce.
- U dětí substituovaných glukokortikoidy je nutno ve stresových situacích zvyšovat dávky glukokortikoidů. Dávka mineralokortikoidů zůstává stejná. Při zvracení, průjmeh je indikována parentální aplikace glukokortikoidů a infuze glukózy s minerály.

Medicína po telefonu funguje, říká analýza

V USA jí využívají spíše mladší a bohatší lidé, a také více žen než mužů. Je k ní zapotřebí méně lékařů.

Léčení po telefonu, případně prostřednictvím videospojení přes internet, se v USA rozmáhá. Jeho analýzu připravili výzkumníci z velkého think tanku RAND Corporation. Vybrali si největšího provozovatele telemedicíny, společnost Teladoc, která svým klientům nabízí spojení s praktickými lékaři, pediatry a internisty bez ohledu na to, zda je den, noc či víkend.

„Na řadě“ do půl hodiny

Výzkumníci analyzovali 3701 konzultací pacientů s lékaři. Zjistili, že odborníci se s pacienty spojili v průběhu 20 až 25 minut po objednání. Pacienti se nejčastěji radili o akutních dýchacích potížích, infekcích močového traktu, kožních problémech, dále pak o bolestech břicha, zad a kloubů, virových infekcích, očních potížích a ušních infekcích. Lékaři stanovili diagnózu, případně poslali recept. Uživatelé telemedicíny jsou spíše mladší lidé s menším počtem chronických onemocnění, užívají lékařských služeb méně často než starší věkové skupiny. Jsou také nadprůměrně bohatí a je mezi nimi více žen než mužů. Více než třetina případů využití služeb společnosti Teladoc se uskutečnila o víkendech a o svátcích. Tito klienti však v jiných případech využívali i osobních návštěv lékaře nebo pohotovosti.

Dobré výsledky za méně peněz

Srovnání s obdobnou skupinou pacientů, kteří však nevyužívali telemedicínu, ukázalo, že „lékaři na telefonu“ fungují dobře. Jejich klienti potřebovali novou konzultaci z důvodu, že jim ta první telefonická rada nepomohla, méně často než ti pacienti, kteří lékaře navštěvovali osobně. Autoři studie konstatují, že telemedicína snižuje počet lékařů, kteří jsou pro poskytování péče zapotřebí, a snižují náklady na lékařskou péči.

Bez diagnostických vyšetření

Ačkoli zkušenosti s ní se zatím jeví jako dobré, doporučují další pečlivé sledování kvality a bezpečnosti telemedicínských služeb. Upozorňují zejména na očividný fakt, že lékař u telefonu samozřejmě nemá k dispozici žádná diagnostická vyšetření.

Zdroj: Health Affairs, doi: 10.1377/hlthaff.2013.0989, doktorvlach.cz, 19.2.2014



Hygiena genitálu malých děvčat a její význam při prevenci onemocnění zevních rodidel

MUDr. Mgr. Jana Sudková
PLDD Chlumec

V každodenní praxi praktického lékaře pro děti a dorost se všichni setkáváme s otázkou poučení rodičů o správné péči o dětský genitál a sledování vývoje dětských rodidel se záměrem předcházení vzniku chorobných procesů v této oblasti. Stále se objevují názory, že dětský genitál nepotřebuje žádnou zvláštní péči, z některých porodnic dokonce maminky přicházejí s radou na genitál „raději nesahat“. Opravdu je možné se setkat s tímto mýtem a bohužel to může mít pro naše pacientky neblahé následky.

Hygiena genitálu je samozřejmě nezbytná a nutná již od prvního dne po narození. Maminky si zaslouží správnou a podrobnou informaci o péči o dítě i v této oblasti.

■ Co jim tedy poradíme? Na co je upozorníme?

V dětství se prostředí v oblasti genitálu u děvčat mění s věkem v souvislosti s hladinami ženských hormonů, především estrogenů.

V novorozeneckém období je genitál děvčátek pod vlivem matčiných hormonů. Může dojít k objevení se hlenovitého nakyslé páchnoucího výtoku, který může být v období do cca 8 týdnů věku zcela fyziologický a samovolně vymizí. Léčba není indikována. V období přibližně do 9 let věku dívek, které nazýváme klidovým, jsou hladiny estrogenů nízké, resp. nulové, v tomto období je genitál bez výtoku, nicméně po celou tuto dobu se v oblasti zevních rodidel objevuje smegma – tvarohovitá hmota tvořená olupujícími se epitelii a tekutinou ze žlázek poševního vchodu. Tento stav je sice fyziologický, nicméně je nutné smegma odstraňovat, neboť při jeho ponechání v oblasti zevních rodidel může docházet k jeho vysychání nebo naopak nadbytečnému hromadění, což může být spolu s případnou bakteriální kontaminací ze stolice příčinou nežádoucího slepování stydkých pysků. Pokud je slepení déletrvající a neřeší se, může časem dojít k pevnějšímu spojení těchto struktur až ke kožnatému srůstu. To už je potom problém, který se musí řešit ve spolupráci s dětským gynekologem a pro dítě i pro rodiče je traumatizujícím zážitkem.

Pravidelnou správnou hygienou a preventivním sledováním tomu ovšem je možné předejít.

■ Jak tedy na to?

Rodičům doporučujeme každodenní důkladnou, třebaže šetrnou hygienu oblasti zevních rodidel.

U všech děvčátek od narození **denně** při koupeli **omývat** z rodidel smegma a znečištění močí a stolicí. Dbát na dostatečné oddálení stydkých pysků od sebe v celé jejich délce a omytí poševního vchodu. Důsledně je třeba dbát na odstraňování zbytků moči a hlavně stolice.

Doporučíme používat **proud teplé vody**, v případě většího znečištění s neparfémovaným dětským mýdlem. Není vhodné omývání žinkami, jednorázové vlhčené ubrousky ponecháme jen k dočištění oblasti po koupeli nebo k řešení urgentní situace v momentě, kdy voda s mýdlem jsou nedostupné.

Zásadně omýváme i otíráme genitál ve směru z ventrální strany dorzálně, tedy od klitorisu k anu.

U holčiček v předškolním věku je důležité jejich opakované poučování v tomto smyslu s praktickou ukázkou. Maminky si ovšem musejí být zcela jisty svým počínáním, v tom je může podpořit a radou jim pomoci právě dětský praktický lékař.

Důležitá je i **hygiena spodního prádla**, jeho včasná výměna při kontaminaci močí nebo stolicí. V této oblasti hodně zmůže prosté převlečení dítěte vícekrát než jednou denně, hlavně v době pobytu v dětském kolektivním zařízení, kde není možné dítě osprchovat.

V domácím prostředí doporučujeme sprchu, resp. použití bidetu po každé stolici.

Zdravý, omytý genitál není nutné ošetřovat jakoukoli masťou či olejem. K těmto prostředkům se uchylujeme v případě projevů patologie.

Správnou hygienou předejdeme vzniku konglutinací a synechií, případným infekcím vulvy, vagíny i močové trubice.

■ Závěr

Správné poučení rodičů, zejména matky, v novorozeneckém období **je zásadní**. Pravidelná kontrola zevního genitálu dívek do předškolního věku je nezbytnou součástí preventivních prohlídek.

Prevencí předejdeme vzniku řady onemocnění zevních rodidel, případně i močového systému.

Správné hygienické návyky u děvčátek je nutné vytvářet již časně, tzn. od předškolního věku. Rodiče si musejí být s naší pomocí vědomi své zodpovědnosti za dodržování hygieny a výchovu dítěte v tomto směru.

■ Literatura

Hořejší J. Dětská gynekologie. Praha: Avicenum, 1990
Dostálová Z et al. Hygiena děvčat od novorozence do puberty. In: Intimní hygiena u dětí. Pediatr. pro Praxi. 2009;10(4):220–223



Ošetřovatelská péče v dětské gynekologii

Bc. Martina Romanová

Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno

Cílem dětské gynekologie je prevence, diagnostika a léčba gynekologických nemocí dívek od narození do ukončeného 18. roku života. Probíhá na specializovaných pracovištích se speciálním přístrojovým vybavením. Při diagnostice a terapii spolupracuje dětský gynekolog s dalšími lékařskými obory, jako je urologie, genetika, endokrinologie, mikrobiologie, chirurgie, pediatrie, patologie a další. Doplnkem dokumentace dítěte je v současné době i informovaný souhlas rodičů.

Gynekologické vyšetření

Příprava na vyšetření:

Předpokladem pro hladký průběh gynekologického vyšetření dítěte je jeho psychická příprava. Je vhodné, aby matka (v domácím prostředí) obeznámila dívku s průběhem gynekologického vyšetření. Dítě by mělo mít představu o tom, kde a jak bude vyšetřeno.

Při vlastním vyšetření dítěte zabezpečíme klidné a příjemné prostředí. Pro netraumatizující průběh je nezbytný vlídný přístup, trpělivost, u malých dětí je nutná přítomnost matky (pocit jistoty), naopak u starších děvčat může přítomnost matky znamenat problém (ostych). Dítě by mělo být před vyšetřením vymočené. S dítětem při vyšetření komunikujeme, opakovaně vysvětlujeme,

co se chystáme dělat, co právě děláme. Tím dítěti ukážeme jeho důležitost při ošetření a současně odpoutáme jeho pozornost od nepříjemného, případně bolestivého vyšetření. U neklidných a neurotických dětí je gynekologické vyšetření prováděno za použití sedace, v krajním případě i v celkové anestezii. Snahou je minimalizovat bolestivé a invazivní výkony.

Snižuje hypersekreci, léčí akutní průjem¹

HIDRASEC[®]
RACECADOTRILUM

Hidrasec[®] pro kojence 10 mg zrněný prášek
Hidrasec[®] pro děti 30 mg zrněný prášek

Lék 1. linie léčby při akutním průjmu + výbava pro cesty na dovolenou

- specifický inhibitor enkefalinázy¹
- ovlivňuje hypersekreci, hlavní projev akutního průjmu¹
- působí antisekretoricky výlučně ve střevě¹
- rychlý nástup účinku do 30 minut²
- bez ovlivnění střevní motility a bazální sekreční aktivity¹
- bez účinků na CNS¹
- bezpečnost a snášenlivost srovnatelné s placebem³
- děti a kojenci od 3 měsíců¹

Literatura:

1. SPC Hidrasec[®], datum revize textu 11. 9. 2012.
2. Schwartz JC. Racecadotril: a new approach to the treatment of diarrhea. Int J Antimicrob Agents. 2000;14:75-79.
3. Lehen P. Racecadotril for childhood gastroenteritis: an individual patient data meta-analysis. Dig Liver Dis. 2011;43(8):707-713.

Základní informace o přípravku:

Název přípravku: Hidrasec[®] pro kojence 10 mg zrněný prášek. Hidrasec[®] pro děti 30 mg zrněný prášek. **Složení:** 10 mg racecadotrilu resp. 30 mg racecadotrilu v jednom sáčku. **Léková forma:** zrněný prášek pro perorální suspenzi. **Indikace:** Doplnková symptomatická léčba akutního průjmu u kojenců (starších 3 měsíců) a u dětí spolu s perorální rehydratací a obvyklými podpůrnými opatřeními, pokud tato opatření sama nestačí ke kontrole klinického stavu a pokud kauzální léčba není možná. Je-li kauzální léčba možná, může být racecadotril podáván jako doplňková léčba. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na jakoukoli pomocnou látku přípravku. Tento léčivý přípravek obsahuje sacharózu. Pacienti se vzácnou dědičnou nesnášenlivostí fruktózy, syndromem malabsorpce glukózy-galaktózy nebo deficitem sacharózy-isomaltázy by neměli tento léčivý přípravek užívat. **Dávkování:** Hidrasec[®] pro kojence 10 mg je určen pro děti o hmotnosti <13 kg. **Doporučená dávka:** 1,5 mg/kg na jednu dávku (odpovídá 1 až 2 sáčkům), 3× denně v pravidelných intervalech. U dětí pod 9 kg: jeden sáček 3× denně. U dětí od 9 kg do 13 kg: dva sáčky 3× denně. Hidrasec[®] pro děti 30 mg je určen pro děti o hmotnosti ≥13 kg. **Doporučená dávka:** 1,5 mg/kg na jednu dávku (odpovídá 1 až 2 sáčkům), 3× denně v pravidelných intervalech. U dětí od 13 kg do 27 kg: jeden sáček 3× denně. U dětí nad 27 kg: dva sáčky 3× denně. **Léčba by neměla přesáhnout 7 dní.** **Léčba by neměla přesáhnout 7 dní.** Zrněný prášek může být přidán k potravě, rozpuštěn ve sklenici vody nebo v kojenecké lžičce, dříve se zamíchá a ihned podává. **Zvláštní upozornění:** Racecadotril by neměl být podáván v případě přítomnosti krvavé nebo hnisavé stolice a horečky, tyto příznaky mohou ukazovat na přítomnost invazivních bakterií jako příčinu průjmu nebo na přítomnost jiného závažného onemocnění. Racecadotril by neměl být podáván při průjmu vyvolaném antibiotiky. U pacientů s diabetem je třeba uvážit skutečnost, že každý sáček Hidrasec[®] pro kojence 10 mg obsahuje 0,966 g sacharózy resp. každý sáček Hidrasec[®] pro děti 30 mg obsahuje 2,899 g sacharózy. Přípravek nesmí být podáván kojencům mladším 3 měsíců, protože pro tuto populaci chybí klinické studie. Přípravek nesmí být podáván dětem s nitřním nebo hepatálním potížením jákerního stupně závažnosti, protože pro tyto skupiny pacientů chybí informace. Přípravek nesmí být podáván pacientům s dlouhodobým nebo nekontrolovaným zvracením, protože u těchto pacientů je možná nižší biologická dostupnost léku. **Interakce:** Dosud nebyly popsány interakce s jinými léčivými přípravky. **Nežádoucí účinky:** Poruchy nervového systému: bolest hlavy. Poruchy kůže a podkoží: vyrážka, erytém. **Velikost balení:** 10, 15, 20, 30, 50 a 100 sáčků (100 sáčků pro nemocniční užití). **Podmínky uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Registrační číslo:** Hidrasec[®] pro kojence 10 mg: 48/554/11-C. Hidrasec[®] pro děti 30 mg: 48/555/11-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Biorapport Europe Ltd, 29 Earlsfort Terrace, Dublin 2, Irsko. **Způsob výdeje:** Lék je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Přípravek není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 11. 9. 2012. Tato verze je platná ke dni vydání materiálu (3/2014). **Důležité, než přípravek předpíšete, seznáňte se, prosím, s úplnou informací o přípravku.**

Abbott Laboratories, s.r.o.,
Hadovka Office Park, Evropská 2581/33d, 160 00 Praha 6,
Česká republika, hidrasec@abbott.cz, www.abbott.com



Průběh gynekologického vyšetření:

Anamnéza: Informace o celkovém stavu i aktuálním problému dítěte zjistíme dotazy kladenými matce (hlavně u menších dětí) nebo pacientce. Dítě aktivně zapojujeme do rozhovoru.

