

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX PEDIATRIAE

červen 2015
číslo 6 • ročník 15



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Psychosomatická onemocnění



- Psychosomatika v pediatrii
- Psychosomatika v rehabilitaci:
Týmová spolupráce
- Rodinná terapie – užitečná
součást psychosomatického
pracoviště
- Poruchy vědomí u dospělých
– prvotní diagnostika a terapie
- Pohybová a sportovní
aktivita u dětí a mladistvých
s kardiovaskulárním
onemocněním



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



Časopis je pravidelně podporován:

Myslete na ochranu proti HEPATITIDĚ A včas!



Nabídněte rodičům
očkování dětí
před nástupem
do kolektivu.

HavrixTM
720 JUNIOR
Vakcína proti hepatitidě A

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU:

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, injekční suspenze. Vakcína proti hepatitidě A (inaktivovaná adorbovaná). **SLOŽENÍ:** Jedna dávka (1 ml) vakcíny Havrix 1440 obsahuje: virus hepatitidy A (inaktivovaný 1440 ELISA jednotek), adorbovaný na hydroxymylný lysozylát bílkovin; celkový: 0,50 mlg proteinu A3+. Jedna dávka (0,5 ml) vakcíny Havrix 720 Junior monodose obsahuje: virus hepatitidy A (inaktivovaný 720 ELISA jednotek), adorbovaný na hydroxymylný lysozylát bílkovin; celkový: 0,25 mlg proteinu A3+. **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 nepodléhá ochranu proti infekční hepatitidě způsobené virem hepatitidy B, hepatitidy C, hepatitidy E ani proti dalším patogenům vyvolávajícím jaterní infekce. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a dospívající od 16 let výše – k základnímu očkování podává jedna dávka vakcíny Havrix 1440 (1,0 ml suspenze). Děti a dospívající od 1 roku do 15 let (včetně) – k základnímu očkování se podává jedna dávka vakcíny Havrix 720 Junior monodose (0,5 ml suspenze). Pro mladší děti až do 18 let (včetně) je přijatelné podání jedné dávky vakcíny Havrix 720 Junior monodose. K zabezpečení dlouhodobé ochrany je základem očkování vakcínou Havrix 1440 nebo vakcínou Havrix 720 Junior monodose se doporučuje podat posilovací dávku kdykoli v době od 6 měsíců do 5 let, především 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 leze se muset vakcína Havrix podávat opatrně, neboť u nich po intramuskulární aplikaci může dojít ke krvácení. Na místo vpichu má proto být po dobu cca 2 minuty přiložen tlakový obvaz (bez mrazu). **Kontraindikace:** Vakcína Havrix nesmí být aplikována jedincům se známostí přetrvávající na tělesné úrovni závažné reakce na jakýkoli druh vakcíny nebo jedincům, u nichž se po předchozím očkování vakcínou Havrix projevil závažný příznak citlivosti. **Zvláštní upozornění:** Podávat jako s jinými vakcínami i očkování vakcínou Havrix by mělo být odloženo u jedinců trpících závažným akutním onemocněním nebo závažným onemocněním. Mírná infekce není kontraindikací očkování. Vzhledem k dlouhé inkubační době hepatitidy A je možné, že infikovaná osoba by mohla být v průběhu očkování již nositelem infekce. V takových případech není zájem, zda očkování přípravkem Havrix ochrání proti rozvoji hepatitidy A. U hemodialyzovaných pacientů a osob s patologií imunitního systému se po jedné dávce vakcíny Havrix nemá očekávat odpovídající titer 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 vyskytnou anafylaktické reakce, okamžitě dostupná lékařská pomoc. Z tohoto důvodu je nutné, aby byla očkována osoba 30 minut po očkování pod dohledem lékaře. Vakcína může být podána HV postinimací osobám. Séropozitivita proti

hepatitidě A není kontraindikací očkování. Podobně jako u jakékoliv jiné injekční aplikace se může po podání vakcíny Havrix nebo i před ní vyskytnout vzájemně závažná psychogenní reakce na injekční jehlu. Je důležitě zjistit, aby při ev. reakci nedošlo k úrazu. **Interakce:** Vzhledem k tomu, že Havrix je inaktivovaná vakcína, je nepravděpodobné, že by současně podání jinou inaktivovanou vakcínou vedlo k nežádoucím imunitním odpovědím. Současné podání vakcíny proti břišnímu tyfu, Rabě zmmu, choleře (injekční vakcína) nebo tetanu neovlivňuje imunitní odpověď na vakcína Havrix. Současné podání imunoglobulinů neovlivňuje ochranný účinek vakcíny. Pokud je nutné, musí být podání více vakcín nebo imunoglobulinů nejednou, přípravky musí být podány rozdílnými injekčními stříkačkami a jehly na odlišných místech. **Nežádoucí účinky:** Bezpečnostní profil uvedený níže je podléhající údaj získaný z od více než 5800 subjektů. Mezi velmi časté nebo časté nežádoucí účinky patří: svědění kůže a podrážek, bolest hlavy, ospalost, gastrointestinální symptomy (jako průjem, nevolnost, zvracení), bolest a zarudnutí v místě vpichu injekce, otaz, otok v místě vpichu injekce, malátnost, horečka (nad 37,5 °C), reakce v místě vpichu (např. zarudnutí). **FARMACEUTICKÉ VLASTNOSTI:** Obsahuje stopové množství neamymylné soli (Havrix 720: méně než 10 mg a Havrix 1440: méně než 20 mg). **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** Podle údajů získaných po 17 letech používání vakcíny lze předpokládat, že protitělo (>15 mlU/ml) přetrvává 30 až 40 let po očkování nejméně u 95 % až 100 % očkovanců subjektů. Podle výše uvedených údajů není s imunokompetentními jedinci, kteří byli očkováni 2 dávkami vakcíny, nutné další přeočkování. **Inkompatibilita:** 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 ochráněna před světlem. Pokud vakcína zmrazí, musí být znehodnocena. Havrix je látka citlivá na záření záření. Během uchování se může vytvořit jemná bílá usazenina s bezbarvým zákalovým usazením. Před aplikací vakcíny je nutné obsah láh víček nebo stříkaček protřepat. Před použitím musí být vakcína vizuálně zkontrolována na přítomnost cizorodních látek a na netypický změny vzhledu. Při jakémkoli vizuální zjištění odchylky musí být vakcína vyhozena. **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 Biologics s.r.o., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Havrix 1440: 59/091/98-C, Havrix 720 Junior monodose: 59/090/96-C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLUŽENÍ REGISTRACE:** 19.11.1990/4.7.2012. **DATUM REVIZE TEXTU:** 24.4.2013. Vakcína Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, injekční suspenze, vakcína proti hepatitidě A (inaktivovaná adorbovaná) je vakcína na lékařský předpis a není hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování přípravku naleznete v Souhrnu údajů o přípravku na www.gsk.cz/podklady nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4. Případné nežádoucí účinky nám prosím nahláďte na cz.safety@gsk.com. Text SPC platí ke dni 11. 8. 2015.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	7
	Usnesení regionálních konferencí	10
	Sněm SPLDD ČR	13
	Informace OSPDL ČLS JEP	14
	MUDr. Barbora Branna	16
	Psychosomatika v pediatrii	
	MUDr. Vladislav Chvála	18
	Rodinná terapie – užitečná součást psychosomatického pracoviště	
	Mgr. Danuše Jandourková	20
	Psychosomatika v rehabilitaci: Týmová spolupráce	
	MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.	22
	Poruchy vědomí u dospělých – prvotní diagnostika a terapie	
	MUDr. Jitka Luňáčková	24
	Pneumokoková meningitida s úmrtím	
Prof. MUDr. Václav Chaloupecký, CSc., et al.	25	
Pohybová a sportovní aktivita u dětí a mladistvých s kardiovaskulárním onemocněním		
MUDr. Zlatko Marinov	27	
Časná výživa, metabolické programování a obezita		
Ze světa odborné literatury		29
Aktuality		30
Řádková inzerce		33
Autodidaktický test, Neurochirurgie		34
	Doporučený postup	-
	České kardiologické společnosti a České společnosti tělovýchovného lékařství vypracovaný Pracovní skupinou pediatrické kardiologie	



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

Angelini Pharma
APOTEX
GSK
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
SANOFI

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

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

Obrázek na titulní straně namaloval Ondra Vašák, 9 let.

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR 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.



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

psát úvodník do časopisu Vox pediatría v tom nejkrásnějším měsíci v roce je radost. Pomalu se blíží léto, naše ambulance se po zimních měsících začínají vracet do klidnějšího režimu, děti se chystají na prázdniny a nás čekají dva měsíce relativního klidu a zasloužených dovolených.

Zároveň, jako tradičně v tuto dobu, skončilo období konání regionálních konferencí. Každý rok se potýkáme s malou účastí našich kolegů, každý rok regionální předsedové vymýšlejí přitažlivý program pro účastníky, ale každý rok jsme nakonec zklamáni malým zájmem ze strany pediatriů. Nejinak tomu bylo i letos. Náš severočeský region je toho zářným příkladem. I přes zajímavý program byla účast pouhých 20 %. Je to určitě více než v předchozích letech, ale 20 % je stále jen pětina členů, to znamená, že valná většina našich kolegů zůstává pasivní, nezajímá je dění v jejich okresech, regionech, ale ani to celostátní. Navíc jako každoročně se na konferenci setkávám jen se starými známými tvářemi. Kde zůstali mladí kolegové, kteří v oboru PLDD atestovali v uplynulých letech a postupně přebírají naše praxe? Ti především by se měli účastnit aktivně. Jedná se hlavně o jejich budoucnost.

Letošní konference byly volební. Všichni členové SPLDD tak měli šanci vystavit nám vysvědčení za odvedenou práci v uplynulých letech a také si zvolit nové vedení ve svých okresech a regionech. Bohužel musím konstatovat, že tady byl nezáměr kolegů ještě výraznější – letos poprvé nemáme v jednom okrese žádného zástupce. Nenašel se nikdo z jedenadvaceti členů SPLDD, kdo by se této funkce ujal. Kde hledat důvod? Zřejmě se máme opravdu dobře. Ano, tíží nás sice větší administrativní zátěž, bojujeme s různými posudky, sportovními prohlídkami nebo kontrolami Státního ústavu pro kontrolu léčiv, ani systém očkování ještě není ideálně vyřešen, ale díky kapitační platbě máme stálý finanční příjem, který se odvíjí od věkového složení a počtu našich pacientů. Zdravotní pojišťovny platí v termínech. Pokud léčíme racionálně, tak se nás netýkají ani regulace, a i v případě, že některá ze zdravotních pojišťoven uplatní regulační srážky, vždy existuje možnost domluvy. Kdo z našich mladých kolegů si pamatuje dobu před deseti lety, kdy byla základní kapitační sazba 35 Kč a my jsme se domáhali našeho spravedlivého ohodnocení pomocí petic a stávek?

Dnes je aktuální také jiná petice – petice za zachování oboru praktický lékař pro děti a dorost, kterou podepisují rodiče našich pacientů. Bojujeme za zachování našeho naprosto unikátního systému primární péče, který nám závidějí mnohé státy po celém světě. Máme za sebou druhý měsíc trvání petiční akce a já jsem velice mile překvapena velkým zájmem rodičů. Naprosto spontánně se ptají na problémy našeho oboru. Většina z nich se nad nesmyslným rušením fungujícího systému péče o dítě pozastavuje a do dnešního dne jsem se nesetkala ani s jedním odmítnutím podpisu na petici. Dokonce se podepisují i celé rodiny včetně prarodičů. Po nekonečných debatách s našimi politickými představiteli, kteří nám nejsou schopni zodpovědět ani základní otázku, tedy proč vlastně má být náš obor zrušen, je to pro mě velice povzbuzující zjištění. Zároveň je to pro mě povzbuzující v kontrastu s nezájmem některých našich kolegů nejen o petici jako takovou, ale také o celkové dění v našem sdružení. Pojdme využít té podpory, které se nám dostává ze strany veřejnosti, ve svůj prospěch. Pokud vám není osud našeho oboru lhostejný, přesvědčme počtem podpisů na petičních arších představitele státní správy, České lékařské komory, České pediatrické společnosti a dalších subjektů, které nám nejsou příliš nakloněny, o tom, jak důležité je postavení praktického lékaře pro děti a dorost v našem systému zdravotnictví. Naši malí pacienti nám za to bezpochyby stojí.

S přáním mnoha hezkých dní

MUDr. Romana Balatková,
předsedkyně severočeského regionu



www.detskylekar.cz

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost české republiky





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

V měsíci dubnu byla po dlouhém zvažování spuštěna petice na podporu zachování oboru Praktické lékařství pro děti a dorost. Tato petice má upozornit nejen na problematiku rušení našeho oboru, ale širokou veřejnost také na skutečnost, že je ohrožen celý systém primární péče o dítě v ČR. Nedostatek lékařů v primární péči nevyřeší pouhé sloučení dvou oborů. Je potřeba cílená podpora směřující k zajištění generační výměny v ordinacích PLDD, podpora ze strany MZ ČR, krajů a v neposlední řadě i ze strany zdravotních pojišťoven. Chybějí rezidenční místa, možnost zaměstnání budoucích PLDD na dětských odděleních po dobu tří let v rámci předatestační přípravy. Chybí adekvátní financování menších praxí PLDD a praxí některých lokalit. SPLDD dlouhodobě na tuto problematiku upozorňuje na všech možných úrovních.

V měsíci dubnu tradičně proběhly další z regionálních konferencí SPLDD ČR, s jejichž usneseními se můžete seznámit na stránkách našeho časopisu. Ukazuje se, že problematika, která trápí PLDD, je obdobná ve všech regionech, ekonomické problémy ustoupily problémům se zajištěním předání praxí, zajištěním očkování, objevují se opět problémy se zajištěním LPS a další. Všechny regiony podpořily petiční akci.

Uskutečnilo se zahajovací jednání dohodovacího řízení o úhradách z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2016.

1. 4. 2015 proběhlo první jednání dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2016 a jednání ke změně jednacího řádu.

9. 4. 2015 se konala volební konference středočeského regionu a Prahy v pražském Hotelu Olympik. Předsedkyní regionu Praha byla zvolena MUDr. Ivana Nulíčková a předsedou Středočeského regionu MUDr. Jan Němeček.

11. 4. 2015 se uskutečnila volební regionální konference východočeského regionu. Předsedou regionu byl zvolen opět MUDr. Štefan Hrunka.

14. 4. 2015 jsem se aktivně zúčastnila společně s MUDr. Šebkovou dalšího semináře

k problematice očkování, který pořádala paní poslankyně Soňa Marková v Poslanecké sněmovně. Formou prezentací jsme přítomné seznámily s povinnostmi PLDD, které musí plnit při zajištění očkování, s komunikací s rodiči, s pořádanými vzdělávacími akcemi zabývajícími se problematikou očkování, které PLDD navštěvují v rámci celoživotního vzdělávání. Naším úkolem bylo seznámit přítomné poslance, odbornou i laickou veřejnost s aktivitami a úsilím PLDD, které jsou nezbytné a leckdy velmi časově náročné. Cílem je zajištění vysoké proočkovanosti dětí v ČR, a to i přes nárůst antivakcinačních postojů.

18. 4. 2015 v Opavě proběhla volební konference severomoravského regionu, s poměrně zajímavou diskusí, která byla vyvolána účastí náměstka hejtmana

Severomoravského kraje zabývajícího se problematikou zdravotnictví. Předsedou regionu byl zvolen MUDr. Michal Pukovec.

21. 4. 2015 se sešla na svém pravidelném jednání Koalice soukromých lékařů, která svým prohlášením podpořila zachování základního oboru praktické lékařství pro děti a dorost v ČR. Celý text prohlášení najdete na stránkách našeho časopisu či webu SPLDD.

25. 4. 2015 se konala poslední volební regionální konference, tentokrát západočeského regionu. Předsedkyní byla zvolena MUDr. Zdeňka Růžicková

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

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

3. 9. 2015

Roztroušená skleróza v dětském věku

Prim. MUDr. Martina Kóvári

Klinika rehabilitace a tělovýchovné medicíny, FN Motol



OSPD ČLS JEP

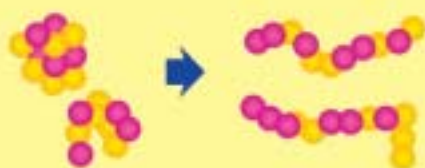
Novinka



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, R., 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. 1346-54.
3. Keamey, R.J., et al., A trial of lactase in the management of infantile colic. Journal of Human Nutrition and Dietetics 1998; 11: p. 283-285.
4. Kanabek, D., M. Randolph, and P. Clayton, Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. J Hum Nutr Diet. 2003; 14(5): p. 339-63.

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

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

ZPŮSOB POUŽITÍ A DALŠÍ INFO NA DBALECH A WEBOVÝCH STRÁNKÁCH. POTRAVINA PRO ZVLÁŠTNÍ VÝŽIVU - POTRAVINA PRO ZVLÁŠTNÍ LÉKAŘSKÉ ÚČELY.

URČENO PRO ODBORNOU VĚŘEJNOST. BF312276.

Hami
Speciální mléka



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 21. 4. 2015

Přítomni: dr. Dvořák, dr. Šmatlák, dr. Jojko, dr. Chrz, dr. Hülleová, dr. Houba, dr. Stará, dr. Tautermann
Omluven: dr. Kudyn

1. Výsledky jednání zástupců KSL na MZ ČR

- Dr. Jojko informoval o výsledku jednání na MZ ČR s náměstkem ministra pro zdravotní pojištění MUDr. Tomem Philippem, Ph.D., MBA. Původně plánovaná schůzka s ministrem zdravotnictví se z důvodu jeho pracovního vytížení nemohla uskutečnit. Zástupci KSL předložili dr. Philippovi problémy, o kterých v současné době na pravidelných setkáních diskutují, ale řešení řady z nich je pouze v kompetenci ministra zdravotnictví a dr. Philipp se k nim nemohl odpovědně vyjádřit.

Nedořešené jsou zejména:

- výdejny léků v ordinacích lékařů,
- návrh na sloučení oborů Dětské lékařství a Praktické lékařství pro děti a dorost,
- úpravy režijní ceny a navýšení ceny práce v Seznamu výkonů.
- Zástupci Koalice shodně konstatovali, že schůzka s náměstkem ministra nesplnila jejich očekávání, proto znovu osloví ministra zdravotnictví s žádostí o setkání a odpovědné stanovisko ke zmíněným problémům. Mgr. Sladkovská připraví návrh textu dopisu a zašle jej členům Koalice k připomínkování (*poznámka: dopis byl ministru zdravotnictví odeslán e-mailem a poštou dne 29. 4. 2015*).

2. Prohlášení k zachování oboru SPLDD

- Dr. Hülleová předložila KSL text prohlášení proti záměru MZ ČR sloučit klinický obor dětské lékařství a obor primární péče praktické lékařství pro děti a dorost do jednoho oboru pediatrie. Zástupci KSL s textem prohlášení souhlasí a společně jej podpoří.
- Sdružení současně připravilo petici proti zrušení atestačního oboru Praktické lékařství pro děti a dorost, kterou předkládá k podpisu rodičům v ordinacích praktických dětských lékařů, a seminář v PSP ČR, který je naplánován na 23. 6. 2015.

Dr. Hülleová požádala členy KSL o účast, případně prezentaci podpory.

3. Reakce KSL na vyjádření ministra zdravotnictví k navýšení plateb za státní pojištění

- KSL nesouhlasí se záměrem ministra zdravotnictví využít připravovaný nárůst plateb za státní pojištění jen ke zvýšení platů zdravotníků pracujících v nemocnicích.

4. Prohlášení delegátů XXV. výroční konference SPL ČR

- KSL bere text prohlášení na vědomí. Nemůže se k němu připojit, protože prohlášení nemá jednohlasnou podporu všech zástupců Koalice.

5. Různé

- Zástupci KSL nepodporují návrh na opětovné zavedení lékařských preventivních prohlídek ve školách.

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Zápis z jednání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 8. 4. 2015 na Ministerstvu zdravotnictví

Přítomní dle prezenční listiny.

1. Zahájení široké diskuse o očkování

Předseda NIKO MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D., přítomné informoval o usnesení Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR č. 66 ze dne 8. 1. 2015, kterým je Ministerstvo zdravotnictví žádáno o otevření široké diskuse o očkování s laickou a odbornou veřejností ve všech aspektech a o přípravu komplexního řešení problematiky vakcinace. Podnět k této žádosti vyplynul z diskusí v souvislosti s projednáváním vládního návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Členové NIKO vyjádřili jednohlasně podporu návrhu předsedy, aby praktická realizace uvedeného požadavku Výboru pro zdravotnictví vedla postupně od ustanovení pracovní skupiny ministra zdravotnictví s oficiálním statutem, přes průběžné projednávání problémů očkování s cílem najít konsensus

při současném respektování principu evidence based medicíny, až po formulaci výstupů z jednání pracovní skupiny reprodukovatelných v prostředí širší veřejnosti, např. v médiích a na veřejných seminářích. Provokativní strategie vyplývající z programového zaměření Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence Zdraví 2020 má sice jasné dané cíle a nástroje k jejich dosažení, nicméně vlastní praktická realizace cílů není bez širší diskuse na téma očkování optimální.

Členové NIKO odsouhlasili návrh výše komentované pracovní skupiny s tímto zastoupením:

- Odborné lékařské společnosti ČLS JEP dle návrhů jejich předsedů po projednání ve výborech společnosti: Česká pediatrická společnost, Odborná společnost praktických dětských lékařů, Česká vakcínologická společnost, Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii, Společnost infekčního lékařství, Česká společnost alergologie a klinické imunologie, Společnost dětské neurologie, Společnost medicínského práva.
- Ministerstvo zdravotnictví (MZ): Sekce ochrany a podpory veřejného zdraví, Odbor zdravotních služeb, Tiskový odbor, Státní ústav pro kontrolu léčiv.
- Veřejnost: Svaz pacientů ČR, Sdružení Rozalio, provozovatel webových stránek www.vakciny.net.
- Člen Národní imunizační komise.
- Zástupci Poslanecké sněmovny.

2. Projednání stanoviska České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP a České neonatologické společnosti ČLS JEP k očkování dětí s porodní hmotností pod 1500 gramů

NIKO na základě závěrů z posledního jednání oslovila předsedy České neonatologické společnosti ČLS JEP a České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP se žádostí o účast na jednání NIKO s cílem najít mezioborový konsensus v otázce očkování nedonošených dětí. Podle stanoviska České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, které bylo publikováno v Lékařských listech 12/2014 a je umístěno i na webu společnosti, se novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností mají očkovat stejně jako donošené děti, tj. dle věku



kalendářního. Česká neonatologická společnost ČLS JEP zaslala NIKO svůj nesouhlas k uvedenému stanovisku. Zástupci obou dvou pozvaných odborných společností uvedli argumenty pro svá stanoviska s tím, že diskuse k nalezení konsensu bude pokračovat na užším jednání obou společností, ze kterého vzejde jednotné stanovisko, které bude splňovat požadavky na celostátně doporučený postup. Návrh tohoto postupu zašlou společnosti do konce května 2015 na e-mailovou adresu vh@mzcr.cz.