Pohled (aspekce): Dívku před vyšetřením prohlédneme, zhodnotíme, zda její tělesné proporce odpovídají věku, pozorně ji sledujeme při svlékání (svlékání kalhotek s botami na nohou, kalhotky pohozené na zemi), hodnotíme spodní prádlo (čistota, kvalita materiálu), dále hygienu vnějších rodidel, případně exantém, vyklenutí břicha, přítomnost sekundárních pohlavních znaků (ochlupení, prsy). Všimáme si možných známek pohlavního či fyzického násilí (modřiny, porušený hymen, úzkostlivost dítěte při vyšetření genitálu a další).

Pohmat (palpace): Součástí gynekologického vyšetření je bimanuální palpce. Palpačně posuzujeme velikost dělohy, její proporce a okolí – adnexální krajiny. Toto vyšetření provádíme *per rectum*. U dívek starších 15 let, které měly pohlavní styk, palpujeme vaginálně.

Pomocná vyšetření: Patří sem ultrazvukové vyšetření (abdominální, *per rectum*), kultivační vyšetření pochvy, funkční a onkologická cytologie, laboratorní vyšetření krve (krevní obraz, základní biochemické vyšetření, hormonální profil, vyšetření hladiny tumor markerů a další), rentgenové vyšetření, počítačová tomografie, magnetická rezonance. Pro dětskou gynekologii je nezbytnou vyšetřovací metodou vaginoskopie. Jedná se o endoskopické vyšetření pochvy a děložního čípku dívky. Tubus vaginoskopu je zaveden hymenálním otvorem do pochvy. Průměry tubusů vaginoskopu umožňují vyšetřit dívky v různém věku (od narození až do 18 let). K orientaci v pochvě používáme studené světlo.

Časté gynekologické nemoci řešené v dětském věku

Nejčastějšími nemocemi u dívek jsou vulvovaginitidy (zánět pochvy a vnějších rodidel) a synechie vulvy (srůst sliznice protilehlých míst vchodu pochvy). V období puberty jsou časté poruchy menstruačního cyklu – juvenilní metroragie (dysfunkční krvácení vyvolané nadbytkem estrogenů a nedostatkem gestagenů), dále primární

amenorea (absence menstruace do 15 let) a sekundární amenorea, kdy dívka jistý čas menstruovala a následně se vyskytla pauza delší než 6 měsíců. Vrozené vývojové vady jako atreze hymenu (nepřechodnost panenských blány) nebo ageneze dělohy a pochvy je vzácnější. Adnexitida (zánět děložních přívesků) je v dětském věku vzácná, častěji se vyskytuje v pubertě. Ovariální cysty mohou být zcela bezpříznakové, ale mohou se projevit i jako náhlá příhoda břišní, například při torzi *adnex*.

Edukace

Edukace porodní asistentkou má v dětské gynekologii své významné místo. Při narození dívky porodní asistentka poučí matku o významu a provádění hygieny zevního genitálu dítěte (po každé stolici matka umyje okolí vnějších rodidel a konečníku ve směru zepředu dozadu, nejlépe vodou). Použití zvlhčených ubrousků volíme jako poslední možnost, pokud není k dispozici tekoucí voda. Matka je informována o možném výskytu krátkodobého krvácení z pochvy po narození, tzv. krvácení ze spádu. Větší dívky, které si již hygienu provádějí samy, jsou poučeny o významu dodržování hygieny (prevence vzniku infekce v oblasti zevních rodidel), dále o vhodnosti spodního prádla (čistota a častá výměna) a o použití a vhodnosti hygienických kosmetických doplňků. Úkolem porodní asistentky v edukaci mladých žen je spolupodílet se na výchově v reprodukčním zdraví. Porodní asistentka edukuje ženy o menstruačním cyklu (význam pro potenciální graviditu, vedení menstruačního kalendáře), o možnostech hormonální a nehormonální antikoncepce, o prevenci vzniku sexuálně přenosných onemocnění (STD) a o rizicích promiskuity, o důležitosti onkologické prevence (minimálně jednou ročně) a samovyšetřování prsů. Porodní asistentka také radí v oblasti zdravého životního stylu, který je žádoucím předpokladem pro koncepci, zdravý průběh těhotenství a fyziologický porod.

Dispenzarizace

Jedná se o pravidelné sledování zdravotního stavu pacienta s určitým, většinou chronickým onemocněním. Úkolem je sledovat vývoj nemoci a v případě její dekompenzace

upravit nebo změnit zavedenou terapii. V dětské gynekologii jsou dispenzarizovány pacientky s vrozenou vývojovou vadou vnějšího nebo vnitřního genitálu, s poruchou menstruačního cyklu, nádorovým onemocněním a pacientky s primárně negynekologickým onemocněním vyžadujícím sledování u gynekologa (např. pacientky s Turnerovým syndromem). Cílem je dosažení kvalitního života jak v období fertilitní s ohledem na budoucí graviditu a porod, tak v období pozdějším (antikoncepce či hormonálně řízená amenorea u fyzicky a mentálně postižených dívek a žen).

Komplikace léčby

Často řešeným problémem je odmítání samotného vyšetření. To oddaluje správnou diagnostiku nemoci. Důvodem může být strach z vyšetření a potenciální bolesti, nedůvěra a cizí prostředí, u starších dívek také ostych před lékařem nebo rodiči. Tento problém se snažíme řešit psychickou přípravou dítěte, trpělivým a individuálním přístupem při vyšetření. Násilná snaha o gynekologické vyšetření může vést ke vzniku averze dítěte k lékaři, k odmítání zdravotní péče a s tím spojených možných komplikací.

Souhrn

Vyšetření pacientky v ambulanci dětské gynekologie má svá specifika, která vyžadují osobitý přístup erudovaného personálu. Předkládaný článek nabízí stručný přehled častých dětských gynekologických problémů a jejich diagnostiku, dále význam edukace a dispenzarizace u mladých děvčat. Zdůrazňuje potřebu individuálního přístupu k nezletilé pacientce. Klíčová slova: dětská gynekologie, edukace, dispenzarizace, psychologické aspekty

Literatura

Rob L., Martan A, Cittebart K. Gynekologie. Praha: Galén, 2008. s. 93–107. ISBN 978-80-7262-501-7

Převzato z časopisu *Sestra*, červen 2013



Role enterální výživy u nespecifických střevních zánětů v pediatrii

MUDr. Peter Sztányi, Ph.D., MUDr. Nabil El-Lababidi, MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. lékařské fakulty UK a VFN Praha

Nespecifické střevní záněty (NSZ) jsou onemocnění, která byla v minulosti výhradní doménou gastroenterologů pro dospělé pacienty. V posledních letech stoupá počet dětských pacientů a současně klesá jejich věk v době diagnózy. V pediatrii platí stejná definice NSZ jako u dospělých pacientů – NSZ postihují tenké a/nebo tlusté střevo, mohou být doprovázeny onemocněním dalších orgánů. Základní rozdělení je: Crohnova nemoc (CN), ulcerózní kolitida (UC) a indeterminovaná kolitida (IDK – jedná se o situaci, kde onemocnění nelze jednoznačně zařadit jako CN nebo UC).

NSZ se řadí mezi autoimunitní onemocnění, kdy organismus bojuje sám proti sobě. Příčina vzniku idiopatických střevních zánětů není v současnosti stále známa. Předpokládá se vliv genetických, infekčních faktorů (včetně složení bakteriální střevní flóry), poruch obranyschopnosti, vliv stresu a také diety.

Klinické projevy NSZ jsou rozmanité a zahrnují typicky celkové a střevní projevy, mnohdy i projevy, které zdánlivě s NSZ nesouvisí. Mluvíme o extraintestinální manifestaci NSZ. Mezi celkové projevy patří horečka, zpomalení růstu/neprospívání, nechutenství. K střevním/břišním projevům řadíme bolesti břicha (často nespecifické, bez jednoznačné lokalizace), průjem, přítomnost čerstvé krve ve/na stolici, dále typické patologické nálezy v okolí konečníku (trhliny, píštěle, abscesy, hrbolky). K mimobřišním projevům (jedná se o systémové projevy u autoimunitního postižení) řadíme postižení kloubů, kožní a slizniční projevy – *erythema nodosum*, *pyoderma gangrenosum*, afty v ústech.

Dietní opatření a nutriční léčba se liší podle stadia nemoci. V akutní fázi se doporučuje dodržování bezezbytkové diety (strava chudá na vlákninu). Jinak všeobecně platí jak pro akutní, tak i pro klidovou fázi doporučení vyvážené vysokokalorické a na bílkoviny bohaté stravy (150–180 % energetické potřeby), která je obohacena o vitaminy, minerály a stopové prvky.

Enterální výživa (EV) zjednodušeně znamená podání speciálně vyrobených směsí (většinou roztoků nebo prášku k jejich

přípravě) s přesně stanoveným obsahem cukrů, tuků, bílkovin, vitaminů, minerálů a stopových prvků do zažívacího traktu. Tyto přípravky enterální výživy jsou připravovány tak, aby jejich jednotlivé složky byly snadno vstřebatelné (i zánětlivě změněnou sliznicí tenkého střeva) a zajistily dostatečnou výživu organismu. Enterální výživa se používá jako doplněk stravy nebo běžnou stravu zcela nahrazuje a je možné ji podávat několika způsoby. Nejpřirozenější formou enterální výživy je popíjení, tzv. „sipping“, který je běžně určen jako doplňková výživa při nedostatečném kalorickém příjmu *per os*. Při narušeném perorálním příjmu či nedostatečné spolupráci se nabízí možnost výživy pomocí sondy zavedené nosem přímo do žaludku nebo tenkého střeva. Další možností je zavedení perkutánní (přes kůži) endoskopické gastrostomie (PEG), které je však u dětských pacientů s nespecifickými střevními záněty výjimečné.

Spektrum preparátů enterální výživy v současnosti dokáže kompletně zabezpečit energetickou a nutriční potřebu nemocných, a existují speciální pediatrické přípravky vyvinuté a určené pro dětský věk.

EV je indikována u pacientů s alespoň částečně funkčním GIT, u kterých není možné zabezpečit adekvátní perorální příjem a/nebo normální strava nestačí k pokrytí potřeb pacienta.

■ Klinické stavy vyžadující EV

Nedostačující perorální příjem

- Poruchy sání, polykání – prematurita, neurologické postižení (záchvatovitá onemocnění, dysfagie)

- Vrozené vady horního GIT (tracheo-
ezofageální píštěl)
- Tumory (dutiny ústní, hlavy a krku)
- Poranění a rozsáhlé popáleniny tváře
- Kritické onemocnění (mechanická ventilace)
- Těžký GER
- Averse k jídlu, anorexie, deprese

Poruchy digesce a absorpce

- Cystická fibróza, syndrom krátkého střeva (SBS), nespecifický střevní zánět (NSZ – IBD), malabsorbní syndrom spojený s potravinovou alergií (ABKM, polyvalentní potravinová alergie), enteritida spojená s chronickou infekcí (*Giardia lamblia*), protrahovaný průjem kojenců, intraktabilní průjem, závažná primární či získaná imunodeficeience, chronické jaterní postižení, GvH nemoc, střevní píštěl

Poruchy motility GIT

- Chronická pseudoobstrukce
- Hirschsprungova nemoc – rozsáhlé ileo-
kolické postižení

Zvýšené nutriční požadavky a ztráty

- Cystická fibróza
- Chronická onemocnění jednotlivých orgánů (ledviny, srdce, játra)
- NSZ – IBD
- Mnohočetná traumata a rozsáhlé popáleniny

Neprospívání, zástava růstu nebo chronická malnutrice (mimo výše zmíněné)

- Mentální anorexie
- Neorganická růstová stagnace

Crohnova nemoc

- Primární léčba u naivních pacientů k indukci remise

Metabolická onemocnění



Enterální výživa u Crohnovy nemoci je důležitý léčebný nástroj. Je plně indikována jako primární léčba k indukci remise u nově diagnostikovaných dětských pacientů, zvláště u pacientů s poruchou růstu a významnou malnutricí (podvýživou). U ulcerózní kolitidy se enterální výživa nepoužívá v léčbě, lze ji však použít ke zlepšení celkového nutričního stavu, např. před operačním výkonem.

Enterální výživa navíc minimalizuje negativní účinky farmakoterapie. K indukci remise je optimální její podávání ve formě exkluzivní – výlučné výživy bez klasického jídla či diety. V poslední době se ukazuje, že i neúplná EV v rozsahu 80–90 % celkového energetického příjmu může mít stejný efekt jako exkluzivní EV.

■ Základní rozdělení EV u NSZ

1. **Exkluzivní EV**, kdy EV představuje jediný dietní zdroj a slouží jako primární léčba k indukci remise (až v 85 % u dětí s nově diagnostikovanou CN).
2. **Parciální EV**, podávaná k normální či bezesbytkové dietě s cílem zlepšit stav výživy a/nebo udržet remisi.

Mechanismus účinku exkluzivní EV u NSZ: není plně objasněn. Roli hrají eliminace antigenů ve stravě, celkové zlepšení nutričního stavu, úprava střevní permeability, snížení syntézy zánětlivých střevních mediátorů mechanismem redukce dietních tuků, úprava střevní mikroflóry a také dodávka mikronutrientů.

Účinek exkluzivní EV na stav výživy a růst u NSZ: EV zlepšuje celkový stav výživy, ve srovnání s kortikoterapií podporuje lineární růst, zlepšuje anabolismus – potlačením proteolýzy a stimulací proteosyntézy. Zlepšuje se také tělesné složení.

Vliv různých preparátů EV

K léčebným účelům se používají různé tekuté preparáty umělé výživy (elementární, oligomerní či polymerní). Není rozdíl v účinnosti při použití polymerní, oligomerní nebo elementární diety. Polymerní diety mají mnohem lepší chuťové vlastnosti a tím i možnost perorálního podávání. Jsou dětmi lépe akceptovány a jsou levnější.

Účinek léčby EV na slizniční hojení nezáleží na typu preparátu.

Vliv lokalizace střevního postižení

Všeobecně se předpokládá, že nejlepšího efektu EV je dosaženo u pacientů s postižením ileálním či ileokolickým. Hůře odpovídají na léčbu EV pacienti s nemocí lokalizovanou v tlustém střevě, lépe pacienti s relativně krátkou anamnézou nemoci (ve srovnání s chronickým průběhem).

Cesta a doba podávání EV

K indukci remise se EV podává perorálně či sondou. Z dostupných dat nelze upřednostňovat ani jednu formu. Výhodou perorálního podávání jsou nižší náklady, nevýhodou nelibé chuťové vlastnosti. Sondová výživa má výhody ve své komplexnosti, možnosti podávání pumpou, v noci. Při nedostatečném perorálním příjmu či nedostatečné spolupráci lze nabídnout možnost sondové výživy, zavedení PEG je u dětských pacientů výjimečné.

Zvláštní, ale stále ještě přirozenou formou EV je popíjení, tzv. „sipping“, který je obvykle určen jako suplementární doplňková výživa při nedostatečném kalorickém příjmu p.o.

Dávkování EV, způsob a doba podávání EV: záleží na individuální toleranci.

Remise onemocnění může být navozena EV během 4–6 týdnů.

Délka trvání EV je minimálně 4 týdny nebo déle, až do dosažení ideální hmotnosti pacienta.

Optimální EV je množství, které kryje 100 % kalorické a proteinové potřeby vypočtené na ideální hmotnost pacienta. Můžeme použít také aktuální hmotnost pacienta, ale v tom případě potřebujeme požadavky navýšit o přibližně 20 % kalorií navíc k umožnění růstu a hmotnostních přírůstků.

1. **Bolusově** – pouze do žaludku, před novým podáváním je vhodná kontrola žaludečního rezidua, interval závisí na velikosti bolusu a celkové potřebné dávce výživy – optimálně 2–4 hodiny, dávka 1–5 ml/kg TH
2. **Kontinuálně** – žaludek, duodenum a tenké střevo, pomocí nutriční peristaltické pumpy a/nebo gravitačního setu. Rozhodnutí o přerušovaném či nepřerušovaném režimu závisí na toleranci pacienta. Před 24hodinovým režimem upřednostňujeme noční podávání. Počáteční dávkování 1–2 ml/kg TH a hodinu, zvyšujeme postupně o 0,5–1 ml/

kg TH až do plné dávky 6–8 ml/kg TH a hodinu.

Nezvyšujeme najednou objem i koncentraci EV, snaha je nejdříve navýšit objem a následně koncentraci přípravku.

Znovuzavedení klasického jídla či diety do výživy: zahajujeme postupně, indikována je bezesbytková dieta.

Je známo, že 60–70 % pacientů zrelabuje do 1 roku po ukončení EV. Pro prodloužení remise se doporučuje buď *cyklická EV* – noční podávání tekuté umělé výživy po dobu jednoho měsíce ze čtyř, nebo tzv. *suplementární EV* – noční nazogastrická umělá výživa 4–5× týdně jako doplněk k neomezené klasické dietě pacienta

Za předpokladu, že není nutná hospitalizace pacienta z jiné indikace, je snahou pokračovat v EV v domácí péči. Pacient a jeho rodina nebo jedinec poskytující péči musejí být zaučení v péči o sondu, stomii, nutriční pumpu či set. Pacient musí být na stabilním režimu EV, musí být vybaven odpovídajícím preparátem EV a příslušenstvím – technickým vybavením.

■ Závěr

Nespecifický střevní zánět je celoživotní onemocnění, které umíme léčit, ale zatím neumíme vyléčit. Jednou z možností léčby je enterální výživa. Ta z definice představuje zajištění speciálních nutričních přípravků/živin podávaných orálně nebo jejich podávání cestou výživové sondy. Enterální výživa je u aktivní Crohnovy nemoci odpovídající alternativou k léčbě kortikosteroidy (navíc bez negativních účinků této farmakoterapie) a k navození remise. Měla by proto být indikována jako léčba první volby. Na léčbu enterální výživou hůře odpovídají pacienti s nemocí lokalizovanou v tlustém střevě, lépe pacienti s relativně krátkou anamnézou nemoci (ve srovnání s chronickým průběhem).

Podpořeno výzkumným záměrem RVOFN 64165

Literatura u autora.

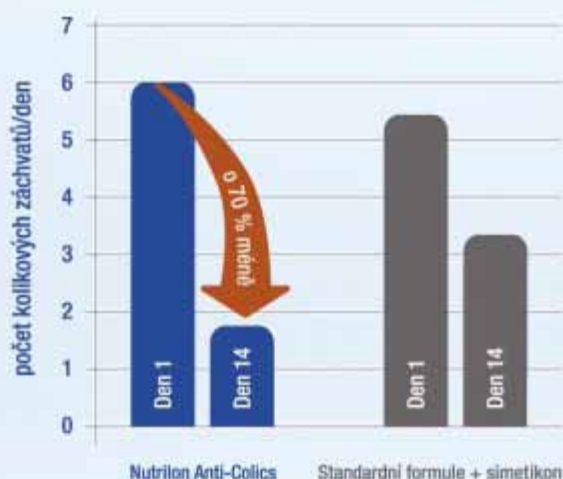
Na koliky mají experti účinný recept

STOP
kolikám

**Pokles kolikových
záchvatů pláče o**

70 %

**NUTRILON ANTI-COLICS
JE ÚČINNĚJŠÍ NEŽ SIMETIKON¹**



- Částečně hydrolyzovaná bílkovina
- Nízký obsah laktózy
- Prebiotická směs scGOS/lcFOS (9:1)



NUTRILON JE JEN JEDEN



¹ Savino F et al., Reduction of crying episodes owing to infantile colic: a randomized controlled study on the efficacy of a new infant formula. European Journal of Clinical Nutrition (2006), 60: 1304-1310.

Kojení je nejvhodnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na webových stránkách www.nutriklub.cz a na infolince 800 110 000. Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely.

8. kongres primární péče

Čas pro odborné vzdělávání i profesní a lidské setkávání

V tradičním termínu a na tradičním místě, tedy na přelomu února a března v TOP Hotelu Praha, se sešli již poosmé praktičtí lékaři pro dospělé i pro děti a dorost na svém společném odborném programu. Jedno však bylo tentokrát jiné, smutnější... Mezi přítomnými chyběl – a už navždy chybět bude – spoluzakladatel kongresu a dlouholetý předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR MUDr. Pavel Neugebauer, který v září loňského roku podlehl ve věku pouhých 52 let vážnému onemocnění.

Jako každým rokem, i letos přišel přes 1200 přihlášených lékařů a 300 sester z ordinací primární péče pozdravit předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc. Ocenil jak odborný, tak společenský program Kongresu primární péče, během něž mají lékaři první linie možnost vyměňovat si navzájem své praktické zkušenosti. „Pacienti i v době medicíny založené na důkazech jistě ocení

nejen vaše odborné znalosti, ale i lidské dovednosti,“ zdůraznil specifikum praktických lékařů provázejících své pacienty životem v nemoci i ve zdraví prof. Blahoš.

Během zahájení kongresu pořádaného společně Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP, Sdružením praktických lékařů ČR a Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost ČR promluvil i další stálý host – doc. MUDr. Svatopluk

Býma, CSc., předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Zdůraznil, že tento medicínský kongres je zároveň důležitým místem profesního setkávání, „zejména v letošním roce, kdy segment primární péče čekají důležitá jednání o valorizaci kapitálních plateb stejně jako o elektronických receptech či elektronických neschopenkách“.

red

Prevence infekčních onemocnění u dětí a dospělých – quo vadis?

„Očkování pomohlo snížit množství infekčních onemocnění v Evropě. Od roku 1980 do roku 2009 poklesl na našem kontinentu výskyt polia o 100 %, spalniček o 99 %, novorozeneckého tetanu o 96 %, záškrtu o 93 %, tetanu celkově o 89 % a černého kašle o 68 %,“ uvedla ve čtvrtek 27. února v úvodu předkongresového sympozia, pořádaného společně se společností MSD, MUDr. Alena Šebková, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP.

„Zahraniční zkušenosti ukazují, že např. program očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám zahájený v roce 1982 vedl ve Finsku již v roce 1996 prakticky k eliminaci spalniček a v roce 1997 k eliminaci příušnic a zarděnek,“ konstatovala MUDr. Šebková s tím, že program je dobře nastaven i v ČR a je záhodno v něm dále pokračovat. Zároveň však musejí být lékaři a celý systém připraveni operativně zareagovat, pokud by z jakéhokoli důvodu došlo k opětovnému nárůstu počtu nových případů.

Další úspěšný příklad zmíněný v prezentaci MUDr. Šebkové pocházel z Austrálie. Vysoká proočkovanost proti rotavirovým infekcím tam měla významný dopad na snížení počtu hospitalizací v souvislosti s gastroenteritidou. Retrospektivní analýza počtu dětí do 6 let včetně, porovnávající stav před zahájením očkování v letech 2005 až 2007 a po něm, tedy v letech 2008 až 2010, prokázala 83% snížení počtu hospitalizací v celé skupině, v podskupině dětí do 2 let, tedy v té nejvíce rizikové, až o 90 %.

■ Rodiče v otázce očkování nejvíce důvěřují lékařům, roli však hrají i média

Jak připomněla MUDr. Šebková, k dosažení podobně příznivého efektu je bezpodmínečně nezbytné dosažení určité míry proočkovanosti cílové populace a její udržení – u spalniček se uvádí např. podmínka nejméně 95% pokrytí očkováním. „K úspěchu programu očkování přispívá zainteresovanost pacientů, resp. rodičů,

zdravotníků i orgánů veřejného zdravotnictví. Pokud mezi nimi probíhá vzájemná akceptace názorů, komunikace a výměna informací, a také pokud jsou zdravotníci dobře proškoleni, má očkovací strategie naději na úspěch,“ uvedla MUDr. Šebková svou úvahu na téma, proč v současnosti sílí ve společnosti hlasy aktivistů proti očkování. „Dokud se onemocnění provázená úmrtím vyskytují, je po ochraně před nimi poptávka. Jakmile výskyt těchto nemocí klesne, převládne pocit, že očkování je vlastně zbytečné, a víra v jeho potřebnost poklesne. V této fázi se dnes nachází i společnost v ČR. K tomu se přidává skepse a nedůvěra vůči farmaceutickému průmyslu – a někdy i nedůvěra ve státní orgány, protože nařizují něco, co zasahuje do svobodného rozhodování rodičů.“

Naštěstí, jak konstatovala MUDr. Šebková, většina rodičů chápe význam vakcinačních programů nejen pro jejich dítě, ale i pro kolektivní imunitu, která nakonec ochrání i ty jedince, kteří se očkovat nechat nemohou. „Jak vyplynulo z průzkumu provedeného v našich ordinacích, rodiče stále nejvíce důvěřují lékaři a dají na jeho radu – odpovědělo tak 54 % dotázaných. Na druhé straně nesmíme pominout, že dalších 20 % respondentů naopak nejvíce dá na informace z médií – televize nebo internetu. Pro ně je nutné mít připraveny argumenty na podporu očkování, které lze najít v různých validovaných a nezávislých informačních zdrojích, zahraničních i domácích.“ MUDr. Šebková jmenovala mj. americká centra pro kontrolu nemocí a prevenci CDC a jejich internetové stránky speciálně pro rodiče, dále stránky Světové zdravotnické organizace (WHO), Evropského centra prevence a kontroly nemocí (ECDC), nezávislého občanského sdružení odborníků HPV College i České vakcinologické společnosti ČLS JEP. Co naopak v ČR v otázce posilování pozitivního vztahu společnosti k očkování chybí, je vyšší podpora pediatrii a ostatních zdravotníků ze strany orgánů státní správy a místní samosprávy. „Jsem přesvědčena o tom, že nejen rodiče a pediatrii, ale také stát a média mají moc ochránit děti díky očkování,“ dodala MUDr. Šebková.

■ Vakcinace není protipólem zdravého způsobu života

Jak připomněl v další přednášce doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D., odborný garant očkovacích center Avenir, Česká lékařská komora (ČLK) považuje zpochybňování přínosu vakcinace ze strany lékařů za postup *non lege artis*. Takový lékař porušuje nejen zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ale také etický kodex ČLK i Úmluvu o lidských právech a biomedicině.

„Odpůrci očkování představují malou skupinu laiků, kteří absolutně nereagují na jakoukoli snahu o logickou diskusi a jsou imunní vůči důkazům, vědě a rozumu. Typický je pro ně selektivní výběr údajů ze studií, bagatelizace závažnosti nemocí a naopak extrémní důraz na málo pravděpodobné riziko postvakcinačních komplikací. Často si také strašením vydělávají – organizují různé přednášky nebo píšou knížky,“ uvedl doc. Maďar s tím, že určitou biblí odpůrců očkování je publikace Doba jedová, která podle něj obsahuje řadu nesmyslů i typických manipulací. Jako příklad uvedl mj. i dvě následující citace. „Americké děti dostávají největší počet vakcín na celém světě. Znamená to snad, že jsou zdravější?“ „Chřipka je banální nemoc s doživotní imunitou, očkuje se proti ní do krevního řečiště.“

Doc. Maďar však zdůraznil, že většina rodičů chce pro své dítě to nejlepší, a proto dá na odbornou radu svého lékaře. „Chce to však adekvátně komunikovat. Každý dospělý si zaslouží relevantní informaci o vakcínách a od praktika ji očekává. Důležité je pochválit rodiče za zájem – nemusejí být primárně odpůrci očkování, ale projevují tím svou nejistotu. Nutné je vystupovat s klidem a použít třeba formulaci „po přečtení vašich zdrojů na internetu bych to viděl stejně, ale protože mám v očkování praxi, jako váš lékař vám doporučuji...“,“ poradil doc. Maďar. Dodal, že je vhodné rodiče ujistit o tom, že odborníci mají na očkování jednotný názor a že lékař by rozhodně neriskoval zdraví a životy svých pacientů, svých blízkých ani život svůj, pokud by nebyl o přínosu vakcíny přesvědčen. „Očkování není protipólem zeleného myšlení a zdravého způsobu života, ale jeho součástí,“ konstatoval s tím, že

lékaři primární péče mohou hledat podporu u vakcinologů – pacientům mohou doporučit třeba poradnu České vakcinologické společnosti ČLS JEP (www.vakcinace.eu) – nebo na různých validních serverech, např. www.lovcisarlatanov.sk nebo www.koalice.estranky.cz.