3. Informace o výskytu rotavirových infekcí v ČR a o očkování proti nim.

Prof. MUDr. Pazdiora, CSc., který byl přizván na jednání NIKO, informoval o epidemiologické situaci ve výskytu rotavirových infekcí v ČR a o výsledcích monitoringu proočkovanosti proti nim. V roce 2014 bylo v informačním systému v Epidatu zaevidováno celkem 6 410 onemocnění s rotavirovou etiologií, z nichž 70,2 % připadlo na děti do 5 let věku. Z celkového počtu dětí do 5 let bylo 3 229 hospitalizováno. Na základě metody Soriano-Gabarro lze odhadnout, že pro toto onemocnění bylo ambulantně vyšetřeno 25 835 dětí a 103 328 nemocných dětí nevyhledalo lékařskou péči. Při dlouhodobém sledování bylo v letech 2002–2014 v ČR podchyceno 6 úmrtí dětí do 5 let na rotavirovou gastroenteritidu (konkrétně ve věku 2, 8, 10, 12, 18 a 29 měsíců). Proočkovanost je jen cca 14,3 %, očkování se provádí v 90 % ambulancí, nejméně v Severočeském a Libereckém kraji.

Pro srovnání k datu 1. 4. 2015 proti rotaviřům očkuje 77 zemí, z toho v Evropě 12. Po zahájení vakcinace byly v řadě zemí publikovány údaje o poklesu počtů onemocnění rotavirovou gastroenteritidou, hospitalizací i laboratorních průkazů rotaviřů.

NIKO vzala zprávu na vědomí, očkování proti rotaviřům považuje po stránce odborné za významné a doporučuje je. Případné zavedení tohoto očkování v režimu nepovinné hrazené vakcinace NIKO vnímá primárně v kontextu novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

4. Projednání návrhu novely vyhlášky o očkování upraveného podle připomínek členů NIKO

Návrh novely vyhlášky o očkování MZ upraví v souladu s vyžádanými připomínkami členů NIKO, kterým bude následně zaslána k vyjádření finální podoba návrhu.

5. Různé

- Sérologické přehledy 2016

MZ počítá s provedením dalších sérologických přehledů v roce 2016. Členové NIKO na dalším zasedání projednají návrh seznamu infekčních onemocnění, která navrhuje do sérologických přehledů zahrnout, včetně odůvodnění svého stanoviska. Příští jednání NIKO, na kterém budou návrhy projednány, je plánováno během první poloviny května 2015.

- Stav řešení výpadku dodávek BCG vakcíny a tuberkulínu

Vzhledem k přetrvávajícím obtížím se zajištěním dovozu BCG vakcíny dánského výrobce Serum Statens Institut pro potřeby České republiky a s přihlédnutím k tomu, že podle posledních informací dánského výrobce by měl být dovoz BCG vakcíny obnoven až v prvním čtvrtletí 2016, byly po zvážení všech možností dovozu alternativní BCG vakcíny učiněny potřebné kroky k dovozu BCG vakcíny polské provenience, která je v Polsku používána k plošné BCG primovakcinaci již téměř 50 let, a k dovozu tuberkulínu z Bulharska, k jejichž použití v podmínkách ČR vydal hlavní hygienik ČR právně nezbytná rozhodnutí podle § 8 odst. 6 zákona č. 378/2007 Sb., o povolení distribuce, výdeje a používání neregistrovaného humánního přípravku. Předpokládaný termín distribuce BCG vakcíny v ČR je červen 2015.

Obdobná situace v nedostatku BCG vakcíny je avizována i z dalších států EU. Lotyšsko iniciovalo svou zprávou o nedostatku BCG vakcíny zaslano cestou systému rychlého varování EU audio-konferenci Výboru pro zdravotní bezpečnost EU dne 17. 4. 2015, s jejíž výsledky bude NIKO obeznámena.

V Praze dne 17. dubna 2015

■ Doporučený postup při výpadku v dodávkách pentavakcíny Pediacel na českém trhu

Pentavalentní vakcína Pediacel, výrobce Sanofi Pasteur, je liquidní očkovačím látkou proti diftérii, tetanu, pertusi (acelulární), poliomyelitidě (inaktivovaná) a proti hemofilu typu b (konjugovaná, adsorbovaná). Tato vakcína je v některých individuálních případech používána pro základní očkování dětí. Pediacel není určen pro pravidelné očkování a není součástí očkovacího kalendáře ve smyslu vyhlášky č. 537/2006 Sb.,

o očkování proti infekčním nemocem. Vakcína Pediacel není hrazena zdravotními pojišťovnami.

Výrobce vakcíny ohlásil přechodný výpadek v dodávkách na český trh (viz dopis výrobce). Vakcína Pediacel tak má od 1. 8. 2015 přerušeno uvádění na trh (hlášení SÚKL, viz <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0172269&tab=available>). V současné době je dostupná pouze výrobní šarže s expirací 7/2015. Další šarže nebudou v letošním roce již dodávány. Obnovení dodávek se dle sdělení výrobce očekává pravděpodobně v první polovině roku 2016.

V souvislosti s tímto výpadkem vydává Česká vakcinologická společnost ČLS JEP následující doporučení možného alternativního postupu, kdy je vakcína použita u dětí pro základní očkování, a postupu u rozočkovovaných dětí.

1. Při použití očkovacího schématu 3 + 1 je možné zahájit očkování do konce dubna 2015 s aplikací třetí dávky nejpozději do 31. 7. 2015. Posilovací dávku je třeba aplikovat s odstupem minimálně 6 měsíců po poslední dávce, optimálně za 6–12 měsíců, tj. do konce července 2016, kdy by měly být dodávky pravděpodobně obnoveny.
2. Pokud má dítě dostat posilovací dávku mezi 8/2015 a 6/2016 a vakcína Pediacel nebude k dispozici, lze posilovací dávku posunout i déle než 12 měsíců od poslední dávky, limitně 18 měsíců.
3. Alternativním postupem pro aplikaci posilovací dávky je zvolit kombinaci vakcín DTP-Hib (Infanrix Hib) + Imovax Polio. Vakcíny musejí být aplikovány do různých míst a nelze je mísit v jedné stříkačce.
4. Pro aplikaci posilovací dávky lze také alternativně zvolit hexavalentní vakcínu (Infanrix-hexa nebo Hexacima) s následným doočkováním 2 dávkami monovakcíny proti virové hepatitidě typu B (1 a 6 měsíců po první dávce).
5. Alternativní postupy je možné použít s vědomím, že bezpečnost, imunogenita nebo účinnost těchto postupů nebyla stanovena.
6. Při použití očkovacího schématu 2 + 1 je možné zahájit očkování do konce května 2015 a druhou dávku aplikovat za 2 měsíce, nejpozději do 31. 7. 2015. Posilovací dávku u tohoto schématu je optimálně třeba aplikovat s odstupem 6–8 měsíců po poslední dávce. Na delší



prodloužení nejsou k dispozici publikovaná data a imunitní odpověď může být suboptimální.

7. První dvě nebo tři dávky vakcíny Pediacel podle zvoleného základního očkovacího schématu ($2 + 1/3 + 1$) je vhodné dokončit stejnou vakcínou, nekombinovat s jinými vakcínami proti diftérii, tetanu, pertusi, poliomyelitidě, hemofilu typu B nebo s vakcínami jiného výrobce. Pro kombinaci vakcín v základním schématu není dostatek údajů o bezpečnosti, imunogenitě nebo účinnosti.
8. Pokud nebude respektováno časové omezení podle bodu 1, 2 a 6, je možno omezené schéma dokončit hexavalentní vakcínou nebo kombinací vakcín DTP-Hib (Infanrix Hib) + Imovax Polio.

Použití očkovacího schématu $2 + 1$ není v souladu s platným očkovacím kalendářem ani s vyhláškou o očkování proti infekčním onemocněním.

■ Lékařské posudky

Jsem všeobecným praktickým lékařem. Zároveň se věnuji pracovnělékařské a soudněznalecké činnosti ve zdravotnictví a pracuji již několik let i jako konzultant kanceláře veřejného ochránce práv. Součástí mé práce je i nezbytná znalost zdravotnického práva. Jelikož provozuji zdravotnické zařízení primární péče, navštěvují mne pacienti mimo jiné velmi často s požadavkem: „Pane doktore, já chci jenom razítko“ nebo „já chci jenom potvrzení“. Tato „razítka“ nebo „potvrzení“ se týkají různých oblastí života. Jsou to například zbrojní průkazy, řidičská oprávnění, studia na školách, rekvalifikace, zahájení podnikatelské činnosti a mnohé jiné. Doba, kdy tyto situace bylo možno řešit „razítkem“ či „potvrzením“, je již dávno pryč. Jakoukoliv oblast, která se týká posouzení čehokoli, se dá řešit pouze lékařským posudkem. Pro tyto účely byl před několika lety zákonodárci vytvořen i samostatný zákon. Bohužel tuto změnu řada zdravotnických zařízení, klienti ani některé orgány veřejné moci nechtějí postřehnout. Co může být výsledkem takové nevědomosti? Pacienti, kteří od lékaře obdrží takové „razítko“ či „potvrzení“, dostávají do rukou naprosto neplatný dokument a odcházejí od lékaře s falešným pocitem jistoty, že obdrželi vyžádané „razítko“ či „potvrzení“. Odchodem z ordinace lékaře se z takového dokumentu stává pouze „kus počmáraného papíru“.

- Lékařský posudek je zcela něco jiného než potvrzení.
- Posuzování má své formální, věcné i procesní náležitosti.
- Posouzení začíná vždy přijetím písemné žádosti, která musí být archivována ve zdravotnické dokumentaci.
- Při vydávání posudku musejí být provedena veškerá stanovená nebo další vyšetření, která jsou nezbytná z důvodu zdravotního stavu pacienta.
- Při posuzování musí být brány v úvahu příslušné prováděcí vyhlášky (je jich skutečně hodně).
- Posudek musejí mít po formální stránce stanovené náležitosti.
- Posudek musí být prokazatelně doručen všem účastníkům.
- Stejnopis posudku musí být archivován ve zdravotnické dokumentaci.

Nedodržení čehokoli z výše uvedených může mít za následek neplatnost či právní neúčinnost posudku. Za dodržení všech pravidel přitom plně zodpovídá zdravotnické zařízení, které posudek vystavuje.

Proč tak složitý postup?

Posudek je dokument jako jakýkoliv jiný úřední doklad. Při jeho vydávání se postupuje obdobně jako při vydání úředních dokladů. Platí mimo jiné například zásada přezkoumatelnosti posudku. Pokud při posuzování nejsou dodržena stanovená pravidla, posudek se může stát nepřezkoumatelným. Nepřezkoumatelný posudek je proto neplatný. Takový posudek, který není všem účastníkům prokazatelně doručen, nenabude nikdy právního účinku.

Jakou má pacient jistotu, že obdrží platný posudek?

Abych pravdu řekl, téměř naprosto žádnou. Sám nejspíše není vybaven znalostmi, které s posuzováním souvisejí. Neexistuje ani není uzákoněna prvotní kontrola posuzování. Problém nastane tehdy, kdy se pacient bude chtít domáhat svého práva. Ponaučením často je až první „průšvih“ zdravotnického zařízení, které posudek vydalo.

Smyslem tohoto sdělení není podrobný rozbor všech oblastí posuzování. Takovým rozbohem bych musel popsat mnoho stránek a je otázkou, zda by to bylo vyčerpávající. Chtěl jsem poukázat pouze na to, že skutečně nelze vydávat lékařské posudky jen tak mimochodem, takzvaně ve dveřích, například otiskem lékařského razítka na pacientem donesený formulář. Často přitom

jsou takové formuláře, které nesplňují ani formální náležitosti, vytvořeny orgánem veřejné moci z nejvyšších míst. Jedno nejmenované ministerstvo na základě mé stížnosti přislíbilo nápravu již v roce 2007. Do dnešního dne však k tomu nedošlo.

MUDr. Tibor Vicsápi
převzato z www.splcr.cz

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka

Zase rozumíme líp ideálnímu „léku“ bez vedlejších účinků – placebo

Už je známo 11 genů, které ovlivňují účinky placebo. Mohou být využitelné v medicíně?

Výzkumníci z lékařské fakulty Harvardovy univerzity (která se výzkumu působení placebo věnuje dlouhodobě) shrnuli současné poznatky o tom, jak je působení placebo podmíněno geneticky.

Jak známo, i při stejné diagnóze působí na někoho placebo lépe a na jiného vůbec. Čísla nejsou zcela jasná, podle odhadů placebo působí zhruba na třetinu pacientů – často proti bolesti, migréně, depresím, syndromu dráždivého tračníku a zdá se, že dokonce proti Parkinsonově nemoci.

Geny i pohled do mozku

Vědci, kteří hledali vysvětlení v genetické výbavě, zatím našli 11 genů, které účinky placebo u jedince ovlivňují.

Další výzkumníci se snaží rozpoznat pacienty náchylné k akceptování placebo zobrazováním mozku magnetickou rezonancí. Ovšem genetický rozbor je pro pacienta přijatelnější.

Eticky nemusí být problematické

Představa je zhruba taková, že v budoucnu se lékařům podaří díky genovému testu určit, který pacient může dostat méně léků (a je zatížen menšími vedlejšími účinky), protože se jejich účinek zvýší vhodně vyvolaným dojmem placebo.

Eticky by vyvolání placebo efektu nemuselo být problematické, protože pacientovi není třeba lhát. Stačí říct: Dáme vám lék, který obsahuje velmi málo aktivní složky, ale bude ve vašem případě účinný.

zdroj: doktorvlach.cz, 26. 4. 2015



Usnesení regionálních konferencí

■ Usnesení konference regionu Praha a Středočeský kraj ze dne 9. 4. 2015

Konference bere na vědomí:

- Zprávu o činnosti, přednesenou MUDr. Němečkem
- Zprávu o hospodaření za rok 2014, přednesenou MUDr. Růžkovou
- Revizní zprávu, přednesenou MUDr. Kopeckým

Konference schvaluje:

- Návrh rozpočtu na rok 2015

Konference akceptuje výsledky voleb do regionálního výboru tomto v pořadí:

- Kraj Praha: MUDr. Nulíčková, MUDr. Cabrnchová, dále 3. + 4. pořadí: MUDr. Benešová, MUDr. Buhrová
- Kraj Středočeský: MUDr. Němeček, MUDr. Procházková, dále 3. + 4. pořadí: MUDr. Kyjonková, MUDr. Vitoušová
- Pokladník: MUDr. Růžková
- Kontrolní komise: MUDr. Kopecký (2. pořadí: MUDr. Hesoun)

Konference bere na vědomí:

- Informace přítomných hostů

Konference podporuje:

- Jednání zástupců SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP o zachování oboru Praktické lékařství pro děti a dorost
- Dále protestní akce proti zrušení oboru PLDD, tj. tiskovou konferenci zástupců obou organizací, vyvěšení informačního letáku a petiční akci v ordinacích, v případě nutnosti i přerušování provozu ordinací PLDD na jeden den
- Jednání o zavedení kódu otoskopického vyšetření pro odbornost 002
- Jednání o zavedení kódu edukace zákonných zástupců odmítajících očkování pro odbornost 002

Konference doporučuje:

- VV pokračovat v jednání se zástupci státu o podpoře PLDD při realizaci povinného očkování
- Zástupcům SPLDD ČR sledovat další vývoj ev. zavedení elektronických pokladen v ordinacích PLDD a jednat o rozsahu tohoto opatření s ohledem na ekonomickou a technickou náročnost tohoto opatření

Za Návrhovou komisi:

MUDr. Kyjonková
MUDr. Štrobachová
MUDr. Vitoušová

■ Usnesení konference východočeského regionu SPLDD konané dne 11. 4. 2015

Mandátová komise: MUDr. Bartoňová,

MUDr. Janečková, MUDr. Prokopová

Volební komise: MUDr. Zavřel,

MUDr. Sedláčková, MUDr. Výravská

Návrhová komise: MUDr. Pišek,

MUDr. Zavřelová, MUDr. Petrtylová,

MUDr. Svobodová

Pracovní předsednictvo: MUDr. Hrunka,

MUDr. Petrtylová, MUDr. Dvořáková,

MUDr. Pišek

1. Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD východočeského regionu za rok 2014, kterou přednesl MUDr. Hrunka.
2. Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření východočeského regionu SPLDD za rok 2014, kterou přednesla MUDr. Doležalová.
3. Konference bere na vědomí zprávu revizní komise za rok 2014, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.
4. Konference schválila jednohlasně rozpočet na rok 2015.
5. Volby: MUDr. Zavřel seznámil konferenci s volebním řádem

kandidáti – předseda, místopředseda:

kraj Královéhradecký

MUDr. Hrunka Štefan

MUDr. Petrtylová Zuzana

MUDr. Ježková Aranka

MUDr. Tichá Jülie

předseda, místopředseda:

kraj Pardubický

MUDr. Pišek Martin

MUDr. Dvořáková Jiřina

MUDr. Štichaeurová Kateřina

MUDr. Kovářová Michaela

pokladník: společný pro region

MUDr. Doležalová Alena

MUDr. Rottová Alice

Kontrolní komise: společná pro region

MUDr. Zavřelová Táňa

MUDr. Bartoňová Evženie

počet odevzdaných volebních lístků: 38

počet vydaných volebních lístků: 43

nahrazené volební lístky: 2

neplatné volební lístky: 0

počet získaných hlasů jednotlivých kandidátů:

předseda, místopředseda:

kraj Královéhradecký

MUDr. Hrunka Štefan 22 hlasů

MUDr. Petrtylová Zuzana 21 hlasů

MUDr. Ježková Aranka 3 hlasy

MUDr. Tichá Jülie 2 hlasy

předseda, místopředseda:

kraj Pardubický

MUDr. Pišek Martin 8 hlasů

MUDr. Dvořáková Jiřina 14 hlasů

MUDr. Štichaeurová Kateřina 2 hlasy

MUDr. Kovářová Michaela 5 hlasů

pokladník: společný pro region

MUDr. Doležalová Alena 37 hlasů

MUDr. Rottová Alice 0 hlasů

Kontrolní komise: společná pro region

MUDr. Zavřelová Táňa 36 hlasů

MUDr. Bartoňová Evženie 2 hlasy

6. Konference opět vyzývá členskou základnu k větší účasti na akcích SPLDD.

7. Konference ukládá výkonným výborům obou společností dále jednat a bojovat o zachování oboru PLDD.

8. Konference apeluje na členy SPLDD, aby v maximální míře podpořili připravované petiční akce za zachování oboru PLDD.

9. Konference podpořila případnou jednodenní protestní akci s uzavřením ordinací.

10. Konference podporuje zachování povinného systému očkování.

11. Konference ukládá regionálním zástupcům projednat ochotu členů k dalším akcím za zachování oborů po proběhnutí petice.

12. Konference vyjádřila podporu textu za zachování samostatného oboru PLDD, který bude odeslán prezidentu ČLK

13. Po dohodě zvolených kandidátů se předsedou Královéhradeckého kraje stal MUDr. Štefan Hrunka; místopředsedou Královéhradeckého kraje se stala



MUDr. Zuzana Petrtýlová; předsedou Pardubického kraje se stal MUDr. Martin Pišek; místopředsedou Pardubického kraje se stala MUDr. Jiřina Dvořáková; pokladníkem obou regionů se stala MUDr. Alena Doležalová; předsedou kontrolní komise obou regionů se stala MUDr. Táňa Zavřelová.

Zapsal MUDr. Martin Pišek

■ Usnesení konference regionu Severní Morava a Slezsko ze dne 18. 4. 2015

Konference vyslechla zahájení předsedy regionu Michala Pukovce

Konference zvolila

- pracovní předsednictvo ve složení Michal Pukovec, Aleš Polách, Ivana Příkrylová
- návrhovou komisi ve složení Aleš Polách, Veronika Halašková, Milada Saxová
- mandátovou komisi ve složení Ivana Vašíčková, Monika Hudečková, Helena Smetanová
- volební komisi ve složení Eliška Křivská, Věra Matušková, Ludmila Kučová

Konference konstatovala, že je přítomno 67 členů, a konstatovala, že není usnášeníschopná, ukončila své jednání a stanovila náhradní termín konference na 18. 4. 2015 ve 14:00 hod.

Konference byla zahájena ve 14:00 a souhlasí s komisemi zvolenými na předchozí konferenci.

Konference vyslechla

- zprávu o činnosti předsedy regionu Severní Morava a Slezsko Michala Pukovce
- zprávu Ivany Příkrylové o hospodaření regionu za rok 2014 s

- Příjmy	314 741 Kč
- Výdaje	280 919,56 Kč
- Zisk	33 821,44 Kč
- Návrh rozpočtu regionu na rok 2015 s

- Příjmy	395 000 Kč
- Výdaje	385 000 Kč
- Zisk	10 000 Kč

Konference bere na vědomí informaci o hospodaření regionu za rok 2014.

Konference souhlasí s hospodařením regionu v roce 2014 a souhlasí a odhlasovala návrh rozpočtu regionu Severní Morava a Slezsko na rok 2015.

Konference dále vyslechla zprávu revizní komise přednesenou Michalem Pukovcem. Konference bere na vědomí na základě přednesené zprávy, že nebyly zjištěny nesrovnalosti v hospodaření.

Konference vyslechla odborné sdělení:

- 2) RNDr. Pavla Ježka, Ph.D., Preventivní aspekty časné výživy
- 3) MUDr. Petra Kadlečka Fytoterapie v léčbě kašle

Konference zahájila volby do výboru Moravskoslezského kraje, do výboru Olomouckého kraje, volbu pokladníka regionu a člena kontrolního orgánu regionu.

Konference zvolila

Oblast Olomouc:

Předseda regionu: MUDr. Ivana Příkrylová

Místopředseda: MUDr. Zuzana Andresová

Oblast Moravskoslezský kraj:

Předseda MUDr. Michal Pukovec (i jako předseda pro celý region Severní Morava a Slezsko)

Místopředseda MUDr. Pavla Tvrdonová

Pokladník: MUDr. Radka Olšřová

Revizní pro regiony: MUDr. Ivana Vašíčková

Náhradník pro regiony: MUDr. Aleš Polách

Konference vyslechla vystoupení hostů z VV SPLDD MUDr. Ilony Hülleové a MUDr. Jany Kulhánkové zejména k problematice.