■ Odjezd do zahraničí – klíčová je cílová destinace i cesta

Doc. Maďar se závěrem krátce zmínil také o cestovní medicíně a očkování před odjezdem do zahraničí. „Hygienických problémů je v rozvojové cizině spousta – třeba v restauracích vypadá část pro klienty vždy slušně, horší už bývá část pro personál,“ zdůraznil a dokumentoval své zkušenosti fotografiemi: „V kuchyních jsou špinavé spotřebiče, jídlo není v lednicích ani kryto před hmyzem, běžná je i zkřížená kontaminace pracovních ploch. Při přípravě se používá maso z uhynulých zvířat, po záruce či opakovaně rozmrazované. Adekvátní očkování tedy chrání cestovatele mimo jiné před nutností navštívit místní zdravotnická zařízení. Ta mají velmi často nízkou kvalitu, chybí tam sterilní materiál, kvalifikovaní zdravotníci, nefungují tam přístroje a mnohdy ani elektrický proud, což je problematické zejména u operací, termolabilních léků či vakcín.“

Očkování na cesty kamkoli může podle doc. Maďara poskytnout i praktický lékař – aplikací vakcín proti virové hepatitidě, meningokokové meningitidě (A, C, Y, W-135), klíšťové encefalitidě v případě pobytu v přírodě či břišnímu tyfu u odjezdů do rozvojových zemí. „Myslete na to, že řešíte nejen otázku cílové destinace, ale i otázku cesty – dítě se totiž může nakazit pneumokoky, rotaviry či varicelou třeba v letadle. Užitečná je proto i ochrana před těmito nákazami,“ dodal. K dalšímu vybavení na cesty patří např. probiotika, repelent, filtrační láhev na vodu, léky proti průjmům, antihistaminika, z antibiotik azitromycin či chinolony.

Pokud jde o novinky v cestovní medicíně, doc. Maďar upozornil mj. na možnost očkovat proti japonské encefalitidě od 2 měsíců věku (Ixiaro, do 3 let poloviční dávka) či doživotně proti žluté zimnici, a to už od 10. dne po narození (Stamaril).

jat, jak

Očkování v zrcadle faktů, příklad první: HPV

„Úspěšný vakcinační program 21. století by měl být celonárodní, financovaný z veřejných zdrojů, aby byl finančně dostupný všem, a musí pro něj být vytvořena výkonná infrastruktura pro dobrou distribuci vakcín a dosažení vysokého pokrytí populace. To všechno jsou však pouhé technické detaily, i když důležité. Klíčová je jiná věc – státní správa a místní samosprávy stejně jako zdravotníci profesionální i veřejné mínění musejí být zajedno v tom, že očkování je potřeba, že zvolená vakcína funguje a že je bezpečná.“

Těmito slovy uvedla další část předkongresového sympozia prof. Margaret Stanleyová z University of Cambridge, britská viroložka, která se věnuje výzkumu lidských papilomavirů (HPV) a nemocí, které jsou s nimi spojeny. Ve své pražské přednášce se zaměřila na příklady dobré praxe v zavádění očkovacích programů proti HPV.

„Zařazení nového očkování do národního vakcinačního programu je ve Velké Británii po podání návrhu ministerstva zdravotnictví záležitostí Spojeného vakcinačního a imunizačního výboru, který je poradním sborem odborníků z oblastí veřejného zdraví, infekčních nemocí a očkování. Ten jako jediná autorita může vydávat doporučení pro začlenění konkrétního očkování – s výjimkou vakcín pro cestovní medicínu a ochranu zdraví při práci – do národního vakcinačního programu. Výbor posuzuje potřebnost daného očkování a také jeho nákladovou efektivitu, tedy hodnotu získanou za vynaložené peníze,“ konstatovala prof. Stanleyová.

■ Proč vlastně proti HPV očkovat

Potřebnost očkování a následná úvaha o nákladové efektivitě vychází podle prof. Stanleyové z toho, jakou zdravotní a společenskou zátěž dané onemocnění představuje.

„Infekce lidskými papilomaviry typu 6 a 11 má přímou souvislost s výskytem genitálních bradavic, velmi rozšířeného onemocnění. Ve Velké Británii jsme v r. 2009 evidovali přes 86 000 nových případů. Léčba představuje náklady přesahující 47 milionů liber ročně,“ uvedla prof. Stanleyová. „Tyto typy HPV mají na svědomí i papilomatózu hrtanu – onemocnění sice raritní s incidencí 4,3/100 000 dětí, zato s velmi náročnou léčbou. Je při ní potřeba absolvovat nejméně 4–6 chirurgických výkonů na každé nemocné dítě a rok s celkovými ročními náklady asi 4 milióny liber.“

Pokud jde o zhoubná onemocnění ženských pohlavních orgánů asociovaná s vysokorizikovými typy HPV 16 a 18, prof. Stanleyová vedle nejčastěji skloňovaného Ca cervixu (incidence 9,3/100 000 žen/rok ve Velké Británii) jmenovala Ca vulvy (až 4/100 000) a Ca pochvy (až 1/100 000). Vysokorizikové typy HPV jsou spojeny i s výskytem zhoubných novotvarů postihujících obě pohlaví, především s Ca anu (incidence ve Velké Británii až 1,4/100 000 mužů/rok a až 2,1/100 000 žen/rok – nové případy podle prof. Stanleyové přibývají rychlým tempem, ve Skotsku se incidence u obou pohlaví od roku 1970 zdvojnásobila, v Anglii došlo ke zdvojnásobení ještě rychleji, mezi roky 1986

až 2003), karcinomy v dutině ústní (8,2/100 000 mužů/rok a 5,2/100 000 žen/rok) či hltanu (po odečtení nádorů nosohltanu incidence ve Velké Británii 4,6/100 000 mužů/rok a 1,6/100 000 žen/rok). Naopak ryze mužským nádorem asociovaným s infekcí HPV je Ca penisu (incidence ve Velké Británii až 1,6/100 000 mužů/rok).

Stejně jako v řadě vyspělých evropských zemí včetně ČR se i ve Velké Británii v případě cervikálního karcinomu rozevírají pomyslné nůžky mezi incidencí a mortalitou. A stejně jako v ČR je to pozitivní důsledek screeningového programu, ke kterému začaly být ženy v Anglii rutinně zvány po r. 1989. „Navzdory tomu však problém s karcinomem děložního hrdla přetrvává. Při pohledu na stratifikaci incidence Ca cervixu ve Velké Británii podle věku lze vyzorovat, že výskyt těchto nádorů ve skupině žen starších 35 let klesá, ve skupině mezi 25 až 34 lety věku však incidence přibývá a křivka vykazuje setrvalou rostoucí tendenci. Mírný nárůst je kontinuálně pozorován i u žen mladších 25 let,“ konstatovala prof. Stanleyová.

Zajímavá a pro rozhodování důležitá data poskytly analýzy prevalence infekce virem HPV u žen s normální cytologií. Testováno bylo 45 173 žen; 8,9 % z nich mělo pozitivní nález některého z typů HPV. Pokud jde





o vysokorizikové typy HPV 16 a 18, z 31 559 testovaných žen s normální cytologií byl přítomen ve 2,4 % případů. U pacientek s pozitivním cytologickým nálezem se ovšem situace dramaticky změnila:

- * ze 480 žen se zachycenými nízkostupňovými lézemi bylo HPV typu 16 a 18 infikováno 29 %,

- * mezi 845 nemocnými s těžkými prekancerózami děložního hrdla bylo na HPV 16 a 18 pozitivních 61,9 %,

- * z 353 pacientek s již prokázaným cervikálním karcinomem byla infekce HPV 16 a 18 prokázána u 79,1 %.

„Metaanalýza všech provedených klinických studií fáze III s bivalentní i kvadrivalentní vakcínou vedla ve Velké Británii k doporučení, že rutinní plošné očkování 12letých dívek provázené záchytnou kampaní cílenou na skupinu do 18 let věku je s vysokou pravděpodobností nákladově efektivní. Jedinou proměnnou veličinou, jejíž vliv se může projevit, je doba trvání ochrany zprostředkované vakcínou,“ citovala prof. Stanleyová z rozhodnutí Spojeného vakcinačního a imunizačního výboru.

■ Jak (ne)zavádět vakcinační program

Po vydání výše uvedeného doporučení ve Velké Británii přistoupili k implementaci očkování proti HPV do národního vakcinačního programu. Ve školním roce 2008/2009 byly očkovány dívky, které v něm dovršily 12 let věku, ve školním roce 2009/2010 rovněž a navíc byla v rámci záchytné kampaně vakcinace nabídnuta i 16–18letým dívkám, v roce 2010/2011 následovaly opět všechny 12leté plus nabídka pro 15–17leté dívky.

„Výsledkem bylo dosažení vysoké proočkovanosti, která rovnoměrně pokryla populaci bez

ohledu na sociální statut rodin, z nichž očkované dívky pocházejí. Uvědomíme-li si, že právě lidé z chudších rodin jsou svým životním stylem a návyky obecně rizikovější ve vztahu ke vzniku vážných onemocnění, mj. i těch asociovaných se sexuálně přenosným virem HPV, je to mimořádně vynikající výsledek dosažený ve velmi krátkém čase,“ komentovala britskou zkušenost prof. Stanleyová.

Vzápětí uvedla příklad Rumunska jako země, kde očkovací kampaň naopak zcela selhala. „Rumunsko má nejvyšší míru incidence cervikálního karcinomu v Evropě. V roce 2008 ministerstvo zdravotnictví spustilo vakcinační program, během nějž měly dívky ve věku 10–11 let prostřednictvím škol a praktických lékařů absolvovat bezplatně očkování proti HPV. V prvním roce se však podařilo proočkovat pouze 2,5 % z celkového počtu 110 000 dívek. Proč rumunské matky odmítly nechat své dcery očkovat? Ve veřejném mínění převládly názory, že vakcína proti HPV je riziková, s dlouhodobými nežádoucími účinky a že očkování je experiment, v němž rumunské dívky mají farmaceutickým firmám sloužit jako pokusní králíci. Nedůvěra ve zdravotní systém v tomto případě přešla v nedůvěru i vůči jím vyhlášenému vakcinačnímu programu a celá kampaň selhala vinou protichůdnosti informací, které měli zdravotníci na straně jedné a matky nezletilých dívek na straně druhé,“ konstatovala prof. Stanleyová.

■ Rizika, která lidi děsí, nejsou ta, která je zabíjejí

Tímto citátem novinového titulku z New York Times uvedla prof. Stanleyová další část své přednášky věnovanou bezpečnosti očkování proti HPV. „Důkazy z randomizovaných klinických studií a postvakcinačního sledování

svědčí o tom, že vakcíny obsahující tzv. viru podobné částice neboli VLP, mezi něž patří i obě očkovací látky proti HPV, mají mimořádně dobrý bezpečnostní profil. Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky jsou pouhé reakce v místě vpichu, výskyt závažných zdravotních komplikací není u očkovaných častější než u jejich neočkovaných vrstevníků. Potvrzují to stanoviska amerického FDA, evropské EMA i britského NICE. Obecné vnímání založené na důkazech ovšem není totožné s osobním, které vychází z otázky, jaké riziko představuje daná medicínská intervence pro mne či moji rodinu a co s tím mohu dělat,“ připomněla prof. Stanleyová. Poté podrobně rozebrala případ, ke kterému došlo v anglickém Coventry. Čtrnáctiletá dívka zde zkolabovala a zemřela 75 minut poté, co ve škole obdržela první dávku vakcíny proti HPV.

„Do pouhých dvou hodin po události vydal místní představitel zdravotní správy prohlášení, ve kterém pravdivě uvedl, že k úmrtí došlo po aplikaci vakcíny proti HPV, a zároveň zdůraznil, že mezi obě události nemůže být dávano rovnítko, dokud nebudou známa všechna fakta a nebude provedena pitva. Současně oznámil zahájení podrobného vyšetřování této tragédie, o kterém byli od počátku podrobně informováni rodiče zemřelé dívky,“ popsala prof. Stanleyová. „Druhého dne předběžné výsledky pitevního nálezu odhalily rozsáhlý nádor infiltrující srdce, do 72 hodin po úmrtí byla příčina smrti potvrzena, výsledky vyšetřování byly k dispozici veřejnosti a rodiče dítěte vystoupili v regionálním televizním vysílání, kde potvrdili, že úmrtí jejich dcery nesouviselo s očkováním. Důvěry v národní vakcinační program se tato událost nijak negativně nedotkla, zásadní roli v tom sehrála jak rychlá reakce lokálních i národních autorit, tak plné zapojení a infor-

mování pozůstalých, vhodný management mediálních informací a bezpodmínečná transparentnost vyšetřování.“

■ Důkazy z reálného života

Jak připomněla prof. Stanleyová, dopad očkování na prevalenci jak infekce HPV, tak onemocnění s ním asociovaných byl ověřován v různých národních postvakuinačních studiích. V jedné z britských byl například ve věkové skupině 16–18 let prokázán 65% pokles prevalence infekce HPV typu 16 a 18 po imunizaci oproti stavu před ní, ve skupině 19–21 let šlo o 30% pokles a rozdíl nebyl zaznamenán pouze u skupiny 22–24letých, které se očkovací kampaň bezprostředně nedotkla.

„Australský program s širokým pokrytím populace dívek a žen ve věku 13–26 let – aplikováno bylo více než 7 miliónů dávek – ověřoval svou úspěšnost v r. 2011, tedy 4 roky po zahájení, metodou cytologického stěru z děložního čípku u cílové populace a prokázal dramatické snížení incidence přednádorových stavů, zejména těch závažných. Nejlepší výsledky přitom byly pozorovány u dívek, které byly proti HPV očkovány před 14. rokem věku,“ uvedla prof. Stanleyová. Pokud jde o onemocnění asociovaná s nízkorizikovými typy HPV, nabídla příklad z Dánska, kde bylo v roce 2011 v důsledku používání kvadrivalentní vakcíny prakticky eliminováno onemocnění genitálními bradavicemi ve věkové skupině 16–17letých.

■ Prof. Stanleyová exkluzivně pro vás

V průběhu předkongresového sympozia měli redaktoři Kongresového listu ZN výjimečnou možnost setkat se s prof. Stanleyovou osobně a rozšířit tak informace z přednášky o její odpovědi na následující otázky.

* Mohou lékaři primární péče s čistým svědomím přesvědčovat rodiče dětí, že je očkování proti HPV účinné?

V každém případě ano. Data o tom máme z celého světa, přičemž nejlepší evidence pochází v současnosti z Austrálie, kde mají jak masivní pokrytí populace očkováním, tak velmi dobrý systém sběru a vyhodnocování dat. Mnoho zemí nemá očkovací registry, v jiných zase neexistují screeningové programy cervikálního karcinomu, takže tam nemožnou přínos očkování přesně vyhodnocovat. Austrálie má obojí – a k tomu ještě velmi

dobře organizovaný systém veřejného zdravotnictví. Takže data odtud pocházející jsou velmi důvěryhodná a ukazují, že očkování mladých 12letých dívek – tato hranice byla zvolena proto, že očkujete-li před pubertou, dosáhnete nejlepší imunologické odpovědi – má opravdu masivní dopad, vyšší, než jsme očekávali. Předpokládali jsme totiž, že by očkováním mohlo být zabráněno asi 60% závažných prekanceróz děložního hrdla. V reálném životě je to téměř 80%.

* Je toto očkování zároveň opravdu bezpečné?