- Smlouvy se ZP, dodatky se ZP
- Aktualizace seznamu výkonů
- Očkování a aktuální informace
- Zachování oboru PLDD
- Dopis prezidentu ČLK
- Petiční akce a eventuální protestní akce
- Konference konstatuje, že základ zdravotní péče je v primární sféře
- Konference podporuje petiční akci k zachování oboru PLDD
- Konference diskutovala nad problémy generační výměny a doporučuje zvýšit počet akreditovaných ordinací a žádat o rezidenční místa

Konference vyslechla informaci předsedkyně OSPDL MUDr. Aleny Šebkové

- vzdělávací akce organizované OSLDD
- pracovní skupiny OSPLDD
- rezidenční místa
- očkování

Konference vyslechla sdělení a informace náměstka hejtmana MSK pro zdravotnictví Ing. Jiřího Martínka.

Konference žádá Výkonný výbor SPLDD o další jednání nad Seznamem výkonů s bodovými hodnotami zejména k navýšení bodových hodnot výkonů očkování a prevence v souvislosti se zvyšující se náročností zajištění očkování.

Konference souhlasí se zahájením petiční akce k zachování samostatného oboru PLDD.

Konference odhlasovala uzavření ordinací v případě protestní akce na 1 den.

Konference konstatuje zlepšení účasti členů na konferenci.

Konference rovněž konstatovala, že množství seminářů a kongresů je stále větší a větší a mnoho kolegů již nenachází prostor pro účast na konferencích, i když to patří mezi základní členské povinnosti.

Konference byla informována výborem regionu a bere na vědomí, že příští regionální konference se bude konat 16. 4. 2016, místo bude upřesněno.

Konference odhlasovala, že i v roce 2016 bude konference jednodenní.

V Opavě, 18. dubna 2015

Zpracoval: MUDr. Aleš Polách

■ Usnesení konference západočeského regionu SPLDD konané dne 25. 4. 2015

Konference byla zahájena v 15.00 hod. Konstatovala, že je přítomno 66 členů, a proto není usnášeníschopná, a ukončila své jednání.

Stanovila náhradní termín konference na 25. 4. 2015 v 15:30 hod.

Konference byla zahájena v 15:30 hod.

Konference:

I. schválila:

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
 - Pracovní předsednictvo ve složení: MUDr. Růžičková, Kubiasová, Kozderka
 - Mandátová komise: MUDr. Preňková, Kuběnová, Horychová
 - Návrhová komise: MUDr. Martínek, Jirků, Benešová, Anděl, Šandová
 - Volební komise: MUDr. Hrubá, Bijedičová, Osičková
- rozpočet na rok 2015

Příjmy	225 000 Kč
Výdaje	256 000 Kč



Zisk -31 000 Kč

- protestní akce proti zrušení základního oboru PLDD v primární péči, tj. petiční akcí, tiskovou konferenci, v případě nutnosti i přerušení provozu ordinací PLDD na jeden den
- konání jednodenní konference regionu v roce 2016

II. bere na vědomí:

- zprávu o činnosti regionu za rok 2014 přednesenou regionální předsedkyní MUDr. Zdeňkou Růžickovou
 - zprávu o hospodaření regionu za rok 2014 přednesenou reg. pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou
- | | |
|--------|---------------|
| Příjmy | 210 711,64 Kč |
| Výdaje | 223 029,56 Kč |
| Zisk | -12 317,92 Kč |

III. zvolila:

členy výboru:

- Kraj Plzeňský: MUDr. Kozderka, MUDr. Frantová; náhradník: MUDr. Rusínová
- Kraj Karlovarský: MUDr. Růžicková, MUDr. Tomčalová; náhradník MUDr. Kremová
- Pokladník: MUDr. Kubiasová
- Kontrolní komise: MUDr. Aronová (2. pořadí: MUDr. Brožová)
- Předsedkyní zpč. regionu se stala MUDr. Růžicková

IV. vyslechla:

- informace předsedkyně OSPDL ČLS JEP MUDr. Aleny Šebkové
- informace předsedkyně VV SPLDD ČR MUDr. Ilony Hülleové

V. ukládá:

- výkonnému výboru SPLDD nadále usilovat o rozšíření SZV v oboru PLDD o další honorované výkony a jejich urychlené zanesení do seznamu (Streptest, otoskopování, edukace odmítačů pravidelného očkování...)
- všem členům regionu aktivně se zapojit do činnosti SPLDD
- výkonnému výboru nadále jednat o navrácení kompetence PLDD vystavovat pracovní lékařské posudky pro brigády a praktické vyučování pro své registrované pacienty
- výkonnému výboru jednat o vyšším finančním ohodnocení práce PLDD, např. navýšením kapitace, navýšením ohod-

nocení prováděného očkování, různými bonifikacemi (např. za lepší přístrojové vybavení, správnou antibiotickou praxi, časovou dostupnost apod.)

- výkonnému výboru jednat o legislativním zakotvení PLDD do distribučního řetězce očkovacích látek s možností uplatnit příslušnou část marže, možnost redistribuce očkovacích látek
- výkonnému výboru SPLDD nadále usilovat o legislativní zakotvení případného odškodnění za nežádoucí účinky pravidelného očkování na vrub státu
- výkonnému výboru se pokusit společně s OSPDL obnovit spolupráci s ČPS na rovnocenné úrovni za účelem vypracování koncepce péče o dítě a dorost v ČR při zachování obou stávajících základních pediatrických oborů (DL a PLDD)
- všem PLDD spravedlivým dílem se podílet na zajištění LPS pro děti ve spádové oblasti

VI. vyzývá:

- členy k doplnění redakční rady Voxu vhodnou osobou
- členy k nalezení vhodné osoby na post zástupce OSPDL zpč. regionu
- všechny PLDD k dalšímu zvyšování kvality poskytovaných zdravotních služeb trvalým vzděláváním se, dostatečnou časovou dostupností, zaváděním nových postupů dle aktuálních doporučení...

VII. odmítá

- snahy o zavádění individuálních očkovacích plánů bez zdravotní indikace
- návrh ministra zdravotnictví na znovuzavedení školních prohlídek vyčleněnými školními lékaři a bez přítomnosti zákonného zástupce žáka

VIII. doporučuje

- členům SPLDD zvážit své členství v České pediatrické společnosti vzhledem k aktivitám vedení ČPS namířeným proti PLDD, které dehonestují jejich mnohaletou práci
- PLDD vstoupit do OSPDL ČLS JEP
- členům SPLDD, kteří uvažují o ukončení své praxe, aby s dostatečným časovým předstihem řešili zajištění navazující péče o registrované děti a dorost; SPLDD nabízí program pomáhající generační výměně

IX. vyjadřuje

- znepokojení nad tím, že stále chybí koncepce péče o děti a dorost v ČR

- znepokojení nad odmítnutím podpory prezidenta ČLK oboru PLDD. Konference dopisem vyzývá prezidenta ČLK, aby se při projednávání novely zákona č. 95/2004 Sb. zasadil o to, aby nedošlo ke zrušení základního oboru praktické lékařství pro děti a dorost.

Vážený pane prezidente, jako členové ČLK se na Vás obracíme jako na vrcholného zástupce lékařů: S nelibostí musíme konstatovat, že vedení ČLK jako organizace mající za úkol chránit zájmy všech jejích členů, podpořilo navrhované znění novely zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Případným přijetím tohoto zákona by došlo ke zrušení atestačního oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Jsme přesvědčeni, že zánik tohoto oboru povede ke snížení kvality vzdělávání lékařů. Tím se destabilizuje současný systém poskytování komplexní zdravotní péče o děti a dorost v ČR. Jako členové ČLK proti tomuto kroku protestujeme a trváme na zachování samostatného oboru PLDD.

Za návrhovou komisí:

MUDr. Anděl, MUDr. Benešová, MUDr. Jirků, MUDr. Martínek, MUDr. Šandová; za mandátovou komisí: MUDr. Preňková, MUDr. Kuběňová, MUDr. Horychová.

Konference se zúčastnilo celkem 66 členů, z toho 1 mimořádný člen.

Usnesení schváleno všemi přítomnými členy.

Kontaktní osoba okresu:

PM+PS+TC: MUDr. Frantová

PJ: MUDr. Hrubá

RO: MUDr. Jirků

KT: MUDr. Bijedičová

DO: MUDr. Benešová

KV: MUDr. Vyhliďková

SO: MUDr. Martínek

CH: MUDr. Tomčalová



Sněm SPLDD ČR 23.–24. 5. 2015, Skalský Dvůr

■ **Usnesení Sněmu SPLDD konaného ve dnech 23. a 24. 5. 2015 ve Skalském Dvoře**

Sněm podporuje aktivity zástupců SPLDD směřující k zachování samostatného základního oboru PLDD a považuje za chybné, že dosud nebyla vytvořena koncepce péče o dítě v ČR. Tato koncepce byla našimi zástupci od MZČR opakovaně požadována. Sněm prohlašuje, že řešení generační výměny a nedostatku mladých PLDD nelze řešit změnou vzdělávacího systému, ale pouze dostatečnou podporou postgraduálního vzdělávání a řádného finančního ohodnocení práce PLDD.

Sněm doporučuje do odvolání pokračovat v petiční akci na podporu zachování oboru PLDD.

Sněm s velkým znepokojením vnímá aktivity ČPS ČLS JEP a ČLK, které směřují proti stávajícímu systému našeho vzdělávání.

Sněm si nesmírně váží podpory EAP a ECPCP, pro které je náš stávající systém primární péče o dítě inspirací.

Sněm považuje návrat k systému vzdělávání s jedním společným oborem pediatrie za krok zpět, který povede k nižší kvalitě vzdělávání. To následně negativně ovlivní i kvalitu poskytované péče o děti v ČR.

Sněm odmítá opětovně zavedení školních prohlídek, neboť preventivní prohlídky provádí pravidelně a ve vysokém procentu registrující PLDD za nezbytné účasti zákonných zástupců dle platné legislativy.

Pro vyjednávání o úhradách Sněm požaduje oddělení úhrady ZÚLP (OL pro nepovinné očkování) od příjmů ambulancí PLDD, aby nedocházelo k optickému navýšení příjmů ambulancí.

Sněm odmítá podmiňování základní kapi-
tační platby povinností účasti na LPS, neboť ta je organizována v každém regionu jiným způsobem.

Sněm odmítá útoky na systém kombinované kapitačně-výkonové platby a odmítá vykazování výkonů zahrnutých do kapitační platby, které zbytečně zvýší administrativní zatížení ordinací.



Sněm opětovně žádá o urgentní zřízení fondu odškodnění za ev. nežádoucí účinky po aplikaci očkování.

Sněm důrazně nesouhlasí s neobjektivním oceněním MUDr. Elekové „Lékař roku“ a považuje za absurdní, že se proti tomuto ocenění neohradila i ČLK a MZČR.

Sněm nesouhlasí s plošným zavedením elektronické evidence tržeb v ambulancích PLDD, neboť to výrazně zvýší administrativní, časovou i finanční zátěž ambulancí.

Sněm opakovaně žádá MZČR o návrat kompetencí PLDD k posudkové činnosti v rámci školní praktické výuky a studentských brigád.

Sněm žádá NRC o zpětné potvrzení přijetí povinného hlášení. Případné chyby v hlášení by měly být řešeny individuálně, nikoliv plošným postižením všech PLDD.

Sněm doporučuje členům vyčkat s podpisem nových rámcových smluv do jejich odsouhlasení Výkonným výborem.

Sněm schválil konání příštího Sněmu ve dnech 21.–22. 5. 2016 v jihočeském regionu.

■ **Prohlášení Sněmu SPLDD 2015**

Účastníci Sněmu SPLDD, který proběhl ve dnech 23.–24. 5. 2015 v Bystřici nad Pernštejnem, vydávají toto prohlášení:

Systém péče o dítě v ČR má dlouholetou tradici. Jeho nedílnou součástí byl, je a měl by zůstat i v budoucnu registrující praktický lékař pro děti a dorost.

V souvislosti s připravovanou novelou zákona č. 95/2004 Sb. (o vzdělávání lékařů) vnímáme snahy o narušení tohoto systému a zrušení atestačního oboru praktické lékařství pro děti a dorost.

Současný systém primární péče o děti a dorost v ČR, včetně vzdělávání, předběhl dobu a je inspirací pro primární péči v mnoha státech EU.

Dlouhodobým podceňováním významu primární péče ze strany státních institucí dochází k problémům zejména v personálním zajištění poskytované péče o děti a dorost. Nelze očekávat, že sloučením obou samostatných oborů bude tento problém vyřešen.

Praktičtí dětské lékaři (PLDD) i dětské lékaři (DL) v lůžkových zařízeních jsou stejně důležitými a nezbytnými obory v systému péče o dítě. Náplň práce PLDD se významně liší od práce DL. PLDD zajišťují komplexní péči o děti a dorost, která se skládá nejen z části léčebné, ale i z části preventivní, která řeší nejen stránku zdravotní, ale i sociální.

Naproti tomu dětské lékařství je obor, který poskytuje lůžkovou a specializovanou ambulantní péči.

Úzká spolupráce obou pediatrických oborů je přitom nezbytná.

Důkazem kvality poskytované péče v ordinacích PLDD je i snížení potřeby hospitalizací dětí.

Žádáme proto zachování obou samostatných oborů – dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

30. 4. Výbor OSPDL – vybrané informace:

Dr. Kubátová – **zpráva ze zahraničí** – prestižní lékařský časopis Lancet publikoval základní a historické prohlášení o primární pediatrické péči ve společnosti podepsaný celým výkonným výborem EAP – pediatrická sekce UEMS. VV EAP je prvním v Evropě, který důrazně prosazuje v oficiálním dokumentu profesionální roli pediatri v primární pediatrické péči. Na tuto skutečnost reagoval prezident ECPCP dopisem prezidentovi EAP, ve kterém zdůrazňuje, že primární pediatri chtějí být ve vedoucí pozici v péči o děti.

Dr. Šebková

- zaslán **dopis** ministru zdravotnictví s protestem proti komunikaci školních prohlídek, jejichž návrat do systému péče o děti a dorost nemá opodstatnění
- zaslán **dopis** předsedovi ČLS JEP prof. Svačinovi a čestnému předsedovi ČLS JEP prof. Blahošovi s žádostí o podporu zachování oboru PLDD a systému primární péče o děti a dorost v ČR

Akreditační komise oboru PLDD – přestože návrh na obsazení nové AK z naší strany odeslán již v loňském roce a je nutné ustanovení komise pro řízení v oblasti RM, není složení komise stále schváleno. Dr. Šebková opakovaně dotazuje ředitele odboru vědy a vzdělávání na MZ. Dle dostupných informací je převis zájemců o rezidenta cca o 13 míst. Je ovšem otázka, jak dlouho zájemci z řad mladých lékařů dokážou čekat při takových průtazích ze strany MZ a nejistotě, která nejen z toho plyne!!

Dr. Šebková – info z MZ – přestože byly schvalovány v loňském roce neschválené **vzdělávací programy**, program PLDD schválen nebyl. Odůvodnění je jen pro silné povahy: VP PLDD není ve shodě s platnou vyhláškou!! Čeho se to týká – zařazení posudkové činnosti a pracovněprávní problematiky, což bylo podmínkou MZ pro náš požadavek novelizace „posudkové vyhlášky“, která nám vzala kompetence k posuzování praktické výuky!! Takže kolegyně – co bylo dříve?

Slepice, nebo vejce? Je to nekompetence, nebo úmysl?

Očkování – 8. 4. jednání NIKO – dr. Šebková – zápis na webu – **vznik komise ministra zdravotnictví pro očkování**, členy budou zástupci odborných společností, občanské iniciativy, MZ, NIKO – za naši OS dr. Šebková

- **Parlament** 14. 4. – **seminář Očkování** z iniciativy poslankyně paní Markové, PLDD pozvání k aktivní účasti – dr. Hülleová, dr. Šebková – představena problematika očkování z pohledu PLDD – diskuse emotivní, nicméně celkové vyznění ve prospěch očkování

Vzdělávání – páteční – Genetika – z cyklu vyjde další spolupráce, pravděpodobně včetně brožury se základní syndromologií

19. 5. proběhne schůzka se zástupci odborné společnosti **ORL** – diskuse nad možností zavedení výkonu otoskopie v ordinaci PLDD a nad dalšími možnými formami spolupráce. Zúčastní se zástupci OSPDL i SPLDD.

Zahájili jsme spolupráci s dětskými pneumology a alergology nad tématem nových **doporučení pro léčbu dětského astmatu** – doporučený postup, cyklus v.s. páteřních vzdělávání.

5. 5. – dr. Šebková – účast na parlamentním semináři, který se týkal péče o pacienty s diagnózou poruchy autistického spektra. Dr. Šebková a dr. Kubátová jsou členkami komise při vládním výboru zabývajícím se problematikou handicapovaných.

Obor:

Nadále absolvujeme schůzky směřující k podpoře zachování systému primární péče o děti a dorost.

Novela zákona č. 95/2004 Sb. se stále připravuje tajně, bez možnosti připomínek ze strany PLDD. Ze všech dosavadních zdrojů ale trvá návrh sloučení oborů dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost. Nerýsuje se žádné systémové řešení problémů v pediatrické péči, důvody vysvětlující požadavek zrušení atestačního oboru PLDD jsou jen pouhými proklamacemi bez existující analýzy a koncepce.

Na tomto místě si dovoluji citaci kolegyně, která nově vstoupila do našeho oboru po

absolvování vzdělávacího programu PLDD. Myslím, že je zde jasně vyjádřeno to, o čem neustále hovoříme:

Mohla byste mi říct, jak vy, jako absolventka vzdělávacího programu PLDD, vnímáte to, že jste strávila jeden rok v ordinaci PLDD? Pomohlo vám to do praxe, nebo si myslíte, že je to zbytečné a stačí vzdělávání na lůžku, ev. jen doba 2–3 měsíců v ordinaci?

„Pro mne byl naprosto stěžejní ten rok v ordinaci. Předtím, i když jsem pracovala i sloužila na lůžku v nemocnici, jsem nevěděla ke své budoucí práci téměř vůbec nic. Vše důležité jsem začala chápat až v ordinaci a rozhodně podle mne nestačí tři měsíce! Kdyby to bylo na mně, klidně bych i ten rok praxe prodloužila na delší dobu a měla bych se pořád co učit...“

Pokud můžu mluvit za sebe, tak kdybych ten rok nebyla v ordinaci, teď jsem ve své dost nepoužitelná a měla bych hodně práce se do toho vůbec dostat a nějak fungovat. Pobyt v nemocnici mi sice taky dal dost, ale spíš to, že jsem uměla řešit jiné věci s tím, že mám za zády neurologa, rtg, prostě vše. Ale v ordinaci si musím poradit sama a hned, což bych bez toho roku v ordinaci PLDD asi těžko dokázala. Tam jsem se fakt naučila vše důležité pro praxi.“

(plné jméno kolegyně máme k dispozici)

Hexacima®

Vakcína 6 v 1

— plně tekutá —

Připravená k okamžitému použití



ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU:

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalším sledování. To umožní rychle získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakékoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 dle platného znění SPC. **HEXACIMA**, injekční suspenze v předpřipravené injekční stříkačce. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (DNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti *Haemophilus influenzae* typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: *Diphtheriae* anatoxinum – ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU); *Tetani* anatoxinum – ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU); Antigeny *Bordetella pertussis*: *Pertussis* anatoxinum – 25 mikrogramů, *Haemagglutininum filamentosum* – 25 mikrogramů; Virus *Poliomyelitidis* (inaktivovaný): typus 1 (Mahoney) – 40 D jednotek antigenů, typus 2 (MEF-1) – 8 D jednotek antigenů, typus 3 (Saukett) – 32 D jednotek antigenů; Antigenum *Legionella* hepatitidis B* – 10 mikrogramů; *Haemophilus influenzae* typu b polysaccharidum – 12 mikrogramů; (Polyribosylribitol phosphate) conjugata cum *Tetani* anatoxinum – 22–36 mikrogramů. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesté týdnu do 34 měsíců proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dále také oběma a invazivním onemocněním způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae* typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** Základní očkování: Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně Rozšířeného programu imunizace WHO (WHO Expanded Program on Immunisation, EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. Očkování má být provedeno v souladu s oficiálními doporučeními. Přeočkování: Přeočkování mají být provedena v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DTap-IPV/Hib vakcína, a to po 3-dávkovém základním očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou DTap-IPV/Hib společně s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. **Kontraindikace:** Anafylaktická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku, na stopová množství glutaraldehydu, formaldehydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusi nebo přecitlivělost po předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné látky nebo složky. Překážka očkování proti pertusi u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusi) vyskytl encefalopatie neznámé etiologie a očkovat dále jen vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Nepodávat vakcínu proti pertusi osobám, které trpí nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo nekontrolovanou epilepsi, a to pokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přínosy vakcinace jednoznačně nepřevažují nad riziky. **Upozornění:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou *Corynebacterium diphtheriae*, *Clostridium tetani*, *Bordetella pertussis*, virus hepatitidy B, poliovirus nebo *Haemophilus influenzae* typu b. Nemělo by se předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolaná delta agent) při absenci infekce hepatitidy B nevyskytuje. Hexacima nechrání proti nákaze hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, hepatitidy C a hepatitidy E nebo jinými patogeny jater. Hexacima nechrání proti infekčním onemocněním způsobeným jinými typy *Haemophilus influenzae* ani proti meningitidě jiného původu. **Interakce:** Při současném podávání jiné vakcíny, má být očkování provedeno do odlišných míst vpichu. Nemíchat s žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případů imunotlačivé terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nepodávat ženám v reprodukční věku. **Nežádoucí účinky:** V klinických studiích byla zjištěna bolest v místě vpichu, podrážděnost, pláč a zarudnutí v místě vpichu. Mírně zvýšená získaná reaktogenita po první dávce ve srovnání s následnými dávkami. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SANOFI PASTEUR SA, 2, Avenue Pasteur, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001 - 007. **Datum revize textu:** založeno na schválené revizi ze dne 17. 4. 2013.

*adsorbována na hydratovaný hydroxid hliníku (0,6 mg Al³⁺), jako spodní mez spolehlivosti ($\alpha = 0,95$), *pomnoženo na Vero buňkách, *nebo ekvivalentní množství antigenu stanovené vhodnou imunochemickou metodou, *vyrobena rekombinantní DNA technologií v kvasinkových buňkách *Hansenula polymorpha*.

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek určen pro základní očkování dětí. Hrazen z veřejného zdravotního pojištění.



Healthy children, happy children

SANOFI PASTEUR



Psychosomatika v pediatrii

MUDr. Barbora Branna

praktický lékař pro děti a dorost, Ostrava

Svou přednášku na Kongresu primární péče 2015 jsem věnovala zamyšlení nad psychosomatickými potížemi dětí.

■ Čím se liší psychosomatická problematika v dětské a dospělé medicíně?