Rozhodně. Každý očkovací program, ten proti HPV nevyjímaje, je dnes standardně pod přísným dohledem. Ve Velké Británii máme vypracovaný systém, který zaručuje, že podrobnou analýzou projde každý nahlášený případ nežádoucího účinku. Navíc samy farmaceutické firmy – bez ohledu na to, co se o nich říká – věnují farmakovigilanci mimořádnou pozornost. Není divu, do vývoje vakcín dávají miliardy dolarů a byly by samy proti sobě, kdyby si tuto investici nechaly vysokým výskytem nežádoucích účinků znehodnotit.

Na druhé straně si musíme otevřeně přiznat, že se nějaké nežádoucí události vždy objeví, vždyť očkujeme milióny lidí. Pro takové případy musejí mít národní autority připraven vhodný plán – u nás ve Velké Británii jsme si takovou zkoušku ohněm před lety prošli v souvislosti s epidemií spalniček navzdory očkovacímu programu.

* Otázkou, která se v diskusích často opakuje a vrací, je měření množství protilátek v séru předtím, než se přistoupí k očkování proti HPV. Jaký je váš názor?

Většina těchto očkování probíhá v době časně adolescence, kdy je pravděpodobnost setkání s přirozeným původcem nemoci ještě malá. Ale i kdybychom vakcinovali dospělé jedince, kteří žijí pohlavním životem a byli tak exponováni HPV, nesmíme zapomínat, že k sérokonverzi dochází u 50–70% žen a jen u 30% mužů. Je rozdíl mezi imunitní odpovědí na přirozenou nákazu a na očkování. V prvním případě virus neproniká do krve, takže odpověď je jen slabá a pomalá. Pokud už má smysl něco měřit, pak je to afinita a avidita takto získaných protilátek, ale to má význam jen pro výzkumné účely. V praxi platí jednoduché pravidlo, že očkování chrání vždy a že setkání s přirozeným původcem nemoci nás ochránit může, ale nemusí.

* Co lze v současnosti říci o délce trvání ochrany po vakcinaci proti HPV?

Dnes bezpečně víme, že ochrana přetrvává i po 10 letech, potvrzují to prodloužená pokračování obou registračních studií probíhající ve Skandinávii. Úroveň protilátek je i po této době měřitelná a s pomocí dalších menších studií můžeme v současné době modelovat trvání ochrany na dobu 20 až 30 let.

Pokud nám však opravdu záleží na dlouhodobé ochraně, měli bychom nechat očkovat proti HPV i chlapce. V současnosti ponecháváme polovinu mladých jedinců bez ochrany a v riziku, a to jen z důvodu pohlaví. Je přitom známo, že v dostatečně proočkované populaci se množství cirkulujících virů snižuje až na úroveň, kdy je pravděpodobnost přenosu nulová. To je princip kolektivní ochrany.

* Mimochodem, jak je dnes celosvětově rozděleno užití bivalentní a kvadrivalentní vakcíny proti HPV?

Informace, které mám k dispozici, říkají, že kvadrivalentní vakcína má na globálním trhu přibližně 80% podíl. Je to nepochybně důsledkem přidané ochrany proti dvěma nízkorizikovým typům viru působícím genitální bradavice. Protože pokud jde o protekci nákazy vysokorizikovými typy asociovanými se zhoubnými nádory, především cervikálním karcinomem, ta se jeví být u obou vakcín stejně účinná. Evidence pochází ze systematické review klinických studií fáze III s oběma vakcínami provedené v roce 2012 s cílem prokázat, kolika onemocněním bylo zabráněno použitím jedné či druhé vakcíny – a výsledky se zdají být opravdu stejné. Pro vyšší použití kvadrivalentní vakcíny tedy svědčí přidaná ochrana a z ní vyplývající nákladová efektivita.

* Praktická otázka na závěr – pokud byl někdo již očkován bivalentní vakcínou a projeví zájem o vyšší ochranu i proti genitálním bradavicím, jak by měl lékař postupovat? Přeočkovat kvadrivalentní vakcínou?

Není žádný imunologický důvod nepřeočkovat – kvadrivalentní vakcína v takovém případě poslouží jako booster proti vysokorizikovým typům HPV a jako rozšíření ochrany i před těmi nízkorizikovými.

jak



Převzato: ZN Kongresový list, odborná příloha Zdravotnických novin, 2/2014



Ze světa odborné literatury...

■ Ophthalmoplegie migraine

Jedná se o řídkou formu bolestí hlavy, která se manifestuje kolem očí. Spoluúčastní se svalovina kolem očí. Tato migréna zapříčiňuje těžké bolesti hlavy. Jednou z příčin je zánět drobných cévek. K migréně dochází, když se buňky mozku dostávají do senzitivní stimulace.

Faktory, které hrají roli, jsou alkohol, čokolády, sýry, změny hormonálních hladin, únava, potravinová aditiva, světlo a málo spánku. Oční poruchy zahrnují dvojité vidění, oční paralýzu, různé poruchy vizu a bolesti hlavy. Je otázkou, co můžeme udělat proti danému stavu. Preventivně lze užívat antikonvulziva jako karbamazepin, beta-blokátory, kalciové blokátory, lithium karbonát, methysergid, ibuprofenové preparáty, další antidepresiva, inhibitory serotoninu a tricyklická antidepresiva. Velice zřídka mají pacienti dlouhodobé zrakové problémy.

Některé léky ulevují symptomům počínající migrény. Sem náleží kombinace barbiturátů s kofeinem nebo s paracetamolem, ergotaminové alkaloidy, kodeinové a ibuprofenové preparáty a receptorový antagonist sumatriptan.

Alternativní terapie migrény zahrnuje akupunkturu, aromaterapii, biofeedback, chiropraxi, odstranění úzkosti a deprese, hypnózu, relaxační cvičení a transkutánní elektrickou nervovou stimulaci. Po léčbě potíže postupně ustupují.

NHF HeadLines Newsletter. 1999 Jul-Aug;110

■ Portální odklon při portální hypertenzi u dětí

Při portální hypertenzi bylo 90 dětí ošetřeno portálním odklonem. U 52 byla kavernózní transformace v. portae a u 38 intrahepatický blok z různých příčin. Bylo provedeno 59 centrálních splenorenálních shuntů, 19 mezokaválních, 11 portokaválních. (Pozn.: U nás v ČR byly prováděny splenorenální shunt.) U dětí s extrahepatickým blokem nebylo zaznamenáno úmrtí. U 5 % došlo k trombóze shuntu, většinou byly úspěšně reoperovány. Portální odklon by měl být indikován při první epizodě krvácení při extrahepatickém bloku, vzniklém např. na základě novorozenecké hluboké omfalitidy a následné trombóze.

Ann Surg. 1980;192(1):28-32

■ Cholestáza v dětském věku z pediatrického hlediska

Uvedeno zde rozdělení cholestázy. Laboratorní známky jako vzestup cholestázových enzymů, alkalické fosfatázy a GGPT, výskyt lipoproteinu X nejsou specifické a neurčují příčinu. Ústup žloutenky ještě neznamená, že zmizela cholestáza. Je sníženo vylučování žlučových kyselin do střeva. Z praktických důvodů se cholestáza dělí na extrahepatální a intrahepatální, ta dále na intralobulární a extralobulární. Typickým příkladem pro extrahepatální cholestázu je hypoplazie intrahepatálních žlučodů. Intralobulární forma je při zánětech, intoxikacích a některých metabolických poruchách. Nejčastější příčiny cholestázy u kojenců jsou atrezie a hypoplazie žlučodů, hepatitidy a intoxikace. Jsou uvedeny metody k odlišení atrezie od hepatitidy jako pomocný test s radioaktivní bengálskou červení. Samozřejmě zásadní je jaterní biopsie. Autor se také zmiňuje o použití sekvenční scintigrafie. Lipoprotein L PX při použití cholestyraminového testu nabýval určitého významu u atrezie, kde stoupal, kdežto u hypoplazie klesal.

Mschr. Kinderheilk. 1980;128(5):284-291

■ Injekční skleroterapie jícnových varixů u dětí

Jícnové varixy u dětí s portální hypertenzí byly léčeny skleroterapií pomocí fiberoptického endoskopu. Kontrolní endoskopií byla u 18 z 21 dětí potvrzena obliterace varixů. Průměrný počet injekcí se pohyboval kolem čtyř. Po vytvoření obliterace již nedošlo k dalšímu krvácení. Z komplikací se vyskytla striktura jícnu a vřed ezofagu. Hypertenze v souvislosti s primárním onemocněním jater má nepříznivou prognózu. Injekční skleroterapie je vhodným prostředkem k tomu, aby se zabránilo často riskantnímu chirurgickému zákroku.

Brit. J. Surg. 1982;69(2):74-75

■ Cirhóza v kojeneckém věku po hepatitidě B

Donošený novorozenec byl hospitalizován v měsíci věku pro přetrvávající ikterus. Matka prodělala hepatitidu B před uvedenou graviditou. V době této gravidity byla klinicky dobrá. Byl prokázán intrauterinní přenos na dítě.

Pro praktiky možno uvádět diferenciálnědiagnostickou rozvahu metabolicky podmíněného ikteru. Jedná se o nedostatek alfa-1 antitrypsinu, Wilsonovu chorobu, mukoviscidózu a glykogenózu, atrezi žlučových cest a galaktosémii. U uvedeného dítěte byla prokázána cirhóza a dítě v roce zemřelo při současně kachektizaci.

Med. Welt. 1981;32(40):1482-1487

■ Komplikace cévního katetru

Komplikace arteriálního a venózního katetru jsou perforace, sepse, trombóza a embolie včetně nevhodného umístění katetru. V práci sledovali komplikace umbilikálního katetru u 400 novorozenců. U čtyř zjistili perforaci s masivním krvácením extra- a intraperitoneálním. Výjimečně se vyskytla sepse následkem nesterilní instrumentace a nepravé aneurysma následkem poškození cévní stěny. Objevily se dokonce i hypoglykémie následkem umístění katetru blízko velké arterie zásobující pankreas. Trombózy arteriální nebo venózní po katetrech umístěných v příslušných cévách vyvolávají renální hypertenze, infarkty ledvin, gangrény dolních končetin a paraplegie.

Amer. J. Dis. Child. 1984;138(5):425-426

■ Náhlá srdeční smrt bezprostředně po zátěži

Vyšetření v klidovém období bezprostředně po tělesné zátěži prokázala, že i po skončení zátěže dále stoupá hladina adrenalinu a noradrenalinu v plazmě, a to až na desetinásobek výchozí hodnoty před výkonem. Varuje se proto, aby pacienti, u nichž není srdce úplně zdravé, nezačali po velké tělesné zátěži pasivně odpovídat, ale aby postupně redukovanou tělesnou aktivitou usnadnili postupné odbourání katecholaminů, které se za námahy vytvořily ve zvýšené míře. Tímto mechanismem lze i vysvětlit do té doby nepochopitelná náhlá úmrtí po vyčerpávajících sportovních výkonech. Obvykle jim předchází porucha srdečního rytmu.

Dtsch. med. Wschr. 1984;109(22):889

Připravil MUDr. J. Liška, CSc.

Aktuality...

Screeningové programy fungují líp, když pozvání přijde po telefonu

Když jsou pacienti zváni na preventivní vyšetření telefonicky, přijde jich víc, než když je pozvánka v poště, dokazuje studie.

V Česku už začaly zdravotní pojišťovny písemně zvát klienty na preventivní screeningová vyšetření zaměřená na karcinom prsu, děložního hrdla a tlustého střeva. Zajímavý z tohoto pohledu může být experiment, který uskutečnili výzkumníci z USA.

Telefon a pošta

Oslovili pět stovek osob – příbuzných pacientů s kolorektálním karcinomem. Cílem bylo přimět tyto příbuzné, aby zašli na kolonoskopii. Některým lidem zdravotníci poslali doporučující informace poštou, jiným telefonovali a osobně vysvětlili význam preventivního vyšetření.

Ústní pozvání dvakrát účinnější

Tito lidé byli samozřejmě podstatně více motivováni než běžní adresáti pozvánek na screening. Přesto na něj nepřišli všichni. Ve skupině, které byla kolonoskopie doporučena poštou, na ni během devíti měsíců zašlo 15,7 % lidí. Ve skupině pozvané telefonicky, tedy „osobněji“, jich na vyšetření šlo 35,4 %, tedy více než dvakrát tolik.

Zdroj: Journal of Clinical Oncology, doi: 10.1200/JCO.2013.51.6765, doktorvlach.cz, 17. 2. 2014

Speciální brýle umožní chirurgům vidět nádor

Rakovinné buňky se v nich zobrazí tak, aby je lékař dobře rozpoznal.

Brýle, v nichž se nádor zobrazuje modře, vyvíjejí na Washingtonově univerzitě v americkém St. Louis. Nejdříve využijí indocyanovou zeleň (indocyanine green – ICG), barvivo používané v lékařské diagnostice. Když se injekčně vstříkne do nádoru, nádorové buňky pak ve speciálním světle a viděny speciálními brýlemi modře svítí. Díky tomu by měl být chirurg lépe schopen odstranit celý nádor, protože jej – na rozdíl od současných operačních postupů – může vcelku snadno rozpoznat.

První ověření v praxi

Výzkumníci postup, vyzkoušený na myších, popsali loni v listopadu v žurnálu Journal of Biomedical Optics. Nyní oznámili, že už se jim podařilo uskutečnit operaci na lidském pacientovi. Metodu, která ještě nemá ani název, si nyní patentují (a proto ani nepřehánějí zveřejňování přílišných podrobností).

Zdroj: doktorvlach.cz, 23. 2. 2014

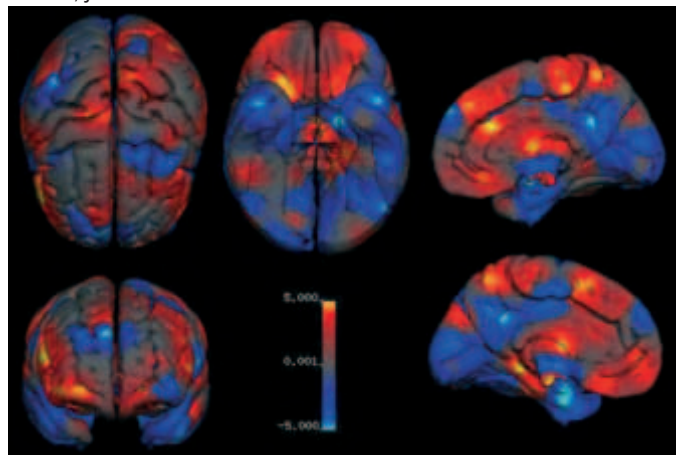
Ve kterých částech se liší mužský a ženský mozek

Na Univerzitě v Cambridgi shrnuli 126 studií a zobrazili oblasti, v nichž je mozek jiný v závislosti na pohlaví. Podívejte se.