Určitě délkou trvání. Můžeme říci, že výhodou dětského věku je většinou krátký časový úsek od vzniku potíží k začátku jejich řešení. Tento čas (většinou dny, někdy týdny či měsíce, méně často roky) nám dává možnost pracovat na jejich změně. Platí nepsané pravidlo, že čím déle se symptom či zdravotní problém vyskytuje, tím menší je šance na jeho ovlivnění – a naopak.

Další velkou výhodou je zájem, snaha a přítomnost rodičů, kteří většinou mají chuť zdravotní potíže svého dítěte řešit. Jejich velkou motivací je ZDRAVÍ dítěte.

■ Co tedy patří mezi psychosomatická onemocnění dětského věku?

Jsou to bolesti břicha, bolesti hlavy, opakované angíny či kašel dětí? Tiky, poruchy chování anebo prostě jakékoliv zdravotní či psychické potíže, pro které nemá medicína vysvětlení? Je možné označit některé nemoci za somatické a jiné za psychické či psychosomatické? Odpovědí na všechny tyto otázky je BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ model

nemoci, který říká, že problém je v těle – psychice – prostředí, které tvoří nedílnou součást existence člověka.

U dětí často vidíme, že tělesné a psychické prožívání nemoci jde ruku v ruce. Dále je ovlivněno prostředím, ve kterém dítě žije, rodiči a jejich vztahy, událostmi v pozadí – takzvaným rodinným a sociálním kontextem. Neonemocní tedy jen tělo, ale také duše, psychika, schopnost prožívání vztahů a emocí. S trochou nadsázky se dá říci, že to, co není a nemůže být prožito, se musí odnemocnět...

V průběhu dětství se děti vyvíjejí a rostou, obklopeny nejbližší rodinou, a pod jejím vlivem se „učí zacházet“ se světem. Emoce, prožitky, zkušenosti, ale také nemoci dětí jsou podstatnou, nezbytnou a smysluplnou součástí lidského vývojového procesu. Současná doba, která přikládá velký význam kultu zdraví, krásy a dokonalosti, negativně ovlivňuje myšlení rodičů a ti pak mají pocit, že ideální stav dítěte je plné zdraví. Nehovoří se o tom, že některé nemoci mohou být přirozenou součástí dětského vývoje.

Často slyším od rodičů dětí větu: „Proč je mé dítě opakovaně nemocné, když má vše, co má mít, bere vitaminy, jí zdravě?“ Vídám rozladěné rodiče, kteří si kladou za vinu nemoc dítěte. Jako by se dobrá výchova dítěte rovnala absolutnímu zdraví a bezproblémovému vývoji. Ode mne očekávají, že to zajistím, zařídím, zaštitím.

■ Co máme ve svých pediatrických ambulancích k dispozici?

Určitě máme důvěru rodičů našich dětských pacientů. Vztah pediatra a rodičů vytvořený od narození dítěte až do jeho plnoletosti. Ten poskytuje bezpečný prostor, proložený vnímavostí a empatií lékaře, dobrou znalostí rodinné problematiky i jejího sociálního pozadí. V neposlední řadě se pediatrii a dětská medicína obecně (a kolegové jiných oborů mi prominou) vyznačuje laskavostí, uměním vést rozhovor a schopností odlišit čistě somatické potíže od těch, které bychom mohli označit za ty „jiné“. Ty, ve kterých psychika dětí, jejich prožívání či nemožnost prožívání hraje hlavní roli.

Považuji za důležité zdůraznit, že i tehdy, když při prvním pohledu na pacienta vstupujícího do ordinace máme jasno, že se jedná o zřejmou psychosomatickou problematiku, je nejprve dobré pacienta vyslechnout a podrobně vyšetřit. Provést všechna nutná vyšetření v rámci diferenciální diagnostiky, anamnézu, fyzikální vyšetření, pokud je potřeba, tak i krevní testy či další odborná vyšetření.

Již v této úvodní fázi se zmiňuji o možnosti existence jiné příčiny potíží (a vlivu psychiky na zdraví či nemoc) a nabízím jiný úhel pohledu na nemoc. A další velmi důležitou věcí je uznání potíží pacienta.





■ Co nemáme či neumíme?

Přestože většina z nás velmi dobře rozpozná psychosomatické potíže, neumíme s nimi zacházet. Na univerzitách nás neučili ani základy psychoterapeutických dovedností, ani znalosti z psychosomatické problematiky. I když nám vyšetření dítěte a jeho obtíží s následnou diferenciální diagnostikou zabere poměrně dost času a stojí nás velké úsilí, jsme odkázáni na pouhé „pojmenování“ skutečnosti.

Následně odesíláme dítě ke kolegovi psychologovi. Od něj pak očekáváme potvrzení možných psychogenních potíží a další psychoterapeutickou práci.

Často však rodiny na naše doporučení nedají, vyšetření psychologem odmítají se slovy: „Mé dítě takové potíže nemůže mít, není blázen.“ A pak se k nám opakovaně vracejí, hledají další možnosti vyšetření a nervozita na obou stranách (lékař i rodina) se zvyšuje.

Někdy rodiče vyhledávají různé alternativní možnosti léčby, jindy odcházejí jinam...

■ Existují rizika?

Při práci s rodinou je třeba dát pozor na volená slova, která mohou být vnímána jako kritika rodičů, popřípadě kritika jejich péče, výchovy, rodinných zvyků, zaběhaných rodinných mechanismů.

Někdy může být problémem nepřítomnost jednoho rodiče (neochota zúčastnit se, rozvody nebo úmrtí). Často je obtížné sladit společný čas. Rizikem je syndrom vyhoření lékaře, který v dobré snaze pomoci pacientovi v jeden ordinační čas dělá mnoho věcí najednou. Vyšetřuje, léčí, pracuje psychoterapeuticky. Pro lékaře (s výjimkou Balintovských skupin) neexistuje systém supervize jako pro kolegy psychology.

Pokud vás tato problematika zaujala, stejně jako před lety zaujala mne, pak je třeba vědět, že investice do dalšího vzdělání (ať už je to kurs Základní psychosomatická péče při IPVZ či některý z psychoterapeutických výcviků) je také časově a finančně náročná. A pojišťovny zatím tento způsob léčby (jako například v sousedním Německu) nehradí.

■ Co tedy znalost psychosomatické problematiky a schopnost s ní pracovat pediatrii přináší?

Pro lékaře je to rozšíření možností a dovedností, které umožňuje nabídnout pacientovi jiný úhel pohledu na nemoc. K tomu je potřeba vymezit jiný čas než ordinační. Pracovat se symptomy, prozkoumat širší kontext pacientových potíží. Vytvořit bezpečný prostor ke zkoumání dějů, které potíže ovlivňují. Hledat, do kterého vztahu potíže patří. Pracovat společně s dítětem a jeho rodinou. Spolupodílet se na ozdravných procesech, jejichž výsledkem pak může být vymizení symptomů, potíží či nemoci dítěte, jeho zdraví a spokojenost rodičů.

Tato práce je kombinací psychoterapeutické práce s medicínskými vědomostmi a lékařskými zkušenostmi. Když se to povede, je to velká radost.

Rámcová pojistná smlouva uzavřená mezi SPLDD ČR a Českou podnikatelskou pojišťovnou, a.s., Vienna Insurance Group

a ve spolupráci s makléřskou společností HARPAG s.r.o. poskytuje ambulancím praktických lékařů komplexní pojistnou ochranu, která:

- ✚ řeší široký rozsah pojistného krytí **pojištění profesní i obecné odpovědnosti za újmu majetkovou i nemajetkovou**
- ✚ řeší také **pojištění majetku ambulantí praktických lékařů**
- ✚ reaguje průběžně na **aktuální změny v legislativě**
- ✚ poskytuje toto pojištění pro členy Sdružení praktických lékařů a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost **za příznivých cenových podmínek**



Více informací o tomto produktu naleznete na webových stránkách www.splcr.cz, nebo www.harpag.cz.

Případné dotazy lze adresovat na Sdružení praktických lékařů, e-mail: spl@zdravotnictvi.cz, telefon: 267 184 053, nebo na společnost Harpag s.r.o., e-mail: lekar@harpag.cz, telefon: 241 490 092.



Rodinná terapie – užitečná součást psychosomatického pracoviště

MUDr. Vladislav Chvála, PhDr. Ludmila Trapková

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Liberec-Františkov

Rodinná terapie vznikla po 2. světové válce ve Spojených státech. Vychází ze systemické teorie, staví na poznatcích kybernetiky, sociologie, psychoterapie i biologie. (Bateson, 1988; Bertalanffy, 1968; Maturana, 1982). Tělesné symptomy chápe jako součást celého pole rodinných vztahů, kde jsou si členové vzájemně prostředím. Rodina je živý organismus, nejmenší vyladěná soustava biologických, psychických a sociálních systémů. Naše tělo samo vytváří symptomy podle toho, jak naše psychika vyhodnotí, co se s námi v sociálním systému, který spoluvytváříme, děje, co je od nás očekáváno a jakou mocí disponujeme, abychom ovlivnili chování ostatních. K vytvoření symptomů má každý organismus k dispozici všechny tělesné regulační systémy (imunitní, neurohumorální, pohybový, trávicí atd.). Proto je škála symptomů tak pestrá, jak ji známe ze všech klinických oborů medicíny. Pacientem pro rodinného terapeuta je celá rodina, i když je nositelem symptomu jen jeden člen. Podle závažnosti onemocnění a podle míry angažovanosti rodiny můžeme rozlišit až pět stupňů práce s rodinou, od pouhého informování rodiny, jaké podává každý lékař, přes intenzivnější instruktáž až po specializovanou a odborně i časově náročnou rodinnou terapii u nejzávažnějších a zpravidla jinak těžko léčitelných poruch (McDaniel et al., 1997).

Rodinná terapie v medicíně nabízí důsledný respekt k uznávanému bio-psycho-sociálnímu přístupu, jak ho definoval Engel už v 60. letech 20. století a jak byl přijat WHO v r. 1977 (Engel, 1977). Současně nabízí účinný léčebný nástroj u komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných, zpravidla chronických průběhů nemocí nebo u nejasných chorob, které označujeme za psychosomatické. Je však velmi těžké ji aplikovat v rámci organizační struktury běžných zdravotnických pracovišť, která jsou zaměřena výhradně na jedince nebo dokonce jen jeho jeden orgán či tělesnou soustavu.

Jejímu zavedení brání i sami pacienti, pro které je nezvyklé řešit své potíže s celou rodinou. Jediný, kdo má na zavedení rodinné terapie do zdravotnictví zájem, je nakonec buď pojišťovna (tam, kde je schopná si spočítat značnou úsporu, kterou vyléčení chronického, často mladého pacienta představuje), nebo lékař, který léčbu psychosomatického pacienta bere jako výzvu.

Rodinná terapie stála u zrodu ojedinelého pracoviště – Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, které jsme otevřeli v r. 1989 jako součást systému primární péče (Chvála, 2009). Převážná část psychosomatických pacientů totiž zůstane nakonec po návštěvě specialistů v ordinaci praktického lékaře, protože jejich symptomy přetrvávají. Na rozdíl od psychiatrů projevili v Liberci zájem o zřízení ambulantního pracoviště, soustředěného na nejobtížnější psychosomatické pacienty, odborník pro všeobecné lékařství. Mohli jsme si tak ověřit zkušenost izraelského týmu, že právě na takovém pracovišti lze díky úzké spolupráci lékařů, psychologů a rodinných terapeutů v jednom týmu ještě velkému procentu jinak neléčitelných pacientů pomoci, což má kromě jiného významný ekonomický efekt (Matalon, 2002).

Sama organizace práce je zde postavena na práci s rodinou. Pracoviště se nestalo sběratelem lidí s poruchou osobnosti, kteří často vyhledávají celoživotní péči ne proto, aby se vyléčili, ale pro dlouhodobý vztah s terapeutem. Příjem pacienta je založen na kontraktu, vyjednávání dosažitelného cíle, který je časován v rámci tzv. krátké terapie. Už při příjmu se orientujeme v hodinovém rozhovoru v celé šíři bio-psycho-sociální problematiky pomocí tzv. časové osy (Chvála, 1995). Zde také rozhodujeme, zda bude třeba pracovat rovnou s celou rodinou, nebo zda dáme přednost tělové terapii, rehabilitaci nebo některému typu dostupné psychoterapie u někoho z týmu.

Kapacita takto organizovaného pracoviště není malá a dlouhodobě představuje kolem jednoho tisíce rodných čísel ročně při 6,5 pracovního místa. Za období dvaceti let, které jsme analyzovali, zde bylo ošetřeno 20 341 případů. Průměrná doba práce například u pacientů s poruchou příjmu potravy, kde postupujeme téměř výhradně metodou rodinné terapie, je deset terapeutických sezení (Trapková & Chvála, 2000). Samotná rodinná terapie je jen jednou součástí z širší palety léčebných postupů, které vytváříme doslova pacientovi na míru. Právě individuální příběh každého z nich vyžaduje nasazení jedinečných postupů. Proto je práce na takovém pracovišti atraktivní také pro lékaře a psychoterapeuty, což potvrzuje i profesor Loew z Lékařské fakulty v Řezně, kde jsou podobná pracoviště mnohem běžnější (Loew, 2015).

Spolupráce s rodinou nemocného nemusí být nutně hned rodinnou terapií. McDaniel se spolupracovníky rozlišují pět stupňů spolupráce s rodinou podle toho, jak silně je rodina do léčby aktivně zapojována. Myslíme si, že je užitečné seznámit s tímto rozlišováním i naše lékaře (McDaniel et al., 1997).

První stupeň nevyžaduje téměř žádné mimořádné zapojení rodiny do léčby v rámci medicínské rutinní péče v případech, kde se nepředpokládá takřka žádný vliv rodinné situace na stonání. Rodinu lékař jen zběžně informuje a počítá s tím, že u běžných onemocnění rodina podporuje léčbu nemocného, který tak lépe dodržuje např. léčebný režim.

Druhý stupeň představuje rostoucí zapojení rodiny, která soustavně získává medicínské informace a rady od lékaře. To je vhodné a často i nezbytné u závažných onemocnění (diabetes, hypertenze, bolesti břicha, hlavy, migrény, žlučové kameny, ICHS, astma, alergie...). Výhodou je zlepšená spolupráce s pacientem, snižování celkové úzkosti, větší



podpora pacienta rodinou a v neposlední řadě prevence stížností na lékaře.

Ve třetím stupni je rodina povzbuzována, aby její členové reflektovali své prožívání, aby otvírali zamlčovaná témata a problémy. Poučený lékař podporuje rodinnou vzájemnost. Informace a dovednosti může získat např. v kursu IPVZ Základní psychosomatická péče. Postup je vhodný u závažných somatických nemocí s významným podílem psychosociálních okolností na vzniku a udržování nemoci (epilepsie a jiné záchvatové stavy, vegetativní dysbalance na vývojových prázích, žaludeční vředy, astma, chronické bolesti, onemocnění GIT, psoriáza, ICHS, deprese, OCD, panické ataky...).

Čtvrtý stupeň už vyžaduje práci rodinného terapeuta, který je k tomu vybaven dovednostmi a znalostmi získanými ve specializovaném tréninku v některém z institutů rodinné terapie. Představuje systematickou rodinnou diagnostiku a plánování intervencí v rodinách. Užívá se především u chronického a závažného vlivu psychosociálních okolností na somatické onemocnění a při neuspokojivé spolupráci při léčbě, když se nedostavuje léčebný úspěch (všechny chronické průběhy somatických onemocnění, zvláště v obdobích výrazných změn v rodině).

Pátý stupeň zapojení rodiny do léčby představuje systematickou rodinnou psychoterapii, kterou provádí specializované pracoviště se zkušenými rodinnými terapeuty s klinickým zázemím. Vhodná je u komplikovaných průběhů somatizací nejrůznějšího druhu v každém věku. Velmi výhodná je u poruch příjmu potravy, systémových chorob, záhadných algí a alergií, záchvatových stavů atp., pokud je rodina k takové léčbě motivovaná. Závěrem lze shrnout: rodinná terapie je velmi účinný nástroj při léčbě psychosomatických poruch, je však třeba vytvořit vhodné podmínky pro její použití. V rámci výuky dnes již i u nás dostupného nástavbového oboru Psychosomatika (více na www.psychosomatika-cls.cz) je jí věnován větší prostor než například v sousedním Německu, které lze právem označit za „ráj psychosomatiky“. Zkušenosti, které jsme díky vstřícnosti lékařů primární péče v Liberci získali, jsme shrnuli v monografii Rodinná terapie psychosomatických poruch už v r. 2004 (Trapková & Chvála, 2004).

■ Prameny

- Bateson G. Mind and Nature: Necessary Unity. New York: Bantam Book, 1988
- Bertalanffy L. General System theory: Foundations, Development, Applications. Revised edition. New York: George Braziller, 1968
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129–136
- Chvála V. Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti. Kontext. 1995;11(2):26–31
- Chvála V. Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci. PSYCHOSOM. 2009;7(2):93–103
- Loew TH. Psychosomatická terapie musí být blíže životu 2015 [online]. www.psychosom.cz [cit. 2015-05-15]. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=3782
- Matalon A, Nahmani T, Rabin S, Maoz B, Hart J. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders. Fam Pract. 2002;19(3):251–256
- Maturana HR. Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Wiesbaden: Vieweg, 1982
- McDaniel S, Hepworth J, Doherty W. Medizinische Familientherapie in der Medizin. Ein biopsychosociales Behandlungskonzept für Familien mit körperlich Kranken. Heidelberg: Carl Auer, 1997
- Trapková L, Chvála V. Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let. Prakt. lékař. 2000;80(9):519–524
- Trapková L, Chvála V. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál, 2004

chvala@sktlib.cz

Kam ročně teče 250 miliard? Koaliční rada chce proklepnout zdravotnictví

Palčivými otázkami ve zdravotnictví se bude zabývat pracovní skupina složená z odborných zástupců koaličních stran ČSSD, ANO a KDU-ČSL. Dohodla se na tom ve středu večer koaliční rada. Skupina bude zejména zjišťovat, kde by se dalo ušetřit.

Zástupci koalice se sešli, aby projednali dosavadní plnění koaliční smlouvy. Nejvíce času jim podle premiéra Bohuslava Sobotky zabrala otázka zdravotnictví.

Opět se totiž rozhořela debata o financování tohoto resortu. Ministr financí Andrej Babiš má výhrady k hospodaření ve zdravotnictví a zdárá se vydat peníze navíc šéfovi resortu Svatopluku Němečkovi. Ten požaduje navýšení rozpočtu pro zdravotnictví o čtyři miliardy, a to zvýšením odvodů za státní pojištění. Středeční debata ve Strakově akademii byla podle neoficiálních zdrojů vyostřená.

Expertní rada se bude zabývat čtyřmi oblastmi: valorizací plateb za pojištění, elektronizací zdravotnictví, transparentností a centrálními nákupy a auditu u přímo řízených organizací. Do konce června by měla vláda informovat o svých poznatcích.

ANO kritizuje zrušení poplatků

První místopředseda Babišova hnutí ANO Jaroslav Faltýnek uvedl, že je potřeba znát, kam „teče“ zhruba 250 miliard ročně. „Domníváme se, že oblasti zdravotnictví, kam jde ročně téměř čtvrtina státního rozpočtu, je potřeba věnovat zvýšenou pozornost,“ zdůvodnil.

Potvrdil také, že ANO přišlo na jednání s návrhem, v němž si babišovci stěžovali na zrušení poplatku za pobyt v nemocnici, což už dříve šéf hnutí kritizoval. Premiér Bohuslav Sobotka ale zopakoval, že se znovuzavedením tohoto poplatku nesohlasí. Koaliční partneři debatovali ve středu také o oblasti výběru daní či čerpání evropských fondů. Sobotka uvedl, že zatím nebyl splněn závazek, který se týká zrušení superhrubé mzdy.

Všechna témata ale politici probrat nestačili, záležitostmi některých resortů se budou zabývat až při příštím jednání koaliční rady.

zdroj: Novinky.cz, 13. 5. 2015



Psychosomatika v rehabilitaci: Týmová spolupráce

Mgr. Danuše Jandourková, Mgr. et Mgr. Jana Týkalová

Centrum komplexní péče Dobřichovice

Centrum komplexní péče Dobřichovice je nestátní zdravotnické zařízení, které nabízí péči v oboru rehabilitačního lékařství, fyzioterapie a klinické psychologie. Klienti se k nám dostávají buď cestou „standardní“ (přicházejí na doporučení praktického lékaře či specialisty), nebo přicházejí přímo k našim lékařům. Ti jim pak doporučí další péči v rámci zařízení. Někteří klienti přicházejí přímo na rehabilitaci s poukazem FT nebo cestou od psychologa k lékaři či fyzioterapeutovi.

1. lékař → fyzioterapeut
2. lékař → fyzioterapeut → psycholog
3. externí lékař (FT) → fyzioterapeut → psycholog (→ lékař)
4. psycholog → lékař → fyzioterapeut
5. psycholog → fyzioterapeut

Tým se vytváří postupně dle vstupního vyšetření, vývoje terapie a potřeb klienta. Touto cestou přichází cca 2000 pacientů za rok, kteří čerpají v průměru 8 fyzioterapií ročně (až 25 terapií × jednorázová konzultace). Každý pacient přichází v jiné fázi svého onemocnění, na což je už v začátku terapie třeba myslet.

Velmi důležitou se zde jeví role fyzioterapeuta, který je s klientem z celého týmu v kontaktu nejvíce. Fyzioterapeut má roli jakéhosi zprostředkovatele propojení psychosomatických souvislostí nemoci, může být „mostem“ propojujícím „somatický“ a „psychický“ náhled na nemoc. Někdy je péče

fyzioterapeuta, jeho podpora a bezpečný terapeutický vztah jedinou a dostatečnou cestou péče o pacienty, někdy předává fyzioterapeut pacienta do péče klinického psychologa.

Druhou možnou cestou k péči u nás je tzv. komplexní psychosomatické vyšetření. Touto cestou k nám přichází ročně cca 80 klientů, kteří jsou většinou motivováni pro psychosomatickou péči anebo alespoň tuší psychosomatické souvislosti své nemoci. Vyšetření probíhá v předem sestaveném týmu odborníků, který se vytváří na základě předem vykomunikovaných očekávání pacienta.

Komplexní psychosomatické vyšetření klienta u více odborníků s následnou společnou konzultací a shrnutím pro pacienta probíhá většinou ve dvou dnech:

1. den	
1,5 hod.	rehabilitační lékař
1,0 hod.	fyzioterapeut
2. den	
1,0 hod.	klinický psycholog
1,0 hod.	týmová konzultace (setkání všech odborníků)
1,0 hod.	shrnutí a doporučení pro pacienta – provádí klinický psycholog

Na krátké kazuistice pacienta Lukáše H. bychom chtěli ilustrovat výhodu tohoto přístupu v péči o klienta.

Zakázka pacienta:

- Zbavit se bolestí hlavy, které trvají tři roky a objevují se zejména při sportu, začít znovu sportovat.

Pohled lékaře:

- Neurologicky negativní nález (ORL, oční vyš., EEG, CT mozku, RTG)
- Po interní stránce zdrav, jen suchost oční sliznice
- Asymetrická postura – asymetrie ramen, pánve, přetížení a zkrat šíjových svalů, svalová dysbalance
- Vyhlazená fyziologická zakřivení páteře

Pohled fyzioterapeuta:

- Nestejná délka končetin
- Nepoměr ve velikosti chodidel
- Svalové dysbalance
- Nestabilita postury

Pohled psychologa:

- Složitá rodinná anamnéza, traumata z dětství
- Absence relaxačních činností → nahromaděné napětí
- Dysbalance na více rovinách
- duchovní přesahy vs. konzum (věřící – práce v reklamní agentuře)
- osobní vs. pracovní život

Terapie:

Navázání vztahu, vytvoření důvěry
Nalézání „balancu“ a vyrovnávání na více rovinách:



- podpatěnka – zlepšení již po třech dnech!
- aktivace nohou, stabilizace prstů u nohou
- relaxace a následná aktivace pánevního dna a celého osového systému
- hledání rovnováhy mezi pracovním a osobním životem
- ventilace a vyjadřování emocí
- provázení náročnými situacemi v původní rodině – těžké onemocnění matky, komplikovaný vztah s otcem
- hledání prostoru pro seberealizaci

Přínosy pro pacienta:

Propojení somatické, psychologické
a sociální roviny:

- téma nerovnováhy a hledání stability se objevuje na všech úrovních systému (svalová dysbalance, emoční, hodnotová nerovnováha)
- na všech těchto úrovních je smysluplné terapeuticky intervenovat a témata propracovávat – u pacienta dochází k propojování

- pochopení souvislosti při vzniku a udržování obtíží
- na somatické úrovni došlo k dekompenzaci dlouhodobě „oslabeného místa“ (nestejná délka končetin) z důvodu přetížení z nadměrné fyzické aktivity, kterou kompenzoval vysoké psychické napětí a nespokojenost

Tento způsob práce má své výhody, ale i úskalí. Pacient bývá motivovaný pro komplexní psychosomatické vyšetření, sám se k němu přihlašuje s určitým náhledem na souvislosti stonání.

Pro pacienta, ale i pro odborníky je velkým přínosem možnost konzultovat příběh a obtíže pacienta v týmu, získávat pohled ostatních odborníků na jeho příběh a obtíže. Limitující pro tento způsob práce je její časová, organizační a finanční náročnost. Snahou našeho týmu je vylepšovat a zefektivňovat práci s klientem. V souvislosti s organizováním komplexních psychosomatických vyšetření se objevují témata a otázky, jako např. jak a kde získat čas na studium

dokumentace, kterou s sebou pacient přináší; jak a kde získat čas na zpracování závěrečné zprávy z vyšetření, kdo ji sepisuje a kdo předává pacientovi; zda je možné zapojit do komplexních psychosomatických vyšetření i lékaře a jiné odborníky mimo tým CKP; zda je možná a přínosná účast pacienta na týmové poradě a mnohé další.

Oba způsoby práce – tzv. standardní (1 pacient × 1 odborník) i týmový (1 pacient × více odborníků) – vnímáme jako práci v kontextu psychosomatickém. To je dáno nejen možností konzultovat práci s pacientem s ostatními a možností práce v týmu, ale i nastavením a myšlením jednotlivých odborníků (lékařů, fyzioterapeutů, masérů, psychologů i ostatních zaměstnanců). To se snažíme podporovat a rozvíjet také jejich vzděláváním v oblasti psychosomatiky.

danuse.jandourkova@ckp-dobrichovice.cz
jana.tykalova@ckp-dobrichovice.cz

maminka Radka
 a syn Štěpánek
 10 měsíců

PROVAKCIN PLUS®
 OČKOVÁNÍ
 S ÚSMĚVEM

ČESKÝ PATENT
PROVAKCIN PLUS®
 100 ml

Zmírnění případných
 nežádoucích reakcí po očkování.
 Vhodné od 3. měsíce.

Potravina pro zvláštní lékařské účely.
www.provackin.cz | www.vesele-dite.cz



Poruchy vědomí u dospělých – prvotní diagnostika a terapie

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

předsedkyně Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP

Se symptomem „porucha vědomí“ se lékař může setkat poměrně často a škála těchto poruch je velmi široká, v popisu poruchy vědomí lékaři často tápou, jak vidíme ve zdravotnické dokumentaci či ve zprávách, se kterými je pacient odeslán k dalšímu vyšetření. Je proto účelné pokusit se dodržet určitou strukturu vyšetření a uvést co možná nejvíce objektivních údajů.

Základní dělení poruch vědomí může být na kvantitativní a kvalitativní, i když hranice není ostrá a např. delirantní stavy mají rysy obou poruch současně. Přesnější a patofyziologii více odpovídající je dělení na systémové příčiny poruch vědomí (= toxicko-metabolické kóma), kdy je mozek ovlivněn difúzně, a na příčiny, které jsou primárně v centrálním nervovém systému (např. trauma, intraparenchymové nebo subarachnoidální krvácení, infekce, nádorová onemocnění včetně metastáz a mnohé další příčiny).

Další hledisko dělení poruch vědomí může být časové – přetrvávající bezvědomí a krátkodobé poruchy vědomí.

■ Vyšetření pacienta

V urgentních stavech se postup vyšetření odvíjí od principu ABC, doplněného písmeny D a E:

- A = airway, průchodnost dýchacích cest;
- B = breathing – stav a efektivita dýchání;
- C = circulation – stav oběhu;
- D = v tomto kontextu „disability“ – základní neurologické vyšetření;
- E = exposure – vyšetření „od hlavy k patě“, někdy se nazývá „secondary survey“ a znamená *de facto* fyzikální vyšetření tak, jak je známe.

Jako první krok zjišťujeme reakci na dva základní podněty – verbální (oslovení) a dotykový (zatřesení, štípnutí).

K hodnocení a popisu vědomí můžeme použít jednoduchou stupnici AVPU (A = alert

– bdělý, V = verbal, probuditelný, odpovídá na verbální podněty, P = pain, reakce na algický/dotykový podnět, U = unresponsive, neodpovídá na žádné podněty, hluboké kóma). Lékaři však umějí poměrně dobře pracovat s Glasgowskou škálou – GCS (viz přílohu 1), která může podat o něco přesnější kvantifikaci poruchy vědomí. Pro lékaře, který s touto škálou není zvyklý běžně pracovat, stačí popsat jednotlivé položky: zda pacient otevírá oči spontánně či na jaký podnět, jaká je jeho nejlepší verbální odpověď a jaká je nejlepší motorická odpověď. Pokud pacient neodpovídá, postupujeme dle algoritmu ABC. Hodnotíme průchodnost dýchacích cest – provedeme záklon hlavy tlakem na čelo a tahem za bradu vzhůru. Tento jednoduchý manévr by měl ovládat každý zdravotník.

Ihned pak hodnotíme dýchání – včetně frekvence, hloubky a dostatečnosti dýchání, které hodnotíme nepřímou, přítomností či absencí cyanózy, přesněji pak použitím pulsního oxymetru, je-li k dispozici.

Pokud pacient nereaguje na žádný podnět a nedýchá, zahajujeme resuscitaci, neboť jde o zástavu oběhu. (Resuscitace není předmětem tohoto článku, pozn. aut.) Pokud dýchá, ale nedostatečně, můžeme zajistit podpurné dýchání pomocí obličejové masky a ručního vaku, což je nejdosažitelnější a také nejméně rizikový způsob podpory dýchání.

Jako další v pořadí se orientujeme o stavu oběhu: palpaci pulsu na periférii (při dobře hmatném a pravidelném pulsu můžeme odhadovat, že systolický tlak je 100 mm Hg a výše) a ověřením kapilárního návratu, při dobrém prokrvení periférie je pod 2 vteřiny. Při slabě hmatném a zrychleném pulsu na periférii bývá systolický tlak přibližně 70–80 mm Hg, při nehmatném pulsu na periférii, ale hmatném pulsu na karotidách je kolem 50 mm Hg.

Přesnější informace o oběhu nám dá měření tlaku tonometrem a zjištění tepové frekvence a srdečního rytmu monitorem EKG.

K základnímu neurologickému vyšetření bezvědomého pacienta patří kromě stanovení hodnoty GCS i vyšetření zornic, spontánní pohyby bulbů, přítomnost nystagmu, korneálního reflexu, motorická odpověď, její kvalita a symetrie – to platí zejména při výskytu křečí. Meningeální příznaky vyšetřujeme, jen pokud jsme si jisti, že nešlo o úrazový mechanismus.

Dále následuje fyzikální vyšetření. Pohledem zhodnotíme celkové příznaky a také okolí pacienta. U pacienta se zaměříme na stav výživy, svalstva, viditelné deformity, barvu kůže, přítomnost cyanózy, exantém – typ a charakter, lokální afekce (kožní záněty, vpichy). Pomocí kožní řasy odhadneme turgor pokožky. Pečlivě prohlédneme celého pacienta a hledáme známky traumatu – hematomy, rány, exkoriace, brýlové hematomy, likvoreia. Vyhodnotíme i zápach z úst – po alkoholu, acetonu apod. V okolí můžeme najít krabičky od léků, dopis na rozloučenou apod.

Na krku zjišťujeme šelest nad karotidami, který nás může upozornit na možnou jednostrannou stenózu.

Na hrudníku pátráme po asymetrii dýchání, deformitách, známkách traumatu. Vyšetříme poklepem a poslechem srdce i plic, vyhodnotíme patologické dýchací šelesty a jejich symetrii. Vyšetření břicha začneme aspekci (jizvy, postup dechové vlny), dále poslechem (zachovaná peristaltika) a pohmatem – bolestivá reakce, hmatné rezistence, močový měchýř, velikost jater, případně sleziny. Na dolních končetinách sledujeme přítomnost otoků a jejich symetrii, známky zánětu, případně pulsaci na periférii.

Od okolí se snažíme zjistit anamnestická data – choroby kardiovaskulárního aparátu, plic, ledvin, jater, endokrinní, epilepsie, infekce, abúzus návykových látek, deprese, podobný stav proběhlý v minulosti atd. Je třeba získat od svědků příhody informace o tom, co těsně předcházelo ztrátě vědomí, nebo okolnosti nález bezvědomého pacienta, včetně časového údaje, kdy byl naposled prokaza-



telně v pořádku. Je nutné zhodnotit rychlost ztráty vědomí, prodromální příznaky, další příznaky námi již nezastižené (např. křeče), vždy se ptát po možném úrazu.

■ Prvotní terapie pacienta s poruchou vědomí

Po zjištění poruchy vědomí ihned voláme zdravotnickou záchrannou službu na linku 155.

V prvním kontaktu jde o základní opatření na základě symptomatologie, prolínají se s postupy při vyšetření. Jsou zaměřena na stabilizaci základních životních funkcí.

Zajištění průchodnosti dýchacích cest je současně jak diagnostické opatření, tak i terapeutické. Po zhodnocení účinnosti ventilace se rozhodneme, zda je potřeba podpůrné dýchání pomocí masky a vaku (viz výše) a zda je vhodné zvýšit dodávku kyslíku oxygenoterapií. Rozhodnutí o pokročilejších technikách zajištění dýchacích cest (např. intubaci) a o umělé plicní ventilaci nepatří do základního ošetření a je vyhrazeno lé-

kařům s příslušným výcvikem. Přijatelnou alternativou zajištění dýchacích cest, samozřejmě také po příslušném výcviku, může být laryngeální maska a podobné alternativní pomůcky, jejichž užití je jednodušší.

Zajištění přístupu do krevního oběhu dostupnými pomůckami (i.v. kanyla, alternativou první volby je dnes v terénu intraoseální inserce), ale též jen v případě, že máme pomůcky k dispozici a pracujeme s nimi běžně. Infuzní terapii zahájíme vždy raději krystaloidními roztoky, fyziologickým, případně balancovanými roztoky (Plazmalyte).

Dále monitorujeme dostupné parametry. Sledujeme dynamiku poruchy vědomí, opakovaně měříme krevní tlak a sledujeme pravidelnost srdečního rytmu a frekvenci. U každého – i přechodného – bezvědomí změříme glykémii, vhodné je i změření tělesné teploty. Další terapeutická opatření se odvíjejí od předpokládané příčiny stavu. Ta je často upřesněna až pomocí dalších komplementárních vyšetření a přesahuje rámec tohoto sdělení.

■ Krátkodobé poruchy vědomí

Velkou chybou je podcenit právě tyto přechodné stavy a uzavřít je jako nezávažné vazovagální kolapsy. Mezi jednoznačné indikace k hospitalizaci nemocného patří anamnéza ICHS, srdečního selhávání nebo komorových arytmií, bolest na hrudi, fyzikální známky chlopenní vady, srdečního selhávání, mozkové příhody nebo přítomnost ložiskového neurologického nálezu, při EKG nálezech známek ischemie, arytmií, prodlouženého intervalu QT nebo blokády levého raménka Tawarova. Další indikace jsou poranění provázející náhlou ztrátu vědomí, palpitace nebo ztráta vědomí při námaze, velmi časté epizody synkopy, mírná až střední ortostatická hypotenze a věk nad 70 let.

jana.seblova@zachranka.cz

Příloha 1: Tabulka hodnocení GCS

Glasgow Coma Scale	
Otevření očí	
spontánní	4 body
na oslovení	3 body
na bolestivý podnět	2 body
neotevře oči	1 bod
Slovní reakce	
orientovaná	5 bodů
zmatená	4 body
nepřiměřená	3 body
nesrozumitelná	2 body
žádná	1 bod
Motorická reakce	
vyhoví výzvě	6 bodů
cílená reakce na bolest	5 bodů
necílená reakce na bolest	4 body
dekortikační křeče – flekční	3 body
decerebrační křeče – extenční	2 body
bez reakce	1 bod

Příloha 2: Diferenciální diagnostika a možné příčiny bezvědomí

Systémové příčiny poruch vědomí (toxiko-metabolické kóma) – jde o faktory ovlivňující mozek difúzně.

Encefalopatie:

- hypoxické
- metabolické (hypoglykémie/hyperglykémie)
- hypoosmolární/hyperosmolární stav
- elektrolytové abnormality – Na⁺, Ca²⁺
- selhání orgánů (jaterní, renální, endokrinní – addisonská krize, hypotyreóza – myxedémové kóma, hypopituitární kóma)
- narkotické účinky intoxikace CO₂
- hypertenzní encefalopatie

Příčiny primárního poškození v oblasti CNS

Příčiny primárního poškození centrálního nervového systému zahrnují:

- trauma CNS (komoce a kontuze mozku, difúzní axonální poranění, subdurální hematom, epidurální hematom)
- cévní příčiny (intraparenchymové krvácení v různých lokalizacích – mozečkové, do kmene, bazálních ganglií, do hemisfér nebo ischemie)

- subarachnoidální krvácení
- infekce centrální nervové soustavy (meningitis, encefalitis, mozkový absces)
- nádorová onemocnění včetně metastáz
- postiktální stadium po epileptickém záchvatu nebo epileptické záchvaty bez motorických příznaků (nekonvulzivní status epilepticus)

Krátkodobé poruchy vědomí

- vazovagální synkopa (benigní, bez zvýšeného rizika)
- ortostatický kolaps (rychlé změny polohy, vertikalizace)
- kardiální synkopa – dysrhythmické (pomalé vs. rychlé – diagnostickým problémem bývají paroxysmální dysrhythmie)
- kardiální synkopa v rámci strukturálního onemocnění srdce (stenóza aorty, chlopenní vady apod.)
- vertebrobazilární insuficience (u starších pacientů, typicky při záklonu hlavy nebo rotaci)
- metabolické poruchy – hyperventilace (s podílem psychické složky)
- krvácení neúrazového původu (GIT, méně často mimoděložní těhotenství)



Kazuistika

Pneumokoková meningitida s úmrtím

MUDr. Jitka Luňáčková

vedoucí protiepidemického odboru KHS Jihočeského kraje, České Budějovice

Dívka narozená v listopadu 2013 byla přijata 14. 2. 2015 na dětské oddělení okresní nemocnice v Jihočeském kraji s levostrannou hemiplegií a obleněným vědomím.

Anamnéza

Dítě ze 3. těhotenství, bez komplikací, porod spontánní. Bylo očkováno třemi dávkami hexavakcíny v dubnu, září a prosinci 2014, volitelné vakcíny nemá. Dětské infekční nemoci: 6. nemoc.

V březnu 2014 byla dívka hospitalizována pro akutní bronchitidu. Ostatní nemocnost negována, alergie nezjištěna.

Dva starší sourozenci měli opakovaně v průběhu roku sinusitidu a pneumonii (*Mycoplasma pneumoniae*), v prosinci měla celá rodina respirační infekci.

Stručný průběh onemocnění

Ve čtvrtek 12. 2. 2015 měla dívka ráno teplotu 38 °C, dostala paralen sirup. Ve čtvrtek v noci pocení, teplota téměř 40 °C, rodiče podávali antipyretika.

V pátek 13. 2. 2015 byla dívka vyšetřena u dětského lékaře, zjištěno nízké CRP, potíže

přikládány dentici. Jiné obtíže neshledány. Kolem 17. hodiny ublinkávala, byla spavá. Teplota klesla, v noci dívka spala. Ráno navená, neudržela hlavičku. Po příjezdu na dětské oddělení okresní nemocnice apatická, šije vážne, patrná levostranná hemiplegie. Porucha vědomí a hybnosti končetin, následně motorické záškuby hlavy, postparoxysmální kvadruparéza s levostranným maximem. Dle neurologického vyšetření epileptický status bez tč. určené etiologie. Vyšetření likvoru. Diagnóza purulentní meningitis – kultivačně prokázán původce: *Streptococcus pneumoniae*. Dívka byla zaintubována a přeložena na JIP DEO krajské nemocnice. Dne 17. 2. 2015 náhle vzniklá fibrilace komor provázená asystolií, po 60 minutách resuscitace **exitus letalis**. Onemocnění mělo velice těžký průběh se septickým stavem, diseminovanou intravaskulární koagulopatií s edémem mozku a již od počátku obleněným průtokem mozkových tepen a následnou fibrilací komor. I přes agresivní antibiotickou terapii a volumoterapii se stav pacientky neslučoval se životem. Kmen streptokoka byl zaslán do NRL pro streptokokové nákazy SZÚ – CEM Praha k dourčení.

V průběhu života dítěte došlo ke změně v registraci u praktické dětské lékařky. Dítě mělo opakované respirační infekty, které se vyskytovaly i v rodině. Rodiče očkování neodmítali, ale zvažovali vhodný čas pro očkování. Domnívali se, že je lépe očkování odložit až do odeznění oslabení z respiračních infekcí.

Kazuistika sestavena dle informací lékařů DEO lůžkové části obou jihočeských nemocnic.

Vyjádření NRL pro streptokokové nákazy

Do NRL pro streptokokové nákazy (CEM, SZÚ Praha) přišel materiál (vykultivovaný kmen z likvoru) od pacientky dne 17. 2. 2015. Metodou PCR byl potvrzen *Streptococcus pneumoniae* a stanoven sérotyp 14. Tento sérotyp se vyskytuje v obou konjugovaných pneumokokových vakcínách (PCV10, PCV13).

MUDr. Jana Kozáková,
vedoucí NRL pro streptokokové nákazy



Tlak na povinné očkování ve světě sílí

Projevu se i v zemích, jako jsou USA, Austrálie či Německo.

Loni v prosinci se v kalifornském Disneylandu nakazilo 147 lidí virem spalniček. U některých nakažených se podařilo zjistit, zda byli očkováni – většinou nebyli. Kalifornští zákonodárci proto nyní diskutují nad návrhem zákona, který rodičům zakazuje odmítnout obvyklá očkování dětí na základě svého „svědomí“.

V **Německu** je současná epidemie spalniček podstatně větší než v Kalifornii; čísla z druhé poloviny dubna hovoří o 1738 potvrzených případech, což je čtyřnásobek stavu za celý rok 2014.

I tady se začalo v odborných kruzích mluvit o nutnosti zajistit povinné očkování proti spalničkám i dalším infekčním chorobám.

A v **Austrálii** oznámila vláda rozhodnutí, podle něhož rodiče, kteří nenechají dítě očkovat, přestanou dostávat sociální dávky. Rozhodnutí následovalo po březnovém úmrtí čtyřtýdenního dítěte na černý kašel.

zdroj: doktorvlach.cz, 5. 5. 2015

K diagnóze nádoru děložního čípku pomůže mobil

Výzkumníci z Bostonu informovali o nové metodě detekce, která je levná a půjde zřejmě dělat i doma.

Výzkumníci z Všeobecné massachusettské nemocnice v Bostonu představili nový postup na určení nádoru děložního čípku a lidského papilomaviru (HPV).

K odebraným vzorkům přidají mikročástice, které se navážou na specifické molekuly nádoru nebo viru a změni lom od nich odraženého specifického světla. Změnu světelného lomu zaznamená kamera na mobilním telefonu, který záběry odešle k automatické analýze. Ta stojí 1,80 dolaru (ani ne padesátikorunu) a trvá 45 minut. Kvalita výsledků prý odpovídá konvenčním testům.

Obdobnou metodu chtějí výzkumníci použít pro rozbor krve z prstu, který by pacientka mohla uskutečnit doma.

zdroj: doktorvlach.cz, 30. 4. 2015



Pohybová a sportovní aktivita u dětí a mladistvých s kardiovaskulárním onemocněním

Václav Chaloupecký¹, Oleg Reich¹, Jan Janoušek¹, Helena Bartáková¹, Jiří Radvanský²,
Kryštof Slabý², Zuzana Urbanová³, Jan Škovránek¹

1 Dětské kardiocentrum a Centrum výzkumu chorob srdce a cév, FN v Motole, Praha; 2 Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN v Motole, Praha; 3 Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha

Doporučené postupy vycházejí ze soudobých poznatků lékařské vědy a považují se za postupy *lege artis*. Jde však o doporučení, nikoli předpisy, proto je nutný individuální přístup ke každému nemocnému. Ošetřující lékař může použít jiný postup, musí však v dokumentaci řádně zdůvodnit, proč se od doporučeného postupu odchýlí.

Doporučený postup České kardiologické společnosti a České společnosti tělovýchovného lékařství vypracovala Pracovní skupina pediatrické kardiologie.