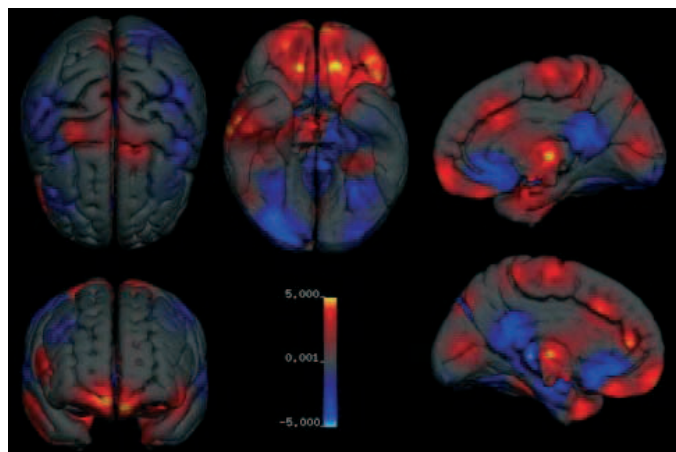
Celkem 126 studií publikovaných v posledních dvou desetiletích vybral tým z University of Cambridge a sestavil z nich metaanalýzu, která popisuje, kde se liší mozek mužů od mozku žen.

Jak známo, mužský mozek bývá celkově objemově větší než mozek ženský, a to o 8 až 13 % (odráží se v tom rozdíl mezi celkovou velikostí mužů a žen). Ale neplatí to pro všechny jeho oblasti. V některých částech mozku mívají větší objem mozkové hmoty anebo větší hustotu mozkových tkání ženy.

Dobře je to vidět na obrázcích. Na prvním obrázku je srovnání v objemu šedé hmoty – ty části, v nichž mívá větší objem ženský mozek, jsou označeny červeně, ty, které bývají objemnější v mužském mozku, jsou modré.



Na druhém obrázku pak je srovnání hustoty šedé hmoty. Červená barva opět označuje části, které mívají větší hustotu v ženském mozku, modrá barva pak části, které mívají větší hustotu v mozku mužském.



Rozdíly se nedají ignorovat

Své poznatky výzkumníci z Cambridge shrnuli do závěru, že v neurovědách není možné ignorovat rozdíly mezi pohlavím které se mohou odrážet i v projevech psychiatrických onemocnění, jako jsou například autismus, schizofrenie či deprese.

Současně ovšem badatelé poznamenali, že jejich srovnání se týká rozdílů ve struktuře mozku. Z nich není automaticky jasné, zda a případně jak se projevují v odlišné funkci mozku či chování člověka.

Zdroj: Neuroscience & Biobehavioral Reviews, doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.12.004, doktorvlach.cz, 20. 2. 2014



Cizinci jezdí do Česka hlavně za levnými plastikami a umělým oplodněním

Umělé oplodnění a plastická chirurgie lákají cizince na české kliniky. Největší zájem mají o služby českých lékařů Britové, Němci, Rakušané a Rusové. Láká je především to, že zákrok pořídí v Česku za zhruba poloviční cenu než ve své zemi a přitom je kvalita lékařů srovnatelná.

„Například v roce 2012 se stala Česká republika pro Brity druhou nejoblíbenější a nejhojněji vyhledávanou destinací medicínské turistiky,“ uvedl Ondřej Šebestík ze společnosti Health-Czech. Podle předběžných odhadů počet zahraničních turistů přijíždějících za medicínskými zákroky loni ještě vzrostl. Zahraniční pacienti utratí v ČR každoročně stovky miliónů korun.

Úroveň péče na českých klinikách je podle vyjádření zahraničních pacientů srovnatelná se západoevropskými standardy, ovšem za ceny, které jsou někdy dvakrát až třikrát nižší. Například odstranění žlučníku vyjde v Británii samoplátce na více než 100 tisíc korun, v ČR kolem 30 tisíc. Za zvětšení prsou zaplatí žena v Británii přes 110 tisíc korun, v Německu kolem 90 tisíc, v ČR zhruba 60 tisíc korun.

Rostoucí oblíbenost českých klinik potvrzují zahraniční průzkumy i ekonomická čísla českých klinik. V poslední době se počty jejich zahraničních klientů více než zdvojnásobily, což se odráží na tržbách. Například v klinickém centru Iscare utratila loni tisícovka cizinců přes 65 miliónů korun.

„Jako klinické centrum zaměřené na zahraniční klientelu, zejména z Německa, můžeme potvrdit, že zájem o výkony v ČR roste,“ uvedl ředitel centra František Lambert a upřesnil, že loni poskytlo centrum péči více než tisícovce klientů z Německa, nejčastěji měli zájem o výkony plastické chirurgie a asistované reprodukce. Klienti v průměru utratí za operaci 65 000 korun, za kombinované plastiky ale i stotisícové částky. Česká legislativa je „flexibilnější“ zejména v oblasti asistované reprodukce, zákony umožňují využít anonymně darované spermiie a vajíčka.

„Odhadujeme, že v ČR bylo loni provedeno zhruba 4000 až 5000 tisíc léčebných IVF cyklů pro zahraniční klientelu,“ uvedl jednatel společnosti Eizell-spende IVF Oliver Nosek. Společnost zprostředkovává léčbu v ČR medicínským turistům z Německa.

Porovnání cen některých zákroků			
	Velká Británie	Německo	Česko
Plastická chirurgie			
zvětšení prsou	112 000	95 000	60 000
modelace prsou	100 000	75 000	40 000
odsátí tuku	80 000	60 000	35 000
plastika břicha	160 000	81 000	50 000
vyrovnaní vrásek	175 000	95 000	48 000
úprava očních víček	70 000	55 000	22 000
bariatrická chirurgie			
žaludeční balónek	110 000	75 000	35 000
podvázání žaludku	160 000	110 000	60 000
asistovaná reprodukce			
umělé oplodnění s vlastními vajíčky	180 000	150 000	60 000

umělé oplodnění s darovanými vajíčky	275 000	zakázáno	90 000
umělé oplodnění s darovanými embryi	100 000	zakázáno	25 000
další časté výkony			
odstranění žlučníku	105 000	90 000	30 000
odstranění hemoroidů	65 000	37 000	15 000
odstranění křečových žil	65 000	54 000	20 000
úplná náhrada kyčelního kloubu	330 000	175 000	90 000
úplná náhrada kolenního kloubu	360 000	190 000	100 000
ceny nezahrnují náklady spojené s předoperačním vyšetřením, anestezií, ale zahrnují standardní služby embryologické laboratoře a stimulačních léčiv			
Zdroj: Klinické centrum Iscare			

Zdroj: čtk, cen, idnes.cz, 8. 3. 2014

Pojišťovny předstoupily před praktiky

Součástí programu 8. kongresu primární péče, který proběhl 28. února a 1. března v pražském TOP Hotelu Praha, byla prezentace zdravotních pojišťoven. Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP) zde zastupoval náměstek ředitele pro zdravotní péči MUDr. JUDr. Petr Honěk, Zdravotní pojišťovnu Ministerstva vnitra (ZPMV) zdravotní ředitelka PharmDr. Ivana Cimalová, MBA, Svaz zdravotních pojišťoven (SZP) a Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu (ČPZP) zdravotní ředitelka MUDr. Renata Knorová, MBA, Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP) její generální ředitel Ing. Ladislav Friedrich, CSc.

Léčebné plány

I. Cimalová zahájila své vystoupení sdělením, že segment primární péče je pro ZPMV prioritní i přes současné tendence realokovat peníze do jiných segmentů. „Pro praktiky pro dospělé i pro praktické pediatrii snad může být trochu potěšující zprávou, že i v podmínkách současné úhradové vyhlášky se snažíme zachovat vývoj posledních let i pro letošek a dlouhodobě držet celkový trend 3,6% růstu,“ řekla. Dále mj. informovala, že pojišťovna hodlá více investovat v oblasti léčebných plánů a věří v rostoucí zapojení se lékařů a pacientů. Připomněla, že dosud existovaly tři oblasti léčebných plánů – hypertenze, diabetes, dyslipidémie, letos bude v pilotní úrovni zkoušen léčebný plán zaměřený na obezitu u pacientů, kteří ještě nemají chronická onemocnění. „V rámci tohoto projektu bychom chtěli také nastavit systém spolupráce při sledování BMI,“ doplnila I. Cimalová. Připomněla, že dosavadní léčebné plány se týkaly praktiků pro dospělé. „S praktickými pediatrii zatím v tomto smyslu příležitost hledáme, s vedením sdružení a s vedením odborné společnosti jsme se domlouvali na podpoře očkování, což by mělo být realizováno již nyní od března. Druhou sférou, kde chceme uskutečnit spolupráci, resp uskutečnit pilotní projekt, je racionální antibiotická léčba,“ doplnila.

Nové bonusy

L. Friedrich také deklaroval zájem své pojišťovny o kvalitní spolupráci se segmentem primární péče, zejména s praktiky. Konstatoval, že OZP neregistruje v rámci tohoto segmentu žádné problémy v oblasti smluv, včetně dohod o nadstavbových kódech.



Připomněl letošní bonusové programy pojišťovny – u praktických lékařů pro dospělé jsou to bonusy za prevenci, resp. pokrytí registrovaných pacientů preventivními prohlídkami, a za probíhající screening kolorektálního karcinomu, u praktických pediatrů za racionalizaci ATB léčby. Nová je bonifikace společná pro obě specializace – za používání Vitakarty. Zdůraznil ale, že se v žádném případě nejedná o bonus za nábor uživatelů Vitakarty, ten je jednoznačně úkolem pojišťovny.

Značnou část své prezentace věnoval ředitel OZP možnostem elektronické komunikace ve zdravotním systému a přínosům, které může nabídnout i v primární péči. Pro vizi optimálního řešení použil pojem „pacient 24 hodin denně on-line“ a zdůraznil, že OZP chce být v popředí tohoto vývoje a bude jej proto bonifikovat. „Vám, praktickým lékařům, kteří se chcete zeptat, kdy ale už bude takováto elektronizace pro vás komfortní, mohu odpovědět, že technický problém v tom už není, pouze bariéra ekonomická,“ ujistil L. Friedrich.

Pozitivní lékový list

P. Honěk mj. informoval lékaře o výsledcích roční existence pozitivního lékového listu VZP, tedy o projektu, jenž byl poprvé představen právě na loňském kongresu. Aktuálně je na pozitivním listu (PL) 12 přípravků (43 kódů) a VZP za loňský rok díky PL snížila náklady na léčiva o více než 425 miliónů. „Za tento výsledek musíme poděkovat vám, předepisujícím lékařům, jsme velmi vděční, že naše doporučení na preskripci akceptujete,“ řekl náměstek ředitele VZP. Přípravky na PL budou zřejmě přibývat, ale mohou být i vyřazeny – to je případ léku Helicid Zentiva, u kterého při půlročním znovuhodnocení bylo zjištěno, že není nejlevnější ve skupině omeprazol. P. Honěk uvedl případy kladných výsledků PL: Například u přípravku Amaryl (glimepirid) stoupla preskripce od února do prosince 2014 v ODTD z 5 % na 17 % V ATC skupině. U léku Clopidogrel Actavis (klopidogrel) pak z 6 na 16 procent. Petr Honěk oznámil, že VZP se rozhodla vzhledem k jednoznačným výsledkům bonifikovat akceptaci PL formou navyšování celkového preskripčního limitu lékaře. Tato bonifikace začíná účinkovat při 50% předepisování daného léku – přítomným lékařům P. Honěk vysvětlil vzorec bonifikačního výpočtu. Opakovaně ale zdůraznil, že pozitivní lékový list je výhradně doporučením a jeho neakceptování nepodléhá žádné sankci.

Metodika očkování

R. Knorová v rámci pověření hovořila především o aktivitách SZP. Sdělila, že ve spolupráci se sdruženími praktických lékařů a s VZP je připravována metodika očkování – v současnosti probíhá připomínkové řízení. Dále je připravována aktualizace kapitovaných, obligatorních a fakultativních výkonů pro praktiky pro děti a dorost (s praktiky pro dospělé již došlo k dohodám a probíhá jejich distribuce). Dále oznámila, že k 1. lednu 2014 byl aktualizován pozitivní lékový list SZP.

Zdroj: zdn, 12. 3. 2014

Náboráři přijdou o milióny od zdravotních pojišťoven. Je to šok, tvrdí

Certus Victoria, 2Tele one, Dynamo production nebo Inter gate Europe. To jsou příklady společností, kterým zdravotní pojišťovny platily za přetahování klientů. Inkasovaly desítky miliónů korun. Externí náborů pojišťovnam zatlhl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. Firmy ovšem ministrův krok kritizují. Například do marketingové společnosti Inter gate Europe přiteklo

mezi roky 2011 až 2013 zhruba 24 miliónů. V souvislosti s nákupem pojištěnců jí je poslala Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP). Vyplývá to z elektronické databáze veřejných zakázek.

Společnosti Certus Victoria inkasovala v letech 2012 a 2013 v souvislosti s nákupem pojištěnců téměř 6,5 miliónu. Platby byly rozděleny do šesti zakázek. Peníze posílala Revírní bratrská pokladna. Stejná pojišťovna v roce 2010 poslala bezmála pět miliónů na náborů pojištěnců společnosti Dynamo production. Loni pro tuto pojišťovnu za 700 tisíc telefonicky nabírala nové klienty firma 2Tele one.

Nejvíce peněz do náborů svého času nalila Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP). Bylo to době rozkvětu její spolupráce s firmou IZIP. S ní uzavřela VZP několik smluv na akvizici. Podle někdejšího ředitele VZP Pavla Horáka si pojišťovna nakoupila 50 tisíc pojištěnců za 680 miliónů korun. Právě kvůli jedné ze smluv na akvizici mezi VZP a IZIP policisté obvinili Horáka a ředitele firmy Jiřího Paška kvůli pletichaření při veřejné soutěži.

S dealery končíme, podepsalo šest pojišťoven

Akvizice, tedy náborů prostřednictvím soukromých firem, pojišťovnam na konci letošního února zatlhl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. „Chci Vás upozornit na to, že v době, kdy české zdravotnictví zápasí s nedostatkem finančních prostředků, považují vynakládání financí na akvizice za nepřijatelné a nepřipustné,“ napsal jim politik.

Šest zaměstnaneckých pojišťoven, mezi které nepatří VZP, odpovědělo na začátku března ministru dokumentem, ve kterém se zavázaly, že externí náboráře už si objednávat nebudou.

„S ohledem na opakující se negativní jevy tzv. externích náborů se (zaměstnanecké zdravotní pojišťovny) dohodly, že ukončí veškerou existující spolupráci s externími dealery a dealerskými společnostmi při náboru nových pojištěnců,“ píše se v dokumentu, který má iDNES.cz k dispozici.