■ Úvod

Možnost cvičit a sportovat má pro mladé jedince s kardiovaskulárním onemocněním mimořádný význam jak z hlediska fyzického vývoje, tak z hlediska psychosociálního zařazení. Cvičení nebo sport jsou nejlepší prevencí nežádoucí obezity, zvyšují sebevědomí a usnadňují sociální kontakt. Pohybovou aktivitu je nutno chápat v širokém kontextu životního stylu, který dítě získává zpočátku převážně podle rodinných vzorů. Přiměřená fyzická zátěž umožňuje dětem fyziologický rozvoj a má i velmi důležitou složku výchovou. Pohybem a rekreační sportovní aktivitou dítě získává charakterové vlastnosti, jako je odvaha, sebevědomí a schopnost mezilidské komunikace. Z tohoto pohledu je také zřejmé, že vrozené srdeční vady by měly být zkorigovány operací nebo intervenční katetrizací včas, aby se dítě mohlo co nejdříve zapojit do běžných sportovních aktivit. Za určitých patologických stavů ale může nadměrná fyzická námaha ohrožovat jedince s kardiovaskulárním onemocněním zhoršením srdeční funkce, závažnými poruchami srdečního rytmu, synkopou, případně nejzávažnější komplikací – náhlým úmrtím. Při rozhodování, zda dítě může cvičit ve škole nebo sportovat, je také nutné zvážit rizika možných úrazů. Na druhé straně bylo v mnoha studiích u nemocných se srdečním selháním prokázáno, že kondiční cvičení a rekreační sport může funkci kardiovaskulárního systému zlepšit.¹

Problematika posuzování funkční zdatnosti a rizika poruch srdečního rytmu u dětí a adolescentů s onemocněním srdce při pohybových aktivitách a sportu je komplexní

a vyžaduje těsnou spolupráci praktických lékařů pro děti a dorost a tělovýchovných lékařů s ošetřujícím dětským kardiologem. Ve složitých případech jsou konzultována příslušná centra.

Následující metodické pokyny vycházejí převážně z doporučení o způsobilosti jedinců s kardiovaskulárním onemocněním k závodnímu sportu podle American College of Cardiology Foundation (36. konference v Bethesdě) a Evropské kardiologické společnosti²⁻⁴ a dále z doporučení o způsobilosti k rekreačnímu sportu u geneticky podmíněných kardiovaskulárních onemocnění, která byla upravena podle zvyklostí pohybových a sportovních aktivit u dětí a mladistvých v České republice.^{5,6}

■ Terminologie a definice

Doporučení z konference v Bethesdě se vyjadřují podle závažnosti kardiovaskulárního postižení k omezením pouze u závodních sportů.² *Závodní sport* je zde definován jako organizovaná nebo individuální sportovní aktivita vyžadující pravidelný intenzivní trénink a pravidelnou účast na sportovních soutěžích, které kladou důraz na podání vynikajícího výkonu. Závodní sportovec má především silnou tendenci překonat sám sebe až na hranici fyzických možností, a to nezávisle na subjektivních obtížích. Rekreační sport charakterizuje různě intenzivní sportovní činnost s nepravidelným trénováním a bez sportovních soutěží kladoucích důraz na vítězství. Z uvedeného je zřejmé, že za závodní sportování je rovněž nutno považovat různé sportovní soutěže organizované v rámci školní, případně univerzitní výuky.

Rozdělení závodních sportů podle typu a intenzity zátěže a s přihlédnutím k riziku úrazu nebo synkopy je shrnuto v *tabulce 1*. U zdravých osob *dynamickou zátěž* charakterizují rytmické změny svalové délky s relativně malým svalovým napětím. Srdeční frekvence, srdeční výdej, systolický tlak a spotřeba kyslíku se zvyšují, střední arteriální tlak mírně stoupá, diastolický tlak a periferní cévní rezistence se snižují. Pro *statickou zátěž* jsou typické vysoké svalové napětí a výrazné zvýšení krevního tlaku. Spotřeba kyslíku, srdeční frekvence a srdeční výdej se zvyšují většinou jen mírně. Dynamická zátěž způsobuje objemové a statická zátěž tlakové systémové zatížení srdeční komory.

Rozdělení rekreačních sportů a pohybových aktivit podle stupně fyzické zátěže je uvedeno v *tabulce 2*, která je zkompileována podle doporučení Americké a Evropské kardiologické společnosti pro jedince s geneticky podmíněnými kardiovaskulárními onemocněními ohroženými náhlým úmrtím.^{5,6}

■ Funkční vyšetření kardiovaskulárního systému

Doporučení k pohybové aktivitě a sportu u dětí a mladistvých s kardiovaskulárními onemocněními vychází vždy z výsledků podrobného kardiologického vyšetření. Funkční posouzení kardiovaskulárního systému u komplexních vrozených srdečních vad má svá úskalí vyplývající ze značné individuální variability významnosti vady, způsobu operační nebo katetrizační léčby a přítomnosti případných reziduálních nálezu nebo nežádoucích následků léčby.



Velmi důležitá je anamnéza s cílenými dotazy na předchozí diagnostické a léčebné zákroky, fyzickou zdatnost a zejména na výskyt poruch srdečního rytmu a synkop, a to nejen u vyšetřovaného jedince, ale také u nejbližších příbuzných. Důležitá je znalost životního stylu dítěte a jeho rodiny z hlediska pohybových a sportovních aktivit.

K základnímu kardiologickému vyšetření patří kromě standardního EKG podrobné echokardiografické vyšetření. Důležité je správné měření a hodnocení krevního tlaku podle norem vztahených k věku, výšce a pohlaví.⁷ Při posuzování způsobilosti jedinců se závažnějšími kardiovaskulárními onemocněními k závodním a rekreačním sportům provádíme Holterovu monitoraci EKG a zátěžové vyšetření k vyloučení závažných poruch srdečního rytmu, snížené koronární rezervy nebo hypertenzní reakce. *Opakovaná kardiologická vyšetření jsou i u méně významných kardiovaskulárních onemocnění, zejména při posuzování závodních sportovních aktivit, nezbytná. Nález se mohou časem zlepšit, ale také zhoršit.*

■ Doporučení pro pohybovou a sportovní aktivitu

Doporučení pro pohybovou a sportovní aktivitu pro nejčastější vrozené srdeční vady jsou shrnuta v *tabulce 3*, pro získaná a hereditární srdeční onemocnění v *tabulce 4* a pro poruchy srdečního rytmu v *tabulce 5*. Podle významnosti klinických obtíží, hemodynamických projevů, anamnestických nebo současných poruch srdečního rytmu, výsledků Holterovy monitorace a zátěžového vyšetření rozlišujeme čtyři třídy s rozdílným doporučením k pohybové aktivitě, školní tělesné výchově a rekreačnímu či závodnímu sportování. Hlavním cílem byla snaha definovat podmínky pro zařazení do třídy I, ve které nejsou zásadní omezení ani pro závodní sport, a naopak charakterizovat onemocnění, která ohrožují pacienta náhlým úmrtím při zvýšené tělesné aktivitě, spadající do třídy IV. Projevy kardiovaskulárních onemocnění ve třídách II a III se vzájemně mohou překrývat. Pro vrozené srdeční vady, které v *tabulce 3* nejsou uvedeny, jsou použita doporučení pro morfologicky a funkčně podobná onemocnění.

Tělesná výchova ve škole s úlevami může být do jisté míry problematická, protože pod termínem úlevy si každý učitel může představovat něco jiného. Je odpovědností rodičů, aby informovali pedagogický personál

o podstatě onemocnění dítěte a o možných nežádoucích projevech. Obecně lze doporučit, aby jedinci ve třídě II nebyli při tělesné výchově klasifikováni a aby po nich nebyly vyžadovány časově limitované výkony, jako je sprint, vytrvalostní běh apod. Nevhodné mohou být také v některých případech šplh a cviky na nářadí ve výšce pro riziko pádu při dočasné indispozici. Některá kardiovaskulární onemocnění mají svá specifika, např. u jedinců po úplném kavopulmonálním spojení je jisté nežádoucí vis vzhůru nohama například na kruzích nebo hrazdě. Sporty se zvýšeným rizikem úrazu, např. kontaktní sporty, skoky do vody, box, bojové sporty, horolezectví apod. (viz *tabulku 1*), jsou nevhodné u pacientů s konduity, s umělou chlopní, s kardiostimulátorem a při antikoagulační léčbě. U jedinců s kardiostimulátorem nebo s kardioverterem-defibrilátorem se řídíme doporučením arytmologa.

Zvláštní pozornost vyžadují jedinci ve třídě IV, zejména v případě geneticky podmíněných kardiovaskulárních onemocnění s vysokým rizikem náhlého úmrtí. Ve škole jsou osvobozeni od tělesné výchovy. Rekreační pohybová aktivita s mírnou fyzickou zátěží je možná, např. rychlá chůze nebo golf. Při fyzické aktivitě je vhodné se vyvarovat náhlé zátěže, extrémně horkého nebo studeného prostředí a náhlého stresu, které zvyšují adrenergní aktivitu. Důležité je ukončení činnosti při počínajících obtížích, jako jsou točení hlavy, mžítka před očima, palpitace, nepravidelný puls a bolesti na hrudníku. Plavání je zvažováno individuálně podle základního onemocnění (např. je nevhodné u syndromu dlouhého QT intervalu) a vždy pod dohledem pro riziko utonutí. Potápění je ve třídě IV zcela nevhodné.

■ Závěr

Doporučení pro pohybovou aktivitu a sportování u dětí a mladistvých s kardiovaskulárním onemocněním nejsou a ani nemohou být rigidní a závazná. Každý případ je posuzován individuálně podle základní diagnózy, podrobné anamnézy a objektivních vyšetřovacích metod. Tabulární uspořádání podle základní diagnózy a omezení sportovních a pohybových aktivit usnadní orientaci dětských kardiologů, praktických dětských lékařů a tělovýchovných lékařů v této problematice. V souhrnu lze říci, že jak nadměrná ochrana před pohybovou aktivitou a sportem u nevýznamných onemocnění nebo po úspěšných intervenčních

zákrocích, tak bagatelizace nálezů a závodní sport u závažných onemocnění jsou chybné.

■ Literatura

1. Pina IL, Apstein CS, Balady GJ, Belardinelli R et al. Exercise and heart failure: a statement from the American Heart Association Committee on exercise, rehabilitation, and prevention. *Circulation*. 2003;107:1210-1225
2. Maron BJ, Zipes DP. 36th Bethesda Conference: Eligibility recommendations for competitive athletes with cardiovascular abnormalities. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:1313-1375
3. Pelliccia A, Zipes DP, Maron BJ. Bethesda Conference #36 and the European Society of Cardiology Consensus Recommendations revisited: a comparison of U.S. and European criteria for eligibility and disqualification of competitive athletes with cardiovascular abnormalities. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52:1990-1996
4. Pelliccia A, Fagard R, Bjornstad HH et al. Recommendations for competitive sports participation in athletes with cardiovascular disease: a consensus document from the Study Group of Sports Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2005;26:1422-1445
5. Maron BJ, Chaitman BR, Ackerman MJ et al. Recommendations for physical activity and recreational sports participation for young patients with genetic cardiovascular diseases. *Circulation* 2004;109:2807-2816.
6. Pelliccia A, Corrado D, Bjornstad HH et al. Recommendations for participation in competitive sport and leisure-time physical activity in individuals with cardiomyopathies, myocarditis and pericarditis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2006;13:876-885
7. Šamánek M, Urbanová Z, Reich O et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze v dětství a dospívání. *Cor Vasa*. 2009;51:227-235

Prof. MUDr. Václav Chaloupecký, CSc.,
Dětské kardiocentrum, FN v Motole
v.chaloupecky@fnmotol.cz

Tabulky 1-5 ve středové příloze časopisu.

Podporováno grantem MZOFNM2005/6305

Převzato: *Cor Vasa* 2011;53(Suppl 1)



Časná výživa, metabolické programování a obezita

MUDr. Zlatko Marinov

Obezitologická ambulance, Dětská poliklinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

V 21. století o zdraví jednotlivce, ale i celé společnosti rozhoduje prevence civilizačních onemocnění s klíčovým postavením obezity. Běžná obezita se stala nejvýznamnějším zdravotním problémem soudobého lidstva. Závažné následky očekáváme zejména od pandemie dětské obezity. Genomový program energetické homeostázy je na podkladě rozvoje obezitogenního prostředí vystaven neomezenému energetickému příjmu včetně navýšeného množství bílkovin se závažnými patofyziologickými důsledky. Obezitogenní prostředí negativně zasahuje jak do společenských makroekosystémů, tak i do perinatálního a postnatálního mikroekosystému matka–dítě.

Klíčová slova: primární prevence, dětská obezita, imprinting, energetická homeostáza, bílkovina

■ Energetická homeostáza

Vyvážená energetická homeostáza je jednou ze základních podmínek života. Energetická regulace řeší základní rozpor mezi dvěma proměnnými: nepřetržitý energetický výdej proti přerušovanému energetickému příjmu. K dosažení energetické homeostázy spouští centrální řízení vysoce koordinované odpovědi, včetně podnětu, kdy ukončit příjem jídla. Podnět sytosti se z analyticko-regulačního centra v hypothalamu a okolních jader převádí do pocitu potěšení v limbickém systému a orbitofrontální korové oblasti, které vedle uspokojení z jídla významně regulují stav nálady. Centrální řízení energetické homeostázy je přes několikastupňový zpětnovazební systém regulováno řadou hormonů, nervových podnětů a metabolitů. Nepřetržitě vyhodnocuje proces využití a ukládání energie (jaterní metabolismus, sekrece pankreatických šťáv a hormonů, svalová práce, stav tukové tkáně) a proces příjmu potravy (trávení potravy a vstřebávání živin v gastrointestinálním traktu). Nastavení centrální regulace na podkladě vnějších podmínek v evoluční biologii člověka ovlivňuje nástup jeho reprodukční schopnosti. Jedním ze spouštěčů puberty v senzitivním vývojovém období je podíl tukové tkáně v těle a věk začátku puberty je nepřímo úměrně závislý na stupni prepubertálního body mass indexu (BMI). V souvislosti s dlouhodobými změnami růstu a vývoje české dětské populace se za jedno století

zkrátil nástup puberty o 4,5 roku. Nadváha v kritickém období urychluje nástup menarche o 0,13 roku na navýšenou jednotku BMI a tak ještě více zkracuje vývojově zcela nezbytné dětství a prohlubuje rozdíl mezi biologickou a sociální zralostí.

■ Metabolické programování

Stěžejní úlohu nastavení energetické homeostázy v časném kojeneckém věku sehrává mateřské mléko. Jeho skladba se od mléka ostatních savců významně liší, protože jeho hlavní vývojovou úlohou není celkový růst organismu, ale podpora vývoje klíčového orgánu – centrální nervové soustavy. O mateřském mléku můžeme hovořit především jako o „mozkovém“ mléku, protože podporuje růst specifického orgánu na úkor ostatních. Lidské mateřské mléko má vůči ostatním savcům nejnížší energetický obsah, vysoký obsah cholesterolu, má unikátně vyvážený poměr nasycených a nenasycených mastných kyselin a nejnížší obsah bílkovin ve specifické skladbě. V důsledku toho má jako jediné přirozené mléko obrácený poměr bílkovin k sacharidům 1 : 7. **Vysoký příjem bílkovin zejména z neadaptovaných mléčných výrobků indukuje zvýšenou sekreci inzulinu a IGF-1 (zvýšený příjem z 200 ml mléka na 600 ml má za důsledek zvýšení hodnot IGF-1 o 30 %), která vede jednak k buněčné hyperplazii včetně zmožení tukových buněk, zároveň vede k poklesu lipolýzy a hypertrofii tukových buněk.**

Prioritní je v kojeneckém věku nepodléhat tlakům na rychlé váhové přírůstky, protože navýšení růstového tempa o jednu směrodatnou odchylku zvyšuje dvojnásobně riziko

nadváhy. Prosazování udržení odpovídajícího růstového tempa je v rozporu s nevýhodným atavistickým přístupem matek. Z vývojověpsychologického postoje hodnotí relevantně nižší kojeneckou hmotnost, která v nich ale vyvolává neuspokojující pocity. Nadváhu kojenců naopak matky subjektivně podhodnocují a vyvolává v nich pocit zadošťování a spokojenosti včetně spokojenosti blízké rodiny.

Z pohledu metabolického programování je ideální kojení do šesti měsíců věku s průběhem metabolické „U“ křivky v rozmezí od tří do devíti měsíců. Kojení nad devět měsíců vede v rámci nastavování metabolismu endogenní jaterní produkce cholesterolu v dospělosti ke zvyšování kardiovaskulárního rizika. Od 17. týdne jsou vyzrálé gastrointestinální a renální funkce a následné příkrmy neovlivňují rozvoj obezity.

Základní strategií přídatků je každý týden přidat nový typ, nejdříve od 17. týdne, s doporučením zařazení potenciálních alergenů (bílek, mořské ryby, celer) a cereálií v prevenci celiakie co nejdříve po zelenině, masu, ovoci a žloutku nejpozději v 7. měsíci věku. **Pro umělé náhradní mléčné výživy preferujeme plně adaptované výrobky s co nejnížším obsahem bílkovin. Nejnovější doporučení zdůrazňují, že minimální obsah bílkovin 0,43 g/100 kJ (1,8 g/100 kcal) v počáteční a pokračovací kojenecké výživě je plně dostačující na pokrytí nutričních potřeb kojenců. Doporučovaný minimální obsah bílkovin pokrývá nutriční potřeby téměř všech narozených zdravých dětí a není žádoucí je v kojeneckých mlécích překračovat, protože nevyužití nutrimenty musejí být uloženy nebo vy-**



loučeny. Nepřiměřené navýšení nutriční zátěže spouští u kojenců patofyziologické procesy a nepříznivě nastavuje celoživotní programování metabolických pochodů.

Výlučné kojení bez čaje či jiných tekutin je žádoucím cílem do 6. měsíce. Kojení je základem preventivním prvkem civilizačních onemocnění, ale v rámci prevence obezity se kojení řadí až za prevenci prekoncepční nadváhy, vysoké a nízké porodní hmotnosti vzhledem ke gestačnímu věku, urychlenému nárůstu hmotnosti v kojeneckém věku a kouření v těhotenství. Kojení do 3. měsíce věku vede ke snížení stupně dětské nadváhy, ale v rámci prevence obezity má okrajový význam a může být následně i kontraproduktivní, pokud je zneužíván režim *ad libitum*.

Průmyslově připravené kojenecké příkrmy jsou hygienicky nezávadné, kontrolované na obsah škodlivých látek, nutričně garantované a vyvážené, ale v rámci legislativně doporučených denních dávek mají v průměru o 20 % vyšší energetický obsah až pro 80 % populace. Pro běžného prospívajícího kojence může celý obsah balení představovat hyperalimentační dávku. **Na obalech výrobků jsou uvedeny podrobné informace o energetickém obsahu a nutričním složení, které pro spotřebitele slouží k snadnější orientaci. Ten ale podrobné informace věnuje minimální pozornost. Je proto vhodné rodičům zdůraznit, aby podávali jen doporučené množství příkrmu.**

■ Cílená prevence nadváhy

Od 80. let došlo k výraznému civilizačnímu posunu a rozvoji obezitogenního prostředí, kvůli kterému vznikla potřeba definovat zdravý životní styl i v kojeneckém věku. V prevenci a léčbě dětské nadváhy existují jednoduché výživové principy, které přestože na první pohled mohou působit banálně, mají překvapivý dlouhodobý výsledek. Tyto principy jsou zahrnuty v „Postupech prevence nadváhy a obezity v kojeneckém věku“ z roku 2013, které mimo jiné definují ohroženou skupinu. K cílenému preventivně-léčebnému přístupu jsou určeni především kojenci, jejichž novorozenecká hmotnost byla vyšší než 3 800 g, a kojenci a batolata, kteří překročili 90. percentil hmotnosti k věku. K cílenému léčebnému přístupu jsou určeni kojenci, kteří překročili 97. percentil hmotnosti k délce nebo 97. percentil BMI. Prevence a léčba dětské obezity v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost má významný potenciál, pokud je zahájena

Násobné navýšení rizika dětské obezity ve vztahu ke kojeneckému věku

4,25× / 2,36× obezita/nadváha matky před koncepcí

2,3× porodní makrosomie

2,23× zvýšení hmotnosti o jedno růstové pásmo

1,47× kouření matky

1,22× zvýšený obsah bílkovin v kojenecké stravě

1,12× příkrm před 4. měsícem věku

0× věk, vzdělání, deprese, etnická skupina matky

0,85× kojení do 3. měsíce věku

(Druet C, Ong KK, Weng SF, Koletzko B)

včas a racionálně. **Cílené prevence nadváhy se věnuje superprojekt „S dětmi proti obezitě“ sdetmiprotiobezite.cz a v kojeneckém věku projekt „S kojenci proti obezitě“ skojenciprotiobezite.cz, který je podpořen z Fondu prevence Všeobecné zdravotní pojistovny ČR.** Výskyt dětské nadváhy v ČR překonal nejpesimističtější předpoklady z osmdesátých let minulého století. S nadváhou a obezitou se setkáváme v šesti měsících u 6,9 % kojenců, což představuje v absolutním počtu okolo sedmi tisíc kojenců na ročník. Za čtvrt století epidemie obezity došlo k dvojnásobnému nárůstu nadváhy v rámci celého populačního spektra a v dětské populaci k zpětinásobením počtu obézních dětí. Nadváhou v dětství trpí každé čtvrté dítě, obezitou každé sedmé a extrémní obezitou čtyři ze sta dětí. U chronicky obézních dětí nastupuje nadváha ve čtvrtině případů do 5. měsíce, v polovině případů do dvou let věku, a tak dnes trpí obezitou celosvětově více než 42 milionů dětí mladších pěti let. Řádné vyhledávání dětí ohrožených nadváhou a obezitou v rámci preventivních prohlídek a jejich následné sledování má samo o sobě významný pozitivní efekt v prevenci a zahájení včasné léčby nejen dětské obezity, ale i nadváhy ostatních členů domácnosti. **Na webové stránce projektu skojenciprotiobezite.cz je pro zdravotníky zřízen registrovaný přístup pro odborné informace a pro rodiče kojenců pro praktická preventivně-léčebná opatření dětské nadváhy.** Naplnění katastrofické vize následků nadváhy a obezity jsou velkou výzvou. Záleží bez nadsázky na všech, jestli se podaří zvrátit současné negativní trendy.

Každý jedinec by měl dostat šanci uplatnit svůj život ve zdravém životním stylu, který je nutné budovat od nejútlejšího věku, a ne získat pocit selhání v současném obezitogenním prostředí, na kterém se podílela i naše dosavadní výživová doporučení.

■ Literatura

- Koletzko B, Chourdakis M, Grote V et al. Regulation of early human growth: impact on long-term health. *Ann Nutr Metab*. 2014;65(2-3):101-109
- Marinov Z. Nadváha a běžná obezita v dětském věku – zdravotní výzva 21. století. *Lékařské listy*. 2014;6(9):21-24
- Marinov Z, Pastucha D, Finková M et al. Postupy prevence nadváhy a obezity v kojeneckém věku. *Pediatr. praxi*, 2014;15(3):144-147
- Obezitogenní prostředí kojence [online]. Praha: Medical Access Solutions s.r.o., 2014 [cit. 2015-02-02]. Dostupné z <http://skojenciprotiobezite.cz/obezitogenni-prostredi-kojence>
- Weber M, Grote V, Closa-Monasterolo R. Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(5):1041-1051



Ze světa odborné literatury...

■ Perinatální arytmie

Perinatální arytmie jsou velmi frekventní u fetů a u novorozenců. Většina však spontánně vymizí nebo vyžadují jen krátkodobou léčbu. Ošetřování a prognóza jsou založeny na prenatální echokardiografii a dále na fyzikálním vyšetření a EKG po porodu. Nepravidelný rytmus je většinou benigní. Je zajímavé, že se uvádí, že 1/3 těchto kojenců má pak v pozdějším věku tachyarytmii, a to až v dospívání! Perzistující tachyarytmie je nutné řešit implantací pacemakeru, zvláště když je nebezpečí selhání nebo náhlé smrti. O arytmiích jsou zprávy ve 2 % těhotenství. Prevalence arytmií je větší u dětí s vrozenou srdeční vadou. Závažné je, jestliže poruchy rytmu jsou velmi frekventní (tzn. více patologií v rytmu než 5 za minutu), perzistující více než 3 týdny a spojené s extrakardiálními anomáliemi. Mezi nejčastější se počítají tachykardie, a to více než 180/min. u fetu a nad 200/min. u novorozenců. U kojenců se jedná o AV reentry tachykardie v 70 %, u 24 % primární atriální tachykardie a jen u 6 % sinusová tachykardie.

Léčebně doporučují digoxin a propranolol. Z dalších poruch rytmu je velmi frekventní supraventrikulární tachykardie, která se vyskytuje u jednoho z tisíce dětí. Provokujícím faktorem v graviditě může být kouření u matky. Podává se kombinace antiarytmik, např. amiodaron.

Dále se autoři snaží v prenatální době o konverzi na sinusový rytmus kombinací flecainid plus digoxin + sotalol u matky. U kojenců stále zůstává podání adenosinu. Masáž karotického sinu nebo tlak na očníce nejsou doporučovány, mohly by způsobit prolongovanou asystolii. Adenosin podávají v počáteční dávce 0,1 mg/kg, možno navýšit na 0,3 mg/kg. Není doporučováno podání přes umbilikální katetr, protože by nastala rychlá metabolizace adenosinu, a to ještě před dosažením myokardu. Dále pak je uváděno ošetřování ventrikulární tachykardie, prenatálně pomocí beta-blokátoru, postnatálně také pomocí lidokainu nebo amiodaronu. V práci jsou dále uváděny údaje o příčinách sinusové bradykardie, mezi něž patří primární dysfunkce sinusového uzlu, autonomní hypervagotonie, sy prodlouženého QT a další. Dále pak vazovagální synkopa, chirurgické oční zákroky, záležitosti spojené s CNS – tumory, meningitidy, zvýšení intrakraniálního tlaku, nebo příčiny metabolické – hypoxie, hypotermie, hypotyreóza, acidóza, seps. Dále

pak jsou zde záležitosti kompletního AV bloku, což je disociace mezi kontrakcí síní a komor. Komory a síně běží nezávisle na sobě.

Postnatálně vznikají po kardiochirurgických zákrocích a dále po virové myokarditidě či při postižení při lymfické borelióze. Pokud tyto poruchy vznikají prenatálně, aplikují se transplantárně steroidy. Při postnatálním ošetřování se implantuje pacemaker.

Eur J Pediatr. 2014;173:983–996

■ Léčebné ošetřování pozdního začátku bakteriální neonatální sepsy v pěti evropských zemích

Pozdní začátek neonatální sepsy je špatně definovatelný. Prospektivní studie proto zahrnovala novorozence a kojence ve stáří od 4 do 90 dnů věku. Antibiotická terapie se řídila zkušenostmi. Do studie bylo zahrnuto 113 dětí průměrného věku 14 dní. Z toho v 61 % bylo léčení příčinné, ve 24 % nalezeny jen enterobakterie, u 11 ostatní grampozitivní a u 6 gramnegativní organismy. Třetina *Enterobacteriacei* byla rezistentní na ampicilin, tyto pacienti dostávali jen meropen. Ukazuje se, že pozdní začátek sepsy je stále velkým problémem na jednotkách intenzivní péče. Ukazuje se také, že většina prací je starší než 20 let. Mezi klinické parametry nyní patří hyper- nebo hypotermie či teplotní instabilita, redukce močového výdeje nebo hypotenze, případně poruchy periferní perfuze. Dále pak apnoické pauzy nebo potřeba kyslíku, bradykardie nebo tachykardie nebo poruchy rytmu, abdominální distenze nebo intolerance stravy, letargie, hypotonie, dráždivost, kožní nebo subkutánní léze či petechie. Z laboratorních parametrů pak pod 4000 nebo nad 20 000 leukocytů, nezralé neutrofily v diferenciálu, počet destiček pod 100 000, CRP více než 15 a nebo prokalcitonin více než 2 ng/ml. Glukózová intolerance, acidóza v As-trupu/BE pod 10 nebo laktát nad 2 mmol/l. Léčba zahrnovala monoterapii meropenem nebo kombinaci Cefotaxim + gentamycin + jeho záměna za ampicilin.

Eur J Pediatr. 2014;173:997–1004

■ Koncentrace CO₂ v denních stacionářích ve vztahu k hvízdavému dechu u navštěvujících dětí

Špatná ventilace v denních stacionářích byla již popisována, ačkoliv efekt na tyto děti nebyl přesně zohledněn. Tato studie měla za cíl ohodnotit vazbu mezi hvízdavým dechem

u dětí a hladinou CO₂ v těchto centrech. Tato studie se prováděla v Lisabonu a v Portu. Studie byla provedena dvakrát, tři měsíce po sobě. První fáze se týkala přes 3000 dětí průměrného věku přes 4 roky. V druhé fázi bylo totéž testováno u skupiny přes 1000 dětí stejného věku. Koncentrace CO₂ v místnostech klesala při opakovaně otevřených oknech, větraných místnostech, s rychlostí proudění (větru) a při otevírání dveří. Pozitivní trend byl popisován mezi CO₂ a prevalencí astmatu. Pokles koncentrace CO₂ byl úměrný k poklesu frekvence hvízdavého dýchání. Zlepšená ventilace ve stacionářích je potřebná ke zdravému respiračnímu vývoji těchto nemocných dětí. Jedná se o zbytečně opomíjenou záležitost. *Poznámka: Domnívám se, že i v ČR ve školách a zvláště v tělocvičnách je situace stejná. Dokonce mám informace, že tělocvičny se téměř nevětrají a klimatizaci nikdo nečistí. Totéž je uváděno v letadlech a v dálkových autobusech.*

Eur J Pediatr. 2014;173:1041–1049

■ Infekce močového traktu u malých pacientů. Vliv věku a pohlaví na rezistenci k antimikrobiální léčbě

Účelem studie bylo analyzovat vývoj rezistence k orálním antibiotikům během deseti let. Do studie bylo zahrnuto kolem 1000 dětí pod dva roky věku po prodělané infekci močových cest. *E. coli* byla izolována u 96 % děvčat a u 89 % chlapců. Celková rezistence *E. coli* k trimetoprimu byla ve 14 % a k cefalodrilu a nitrofurantoinu pod 1 %. Po 10 letech se rezistence k trimetoprimu zvýšila z 5 na 17 %, ale zůstala nezměněna u cefalodrilu a nitrofurantoinu. Rezistence *E. coli* k trimetoprimu byla v relaci k věku 11 % pod 9 měsíců a 19 % nad 9 měsíců. Toto zvýšení rezistence ale bylo nalezeno jen u děvčat. Infekce močového traktu u malých dětí má několik příčin, a to jednak změnu bakteriální střevní flóry, jednak nezralý imunitní systém. Další jsou anomálie močového traktu. Je nutné si uvědomit, že tyto infekce mohou recidivovat do adultního věku a dokonce i do období gravidity. Kompletní rezistence nitrofurantoinu je popisována u *Klebsielly*, *Protea* a *Enterobacteru*. Měla by se redukovat preskripce především u děvčat.

Eur J Pediatr. 2014;173:1075–1081

Ve spolupráci s firmou Pfizer připravil MUDr. J. Liška, CSc.



Aktuality...

Nemocnicím chybí 600 sester, hrozí omezení péče o pacienty

Českým nemocnicím chybějí už nejen lékaři, ale také zdravotní sestry. Některé nemocnice proto musejí uzavírat část lůžek na odděleních, protože nemají tolik personálu, aby byl při plném stavu pacientů schopen zajistit stoprocentní péči.

„Nedostatek sester začíná být vážný problém a my se snažíme ho řešit,“ řekl Právu ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD).

„V nemocnicích zatím chybí zhruba 600 zdravotních sester, ale po zdravotních sestrách volají všechny nemocnice. Ty, které nyní pracují, neudržíme, stejně jako lékaře, pokud nezvýšíme platy, aby z nemocnic neodcházel do privátu nebo do jiných oblastí mimo zdravotnictví, či dokonce za prací do zdravotnických zařízení v zahraničí,“ uvedl ministr.

Řeší to přílivem sester z Východu

Nedostatek zdravotních sester potvrdil Právu i náměstek ředitele FN Motol v Praze Martin Holcát, který byl ministrem zdravotnictví před Němečkem. „Pociťujeme to i v naší nemocnici a situace se do dvou let může ještě podstatně zhoršit,“ řekl Holcát.

Stejný názor má mluvčí Nemocnice Hořovice Konstantinos Tsivos. „Nyní nám chybí až dvacet sester. Nové se snažíme získat jak finančním ohodnocením, tak zaměstnaneckými benefity, například delší dovolenou. Spolupracujeme i se střední zdravotnickou školou v Beřouně, kde nabízíme studentkám stipendia,“ uvedl Tsivos.

Němeček slibuje vyšší platy

„Se zdravotními sestrami v našich nemocnicích se někde ani pořádně nedomluvíte, protože neumějí česky a jsou z východních států. To je chyba,“ řekl Právu prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek. Podle něj celý systém vzdělávání sester je postaven na hlavu.

„Nutíme je udělat si vyšší střední školu nebo bakalářské studium na vysoké škole, ale neumíme je zaplatit ani jako středoškolačky. Utíkají proto, že práce u lůžka pacienta je těžká, vyčerpávající a špatně placená,“ upozornil Kubek.

„Dívky nemají o takovou práci zájem, a když zájem mají, jdou do Německa nebo Rakouska, kde je zaplatí podstatně lépe,“ dodal Kubek. Podobně je tomu s lékaři, ale stát stále situaci řeší pomalu. Také ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček si uvědomuje, že sestry nejsou zaplacené dobře. „Navrhujeme od příštího roku zvýšit odvody státu do zdravotního pojištění z nyníšších 845 na 904 koruny, tedy o 59 Kč měsíčně za každého pojištěnce. Navýšení systému přinese ročně 4,3 miliardy. Peníze by měly jít na vyšší platy lékařů a sester,“ řekl ministr. Vláda má návrh projednat v druhé polovině května.

„Pokud se bude ekonomice dařit, budeme si moci dovolit i v dalších letech růst platů,“ sdělil Němeček. Jak konstatoval, dobrá sestra je lékař partnerem bez ohledu, zda má vysokou školu. Ministerstvo zdravotnictví proto chystá soubor opatření, který by měl otázku vzdělání řešit a sestry v nemocnicích udržet.

zdroj: V. Pergl, Právo, Novinky.cz, 24. 4. 2015

Screening Downova syndromu je pro těhotné ženy žádaným hitem

Ženy pojištěné u VZP o něj stojí víc než o všechny ostatní benefity dohromady.

Všeobecná zdravotní pojišťovna informuje, že v prvním čtvrtletí letošního roku projevily těhotné klientky mimořádný zájem o příspěvek na screening Downova syndromu. Jde o jeden z pěti benefitů, které VZP nabízí budoucím matkám. Na toto vyšetření, nazývané též prvotrimestrální screening, si už vyzvedlo příspěvek 3 340 žen. Všechny čtyři zbývající bonusové aktivity dohromady přitom využilo jen 2 466 těhotných.

500 korun nazpět

VZP nabízí těhotným ženám, registrovaným v jejím Klubu pevného zdraví, příspěvek až 500 korun na cvičení pro těhotné, na předporodní kursy, na pomůcky ke kojení, na ochranné pomůcky pro doprovod k porodu nebo právě na prvotrimestrální screening. Ten je kombinací vyšetření krve matky a podrobného ultrazvukového vyšetření plodu. Tak je možné už ve 3. měsíci těhotenství ověřit, zda dítě nebude trpět vrozenou vadou. Prvotrimestrální screening je spolehlivější než jiné doposud používané metody a provádí se i o měsíc dříve (může se s ním začít již v 11. týdnu gravidity). Žena si vyšetření (v ceně obvykle mezi 600 a 1 500 Kč) sama zaplatí a VZP jí pak 500 Kč vrátí.

Další informace můžete najít na webu VZP: <http://vzp.cz/o-nas/aktuality/screening-downova-syndromu-je-hit-tehotne-o-nej-stoji-vic-nez-o-ostatni-benefity-dohromady>.

zdroj: doktorvlach.cz, 27. 4. 2015

Na kterých místech se ruce myjí špatně

Prokázala to ukázka pro návštěvníky Nemocnice Na Bulovce.

Ruce jsou nejčastějším přenašečem infekcí, takže se nelze divit tlaku vyvíjenému na zdravotníky zejména v nemocnicích, aby si je myli co nejpečlivěji. V pražské Nemocnici Na Bulovce nyní připravili praktické ukázky efektivního mytí rukou i pro návštěvníky. Ti si pak mohli okamžitě u stánku v areálu nemocnice s pomocí ultrafialové lampy ověřit, zda si ruce skutečně umějí dobře umýt, protože při použití speciální dezinfekce UV lampa ukáže místa, která lidé při mytí rukou vynechali. Test vyzkoušelo několik desítek návštěvníků nemocnice a pouze u jednoho mohl přítomný hygienik konstatovat, že má ruce umyté dokonale. Nejčastěji lidé při mytí vynechávali hřbet ruky a poslední články prstů.

zdroj: doktorvlach.cz, 1. 5. 2015

Jak se dožít stovky – napovídá dlouhodobá švédská studie

Po dobu padesáti let sledovali výzkumníci z univerzity v Göteborgu muže, z nichž někteří pak slavili i sté narozeniny.

Jedna z prvních prospektivních studií stárnutí nyní zveřejnila vý-



sledky. Výzkumníci průběžně sledovali 855 mužů v Göteborgu. Všichni se narodili v roce 1913 a do výzkumu byli zařazeni v roce 1963, kdy jim bylo padesát let. Deset z nich se dožilo stovky.

Čísla dožití

Kromě zmíněných deseti účastníků studie, kteří oslavili svoji stovku, se z původní skupiny 232 lidí dožilo osmdesátky, 111 se dožilo devadesáti let. 23 % účastníků ve věku nad 80 let trpělo demencí.

Úmrtí účastníků nad 80 let měly na svědomí především kardiovaskulární nemoci (42 %), infekční nemoci (20 %), mozkové příhody (8 %), nádory (8 %), bronchopneumonie (6 %).

Je z čeho se poučit?

Výzkumník Lars Wilhelmsen, který se na studii po celé půlstoletí podílel, shrnul doporučení pro lidi, kteří by se také chtěli dožít stovky. Podle něj ze studie vyplynulo, že je vhodné vyhnout se kouření, udržovat stabilní hladinu „hodného“ cholesterolu a pít nejvýše čtyři šálky kávy denně.

S dosažením vyššího věku korelovalo i vlastnictví domu nebo placení drahého nájmu ve věku padesáti let (tedy dobrý sociálně-ekonomický standard) a dobrá kondice při šlapání na bicyklovém ergometru ve věku 54 let. Přispělo rovněž, když se vysokého věku dožila matka dotyčného (dlouhověkost otce tak statisticky významnou roli nehrála).

Pohled na stoleté

Tři z osob, které dosáhly stovky, ze studie vystoupily, takže o nich přestaly být k dispozici údaje (dvě přestaly spolupracovat kvůli demenci a jedna z osobních důvodů).

O ostatních sedmi mužích se dá shrnout:

- Dva žili doma a pět v asistenčních domech.
- Nikdo z nich nekouřil.
- Všichni vykazovali dobrou časovou i prostorovou orientaci.
- Všichni nosili naslouchadla.
- Většina používala brýle, byli schopni číst a sledovat televizi.
- Všichni byli štíhlí.
- Všichni používali pomůcky k chození.
- Všichni byli klinicky zdraví, spokojeni se životem a s tím, že se dožili vysokého věku.

zdroj: doktorvlach.cz, 3. 5. 2015

Ředitel záchranky Schwarz končí. Radní ho odvolali po 16 letech

Pražští radní v úterý po šestnácti letech odvolali z funkce ředitele záchranné služby hlavního města Zdeňka Schwarze. Ve funkci skončí 30. června, řekl novinářům radní pro zdravotnictví Radek Lacko (ANO).

Praha podle Lacka vypíše výběrové řízení. Rozhodnutí padlo po vleklých sporech mezi vedením záchranky a zaměstnanci. Schwarz v reakci pouze napsal, že je mimo republiku. Svě odvolání nekomentoval, vyjádří se prý v pátek. Postup vedení města kritizuje opoziční ODS. Po odchodu ředitele už více než rok volala část zaměstnanců a tamní odbory. Letos v lednu vyhlásili stávkovou pohotovost, kterou podpořilo 170 z 430 zaměstnanců záchranné služby. „Doufáme, že s novým vedením, které bude zvoleno, budeme moci lépe komunikovat a společně vytvoříme lepší pracovní podmínky,“ řekl místopředseda odborové organizace pražské záchranky Karel Böhm.

Zaměstnanci si od loňského května stěžovali na špatné chování vedení záchranky. Situace se vyhroutil poté, co dispečerky požádaly,

aby jim byla proplácena celá dvanáctihodinová směna včetně přestávky, protože ji nemají čas čerpat. Záchranářům vadilo také to, že jsou přetěžováni, protože je jich málo, a neustálé změny ve složení posádek sanitek.

Silná autorita, špatná pracovní atmosféra

Podle Schwarze byla kritika ze strany zaměstnanců cílenou převolební kampaní před senátními volbami na podzim 2014. Tehdejší senátor Schwarz, zvolený v roce 2008 za ODS, svůj mandát loni neobhájil. Podobná situace se podle odborářů řešila v záchranné službě před deseti lety, v souvislosti s tím údajně odešlo během dvou let přes 170 zaměstnanců. Magistrát jako zřizovatel nechal kvůli stížnostem zaměstnanců vypracovat v záchranné službě audit. Ten sice nedoporučil personální změny, ale konstatoval, že ředitel vede záchrannou službu autoritativně, což vyvolává špatnou pracovní atmosféru.

„Dosavadnímu řediteli bych chtěl moc poděkovat za práci, kterou v pražské záchranné službě odvedl, a za vysokou úroveň, jakou pražská záchranka má,“ uvedl radní Radek Lacko, do jehož gesce zdravotnictví spadá. Víc odvolání Schwarze komentovat nechtěl. Rada v nejbližší době vypíše výběrové řízení na jeho nástupce, parametry tendru bude schvalovat za týden. Postup radních se nelíbí předsedovi pražské ODS Filipu Humplíkovi, který rozhodnutí radních označil za „personální devastaci“ a kritizoval i termín odvolání, kdy je Schwarz mimo republiku. „Po šestnácti letech byl odvolán maximálně schopný manažer, který ze záchranky vybudoval službu na úrovni evropské extratřídy. Odvolání navíc následuje po auditu, který jeho kvality potvrdil,“ uvedl Humplík.

Loni záchranáři ošetřili 110 413 pacientů. Letos počet výjezdů za den ještě vzrostl na 350 za den. Ročně hospodaří asi se 400 milióny korun, z nichž 60 procent dostává jako příspěvek od hlavního města, zbytek jí proplácají zdravotní pojišťovny.

zdroj: lidovky.cz, 12. 5. 2015

Oznamte lidem, že za amalgámové plomby se bude platit, žádají zubaři politiky

Zubaři žádají politiky, aby pacienti začali platit za obvyklé amalgámové plomby. Prezident České stomatologické komory Pavel Chrz se ve čtvrtek v otevřeném dopise obrátil na politickou reprezentaci, aby připravila veřejnost na vyšší náklady za stomatologickou péči. Zhruba 1,5 miliardy, které uhradí za plomby pojišťovny, by se dalo podle zubařů využít na prevenci.

Podle Chrze zubaři už nemohou být nuceni odvádět náročnou práci v odpovídající kvalitě za cenu, která často představuje zlomek skutečné hodnoty výkonu. „Žádáme proto omezení rozsahu plně hrazených výkonů. A žádáme zrušení nesmyslné povinnosti nabízet přednostně péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, která v podstatě již odporuje zákonem dané povinnosti pracovat podle moderních poznatků lékařské vědy,“ uvádí požadavky dopis.

Dopis dostali spolu s ministerstvem zdravotnictví také poslanci, senátoři, předsedové politických stran a ředitelé zdravotních pojišťoven. Součástí dopisu jsou grafy, kterými zubaři svá tvrzení o neudržitelné situaci v oboru stomatologie dokládají. O přímé platby za běžné plomby přitom usilují dlouhodobě.

Úhrada pojišťovny prý nepokryje náklady

Plomby patří k jednomu z nejčastějších výkonů, které zubaři provádějí. Ročně jich udělají 6,5 miliónu. Průměrný náklad ordinace je



450 korun a pojišťovny hradí zhruba polovinu této částky. V roce 2012 vyslyšel požadavek zubařů tehdejší ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) a navrhnul vynětí úhrad za plomby z plateb pojišťoven. Plomby na pojišťovnu měly být jen pro děti a seniory, lidé v produktivním věku by si je platili sami. Návrh ale tehdejší vládní koalice zamítla. S vynětím plomb z úhrad pojišťoven nesouhlasí ani nynější ministr Svatopluk Němeček (ČSSD). Podle Chrže však už zubaři nejsou nadále ochotni suplovat nedostatek financí ve zdravotnictví na svůj úkor. „Nežádáme mnoho – pouze rozumné podmínky k výkonu naší nesnadné práce. Nemůžeme donekonečna dotovat tzv. plně hrazené výkony, když za 20 let jejich takřka stejných úhrad stoupla jejich skutečná hodnota trojnásobně,“ uvedl. Podle něho hrozí, že se pro část veřejnosti stane zubní péče časem nedostupnou – starší zubaři odejdou do důchodu a mladí nástupci budou ošetřovat za hotové, nebudou tedy už pracovat na pojišťovnu.

Rozhodnout musejí zákonodárci

Mluví Všeobecné zdravotní pojišťovny Oldřich Tichý řekl, že částky vyplácené stomatologům se neustále zvyšují. „V letošním roce počítá VZP s tím, že jen na ambulantní stomatologickou péči vydá bezmála šest miliard korun, zatímco loni to bylo zhruba 5,75 miliardy,“ uvedl.