„Letos díky tomu můžeme ušetřit na provozních nákladech sto miliónů korun,“ uvedl Jaromír Gajdáček, prezident Svazu zdravotních pojišťoven a šéf pojišťovny ministerstva vnitra.

Slib není nijak časově omezen. Pojišťovny tvrdí, že pokud všichni dodrží závazky, nebudou mít důvod na něm cokoliv měnit.

Ministr nás hodil do jednoho pytle, zlobí se firma

Pojišťovny uvedly, že mají připravené první výpovědi smluv s firmami, jež pro ně akvizice v letošním roce měly zajišťovat.

Mezi nimi je například i zmiňovaná firma Certus Victoria. „Je to pro nás zásadní. Přijdu o peníze, které jsem do podnikání investoval a 10 až 12 lidí přijde o práci,“ řekl iDNES.cz jednatel společnosti Zdeněk Pross. „Na této práci bylo závislých několik rodin. Ministr zdravotnictví nám nedal žádný čas, všechno uťal ze dne na den. Bylo to šok,“ dodal.

Podle něj ministr zdravotnictví dopisem hodil do jednoho pytle všechny společnosti, byť spolupráci s tou jeho si Revírní bratrská pokladna chválila. „Pan ministr si měl nejprve zjistit, kdo dělal ty podvody, a pak měl na tyto firmy poukázat ve svém dopise,“ dodal podnikatel. Podle něj firmy nyní přejdou na jiné marketingové projekty, ale nějakou dobu jim to bude trvat.

„Rozhodnutí pana ministra nás letos nijak neovlivní, protože s žádnou zdravotní pojišťovnou nespolupracujeme. Ale uvidíme, jak to bude dál, protože jsme si říkali, že v roce 2015 bychom chtěli ve spolupráci s pojišťovnami pokračovat. Teď to ale vypadá, že to nebude možné,“ řekl iDNES.cz jednatel společnosti Tele one Adam Valtr.

Tele one lákala lidi k přestupu prostřednictvím telefonického roz-



hovoru a tento způsob považuje za transparentní, protože hovory jsou zaznamenávány. „Zákaz je úplně zbytečný. Chápu, že jsou společnosti, které získávají pojištěnce způsobem, který není správný, ale toto je pouze snaha VZP, aby jim neodcházeli pojištěnci, což se u nich ve velkém dělo,“ domnívá se Valtr.

Pojišťovna: Akvizice jsme dělali, byť postrádají smysl

Pojišťovny tvrdí, že milióny za externí nábor nových klientů vydávaly jako reakci na konkurenci. „Byla to reakce na odliv klientů. Ten byl způsoben akviziční činností ostatních zdravotních pojišťoven prostřednictvím externích firem,“ uvedla mluvčí ČPZP Elenka Mazurová. „Prostředky vložené do externího náboru byly efektivní, protože došlo ke stabilizaci pojistného kmene,“ dodala. Přesto pojišťovna podotýká, že „v rámci systému veřejného zdravotního pojištění však přetahování klientů prostřednictvím externích firem postrádá smysl“.

„Náklady na akvizice tvořily jen 1,5 promile našich celkových ročních výdajů,“ upozorňuje Jan Vomlela, asistent ředitele Revírní bratrské pokladny. V té se ročně protočí osm miliard korun. Podle něj se počet pojištěnců, který nyní činí 428 tisíc, v minulosti mírně zvýšil. Sama pojišťovna ale nábor s pomocí externistů nehájí. „Museli jsme zareagovat na to, že ostatní zdravotní pojišťovny mají takový servis zabezpečený, jinak bychom přicházeli o pojištěnce,“ dodal Vomlela. „Že s náboru pojišťovny skončí, jsme se už několikrát bavili, protože to celé vede jenom k tomu, že klienti mezi pojišťovnami kolují a každá za to platí,“ dodal.

Nákupy pojištěnců i přes zákaz pokračují

Současný ředitel VZP Zdeněk Kabátek už dříve řekl, že jeho pojišťovna nečiní žádné akvizice prostřednictvím třetích stran. Mluvčí Mazurová ale tvrdí, že tomu je jinak. „Dle aktuálních informací z terénu víme, že některé zdravotní pojišťovny v této praxi nadále pokračují. Jedná se například o VZP, Oborovou zdravotní pojišťovnu a Vojenskou zdravotní pojišťovnu,“ uvedla.

Náboráře Vojenské zdravotní pojišťovny potkal reportér iDNES.cz na začátku března v parku Podviní v pražských Vysočanech. Slovy o tom, že jde jen o změnu barvy kartičky pojištěnce, ke změně lákali mladé rodiny s dětmi.

„Je to relikt z minulosti, vypovědět smlouvy se nedá ze dne na den. Všechno je nyní v procesu a s firmami jednáme kvůli vypovězení smluv,“ uvedl mluvčí Vojenské zdravotní pojišťovny Richard Medek s tím, že vše může trvat ještě několik týdnů.

Ministerstvo zdravotnictví loni v květnu podalo na Vojenskou zdravotní pojišťovnu trestní oznámení. Podle něj mohlo za „neobvyklých okolností docházet k vyplácení značného množství prostředků (v řádu desítek miliónů korun)“. Podezřelé toky peněz měly být spojeny i s náborovou kampaní. Pochybnosti pojišťovna odmítá. Kolik do akvizic v minulých letech investovala, Medek neřekl. Z rejstříků vyplývá, že na náboru veřejné zakázky nevypisovala.

Pojišťovnu lze změnit jednou ročně

Situace se podle pojišťoven vyhrtila v době, kdy s náboru začaly nově vzniklé pojišťovny Média a Agel, které se na trhu ale nedokázaly uchytit. „Hodně tlačily na náboru, protože v zákoně je daný minimální počet pojištěnců, kterého stejně nedosáhly,“ vzpomíná Jan Vomlela. Samotný nákup pojištěnců „jako housek na krámě“, jak jej předloni charakterizoval Horák, není protizákonný. Nicméně externí firmy při něm v některých případech nepostupovaly nijak citlivě. Známé jsou případy, kdy lidé i konkurenční pojišťovny tvrdili, že náboráři podávali klientům lživé údaje. Jindy se přetahování odehrávalo za pár stokorun. Pojišťovny připouštějí, že náboru lidí

se budou konat i nadále. Ale jen prostřednictvím vlastních zaměstnanců. Měly by tedy být v menším a bez dealerů s nevybíravým chováním. V platnosti zůstává zákonem daná podmínka, že lidé mohou zdravotní pojišťovnu změnit jednou do roka. Změnu musejí učinit do konce června, platnosti nabývá v lednu následujícího roku. Dříve byla pravidla benevolentnější, pojišťovnu šlo změnit i čtyřikrát do roka. Právě to náborářům usnadňovalo práci.

Zdroj: H. Válková, idnes.cz, 13. 3. 2014

INZERCE

296 1-14

Prodám dobře prosperující **ordinaci PLDD v Uherském Hradišti**, nemovitost ve vlastnictví. Tel: 728 977 219.

297 1-14

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **v Berouně** s možností nástupu od léta, příp. podzimu 2014. Bližší informace na tel. 777 337 858.

298 1-14

Přijmu lékaře do zavedené ordinace PLDD **v okrese Nový Jičín** s předpokladem prodeje. Tel. 604 638 331.

299 2-14

Přenechám ordinaci PLDD v Příbrami, tel. 318 629 877.

300 2-14

Prodám zavedenou **ordinaci PLDD v Praze 5–Radotíně**. Informace na tel. 724 529 544.

301 2-14

Hledám pediatra na 1 den v týdnu a zástup za dovolenou. Vhodné pro důchodce nebo mladou kolegyni, které bych mohla výhledově předat dobře zavedenou praxi. **Jedovnice**, tel. 605 156 956; e-mail: evakratochvilova@atlas.cz.

302 2-14

Hledám lékaře pro převzetí pediatrické praxe **na Vysočině**. Tel.: 603 732 466.

303 3-14

Přenechám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Brně**. Tel. 605 459 765.

304 3-14

Hledám nástupce do ordinace PLDD **ve Znojmě**. Telefon: 607 761 320.

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

Autodidaktický test 4/2014

Kašel, respirační onemocnění

- 1. Kašel je nejčastější obtíž, s níž přicházejí rodiče s dětmi do ordinací PLDD. Kašel je pouze symptom a není diagnózou, proto je nutné hledat příčinu, která kašel vyvolává. Dle délky trvání kašle dělíme kašel u dětí na:**
 - a) akutní < 2 týdny, subakutní 2–4 týdny a chronický > 4 týdny
 - b) akutní < 3 týdny, subakutní 3–8 týdnů a chronický > 8 týdnů
 - c) akutní < 1 týden, subakutní 1–6 týdnů a chronický > 6 týdnů
- 2. Kašel je obranným reflexem. Aferentní část reflexního oblouku kašle je tvořena nervovými zakončeními a nervovými vlákny *n. vagus*. Receptory kašle jsou jednak nízkoprahové (tzv. mechanoreceptory), jednak vysokoprahové (chemoreceptory). Mechanoreceptory jsou umístěny výlučně v oblasti:**
 - a) orofaryngu, laryngu, carina tracheae, pleury
 - b) nosu, Eustachovy trubice, bronchiolů a alveolů
 - c) laryngu, trachey, hlavních a lobárních bronchů
- 3. Chronický kašel může být vyvolán řadou příčin, často i v kombinaci. Pokud je vyloučena infekční a tumorózní etiologie, je nutno pomýšlet i na GERD, aspiraci a *asthma bronchiale* či jiné jako např. cystická fibróza. V klidovém stadiu nemusí být u astmatu spirometrické vyšetření (průtok/objem) patologické. Proto je možné provést neinvazivní vyšetření vydechovaného oxidu dusnatého (FENO). Hodnota FENO se vyjadřuje v ppb (parts per billion). U dětí do 12 let je normální hodnota pod 20 ppb, u starších 12 let je norma do 25 ppb. Jasně pozitivní jsou u dětí do 12 let hodnoty nad 35 ppb a u starších 12 let hodnoty nad 50 ppb. Tímto vyšetřením:**
 - a) jednoznačně potvrdíme či vyloučíme dg. *asthma bronchiale*
 - b) jednoznačně potvrdíme či vyloučíme eozinofilní zánět v dolních cestách dýchacích
 - c) s vysokou pravděpodobností potvrdíme či vyloučíme dg. *asthma bronchiale*
 - d) s vysokou pravděpodobností potvrdíme či vyloučíme eozinofilní zánět v dolních cestách dýchacích
- 4. Do skupiny chronického kašle řadíme i psychogenní kašel, který se nejčastěji objevuje u dospívajících dívek. Na diagnózu psychogenního kašle nás může navést:**
 - a) pokašlávání
 - b) neprokázání organické příčiny kašle
 - c) noční kašel
 - d) kašel vázaný na fyzickou zátěž
 - e) užívání inhibitorů ACE
 - f) absence kašle ve spánku
- 5. Do ordinace nám vstupuje 16letá dívka o berlich se sádrovou fixací pro zlomeninu bérce a udává akutně vzniklý neproduktivní kašel, bolest na hrudi, dušnost. Je afebrilní. Poslechově je dýchání bilaterálně volné, nejsou bronchitické fenomény, je však tachypnoe a tachykardie. Během vyšetření děvče vykašlalo světle růžové sputum. TK 90/60. Jaká je nejpravděpodobnější dg.?**
 - a) bronchopneumonie
 - b) pneumotorax
 - c) plicní embolie
 - d) pleuritis
 - e) myokarditis s plicním edémem
- 6. Pokud jste na otázku č. 5 odpověděli správně, jaké vyšetření má největší výtěžnost a současně vzhledem k časové nenáročnosti je doporučené?**
 - a) EKG
 - b) RTG plic
 - c) pulsní oxymetrie
 - d) stanovení D-dimerů
 - e) echokardiografie
 - f) CT angiografie
 - g) scintigrafie plic

Myslete na ochranu proti HEPATITIDĚ A včas!



Nabídněte rodičům očkování dětí před nástupem do kolektivu.

HavrixTM
720 JUNIOR
Vakcína proti hepatitidě A

AKCE VÝRAZNÁ ÚSPORA NA OČKOVÁNÍ PROTI HEPATITIDĚ A od 1. 4. do 30. 6. 2014

SLEVA 20 % OD VÝROBCE NA VAKCINU HAVRIX JUNIOR*

* Sleva 20 % je poskytnuta na vakcínu Havrix 720 Junior Monodose na úrovni výrobce a je platná v období od 1. 4. do 30. 6. 2014 nebo do vyprodání zásob.

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU:

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, injekční suspenze. Vakcína proti hepatitidě A inaktivovaná adsorbovaná. **SLOŽENÍ:** Havrix 1440 Jedna dávka vakcíny (1 ml) obsahuje virus hepatitidy A inaktivovaný 1440 ELISA jednotek, Havrix 720 Junior monodose obsahuje virus hepatitidy A inaktivovaný 720 ELISA jednotek formaldehydem inaktivovaný virus hepatitidy A, je adsorbovaný na hydroxid hlinitý, celkem: 0,50 miligramů Al₃+. **KLINICKÉ ÚDAJE:** **Indikace:** Vakcína Havrix je indikována k aktivní imunizaci proti infekci vyvolané virem hepatitidy A (HAV) u jedinců vystavených riziku nákazy HAV. V oblastech s nízkou až střední prevalencí hepatitidy A je vakcína Havrix doporučována především osobám, které jsou nebo budou ve zvýšeném riziku infekce virem hepatitidy A. Vakcína Havrix nevyvolává ochranu proti infekční hepatitidě způsobené virem hepatitidy B, hepatitidy C, hepatitidy E ani proti dalším patogenům vyvolávajícím játemní infekce. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a mladiství od 16 let výše – k základnímu očkování podává jedna dávka vakcíny Havrix 1440 (1,0 ml suspenze). Děti a mladiství od 1 roku do 15 let (včetně) – k základnímu očkování se podává jedna dávka vakcíny Havrix 720 Junior monodose (0,5 ml suspenze). Pro mladistvé až do 16 let (včetně) je přijatelné podání jedné dávky vakcíny Havrix 720 Junior monodose. K zabezpečení dlouhodobé ochrany po základním očkování vakcínou Havrix 1440 nebo vakcínou Havrix 720 Junior monodose se doporučuje podat posilovací dávku kdykoli v době od 6 měsíců do 5 let, přednostně mezi 6. a 12. měsícem po první dávce. **Způsob podání:** Vakcína je určena pro intramuskulární aplikaci. Dospělým a dětem se podává do deltoidní oblasti, malým dětem do anterolaterální strany stehna. Vakcína se nemá podávat do gluteální oblasti. Vakcína Havrix v žádném případě nesmí být podána intravenózně. Osobám s trombocytopenií nebo poruchami srážlivosti krve se musí vakcína Havrix podávat opatrně, neboť u nich po intramuskulární aplikaci může dojít ke krvácení. Na místo vpichu má proto být po dobu nejméně 2 minut přiložen tlakový obvat (bez mrazení). **Kontraindikace:** Vakcína Havrix nesmí být aplikována jedincům se známou přecitlivělostí na kteroukoliv její složku nebo jedincům, u nichž se po předchozím očkování vakcínou Havrix projevil známky přecitlivělosti. **Zvláštní upozornění:** Podobně jako u jiných vakcín i očkování vakcínou Havrix by mělo být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Mírná infekce není kontraindikací očkování. Vzhledem k dlouhé inkubační době hepatitidy A je možné, že očkovaná osoba by mohla být v průběhu očkování již nositelem infekce. V takových případech není známo, zda očkování přípravkem Havrix ochrání proti rozvoji hepatitidy A. U hemodialyzovaných pacientů a osob s poškozeným imunitním systémem se po jedné dávce vakcíny Havrix nemusí docílit odpovídajícího titru anti-HAV. Může tak u nich být nutné podat další dávky vakcíny. Podobně jako u všech jiných injekčních vakcín musí být pro případ, že se po aplikaci vakcíny Havrix začne vyvíjet anafylaktická reakce, okamžitě dostupná lékařská pomoc. Z tohoto důvodu je nutné, aby byla očkovaná osoba 30 minut po očkování pod dohledem lékaře. Vakcína může být podána HIV pozitivním osobám. Séroprotektiva proti hepatitidě A není kontraindikací

očkování. Podobně jako u jakékoliv injekční aplikace se může po podání vakcíny Havrix nebo i před ním vyskytnout vzácněji synekpa jako psychogenní reakce na injekční jehlu. Je důležité zajistit, aby při ev. mírně nedošlo k úrazu. **Interakce:** Vzhledem k tomu, že Havrix je inaktivovaná vakcína, je nepravděpodobné, že by současně podání s jinou inaktivovanou vakcínou vedlo k ovlivnění imunitní odpovědi. Současné podání vakcíny proti břišnímu tyfu, žluté zimnici, choleře (injekční vakcína) nebo tetanu nesnižuje imunitní odpověď na vakcínu Havrix. Současné podání imunoglobulinů neovlivňuje ochranný účinek vakcíny. Pokud je nezbytné nutné současné podání více vakcín nebo imunoglobulinů najednou, přípravky musí být podány rozdílnými injekčními stříkačkami a jehlami do odlišných míst. **Nežádoucí účinky:** Bezpečnostní profil uvedený níže je podložen údaji získanými od více než 5300 subjektů. Mezi velmi časté nebo časté nežádoucí účinky patří: snížená chuť k jídlu, podrážděnost, bolest hlavy, ospalost, gastrointestinální symptomy (jako průjem, nevolnost, zvracení), bolest a zarudnutí v místě vpichu injekce, únava, otok v místě vpichu injekce, malátnost, horečka (37,5 °C), reakce v místě vpichu (jako je zarudnutí). **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** obsahuje stopové množství neomycin-sulfátu (Havrix 720: méně než 10 ng a Havrix 1440: méně než 20 ng). **Podle údajů získaných po 17 letech používání vakcíny lze předvídat, že protitělo (>15 mIU/ml) přetrvávají 30 až 40 let po očkování nejméně u 95 % až 100 % očkovaných subjektů*.** **Inkompatibility:** Vakcína Havrix nesmí být smíchána s jinými vakcínami ani s imunoglobuliny v téže injekční stříkačce. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Vakcína musí být uchovávána při teplotě od +2 °C do +8 °C a chráněna před světlem. Pokud vakcína zmrazí, musí být znehodnocena. Havrix je bílá opalescentní suspenze. Během uchování se může vytvořit jemná bílá usazenina s bezbarvým supernatantem. Před aplikací vakcíny je nutné obsah lahviček nebo stříkaček protřepat. Před použitím musí být vakcína vizuálně zkontrolována na přítomnost cizorodých částic a na netypické změny vzhledu. Při jakémkoliv vizuálně zjištěném odchylce musí být vakcína vyřazena. **Druh obalu a velikost balení:** Havrix 720 Junior Monodose 1 = 0,5 ml v předplněné stříkačce, Havrix 1440 1 = 1 ml v předplněné stříkačce. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a. Rue de l'Institut 69, B-1330 Rixensart, Belgique. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Havrix 1440: 59/691/96-C, Havrix 720 Junior monodose: 59/690/96-C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLUŽENÍ REGISTRACE:** 13. 11. 1996 / 4. 7. 2012. **DATUM REVIZE TEXTU:** 24. 4. 2013. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se prosím seznámte s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompandium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4. Případné nežádoucí účinky nám prosím nahláste na cz.safety@gsk.com. *Prosím věnujte pozornost změnám v SPC. Verze SPC platná ke dni 13. 2. 2014.

Registrace vakcíny v ČR	2007
Vakcinální antigény	VPLs 16 a 18
Adjuvantní systém	AS04 – imunomodulační AS
Indikace vakcíny	Premaligní genitální léze (CIN, VIN, VaIN) a cervikální karcinom
Věk vakcinace	9+
Dávkování: dívky 9 až 14 let včetně	0 → 6 měsíc
Pokud v jakémkoli věku je druhá dávka vakcíny podána během 5 měsíců po prvním dávce, vždy má být podána třetí dávka.	
Dávkování: dívky a ženy od 15 let	0 → 1 → 6 měsíc
Účinnost na vakcinální kmeny HPV 16 a 18 (CIN 3+; HPV naivní kohorta [#])	100 % (95% CI: 85,5; 100)
Účinnost bez ohledu na HPV kmeny (CIN 3+; HPV naivní kohorta [#])	93,2 % (95% CI: 78,9; 98,7)
Prokázaná signifikantní zkřížená protekce (CIN 2+; ATP kohorta ^{##})	HPV 31 (87,5 %), 33 (68,3 %), HPV 45 (81,9 %), 51 (54,4 %)
Snížení počtu definitivních terapeutických zákroků na čípku (HPV naivní kohorta [#])	o 70,2 % (95% CI: 57,8; 79,3)
V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky z klinických studií.	

SPC Cervarix. 18. 12. 2013.

Lehtinen M. et al., Lancet Oncol 2012; 13:89–99.

[#] HPV naivní kohorta: alespoň 1 dávka, normální cytologie, při vstupu HPV DNA negativní na 14 onkogenních typů HPV a séronegativní na HPV-16 a HPV-18.

^{##} ATP kohorta: 3 dávky, DNA negativní a séronegativní v měsíci 0 a DNA negativní v měsíci 6 k příslušnému typu HPV.

ZKRAČENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU: NÁZEV PŘÍPRAVKU – CERVARIX™ INJEKČNÍ SUSPENZE. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 16, 18] (rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná). **SLOŽENÍ:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: Papilomavir humaní typus 16 proteinem L1¹⁻² 20 mikrogramů; Papilomavir humaní typus 18 proteinem L1¹⁻² 20 mikrogramů; lidský papilomavirus – HPV, adjuvovaný na AS04 obsahující: 3-O-deacyl-4-monofosforyl-lipid A (MPL) 50 mikrogramů; 3-adsorbovaný na hydroxid hliníku, hydrátovaný (Al(OH)₃) celkem 0,5 miligramu Al³⁺. **TERAPEUTICKÉ INDIKACE:** Cervarix™ je vakcína určená k prevenci premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních) a cervikálního karcinomu, které jsou způsobeny určitými onkogenními typy lidských papilomavirů (HPV). Důležité informace podporující tuto indikaci viz body 4.4 a 5.1 Souhrnu údajů o přípravku. Cervarix™ je vakcína určená k podání dívkám ve věku od 9 let. **Dávkování a způsob podání: Dívky 9 – 14 let:** Doporučené očkovací schéma jsou 2 dávky v 0 a 6 měsíci. Pokud je zapotřebí očkovací schéma upravit, druhá dávka může být podána mezi 5 a 7 měsícem po první dávce. **Dívky a ženy od 15 let a starší:** Doporučené očkovací schéma je 0, 1, 6 měsíců. Pokud je zapotřebí očkovací schéma upravit, druhá dávka může být podána mezi 1 a 2,5 měsícem po první dávce a třetí dávka může být podána mezi 5 a 12 měsícem po první dávce. Pokud v jakémkoli věku je druhá dávka vakcíny podána během 5 měsíců po první dávce, vždy má být podána třetí dávka. ^{*} Potřeba podání posilovací dávky nebyla stanovena. Cervarix™ je určen k intramuskulární aplikaci do oblasti deltového svaly. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Aplikace vakcíny Cervarix™ musí být odložena u osob trpících akutním vážným horečnatým onemocněním. Přítomnost lehké infekce, jako je nachlazení, není kontraindikací pro imunizaci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** O individuálním očkování ženy by se mělo rozhodnout na základě předchozího rizika expozice HPV a možného přínosu očkování pro ženu. Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro případ vzácné se vyskytující anafylaktické reakce okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Zvlášť u dospívajících se může jako psychogenní reakce na injekční stříkačku s jehlou objevit po nebo i před očkováním synkopa (mdloba). Ia je během zotavení spojena s různými neurologickými příznaky jako jsou přechodné poruchy zraku, parestezie a tonické-klonické křeče končetin. Proto je důležité, aby byla v případě mdloby učiněna opatření k zamezení zranění. Cervarix™ nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně. Údaje o subkutánním podání Cervarixu nejsou k dispozici. Stejně jako jiné vakcíny aplikované intramuskulárně, musí být i Cervarix™ podáván opatrně osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace, protože po intramuskulárním podání může u takových osob dojít ke krvácení. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u všech očkováných jedinců dosaženo ochranné imunitní odpovědi. Cervarix™ bude chránit proti nemoci způsobené HPV typy 16 a 18 a v určitém rozsahu proti nemoci způsobené určitými dalšími příbuznými onkogenními HPV typy. Proto je nutné i nadále pokračovat ve vhodných opatřeních proti sexuální přenosné nemoci. Cervarix™ je určen pouze k prophylaktickému podání a nemá žádný vliv na již aktivní HPV infekci nebo klinicky přítomné onemocnění. Například se, že by Cervarix™ měl terapeutický efekt. Očkování nenahrazuje pravidelný cervikální screening. Vzhledem k tomu, že žádná vakcína není 100% účinná a vakcína Cervarix™ neposkytuje ochranu proti všem typům HPV ani proti již existujícím infekcím HPV, zůstává pravidelný cervikální screening kriticky důležitý a má se provádět v souladu s místními doporučeními. Délka ochrany nebyla přesně stanovena. Čas podání a potřeba podání posilovací dávky (posilovacích dávek) nebyly stanoveny. S výjimkou osob s asymptomatickou infekcí virem lidské imunodeficiency (HIV), u kterých jsou dostupná omezená data o imunogenitě, nejsou žádné údaje o použití vakcíny Cervarix™ u osob se sníženou imunitní odpovědí, jako jsou pacienti podstupující imunosupresivní terapii. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u těchto jedinců dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. Nejsou žádné údaje o bezpečnosti, imunogenitě nebo účinnosti, na jejichž základě by bylo možné podpořit vzájemnou zaměnitelnost Cervarixu s jinými vakcínami proti HPV. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Jedinci, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty během 3 měsíců před podáním první dávky vakcíny, byli ze všech klinických studií vyloučeni. Použití s jinými vakcínami. Cervarix™ může být současně podán s kombinovanou booster vakcínou obsahující difteri (d), tetanus (T) a pertusis [acelulární] (pa) s nebo bez inaktivované poliovirální (IPV), (dTp, dTpa-IPV vakcíny), bez klinicky relevantní interference s protilátkovou odpovědí na některou ze složek kterékoliv z vakcín. Cervarix™ může být současně podán s kombinovanou vakcínou proti hepatitidě A (inaktivovaná) a hepatitidě B (rDNA) (HAB vakcína). Pokud je Cervarix™ podán současně s jinou injekční vakcínou, musí být vakcíny aplikovány do různých míst. Není důkaz, že by použití hormonální antikoncepce mělo vliv na účinnost Cervarixu. Podobně jako u jiných vakcín lze očekávat, že u pacientů podstupujících imunosupresivní léčbu, nemusí být po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje nejsou dostatečné k tomu, aby bylo možné doporučit podávání Cervarixu v průběhu těhotenství. Proto je třeba očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Očkování vakcínou Cervarix™ během kojení by se mělo provádět jen tehdy, pokud možné výhody očkování převládají možná rizika. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: reakce v místě vpichu včetně bolesti, zarudnutí, otok; únavy, bolest hlavy, myalgie. Časté: horečka ($\geq 38^\circ\text{C}$), gastrointestinální symptomy včetně nauzey, zvracení, průjem a bolest břicha; svědění/pruritus, vyrážka, kopřivka, antralgie. Méně časté: infekce horních cest dýchacích, jiné reakce v místě vpichu. **Inkompatibilita:** Protože chybí studie kompatibility, nesmí být tato přípravek mísen s jinými léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 4 roky. Po vyjmutí z chladničky by měla být vakcína Cervarix™ podána co nejdříve. Nicméně, získané stabilní údaje značí, že vakcína Cervarix™ v jednodávkových baleních zůstává stabilní a může být podána i v případě, že byla vakcína uchována mimo chladničku po dobu až 3 dnů při teplotě 6°C až 25°C nebo až jeden den při teplotě 25°C až 37°C . **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2°C – 8°C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Při uchování se ve stříkačce s vakcínou může vytvořit jemný bílý sediment a čirý bucharový supernatant. To však není známkou znehodnocení vakcíny. Před aplikací musí být obsah stříkačky před i po protřepání důkladně zkontrolován, zda neobsahuje jakékoli cizí částice a/nebo jestli nemá změněný vzhled. Je-li patrná jakákoliv změna vzhledu, je třeba vakcínu vyhodit. Vakcína musí být před aplikací řádně profegedna. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml suspenze v jednodávkové lahvičce se zátkou ve velikosti balení 1, 10 a 100. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO(A):** EU/1/07/419/001, EU/1/07/419/002, EU/1/07/419/003. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE:** 20. 9. 2007. **DATUM REVIZE TEXTU:** 18. 12. 2013. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>.

Tento registrovaný léčivý přípravek je včleněn do lékařského předpisu. S výjimkou úhrady pro 13leté dívky dle novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním vakcíny se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku i na www.gskcompendium.cz, na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) pod odkazem Databáze léčiv, nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (19. 3. 2014).

^{*}Prosím včleněte si změny v SPC.

CZ/039/0064/13(1)