Připomněl také, že řešení požadavků z otevřeného dopisu není v kompetenci zdravotních pojišťoven. Co se týče snížení počtu výkonů hrazených z pojištění nebo povinnosti nabízet přednostně péči hrazenou z pojištění, o tom musejí podle něho rozhodnout zákonodárci, kteří změní zákon. „Zdravotní pojišťovny nemohou tvořit ani měnit zákony a nemají ani zákonodárnou iniciativu,“ shrnul.

zdroj: Novinky.cz, ČTK, 14. 5. 2015

Investujte do antibiotik, jinak máme 10 miliónů mrtvých ročně, bije na poplach analýza

Už v roce 2050 by se svět mohl potýkat se závažnými problémy v souvislosti s rostoucí odolností bakterií proti současným antibiotikům. Bývalý šéf Goldman Sachs Jim O'Neill, kterého britský premiér David Cameron pověřil analýzou rizik spojených s rezistentními bakteriemi, vyzývá státy světa k investicím do nových antibiotik.

Zmutované kmeny bakterií podle něj mohou ročně zabít 10 miliónů lidí a globální ekonomiku připravit o sto biliónů dolarů. O'Neill podle britského deníku The Independent navrhuje založení nové globální organizace, která by farmaceutickým firmám zajišťovala finance na vývoj nové generace antibiotik. Vědci jsou si už nyní vědomi nebezpečí, kterému moderní medicína čelí v souvislosti s čím dál odolnějšími bakteriemi. Časem by se i rutinní operace mohly stát vysoce rizikovými jen kvůli zvýšenému riziku nákazy, protože v současnosti úspěšně používaná antibiotika mohou být brzy k ničemu. Připomínají, že bojovat proti zvyšování rezistence bakterií lze rozumnějším předepisováním a odpovědnějším užíváním současných antibiotik, volají ale také po vývoji nových preparátů.

Žádný nový lék za posledních 25 let

Navzdory tomu, že současná generace antibiotik ztrácí účinnost, za posledních 25 let nebyl vyvinut žádný nový přípravek, upozornil O'Neill. „Už několik desetiletí nebyla vyrobena nová generace antibiotik, přitom současné léky jsou čím dál tím méně účinné,“ varuje O'Neill. Farmaceutické firmy se podle něj zdráhají investovat do odvětví, které považují za neziskové. Ve své zprávě proto navrhuje, aby vývoj nových antibiotik financovaly farmaceutickým společnostem

přímo státy, ovšem za předpokladu, že jejich prodeje pak zůstanou pod státní kontrolou. Podle něj je nutné pro začátek vytvořit fond se dvěma miliardami liber (zhruba 76 miliard Kč), který by byl spolufinancován významnými hráči farmaceutického průmyslu. Giganti Roche a GlaxoSmithKline už údajně přislíbily tomuto projektu podporu.

„Potřebujeme nakopnout vývoj léků, abychom zajistili světu přípravky, které bude potřebovat k boji s infekcemi. A abychom byli schopni zachovat moderní medicínu a chirurgii v současné podobě,“ prohlásil O'Neill.

Drahý vývoj

Celkové náklady odhadl na 16 až 37 miliard dolarů (384 až 888 mld. Kč) během následujících 10 let. To je podle něj směšná částka ve srovnání s dvaceti miliardami dolarů, které antibiotická rezistence ročně stojí jen americký systém zdravotní péče. O'Neillova analýza, jejíž definitivní verze má být k dispozici v létě 2016, vyzdvihuje výhody jednotné globální organizace, která má „působit ve veřejném zájmu a držet práva k vyvinutému léku“. Takový orgán by podle něj disponoval dostatečnou kupní silou, pokud by byl podporován silnou mezinárodní skupinou, například G20.

zdroj: fia, Novinky.cz, 15. 5. 2015

Lékařem roku bojovnice proti očkování. Anketa zfalšována?

Kontroverzní lékařka Ludmila Eleková, držitelka vědecké anticeny Bludný balvan, která je známá především svým bojem proti očkování, letos vyhrála anketu Lékař roku. Její vítězství dodalo velkou dávku sebevědomí všem příznivcům homeopatie a dalším lidem, kteří nesouhlasí s postupy konvenční medicíny. Server zdravotnickýdeník.cz ovšem disponuje informacemi, které prý dokazují, že hlasování bylo zmanipulované ze strany příznivců doktorky Elekové.

Proti vítězství doktorky Elekové v anketě Lékař roku, jež lidem umožňuje ohodnotit „nejen odborné, ale i lidské kvality těch, kteří pečují o naše zdraví“, se okamžitě ohradila řada uznávaných konvenčních lékařů. Nevybíravými slovy její vítězství ohodnotil například Rastislav Maďar, prezident Fóra infekční, tropické a cestovní medicíny: „Pro medicínský svět je MUDr. Eleková symbolem pavědy a neodbornosti. Některé její mediální výroky hraničí s trestným činem šíření poplašné zprávy. Pro mě je možná homeopatem roku, ale rozhodně ne lékařem roku,“ cituje lékaře zdravotnickýdeník.cz.

Maďar zároveň upozorňuje na to, že hlasování probíhalo elektronicky na internetu. Hlasování v takové formě se dá velice snadno zmanipulovat. Nemusí přitom jít o tým počítačových expertů ani o nebezpečné hackery, ale o obyčejné lidi – pro doktory v anketě mohl hlasovat kdokoli, bez ohledu na to, jestli má s konkrétním lékařem nějaké zkušenosti. Pokud hlasující správně vyplnil anketní formulář, mohl hlasovat i pro někoho, koho nikdy neviděl.

Lékařka, co vyšla s pravdou ven

Vyplnění anketního formuláře by mohlo působit jako určitá překážka, ale příznivci doktorky Elekové podle informací Zdravotnického deníku přišli na způsob, jak toto opatření obejít – sdružili se v několika uzavřených facebookových skupinách, kde si potřebné údaje vyměňovali. V jedné z takových skupin se prý jakási Rebeka Urbanová zeptala: „Já nemám informace, které je třeba doplnit, jinak bych i hlasovala, nemáte někdo předvyplněné, že bych jen opsala?“ Podobných případů potom mělo být mnohem více. Mnozí kromě vítězství doktorky Elekové negativně hodnotí i samotnou anketu Lékař roku. Upozorňují napří-



klad, že vítězka dostala v desetimiliónové zemi jen 786 hlasů. „Česká lékařská společnost jménem svých 35 tisíc členů veřejně na tiskové konferenci řekla, že je třeba z hlediska vědy udržet proočkovanost dětí nad 90 %. Aby hlavní odpůrce očkování, doktorka Eleková, získal od podivné organizace cenu Lékař roku, je opravdu až humorný příběh,“ uvedl k tomu Štěpán Svačina, předseda ČLS JEP.

Právě odpor vůči očkování je to, co podle mnohých názorů dopomohlo doktorce Elekové k vítězství. Mnoho lidí Elekovou ani nemusí znát, ale přesto jí dají hlas, protože souhlasí s jejími názory. Odpor k plošnému očkování a konvenční medicíně zde působí jako jednotící prvek. Takto to vidí například Milan Kubek, prezident České lékařské komory. Lidé, kteří jsou proti očkování, podle něj působí jako sekta, jež se nechá snadno zmanipulovat. Jeho slova by mohlo potvrzovat například to, že doktorcu Elekovou nadšeně podporují členové skupiny Užíváme CDS. To je spolek lidí, kteří podle svých slov rádi užívají chlórdioxid, což je chemikálie, která se používá například k dezinfekci vody v bazénech. V této a podobných skupinách vítězství Elekové slavili jako vítězství pravdy a důležitý historický mezník. Například jistá Vladka Zemanová v této souvislosti napsala: „Ať žije Eleková, lékařka, co se nebojí vyhrožování a vyšla s pravdou ven!!“ Velký vliv sociálních sítí a jejich možný dopad na konečný výsledek potvrzuje i Jiří Hlaveš, předseda Unie pacientů ČR – občanského sdružení, jež anketu organizovalo. „Jak všichni víme, prostřednictvím sociálních sítí se informace šíří velmi rychle, zejména mezi zájmovými skupinami s příbuznými názory,“ uvedl k tomu. Zároveň ale dodává, že doktorka Eleková „získala od pacientů nejvíce hlasů, tudíž v dané kategorii dle pravidel ankety zvítězila“, uzavírá zdravotnickýdeník.cz.

zdroj: echo24.cz, 18. 5. 2015

Penta v Česku vstupuje do zdravotnictví. Chce koupit první nemocnici

Investiční skupina Penta, která vlastní síť lékáren Dr.Max, chce v Česku posílit ve zdravotnictví. Akvizici první nemocnice plánuje oznámit letos, řekl na pondělní tiskové konferenci zakládající partner Penty Marek Dospiva. Během několika let se skupina chce stát dominantním hráčem na nemocničním trhu.

Penta vlastní a provozuje největší soukromou nemocniční síť na Slovensku a v Polsku, kde pod ní spadá 14, resp. 12 nemocnic. „V České republice máme podobně rozsáhlé plány jako na Slovensku,“ podotkl Dospiva. Kromě nákupu nemocnic od soukromých vlastníků nevyloučila Penta „slovenský scénář“, tedy stavbu nové nemocnice. Před několika týdny skupina informovala o tom, že ve slovenských Michalovcích za 35 miliónů eur postaví novou nemocnici. „Na Slovensku jednu stavíme a v nejbližších týdnech rozhodneme o případné stavbě druhé,“ uvedl zakládající partner Penty Jaroslav Haščák. Tržby nemocnic, které Penta vlastní či provozuje, dosahují nyní zhruba 200 miliónů eur. „Pro nás jsou nemocnice dlouhodobé investice, deset let a více. Plánem pro nejbližších deset let je dostat se v tržbách na jednu miliardu eur,“ doplnil Haščák.

Penta je středoevropská investiční skupina, založená v roce 1994. Působí zejména ve zdravotnictví, finančních službách, výrobě, maloobchodu a v realitách. Firma působí ve více než deseti zemích Evropy a má zastoupení v Praze, Bratislavě, Varšavě a Mnichově. Čistý zisk skupiny loni klesl o 30 procent na 70 miliónů eur (1,92 miliardy korun). Aktiva portfoliových společností skupiny vzrostla o tři procenta na 6,7 miliardy eur (184 miliard korun).

INZERCE

366 2-15

Hledám nástupce se specializací PLDD. Praxi na **Praze 9** prodám nebo zaměstnám na úvazek dle dohody. Tel. 602 682 899.

368 3-15

Zavedenou **praxi** PLDD s.r.o. v **Ústí nad Labem** nabízím **k prodeji, popř. zaměstnám lékaře** s výhledem převzetí praxe. Informace na telefonu 721 131 329.

369 3-15

Hledám PLDD do ordinace v **Rožnově pod Radhoštěm** v CHKO Beskydy. Kontakt: 604 270 729.

370 3-15

Přenechám (prodám nebo lékaře na plný úvazek zaměstnám) zavedenou **ordinaci** PLDD (s.r.o.) v **Staré Boleslavi**. Tel: 606 416 548.

371 3-15

Přenechám/prodám nebo **zaměstnám** lékaře na plný či částečný úvazek v dobře zavedené **ordinaci** PLDD v **Opočně** – okres **Rychnov n. Kn.** Zapracovaná sestra a přístrojově vybavená ordinace. Telefon: 494 667 436, mobil: 777 573 154, e-mail: mus.manka@seznam.cz.

374 4-15

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

375 5-15

Prodám levně zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 2**. Tel.: 222 560 086, 603 746 348

376 5-15

Přenechám dobře zavedenou **praxi** PLDD v **Brně**. Kontakt: pediatr1@seznam.cz

377 5-15

Dětský lékař **hledá nástupce**. Jsme s.r.o., ve vlastních prostorách **Praha 3, Jarov**, obvod s rozsáhlou bezproblémovou klientelou, část. úvazek, podíl v s.r.o. přímý prodej dle dohody. Telefon: 737 600 021.

378 5-15

Prodám ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 10**, ev. zaměstnám lékaře s licencií pro PLDD na libovolný úvazek dle dohody. Tel.: 731 781 134, e-mail: martikak-tus@seznam.cz

379 5-15

Prodám zavedenou **praxi alergologie** v **Táboře** s převahou dětských pacientů. Mob.: 721 952 975

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

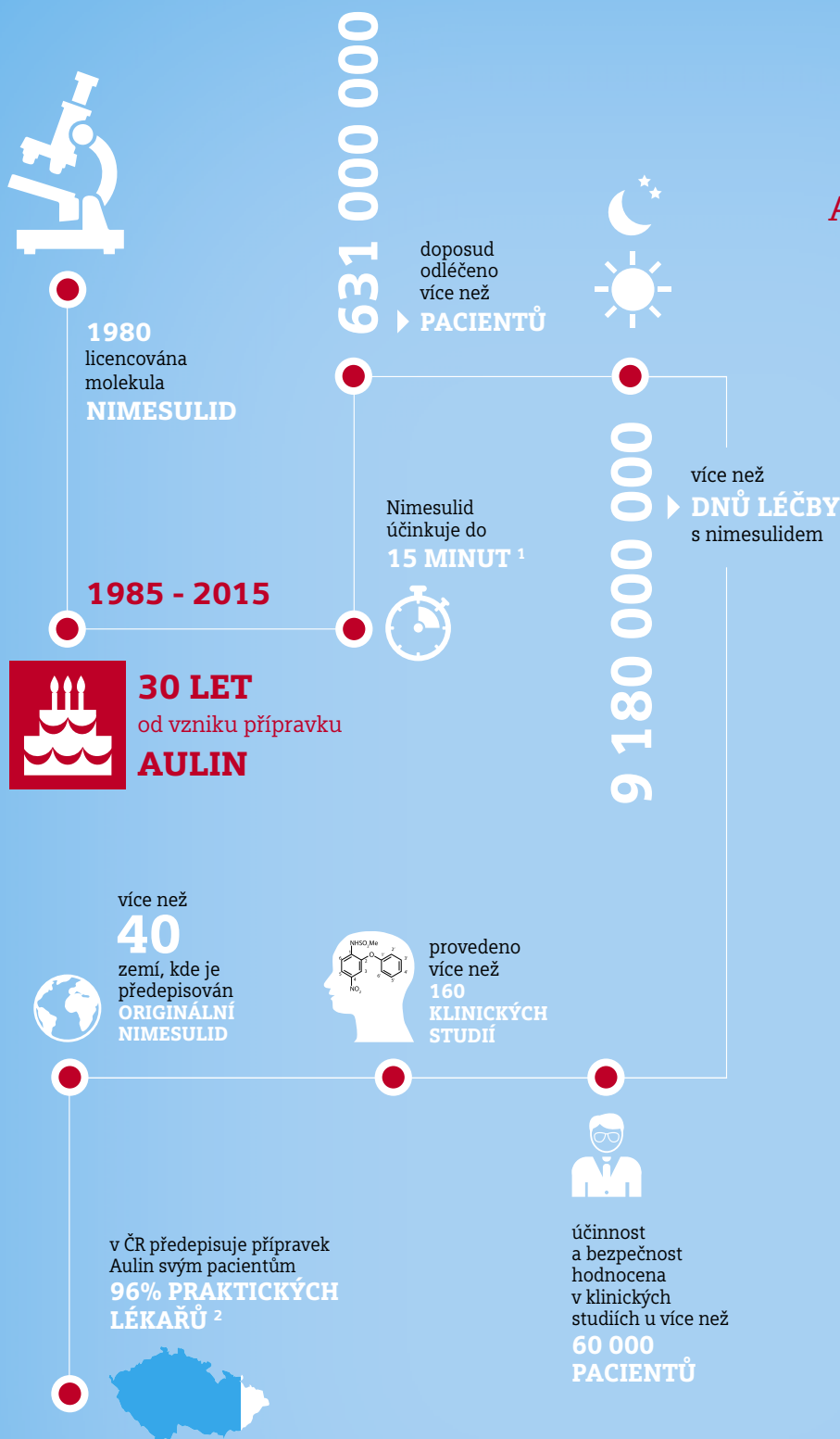
Autodidaktický test 6/2015

Neurochirurgie

- 1. Kraniofaryngeomy se vyskytují nejčastěji ve věku 5–10 let a představují 6–9 % nádorů CNS u dětí. Tumor bývá lokalizován selárně či paraselárně. Původ kraniofaryngeomu je:**
 - a) endodermální
 - b) mezenchymální
 - c) ektodermální
- 2. Klinické příznaky kraniofaryngeomu se často objevují až při velkých rozměrech tumoru. Endokrinologická symptomatologie se objevuje u 60–90 % případů. Příznaky, které mohou ukazovat na tumor v oblasti *sella turcica*, jsou:**
 - a) porucha růstu
 - b) enuréza
 - c) diabetes mellitus
 - d) porucha zraku
 - e) syndrom nitrolební hypertenze
 - f) cushingoidní habitus
- 3. Příčinou kraniosynostózy je předčasný uzávěr lebečních švů. Diagnózu je možné většinou stanovit již brzy po narození dítěte. Z vyšetřovacích metod je důležité nejen klinické vyšetření, ale i kefalometrie, ev. zobrazovací metody. K dynamickému hodnocení tvaru lebky se používá tzv. cefalický index. Cefalický index stanovuje procentuální vyjádření poměru:**
 - a) obvodu lbi a šířky lbi
 - b) obvodu lbi a délky lbi
 - c) šíře lbi a délky lbi
- 4. Mezocefalická lebka má cefalický index:**
 - a) 65–70
 - b) 70–75
 - c) 75–80
 - d) 80–85
- 5. Po narození jsou kosti neurokrania odděleny švy a fontanelami. V tomto období nalezneme:**
 - a) 4 hlavní švy a 4 fontanely
 - b) 5 hlavních švů a 5 fontanel
 - c) 6 hlavních švů a 6 fontanel
- 6. Lebeční švy se uzavírají v různém období života. *Sutura metopica* se uzavírá fyziologicky jako první do 1–2 let věku, ostatní až do 22 let. Přední fontanela (velká) se fyziologicky uzavírá do:**
 - a) 9–12 měsíců
 - b) 12–15 měsíců
 - c) 18–24 měsíců
 - d) 24–36 měsíců

ORIGINÁLNÍ NIMESULID

S RYCHLÝM A SILNÝM
ANALGETICKÝM ÚČINKEM



AULIN nimesulid
1985 - 2015

Literatura:

1. Bianchi M. and Broggin M.: Anti-hyperalgesic effects of nimesulide: studies in rats and humans. Int. J. Clin. Pract. Suppl. 128: 11-19, 2002. 2. Cegedim, CATI průzkum – léčba bolest, X - XIII/2014, Rainsford K D, et al.: Nimesulide – Actions and Uses, edited by K. D. Rainsford; pp. 133-244; 2005, dostupné z: <http://www.nimesulide.com>.

AULIN: S: Nimesulidum 100 mg v 1 tabletě. Nimesulidum 100 mg v 1 sáčku s granulátem pro přípravu perorální suspenze. **IS:** Nesteroidní antirevmatikum. **CH:** Nimesulid, nesteroidní antiflogistikum s funkční sulfonanilidovou skupinou, je preferenčním inhibitorem izoenzymu COX-2. Působí také analgeticky a antipyreticky. **I:** Léčba akutní bolesti, primární dysmenorrhoea. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku, aktivní krvácení, poruchy krvácivosti nebo srážlivosti, aktivní vřed nebo recidivující ulcerace v GIT, hepatotoxické reakce na podání nimesulidu v anamnéze, hepatální insuficience, těžké renální nebo srdeční selhání, pacienti s přecitlivělostí na jiná NSAID, pacienti s horečkou a/nebo s příznaky podobnými chřipce, děti mladší 12-ti let, třetí trimestr těhotenství a kojení. **ZU:** Zvýšený výskyt gastrointestinálního krvácení a perforací u starších pacientů. V případě známk poškození jater a pacientům, u nichž se zjistí abnormální výsledky vyšetření jaterních funkcí, by měla být léčba vysazena. V průběhu léčby se současně nesmějí podávat léky s hepatotoxickým účinkem a je též nutné vyhnout se konzumaci alkoholu. Maximální délka užívání je 15 dnů. Tablety obsahují laktosu, granule pro přípravu perorální suspenze obsahují sacharosu. **NŮ:** Nausea, zvracení, průjem, zácpa, nadýmání, peptické vředy, perforace nebo gastrointestinální krvácení, gastritida; vzestup jaterních enzymů, hepatitida; hypertenze, edém; dyspnoe; pruritus, vyrážka, zvýšené pocení. Riziko výskytu nežádoucích účinků je možné snížit použitím přípravku po co nejkratší možnou dobu. **IT:** Pacienti užívající perorální antikoagulanty nebo kyselinu acetylsalicylovou mohou mít zvýšené riziko krvácivých komplikací. Nimesulid inhibuje CYP2C9. **TL:** V průběhu prvního a druhého trimestru těhotenství nesmí být nimesulid podán, pokud to není zcela nezbytné, ve třetím trimestru a u kojících žen je kontraindikován. **D:** Dospělí a děti od 12 let 1 tabletu nebo 1 sáček 2x denně po jídle. **B:** Tablety 15x100 mg a 30x100 mg, sáčky 15x100 mg a 30x100 mg. **Datum poslední revize textu SPC:** 15. 10. 2014. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

Nestlé
BEBA.
Pokročovací kojenecká výživa.



Když se ve vaší rodině vyskytuje alergie



Dosud kojíte, takže víte, že vaše mléko je přirozeným ochráncem vašeho miminka. Jestliže nevíte, jaké pokročovací mléko zvolit v případě, že máte v rodině alergii, vyvinuli jsme nové mléko BEBA H.A. 2, které obsahuje:

- **IMMUNO-COMPLEX™** – podporující imunitní systém
- **Bitidus B₁** – bakterie mléčného kvašení
- **OPTIPRO H.A.™** – hydrolyzovaná bílkovina s vysokou kvalitou

* Vitaminy A, C, D, železo a zinek – obsah ve složení s legistickou

Na základě nejnovějších vědeckých poznatků je pro kojeneckou výživu klíčová kvalita a množství bílkoviny*, která podporuje optimální růst a vývoj dítěte. Proto jsme vyvinuli OPTIPRO™, nejlepší bílkovinu na našem trhu.

* Prof. Kolesnik B. The role of protein for long-term healthy growth. NMI meeting, květen 2014

Důležité upozornění: Kojení je pro vaše miminko to nejlepší. Pokud již nechcete nebo nemůžete kojit, vyhledejte náhradní kojeneckou výživu po poradě s vaším pediatrem

www.kojeneckavyziva.cz



Tento výrobek doporučuje
Sdružení praktických
lékářů pro děti a dorost ČR